

Respekt i kvadrat: en randomiserad kontrollerad effektstudie av internetförmedlad kognitiv beteendeterapi på graden av 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. 204 personer med självupplevda besvär (88% kvinnor, medelålder 41 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 ($n = 69$) och en väntelista ($n = 68$). Graden av konstruktiv respektive aggressiv självhävande mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). [Här visar vi att (huvudresultatet). (huvudresultatet i relation till tidigare kunskap, ex "Vi fann att bristande konstruktiv självhävande var ett relevant mål för en transdiagnostisk intervention som gav samtidigt lindring över ett brett spann symtom. Vi fann också att terapeutstöd gav ..." (resultaten i en vidare kontext) (ännu bredare perspektiv och eventuella rekommendationer, exempelvis "Vi förespråkar ...")]

Keywords: stress, undvikande, assertiveness, anxiety disorder, anxiety, stress, avoidance

Word count: X

Underskott av beteenden som går att samla under begreppet *assertiveness* (från engelska översatt till "konstruktiv självhävande") förknippas med en lång räckvidd psykologiska problem, exempelvis olika ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom, social ångest och paniksyndrom, liksom depression,

Tack till alla deltagare som har följt med på en för oss utmanande (och utvecklande) resa genom träningsprogrammet!

11 schizofreni med mera (Speed, Goldstein, & Goldfried, 2018).

12 Träning i *assertiveness* har en lång historia med behavioristiska rötter från 1950-talet och framåt,
13 bland annat genom Salter (2001) och Wolpe and Lazarus (1966). Dessa första terapier byggde på prin-
14 ciper om klassisk betingning: Målet för träningen var att para aversiva stimuli som tidigare gav upphov
15 till exempelvis passivitet eller aggressivitet med adaptiva beteenden som tidigare uttryckts i underskott
16 – ofta med avslappning som en integrerad del, utifrån rationalen att avslappning och ångest inte är för-
17 enliga. Som en del i den självhävdelefokuserade psykoterapin föreskrevs ett antal olika beteenden för
18 klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

19 Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävdele att både formaliseras till kompletta
20 behandlingsprogram, som i Linehan (1979), och populariseras, som i självhjälpstilar som *Don't say*
21 *yes when you want to say no* (Fensterheim & Baer, 1975) och *When I say no, I feel guilty: how to*
22 *cope—using the skills of systematic assertive therapy* (Smith, 1975). Självhjälpsboomen under 1970-talet
23 sammanföll med sociala och politiska omvälvningar i samhället, där marginaliserade grupper gjorde sig
24 allt mer hörda och maktstrukturer i samhället sattes under förändringstryck. Dessa emanciperande och
25 normbrytande rörelser väckte motstånd – precis som behavioristiskt influerade terapier gjorde. Ett roligt
26 exempel på kritik av träning i konstruktiv självhävdele är Mano (1976), som framt rekommenderade
27 deltagare i *assertiveness*-kurser att hävda sig själva genom att vägra betala kursavgiften.

28 I och med psykiatris allt tydligare inriktning mot syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa,
29 kanske tydligast i form av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1968) med
30 efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att falla i glömska. Mycket sporadiskt återaktua-
31 liserades begreppet som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv
32 omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979), för att på så sätt hjälpa personer med (mer el-
33 ler mindre generaliserade) hindrande förutsägelser i svåra situationer att finna stöd för mer hjälpsamma
34 förutsägelser.

35 Bristande konstruktiv självhävdele är ett exempel på ett behandlingsmål som är av allt större
36 värde, för både kliniska och sub-kliniska populationer, inte minst som pendeln svingar tillbaka från
37 syndromal diagnostik till transdiagnostik (Speed m.fl., 2018). Det gäller särskilt, menar vi, om den
38 solida beteendevetenskapliga grunden byggs på med metoder och förhållningssätt som har utvecklats
39 inom den kontextuella beteendevetenskapen sedan slutet av 1900-talet. Dessa inkluderar motiverande
40 tekniker som går att tillämpa i större skala än ansikte mot ansikte-behandling och som tillsammans med
41 landvinningar inom internetförmiddad terapi kan göra det möjligt att nå och hjälpa även individer som
42 saknar tillgång till eller motivation att söka traditionell psykologisk behandling.

