

Respekt i kvadrat: ett träningsprogram för konstruktiv självhävdselse

*en randomiserad kontrollerad effektstudie av internetförmiddad
kognitiv beteendeterapi*

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Sammanfattning

Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävdselse' (*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 självhävdselse är förknippat med klinisk och subklinisk psykisk ohälsa, till exempel stressrelaterad ohälsa, svårigheter i relationer, emotionell instabilitet, generaliserat ångestsyndrom, social ångest och depression. Syftet med den här studien är att undersöka effekten på konstruktiv självhävdselse av ett internet-administrerat 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 självhävdselse mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelistan. Effekten var påtaglig redan vid mittenmätningen. [Här visar vi att (huvudresultatet). (huvudresultatet i relation till tidigare kunskap, ex "Vi fann att bristande konstruktiv självhävdselse 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 ...")]

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

15 slippa riskera att bli besviken om vännen inte svarar. Ett sätt att se på dessa exempel är att de alla är
16 förknippade med bristande självhävdelse – det vill säga undvikande av att i relation till andra personer
17 på ett konstruktivt sätt framföra sina tankar, känslor, behov och önskningar.

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

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

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

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

54 En viktig del i kognitiv omstrukturering är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobiker
55 skulle ett beteendeeexperiment till exempel kunna handla om att gå på en fest och att säga något om
56 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 beteendeeperiment kan klienten få hjälp av terapeuten att utvärdera utfallet – hur det gick att lägga säkerhetsbeteendena åt sidan, om personen klarade av att stanna i situationen även om något oönskat inträffade, vilka konsekvenser ökat engagemang ledde till och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att bryta undvikande. Fördelarna för klienten är dels att hen får tillfälle att träna både på att tolerera och reglera ångest, dels att hen får ökad tillgång till sådant som hen värdesätter.

Vad är konstruktiv självhävdelse?

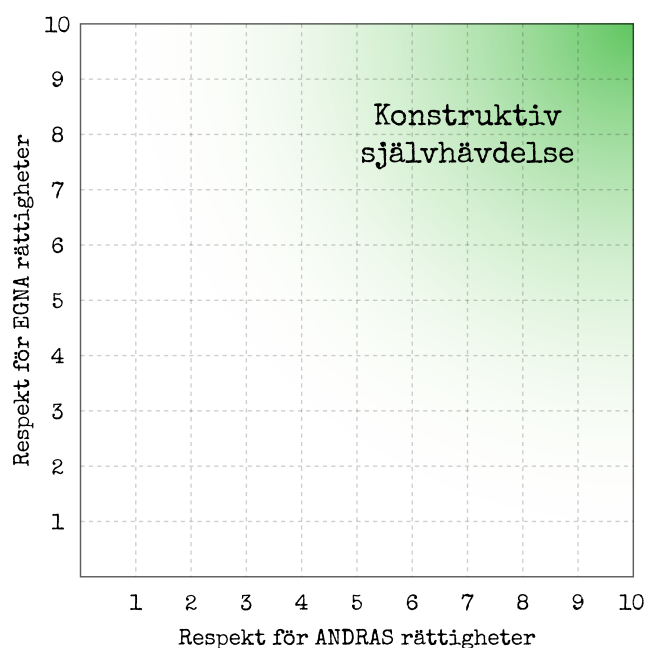
Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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

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

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

Vikten av en funktionell förståelse av begreppen. Mitamura (2018) problematiserar skillnaden mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna bör förstås i de sammanhang de utförs. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kontext kan framstå som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande; beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv självhävdelse, och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål för pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglat av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; S C Hayes & Brownstein, 1986). Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdelsebeteenden är det möjligt att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen "konstruktiv självhävdelse", "passiv självhävdelse" och "aggressiv självhävdelse" kan användas pragmatiskt för att till exempel i en terapi särskilja, tala om och utvärdera handlande i en spe-



Figur 1: Konstruktiv självhävdelse definieras i träningsprogrammet *Respekt i kvadrat* som handlande som är förenligt med samtidig respekt för egna och andras rättigheter (figurens övre högra hörn). Passiv självhävdelse (figurens nedre högra hörn) kan på samma sätt definieras som låg grad av respekt för egna rättigheter men hög grad av respekt för andras rättigheter. Aggressiv självhävdelse (figurens övre vänstra hörn) kan definieras som hög grad av respekt för egna rättigheter men låg grad av respekt för andras rättigheter. 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 cifierad kontext – inklusive hur de förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och
98 individnivå.