43 Vad är konstruktiv självhävdele?

44 Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemäs-
45 siga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' Linehan
46 (1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

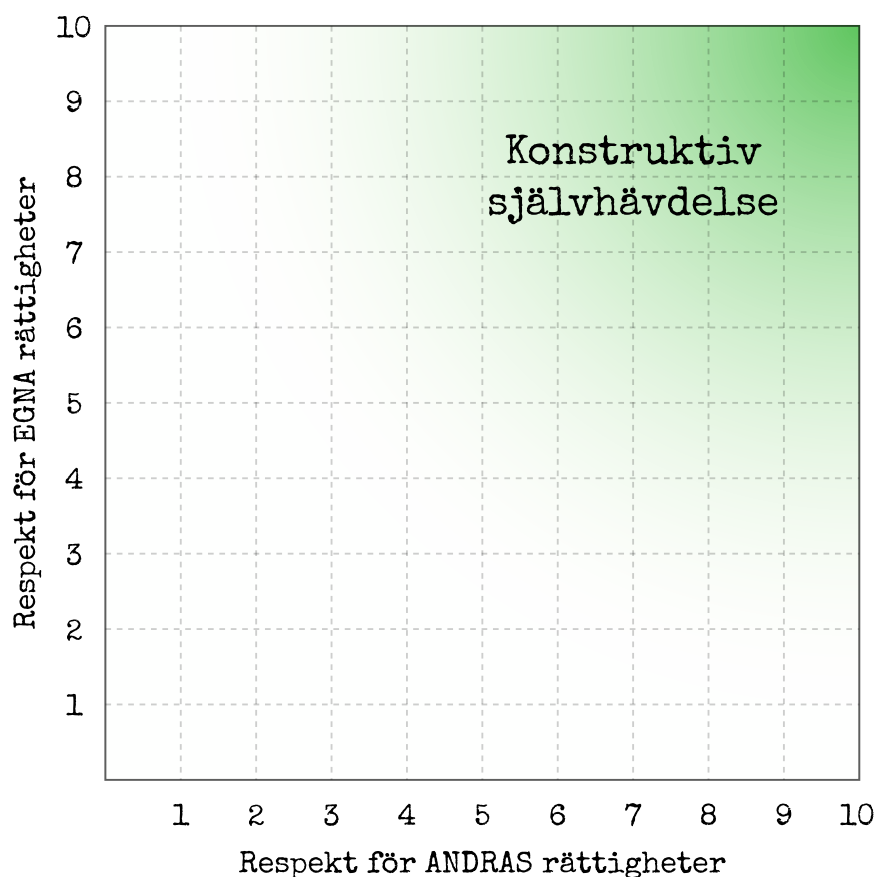
47 Alberti and Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävdele som handlande som återspeglar
48 individens egna långsiktiga intressen. Det inbegriper förmågan att "stå upp för sig själv" utan överdriven
49 ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina egna rättigheter utan att kränka andras

50 rättigheter. Med 'utöva sina rättigheter' menas att både i icke-verbal och verbal handling uttrycka sina
51 tankar, känslor och önskningar.

52 Graden av konstruktiv självhävvelse för en person i en given situation kan inordnas som en punkt
53 i en graf (se figur 1) med två kontinuerliga dimensioner: handlande med respekt för andras rättigheter
54 på x-axeln och handlande med respekt för egna rättigheter på y-axeln. Konstruktiv självhävvelse skiljer
55 sig från aggressiv självhävvelse (det vill säga hävdande av egna rättigheter på bekostnad av andras).
56 Det skiljer sig även från passiv självhävvelse (det vill säga förnekande av egna rättigheter till förmån
57 för andras) och från passiv-aggressiv självhävvelse (det vill säga bristande respekt för både egna och
58 andras rättigheter). Gränsdragningarna mellan kategorierna är förstås flytande, eftersom dimensionerna
59 är kontinuerliga.

60 Mitamura (2018) problematisering aggressivitet / självhävvelse

61 ”konstruktiv” funktionell definition



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

62 **Konstruktiv självhävdelse och aktuellt forskningsläge**

63 Forskning på *assertiveness* övergavs i stort sett efter 1970-talet. Under de senaste åren har dock
64 intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos and Pereira (2019) konstaterar att självupplevd grad
65 av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktiv självhävdelse, i linje med rationalen
66 för träning i *assertiveness* som den presenterades av Wolpe and Lazarus (1966). Baker and Jeske (2015)
67 visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och konstruktiv självhävdelse. Deras slutsats
68 är att man kan öka oddsen för konstruktiv självhävdelse beteenden för en person antingen genom att i
69 behandling [minska/exponera för] social ångest och/eller att arbeta med hur personen förhåller sig till
70 sin ångest.

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

79 **Evidensen för KBT vid ångest och depression**

80 Evidensen för beteendeterapi och KBT för syndromala och icke-syndromala psykologiska pro-
81 blem har konstaterats vara god sedan många år tillbaka, både inom ramen för väl avgränsade och kon-
82 trollerade *efficacy*-studier och i ekologiskt valida *effectiveness*-studier. Det gäller även i hög grad de
83 områden för vilka bristande konstruktiv självhävdelse är en del av problembeskrivningarna, till exem-
84 pel ångestsyndrom, social fobi, generaliserat ångestsyndrom (GAD) och depression.

85 Chambless and Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT
86 utifrån angivna utgångspunkter för vad som kan betraktas som av empiri bekräftat framgångsrika tera-
87 piformer – det vill säga terapi som undersökts med randomiserade kontrollerade studier, specificerade
88 testpopulationer och väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen visar att KBT överlag har bättre
89 evidens än andra terapiformer. Systematiska sammanställningar med uppdaterat forskningsläge utifrån
90 dessa principer publiceras sedan dess regelbundet i England av National Institute for Health and Care
91 Excellence (2018) och i USA av American Psychological Association (2016). Socialstyrelsen (2017) ger
92 de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer
93 är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet vid psykologisk behandling.

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

99 Trots att evidensen för kognitiv och beteendeterapeutisk behandling vid ångestsyndrom och de-
100 pressiva syndrom är god förblir majoriteten av fallen även i länder med väl utvecklad sjukvård obehand-
101 lade M. G. Craske m.fl. (2017).

102 Evidensen för I-KBT

103 I-KBT är en effektiv behandlingsmetod för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys
104 från 2018 – som inkluderade 64 RCT-studier – konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både
105 depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (G. Andrews m.fl.,
106 2018). Författarna finner att medeleffektstorleken för internet-KBT (I-KBT) är $d = 0,8$ eller mer i jäm-
107 förelse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT
108 är dessutom jämförbart effektmässigt med terapeutledd terapi. Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i
109 samma riktning med 22 RCT-studier (Gavin Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010).

110 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski, & Cuij-
111 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid oli-
112 ka kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också en verksamt
113 vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrasti-
114 nering (Rozenal, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (Rozenal m.fl.,
115 2017; T. D. Wade m.fl., 2019).

116 Ta också med referens till (???)

117 **Flytta hit och redigera: [Icke desto mindre har I-KBT-behandling visat sig vara en effektiv**
118 **behandlingsform. Både i en metaanalys från 2008 samt i en metaanalys från 2018 konstaterades**
119 **I-KBT-behandlingar likvärdiga ansikte mot ansikte-behandlingar (Barak2008; Carlbring2018).]**

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

125 **Användarupplevelsen och framgångsfaktorer vid I-KBT.** I-KBT kan erbjuda patienter förde-
126 lar i förhållande till terapeutledd behandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör det lättare för
127 vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson, & Köhler, 2018; Rozenal
128 m.fl., 2020) och ger dessutom möjlighet till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som Lundgren
129 m.fl. (2018) uppmärksammar är det många upplever att det är enklare att uttrycka sig i skrift än i tal.

130 En nackdel med I-KBT är att vissa deltagare hindras av besvär med tekniken, som hindrar dem
131 från att ta del av vården som erbjuds. En annan är att de lösare tidsramarna erbjuder möjlighet att skjuta
132 upp eller prioritera ned internetbaserad behandling, jämfört med fysiska besök hos en kliniker (Burke,
133 Richards, & Timulak, 2019). **[till diskussion]**

134 För att maximera oddsen för ett positivt utfall bör I-KBT-behandlingar ha tydliga inklusionskrite-
135 rier **[det har vi inte haft – till diskussion]** samt screena och välja deltagare utifrån dessa. Framgångsrika
136 I-KBT-behandlingar inkluderar interaktiva behandlingskomponenter, innehåller relevanta pedagogiska
137 inslag om psykiska och kroppsliga besvär och om vad som vidmakthåller psykiska problem, liksom
138 komponenter för att bryta vidmakthållandet av besvären (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008).

139 Verksamma komponenter

140 **Emotionellt/upplevelsmässigt undvikande.** Pittig, Schulz, Craske, and Alpers (2014) – skriv
141 om detta!