99 **Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse**

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

103 Det gör att många viktiga slutsatser av den tidigaste forskningen har hamnat i skymundan. Både
104 Wolpe and Lazarus (1966) och H. Orenstein, Orenstein, and Carr (1975) byggde sina metoder på pre-
105 missen att det är oförenligt att samtidigt uppleva ångest och att på ett genuint sätt hävda sina önskningar
106 och behov på ett konstruktivt sätt. D. E. Barrett and Yarrow (1977) visade att *assertiveness* hos barn
107 korrelerar med prosociala beteenden. Buell and Snyder (1981) följer upp det fyndet med en metod för
108 att träna *assertiveness* hos barn. Att utveckla sin förmåga att uttrycka sina tankar, känslor, behov och
109 önskningar på ett konstruktivt sätt förfaller vara en tillgång i relationer. På samma tema visade forsk-
110 ningen att självhävdelse är förknippat med förbättrade interpersonella relationer (Kincaid, 1978) och

111 ökad förmåga att möta hinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979). Ra-
112 kos and Schroeder (1979) visade att *assertiveness* med fördel kan läras ut genom självhjälp-material
113 och Rich and Schroeder (1976) sammanställde och utvärderade olika metoder som hade använts för att
114 träna *assertiveness*.

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

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

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

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

152 Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, and Fang (2012) är en översikt av meta-analyser som visar

att KBT alltså är en av de mest effektiva terapiformerna. I deras översikt visade sig KBT effektivt för att motverka bland annat trauma- och stressrelaterade symtom, liksom depressiva och ångestrelaterade syndrom. Efter genomgången KBT-behandling tenderar till och med etablerad förbättring av psykiskt mående att öka respektive och psykopatologiska symtom att minska, även under loppet av månader efter det att behandlingen avslutats (Bandelow m.fl., 2018). Litteraturen stödjer att KBT har god effekt för de syndrom som Speed m.fl. (2018) associerar med brister i konstruktiv självhövning.

Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård

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

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

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

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

I-KBT är en effektiv behandlingsmetod för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys från 2018 – som inkluderade 64 RCT-studier – konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (G. Andrews m.fl., 2018). Författarna konstaterade att medeleffektstorleken för I-KBT är $d = 0,8$ eller mer i jämförelse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT är

194 dessutom effektmässigt jämförbart med terapeutledd terapi. Både i en annan meta-analys från samma
195 år samt i en meta-analys från ett decenium tidigare konstaterades I-KBT även likvärdigt ansikte-mot-
196 ansiktebehandling (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper,
197 & Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning (Gavin Andrews,
198 Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010).

199 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD ($g = 0,7$ i Sijbrandij, Kunovski,
200 & Cuijpers, 2016), insomni ($g = 0,21-1,03$ i Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för
201 att minska lidandet vid olika kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019).
202 I-KBT är också verksamt för symtomlindring vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress
203 ($\eta_p^2 = .12$ i Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrastinering (kliniskt signifikant förbättring hos 31–
204 40% av deltagarna i Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (d
205 $= 0,7-1.0$ i Rozental m.fl., 2017b; $d = 0,86$ i T. D. Wade m.fl., 2019).

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

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

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

226 **Användarupplevelsen av I-KBT.** I-KBT med behandlarstöd kan erbjuda klienter fördelar som
227 inte har någon motsvarighet i ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör
228 det lättare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson, & Köhler,
229 2018; Rozental m.fl., 2020). Behandlingsupplägget med I-KBT ger dessutom möjlighet till tidsmässig
230 flexibilitet. Ytterligare en fördel som Lundgren m.fl. (2018) uppmärksammar är att många upplever det
231 enklare att uttrycka sig i skrift än i tal.

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

236 Självhjälp material förmedlat via I-KBT har dock visat sig populärt och effektivt. Materialet som
237 har använts i flera olika I-KBT-studier har arbetats om och publicerats i form av självhjälpböcker för
238 allmän konsumtion. Självhjälpböcker är ett medium som kan nå en stor publik. Med självhjälpböcker
239 eller motsvarande upplägg av I-KBT utan behandlarstöd går det att effektivt sprida evidensbaserad
240 psykologisk kunskap. Validerade självhjälpböcker har också potential att förbättra ansikte-mot-ansikte-
241 behandlingar, där självhjälpböcker kan användas som stöd för både genomförande av hemuppgifter
242 under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter efter behandlingens avslut.

243 Teoretiska utgångspunkter och praktiska konsekvenser

244 Ambitionen för den här uppsatsen är att 1) belysa forskningsläget för konstruktiv självhävdel-
245 se, 2) beskriva några empiriskt underbyggda principer, förhållningssätt och behandlingskomponenter
246 som är verksamma i klinisk psykologi i allmänhet och som också kan förmodas vara det för träning i
247 konstruktiv självhävdelse samt 3) beskriva och utvärdera ett KBT-behandlingsprogram via internet för
248 konstruktiv självhävdelse som har utformats utifrån med de förhållningssätten och behandlingskompo-
249 nenterna. Det här avslutande bakgrundsavsnittet går översiktligt genom några av förhållningssätten och
250 komponenterna för att ge en något fördjupad bild av vad det som det träningsprogram för konstruktiv
251 självhävdelse, *Respekt i kvadrat*, som utvärderas i den här uppsatsen.

252 **Fokus på precisering av hindrande förutsägelser.** Det som i vardagsspråk beskrivs som an-
253 tingen tankar, känslor eller beteenden sammanfattas i det moderna neurovetenskapliga paradigmet *pre-*
254 *diktiv kodning* som upplevelsen av ett och samma fenomen – förutsägelser, eller prediktioner (Pezzulo,
255 Rigoli, & Friston, 2015). Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp
256 av begränsade sensoriska indata guida betydligt mer omfattande neuronal *top-down*-aktivitet för att pre-
257 dicera organismens yttre såväl som inre kontext (A. Clark, 2016; Pezzulo m.fl., 2015). Den samlade
258 upplevelsen av rädsla och ångest (det som individen subjektiv uppfattar som kroppsreaktioner, tankar,
259 beteenden) utgörs av osäkerhetssignaler om prediktionernas tillförlitlighet, enkelt uttryckt som osäker-
260 het om kroppens resurs- och energihushållning i situationen (Feldman Barrett, 2009). Psykopatologi är
261 enligt Feldman Barrett (2009) ett uttryck för allt för stort inflytande av hjärnans kortikala *top-down*-
262 aktivitet på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet – som kommer till uttryck som
263 beteendemässigt undvikande, inklusive undvikande av emotioner. Sådant undvikande kan låsa fast en
264 person i allostatisk belastning, där kroppen varken får återhämtning eller tillgång till belöningar. KBT
265 är potentiellt verksamt genom att bidrar till att ”vikta om” balansen till förmån för *bottom-up*-aktivitet
266 (Feldman Barrett, 2009). Med beteendevetenskapliga termer går det att benämna samma fenomen som
267 att personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser.

268 Ordet ’tankar’ har i *Respekt i kvadrat* ersatts av ’förutsägelser’, för att i möjligaste mån hjälpa
269 till att vrida fokus från allmänt negativt tankeinnehåll till så exakt precision som möjligt av hindrande
270 förutsägelser i de situationer som klienten vill arbeta med. En negativ förutsägelse i en specifik situa-
271 tion (exempelvis om den egna förmågan att klara av upplevelsen av ångest eller vilken konsekvensen
272 ska bli av konstruktiv självhävdelse) bör enligt denna utgångspunkter förankras så tydligt det går i den
273 specifika kontexten, vilket också hänger samman med den beteendeaktiveringsration som präglar be-
274 handlingsprogrammet. Det som i Beck (1979) benämns som ’livsregler’ och ’grundantaganden’ ägnas
275 mindre uppmärksamhet.