142 Sewart and Craske (2019) – varians

143 **Frågeställningar avslutar bakgrunden**

144 **Metod**

145 **Design**

146 Sample-storleken för varje grupp bestämdes till $n=70$ med en powerberäkning innan rekrytering
147 påbörjades. I studien planerade manipulationer, variabler, mättillfällen och insamlad data har använts
148 i de efterföljande analyserna utan selektion i efterhand. Både randomiseringen som exkluderade delta-
149 gare från studien, randomiseringen av de 210 deltagarna till sina respektive grupper samt randomise-
150 ringen av deltagarna med behandlingsstöd till respektive behandlare gjordes av oberoende tredje part
151 vid Stockholms Universitet med hjälp av internetbaserade randomiseringstjänster (www.random.org
152 för exkluderingen och randomiseringen till respektive behandlare samt www.sealedenvelope.com för
153 randomiseringen till de tre grupperna). Deltagarna informerades via den webbaserade plattformen om
154 exkludering eller vilken grupp de tillhörde.

155 **Rekrytering**

156 Rekrytering skedde mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien annonserades på flertalet socia-
157 la medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt www.instagram.com). Den
158 annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De som ville veta mer om stu-
159 dien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns information om hur studien
160 skulle gå till, vilka inklusions- samt exklusionskriterierna var och när studien startade. Det fanns även
161 information om vilka som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till studieansvarig. Deltagar-
162 na anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I samband med att deltagarna hade möjlighet
163 att anmäla sitt intresse presenterades de även med information kring potentiella risker med att delta,
164 sekretess, datasäkerhet, datahantering, att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. När
165 deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk till deras e-postadresser med självskattningsformulär
166 att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfo-
167 biska tendenser samt egenupplevd självhävdelse. Deltagarna fick även fylla i demografiska frågor samt
168 frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, motivation till att delta i den aktuella studien
169 samt om pågående medicinering. Deltagarna hade även möjligheten att i fritext informera om de ansåg
170 att det fanns något annat som var nödvändigt att beakta vid bedömningen.

171 **Deltagare**

172 Som framgår av figur~?? så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464 personer
173 slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde något av de

174 uppsatta exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa beja-
175 kade 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att exakt 210
176 inkluderades. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma
177 sätt som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna.
178 Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare.

179 **Inkluderingskriterier**

180 För att delta krävdes det att man var svensk medborgare, minst 18 år gammal, hade tillgång till en
181 internetuppkoppling samt att man behärskade svenska i tal och skrift. Alla deltagare som erbjöds plats i
182 studien blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt sig av för att anmäla sitt
183 intresse och fylla i screeningen. Denna information levererades till dem en vecka före studiestart.

184 **Exkluderingskriterier**

185 De personer som skattade 15 eller mer på självskattningsformuläret PHQ-9 exkluderades. Utöver
186 detta exkluderades de deltagare som tre månader inom behandlingsstart gjort förändringar i sin psyko-
187 farmakabehandling. De personer som uppgav att de hade pågående psykologisk behandling exkluderades
188 även. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under screeningsprocessen uppgav att de hade
189 tidsbrist eller låg motivation till behandlingen. Alla personer som exkluderades blev informerade om det-
190 ta via den webbaserade plattformen de använt sig för att anmäla sig till studien. När det var tillämpligt
191 gavs även rekommendationer om vart personerna istället kunde vända sig.

192 **Demografisk data**

193 De 204 deltagare vars data redovisas var mellan 20 och 65 år gamla med en medelålder på 41,8
194 år ($s=8,8$). En betydande majoritet (87,8%; 179/204) definierade sig som kvinnor, övriga definierade
195 sig som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna har avslutade universitets- eller högskoleutbildning-
196 ar (71,6%; 146/204) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid behandlingens start arbetande (75,5%;
197 154/204). Mer än hälften av deltagarna (61,3%; 125/204) hade tidigare erfarenheter av psykologisk be-
198 handling. Av dessa hade majoriteten (64,8%; 81/125) tidigare erfarenheter av KBT. Knappt en tredjedel
199 av alla deltagare (29,0%; 59/204) hade erfarenhet av psykofarmaka. Vid behandlingens start stod 17,6%
200 (36/204) på någon sorts psykofarmaka. Totalt 3,4% (7/204) av deltagarna var vid behandlingsstart sjuk-
201 skrivna. För att se de demografiska faktorernas fördelningar i respektive grupp, se tabell~2.