276 **Fokus på brytande av undvikande genom identifiering av belöningar.** Undvikande av aver-
277 siva stimuli har ett uppenbart överlevnadsvärde. Rädslolärläring tenderar att vara stark: Öhman and
278 Mineka (2001) konstaterar att rädslolärläring inte är så lätt att påverka med kognitiv kontroll i skarpt
279 läge, inte minst för att de neuronala osäkerhetskretsarna vid amygdala ligger djupt förankrade i limbiska
280 delar av hjärnan och mer eller mindre lever sitt eget liv.

281 Att i överskott undvika stimuli som upplevs som hotfulla utan att vara det kan dock leda till psyko-
282 patologiska besvär både genom förlust av kontingent positiv förstärkning och ökad grad av sekundära
283 besvär som exempelvis nedstämdhet. Att undvika det som erfarenhetsmässigt upplevs som aversivt
284 framstår ofta som funktionellt och rationellt, även när det inte är det (Steven C Hayes, Wilson, Gifford,
285 Follette, & Strosahl, 1996).

286 Forskningen visar att det är självdestruktivt att försöka undvika aversiva emotioner: Emotionellt
287 undvikande är paradoxalt nog kopplat till ökning av graden emotioner (och mindre grad av positiva
288 emotioner). Det har också negativa konsekvenser i form av ökat undvikande av nära relationer, mind-
289 re socialt stöd, lägre självförtroende och sämre generellt välmående (J. J. Gross & John, 2003). Den
290 paradoxala biten går inte nog att betona: Att försöka undvika aversiva emotioner leder till att man upp-
291 lever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-álvarez, 2018; J. J.
292 Gross & John, 2003; Steven C Hayes m.fl., 1996).

293 I vidmakthållandet av ångestsyndrom är undvikande således en central komponent – och detta
294 trots att den som lider av det ofta själv är helt medveten om vad hen går miste om på grund av sitt
295 undvikande. Ett sätt att bidra till att trumfa det emotionella undvikandet i psykologisk behandling är att
296 introducera belöningar (Pittig, Schulz, Craske, & Alpers, 2014).

297 **Fokus på aktivering med varierad grad av osäkerhet.** Att bryta undvikandebeteenden är ofta
298 centralt för att minska psykopatologiska besvär. Det finns flera metoder sprungna ur forskning för detta.
299 En metod är att *på ett närvarande sätt* närma sig det aversiva och ångestväckande, så kallad exponering.

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

308 De Castella m. fl. (2015) konstaterade även att emotionellt undvikande är tydligt kopplat till säm-
309 re effekt av exponering. Att emotionellt undvika är ett säkerhetsbeteenden och säkerhetsbeteenden – det
310 vill säga beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation – är ett väleta-
311 blerat fenomen som har konstaterats både ha en del i utvecklandet och i bibehållandet av ångestdriven
312 psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer
313 som lider av ångestsyndrom och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann,
314 2006) vilket med stor sannolikhet även gör det vanligt hos individer med bristanden *assertiveness*. När
315 obehag, ångest och andra aversiva känslor väcks är det alltså viktigt att inte försöka undertrycka dem.
316 Genom att tillåta sig själv känna dem ger man sig möjligheten till att bemästra dem.

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

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

330 **Fokus på återhämtning.** Ytterligare ett sätt att närma sig aversiva stimuli är genom avslapp-
331 ning. Även om det fortfarande inte är konstaterat exakt vad de verksamma komponenterna i avslapp-
332 ningsträning vid ångestbesvär är, har forskningsstudier i decennier konstaterat avslappningsträning en
333 effektiv metod för att minska symptom hos en del patienter som lider av ångestsykepatologi (Conrad
334 & Roth, 2007). Tillämpad avslappning är en copingteknik som började utvecklas i slutet av 1970-talet
335 för patienter med fobier och panikattacker. Den har sedan dess även visat sig effektiv för bland annat
336 generell ångeststörning och stress (Öst, 2006). En hypotes för varför avslappningsmetoder fungerar är
337 att ångestreaktioner och att vara avslappnad ej är kongruent med varandra, det vill säga att båda inte kan
338 existera samtidigt. Är du avslappnad kan du inte samtidigt uppleva ångest (Conrad & Roth, 2007). Då
339 det är ytterst svårt att konstruktivt självhävda sig när man upplever ångest (A. Baker & Jeske, 2015), och
340 att ångest i sin tur inte är kongruent med att vara avslappnad (Conrad & Roth, 2007) går det rimligen att
341 extrapolera att lyckad avslappningsträning ökar oddsen för uppvisande av konstruktivt självhävdande
342 beteenden.

343 Kort och gott: Genom att *på ett närvarande sätt* i så många kontext som möjligt testa sina förut-
344 sägelser och sedan dra slutsatser om både utfallet och ens egen förmåga att hantera utfallen ökar man
345 chansen att undvikande bryts och chansen till ökat engagemang i det man värdesätter i livet förbättrats.

346 **Om att finna motivation till att bryta gamla vanor.** Många som lever med psykopatologiska
347 besvär under en längre tid kan uppleva det som att det inte finns någonting de kan göra åt sina besvär.
348 Som att deras symtom och deras lidande är där för att stanna. Detta brukar kallas för ett *fixed mindset*.
349 Ett *fixed mindset* är antagandet att förmågor, färdigheter samt egenskaper är fasta och oföränderliga. Det
350 skiljer sig från ett *growth mindset*, antagandet att förmågor, färdigheter och egenskaper kan utvecklas
351 och förändras. Dessa *mindset*, tankesätt, är ett sorts ramverk genom vilket man tolkar och förstår sig på
352 sina erfarenheter, vilket i sin tur påverkar vilka beteenden och emotioner man uppvisar (C. S. Dweck,
353 Chiu, Hong, Chiu, & Hong, 1995). Tankesätt kan beröra mer övergripande domäner, såsom personlighet
354 och intelligens, eller mer specifika domäner, såsom hur man tänker kring ångest och emotioner. Man
355 kan ha ett fixerat tankesätt inom en viss domän, och ett utvecklande tankesätt inom en annan (Schroder,
356 Dawood, Yalch, Donnellan, & Moser, 2016). Har man ett utvecklande tankesätt kring ångest leder det
357 både till större motivation under en behandlings gång och till bättre odds för positivt behandlingsutfall
358 (De Castella m.fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan, & Moser, 2015). Det har även visat sig
359 att personer med ett fixerat tankesätt i större utsträckning försöker undvika negativa emotioner samt i

mindre utsträckning omvärderar sina förutsägelser i ljuset av nya erfarenheter (Schroder m.fl., 2015). Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett *growth mindset*.

Frågeställningar

Det vi primärt är intresserade av är om det finns någon skillnad (i endera riktning) i effekt mellan gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd med avseende på konstruktiv självhävdselse, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive. Vi är också intresserade av att ta reda på hur effekten av behandling (deltagande i grupperna självhjälp och behandlarstöd skiljer sig från gruppen väntelista med avseende på både konstruktiv självhävdselse fångad med AAA-S Adaptive och aggressiv självhävdselse 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 and 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 självhävdselse. 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 träningsprogrammet 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 träningsprogrammets gång att bli exkluderad från studien. Ingen data har använts hos de fem deltagarna som hade pågående psykologisk behandling och endast förmätningen har använts från deltagaren som bad om att bli exkluderad.