202 **Behandlarstöd**

203 En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i denna grupp blev randomi-
204 serade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta behandlingskontakt med
205 35 deltagare var. Behandlarna var studenter vid Stockholms Universitet. Båda behandlarna gick sista
206 terminen på psykologprogrammet och hade en grundläggande psykoterapiutbildning i KBT. Under hela
207 studiens gång hade behandlarna tillgång till handledning av en legitimerad psykolog med drygt 20 års
208 erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling.

	Behandling utan stöd (n=67)	Behandling med stöd (n=69)	Väntelista (n=68)	Totalt (n=204)
Kön: n kvinna	79,1%	92,8%	91,2%	87,8%
Ålder (år): M (SD)	41,2 (8,8)	43,2 (9,3)	41,1 (8,8)	41,2 (8,8)
Civilstånd:				
Singel	35,8%	27,6%	36,8%	33,3%
Sambo	25,4%	17,4%	19,1%	20,6%
Gift	28,4%	49,3%	36,8%	38,2%
Annat	10,4%	5,7%	7,3%	7,9%
Utbildning:				
Folkskola/Grundskola	0%	0%	1,5%	0,5%
Gymnasiet	9,0%	7,2%	10,3%	8,8%
Yrkesutbildning	4,5%	7,2%	7,5%	6,4%
Universitet/Högskola (pågående)	15,0%	10,1%	7,5%	10,7%
Universitet/Högskola (avslutad)	70,0%	73,9%	70,2%	71,6%
Annat	1,5%	1,5%	3,0%	2,0%
Sysselsättning:				
Studerande	11,9%	5,6%	7,4%	8,3%
Arbetande	76,1%	76,9%	73,5%	75,5%
Arbetslös	4,5%	0%	4,4%	2,9%
Föräldraledig	0%	3,0%	0%	1,0%
Pensionär	0%	4,3%	0%	1,5%
Sjukskriven	1,5%	3,0%	5,9%	3,4%
Annat	6,0%	7,2%	8,8%	7,4%
Användande av psykofarmaka:				
Ja (Tidigare)	9,0%	17,4%	7,4%	11,4%
Ja (Pågående)	21,0%	16,0%	16,2%	17,6%
Nej	70,0%	66,6%	76,4%	71,0%
Tidigare psykologisk behandling:				
Ja	59,7%	62,3%	61,8%	61,3%
Nej	40,3%	37,7%	38,2%	38,7%

Figur 2: Demografisk data hos deltagarna, uppdelad per grupp samt total

209 Behandlarstöd bestod av veckovis skriftlig kontakt med deltagarna via den krypterade webbase-
210 rade plattformen iTerapi. Stödet bestod av feedback på genomförda övningar, uppmuntran, validering,
211 psykoedukation samt svar på de frågor deltagarna ställde. Tidsåtgången var cirka 15 minuter per delta-
212 gare och vecka. De två andra grupperna hade inte tillgång till behandlarstöd men fick kontaktuppgifter
213 till studieansvarig för eventuella administrativa frågor.

214 **Primära utfallsmått**

215 **Självhävdelsestil**

216 **Sekundära utfallsmått**

217 **Depression**

218 **Ångest**

219 **Social Ångest**

220 **Allmänt psykiskt välmående**

221 **Självhävdelsestil**

222 Sample-”storleken ’hej’” ’för’ varje grupp bestämdes med en powerberäkning. Alla i studien
223 planerade manipulationer, mättillfällen och all tillgänglig data har använts i de efterföljande analyserna.

224 We report how we determined our sample size, all data exclusions (if any), all manipulations, and
225 all measures in the study.

226 **Deltagare**

227 **Material (interventionen)**

228 **Metod**

229 **Analys**

230 Vi använde R (Version 3.6.3; R Core Team, 2020) and the R-packages *beeswarm* (Eklund, 2016),
231 *dplyr* (Version 0.8.5; Wickham, François, Henry, & Müller, 2020), *formattable* (Version 0.2.0.1; Ren &
232 Russell, 2016), *kableExtra* (Version 1.1.0; Zhu, 2019), *knitr* (Version 1.28; Xie, 2015), *papaja* (Version
233 0.1.0.9942; Aust & Barth, 2020), *pastecs* (Version 1.3.21; Grosjean & Ibanez, 2018), *psych* (Version
234 1.9.12.31; Revelle, 2019), *readxl* (Version 1.3.1; Wickham & Bryan, 2019), and *stargazer* (Hlavac,
235 2018) för alla analyser.