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

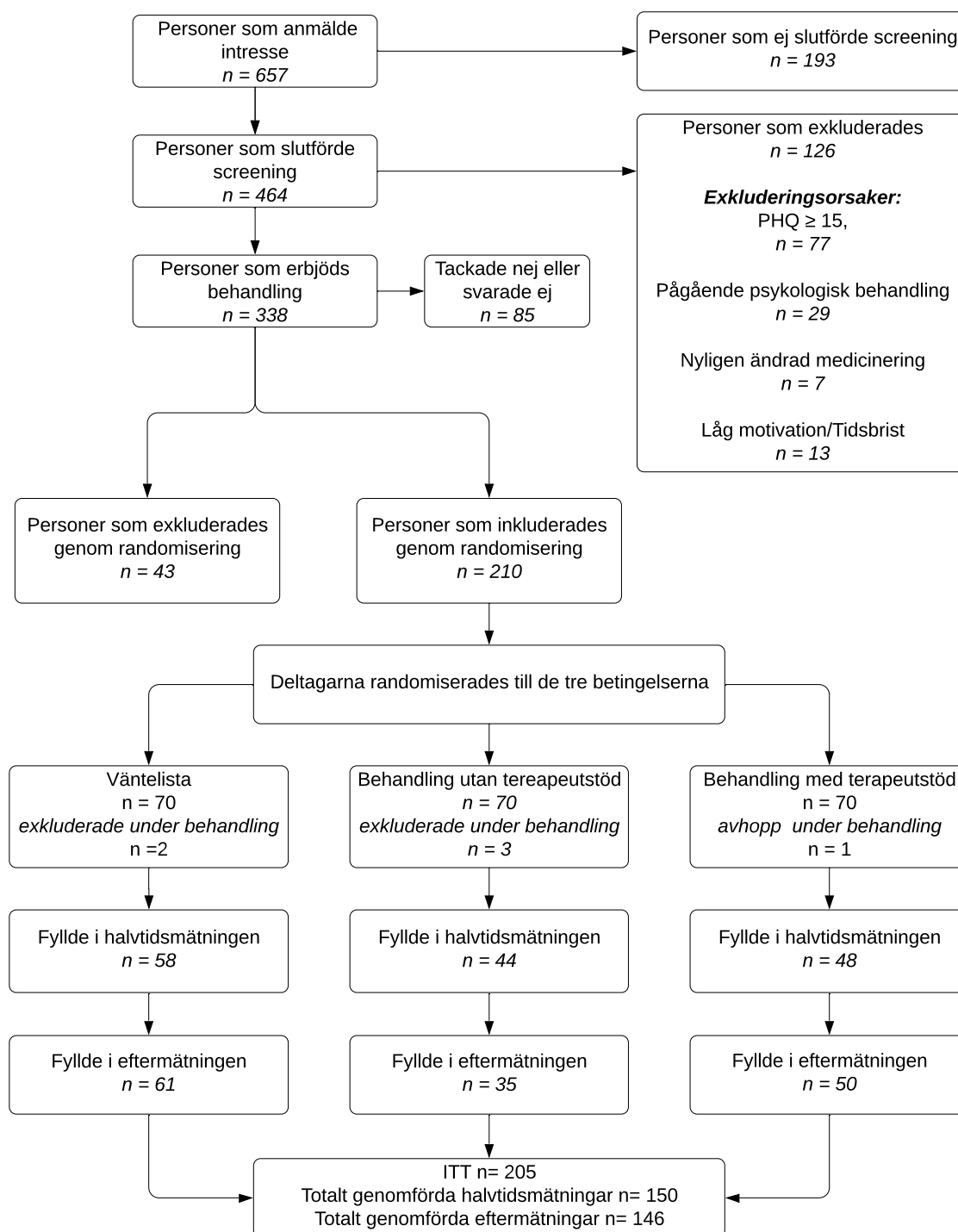
Exklusionskriterier. Personer som skattade 15 eller högre på självskattningsformuläret PHQ-9 exkluderades, liksom personer som inom en tremånadersperiod innan behandlingsstart gjort förändringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade pågående psykologisk behandling exkluderades.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

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

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

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

Primärt utfallsmått.



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

Tabell 1: Vid förmätningstillfället insamlad sociodemografisk data om deltagarna.

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

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

450 **Sekundära utfallsmått.**

451 ***Depression.*** Skattningsskalan Patient Health Questionnaire 9-Item Scale (PHQ-9; Kroenke,
452 Spitzer, Williams, & Löwe, 2010) användes för att mäta symtom på depression. Det är en självskatt-
453 ningsskala bestående av nio frågor som besvaras med en 4-gradig likertskala där 0 motsvara ”Inte alls”,
454 1 ”Flera dagar”, 2 ”Mer än hälften av dagarna” och 3 ”Nästan varje dag”. Utöver dessa nio frågor ställs
455 en fråga om funktionspåverkan av symtomen. Summan på de nio första frågorna summeras. Maximal
456 totalpoäng på PHQ-9 är 27. En summa på 0–4 indikerar minimal allvarlighetsgrad/ingen depression,
457 5–9 mild allvarlighetsgrad, 10–15 måttlig allvarlighetsgrad och 15–27 svår allvarlighetsgrad (Kroenke
458 m.fl., 2010). I den föreliggande studien exkluderades de individer med ett resultat ≥ 15 , då poäng mellan
459 15–27 tyder på att egentlig depression kan föreligga. Skalan bedöms ha en hög intern reliabilitet ($\alpha =$
460 0,89; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Det har även visat sig att de psykometriska egenskaperna
461 föreligger vid administrering online (Titov m.fl., 2011).

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

469 ***Social Ångest.*** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-
470 SR; Fresco m.fl., 2001). I självskattningsskalan presenteras 24 situationer som besvaras på två stycken
471 4-gradiga likertskalor. Den ena skalan frågar om mängd rädsla eller ångest i respektive situation där 0
472 motsvarar ”Ingen”, 1 ”Mild”, 2 ”Måttlig”, och 3 ”Stark”. Den andra skalan frågar om mängd undvikande
473 av respektive situation där 0 motsvarar ”Aldrig (0%)”, 1 ”Ibland (1–33% av tiden)”, 2 ”Ofta (33–67%
474 av tiden), och 3 ”Vanligtvis (67–100% av tiden)”. Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng
475 på LSAS-SR är 144. Vid en totalpoäng på över 30 föreligger troligen social fobi. Vid en totalpoäng på
476 över 60 föreligger troligen generaliserad social fobi. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,96$).

477 ***Allmänt psykiskt välmående.*** Självskattningsskalan Välmåendeskalan (VS; Braconier & Insti-
478 tutionen, 2015), användes för att mäta deltagarnas allmänna psykiska välmående. Skalan består av 18
479 frågor om mående den senaste veckan. Frågorna besvaras på en 5-gradig likertskala där 0 motsvarar
480 ”Aldrig”, 1 ”Sällan”, 2 ”Ibland”, 3 ”Ofta” och 4 ”Mycket ofta”. Svaren på alla frågor summeras. Maxi-

mal totalpoäng på VS är 72. En hög poäng anger en högre grad av upplevt välmående. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,8$).

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

Interventionen Respekt i kvadrat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

549 I Michel and Fursland (2008) presenteras rationalen för och övningar i muskelavslappning över-
550 siktligt i ett kapitel. I linje med Östs (2006) rekommendation om att tillämpad avslappning bör intro-
551 duceras stegvis över en längre tidsperiod introduceras deltagarna till progressiv muskelavslappning i
552 modul 2, med en gradvis inriktning i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning. Under första delen av
553 programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa principerna om hög grad av variation och upprep-
554 ning i färdighetsträningen av progressiv och alltmer tillämpad avslappning. Integreringen av progressiv
555 muskelavslappning i hela första delen av träningsprogrammet tjänar syftena att ge deltagarna möjlighet
556 att tillgodogöra sig färdigheter som relativt snabbt har potential att ge positiva effekter i vardagen och
557 att ge dem en egen erfarenhet av fördelarna med mängdträning.

558 Anpassningarna och tilläggen inkluderade sammanfattningsvis nya texter och illustrationer, län-
559 kar till fördjupningsmaterial, videofilmer med konversationer och rollspel mellan PT och TH, nedladd-
560 ningsbara ljudfiler med avslappningsövningar, inbäddade externa videoklipp och ljudfiler samt ett stort
561 antal nya interaktiva övningar. Tilläggsövningarna inkluderar utvärderingsformulär av varje veckas in-

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

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

nehåll, veckovis uppföljning av konstruktiv självhävdelse samt utökade övningar för återfallsprevention och vidmakthållande av behandlingseffekter. Se även tabell 2 för en översiktlig genomgång av innehållet i modulerna i interventionen *Respekt i kvadrat*.

Behandlingsplattformen

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

Alla deltagare fyllde i för-, halvtids- och eftermätning via plattformen. Alla moduler och övningar gick att nå via plattformen. De deltagare som tillhörde gruppen behandlarstöd konverserade uteslutande

573 med sina behandlare via plattformens meddelandefunktion.

574 Etiska aspekter

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

577 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att
578 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens
579 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlighet
580 med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad
581 till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan till studien lämnade
582 deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien under rekryteringsfasen
583 informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (t ex om vart hen kunde vända sig
584 för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommenderades deltagarna att uppsöka psykiatrisk
585 vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt
586 e-post.