236 **Resultat**

237 se tabell ??)

Tabell 1: Deskriptiva mått för primära och sekundärt utfallsmått för de tre betingelserna vid för- och eftermätningstidpunkterna.

	Selfhelp (N = 67)		Guided (N = 69)		Waitlist (N = 68)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Pre						
AAA-S Adaptive	38.8	8.7	38.4	8.6	36.3	7.1
AAA-S Aggressive	27.9	7.1	27.6	6.8	25.8	5.3
Rathus	-36.8	23.0	-38.9	21.5	-41.8	21.5
Post						
AAA-S Adaptive	48.9	9.3	46.4	9.2	39.2	7.6
AAA-S Aggressive	32.5	6.7	30.0	6.5	26.4	5.3
Rathus	-9.0	23.5	-6.8	24.7	-36.1	22.6

238

Diskussion

239 **metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet**

240 asdfadf

241 **resultatdiskussion**

242 **i relation till annan forskning, självhävande**

243 **behov av ny forskning**

244 **sammanfattning?**

Referenser

- Alberti, R., & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2:a uppl.). San Luis Obispo: Impact.
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad från <https://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- APA. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Hämtad från <https://books.google.se/books?id=jBLj4dvpz8C>
- Aust, F., & Barth, M. (2020). *papaja: Create APA manuscripts with R Markdown*. Hämtad från <https://github.com/crsh/papaja>
- Baker, A. E., & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-5942-1>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- Burke, J., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- Eklund, A. (2016). *beeswarm: The Bee Swarm Plot, an Alternative to Stripchart*. Hämtad från

- 281 <https://CRAN.R-project.org/package=beeswarm>
- 282 Fensterheim, H., & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing
283 Company.
- 284 Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.
285 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- 286 Hlavac, M. (2018). *stargazer: Well-Formatted Regression and Summary Statistics Tables*. Bratislava,
287 Slovakia: Central European Labour Studies Institute (CELSI). Hämtad från
288 <https://CRAN.R-project.org/package=stargazer>
- 289 Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive
290 behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5),
291 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- 292 Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I
293 *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier.
294 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7>
- 295 Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of
296 web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study.
297 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 298 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 299 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive
300 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.
301 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 302 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of
303 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),
304 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- 305 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,
306 21–23.
- 307 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G., & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:
308 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,
309 123(2), 314–329. <https://doi.org/10.1037/a0036136>
- 310 R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R
311 Foundation for Statistical Computing. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- 312 Ren, K., & Russell, K. (2016). *formattable: Create 'Formattable' Data Structures*. Hämtad från
313 <https://CRAN.R-project.org/package=formattable>
- 314 Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*.
315 Evanston, Illinois: Northwestern University. Hämtad från
316 <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- 317 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based

- 318 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of*
319 *Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- 320 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020).
321 Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive
322 behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- 323 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
324 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for
325 perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and*
326 *Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- 327 Salter, A. (2001). *Conditioned Reflex Therapy*. Wellness Institute/Self-Help Books, LLC. Hämtad från
328 <https://books.google.se/books?id=gymIzp7arLMC>
- 329 Sewart, A. R., & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. *Clinical handbook of fear and anxiety:*
330 *Maintenance processes and treatment mechanisms.*, 265–285.
331 <https://doi.org/10.1037/0000150-015>
- 332 Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive
333 Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and
334 Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
- 335 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
336 *therapy*. Bantam.
- 337 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
338 Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241.
339 Hämtad från www.socialstyrelsen.se
- 340 Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
341 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20.
342 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 343 Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
344 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
345 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
346 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 347 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
348 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
349 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 350 Wickham, H., & Bryan, J. (2019). *readxl: Read Excel Files*. Hämtad från
351 <https://CRAN.R-project.org/package=readxl>
- 352 Wickham, H., François, R., Henry, L., & Müller, K. (2020). *dplyr: A Grammar of Data Manipulation*.
353 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>
- 354 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*

- 355 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 356 Xie, Y. (2015). *Dynamic Documents with R and knitr* (2nd uppl.). Boca Raton, Florida: Chapman;
357 Hall/CRC. Hämtad från <https://yihui.org/knitr/>
- 358 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
359 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
360 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 361 Zhu, H. (2019). *kableExtra: Construct Complex Table with 'kable' and Pipe Syntax*. Hämtad från
362 <https://CRAN.R-project.org/package=kableExtra>