587 Analyser

588 Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2020) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha =$
589 0,05 tillämpades vid alla beräkningar. Öppen syntax och data finns deponerade hos Figshare på <https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785> (Hagberg & Trång, 2020).

591 **Kontroll av utgångsdata.** Vi analyserade insamlade förmätningssvården för att kontrollera om
592 randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)
593 användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och
594 kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med
595 Kruskal-Wallis-test från R-paketet *FSA* (Ogle, Wheeler, & Dinno, 2020). Cohen's d-effektstorlekar för
596 beroende mätningar beräknades test från R-paketet *effsize* (Torchiano, 2020). För beräkning och sam-
597 manställning av övrig deskriptiv statistik användes verktyg från R-paketet *pastecs* (Grosjean & Ibanez,
598 2018).

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

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

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

614 En modell specificerades för vart och ett av de beroende utfallsmåtten. Ingen standardisering
615 eller centrering gjordes av värdena. Som oberoende prediktorer eller fixa variabler angavs huvudeef-
616 fter och interaktioner av tid (uppretrade beroende mätillfällen) och grupp (oberoende betingelse till
617 vilka deltagarna randomiserades inför start). I modellerna tilläts skärningspunkterna (intercepten) för
618 respektive deltagare att variera som *random*-effekt. Insamlad mängd data tillät på grund av bortfall inte
619 inklusion av en *random* effekt för lutningen på regressionslinjen mellan mätillfällena.

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

626 Genom uträkning av så kallad intraklasskorrelation undersökte vi vilken andel av variansen som
627 kommer av underliggande individkopplad förändringsbenägenhet över tid.

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

631 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i tränings-
632 programmet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant nivå vid
633 eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacobson and Tru-
634 ax (1998). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället fördes förmätning-
635 värdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to treat*. Med reliabel
636 förändring menas att en observerad utveckling mellan två mätillfällen definieras som tillförlitlig om
637 den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen
638 som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur efter-
639 mätningens värden förhåller sig till medelvärdet för normdata för en subklinisk population (Jacobson &
640 Truax, 1998). För sammanställningarna av överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring
641 användes R-paketet *JTRCI*, som väljer jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt,
642 2020). Skillnader mellan grupperna i antalet reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på
643 kliniskt signifikant nivå vid eftermätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis-test.

644 Resultat

645 Vid analys av skillnader av sociodemografisk data fann vi en signifikant skillnad i könsfördelning
646 mellan grupperna ($\chi^2 = 7,09$, $p = 0,03$, $df = 2$). Gruppen behandlarstöd hade vid parvisa uppföljningstest
647 signifikant större andel män än både gruppen väntelista ($p = 0,04$) och gruppen självhjälp ($p = 0,76$). I
648 övrigt fann vi inte några skillnader i sociodemografiska variabler mellan grupperna.

649 Med oberoende variansanalys konstaterade vi att det inte fanns några signifikanta skillnader i
650 några av utfallsmåtten mellan de olika grupperna vid behandlingens start.

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 förmätningssvården har fått dessa värden framflyttade till följande mättillfällen.

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

651 Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data fann vi inga brott mot de anta-
 652 ganden som behöver uppfyllas för flernivåanalys.

653 Inga signifikanta skillnader mellan grupperna i andel personer som uppnått både klinisk signifikans-
 654 status och reliabel förbättring fanns för de primära utfallsmått AAA-S Adaptive och AAA-S Aggres-
 655 sive. För båda måtten definierades ökning i poäng som en förbättring. Vi fann en signifikant skillnad
 656 mellan grupperna för självhävdeskalen Rathus, $\chi^2 = 9.47$, $p = 0.01$, $df = 2$. Se tabell 3 för en sam-
 657 manställning av kliniskt signifikanta och reliabla förändringarna inom de olika grupperna de utfallsmått
 658 som fångar konstruktiv och aggressiv självhävde.

659 Se tabell ?? (INTE KLAR ÄNNU) för en sammanställning av predicerade data från de olika
 660 modellerna för respektive utfallsmått, inklusive uppskattade effektstorlekar.

661 Estimat av intercept och regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmått-
 662 ten sammanfattas i tabell 4. Intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive ut-
 663 fallsmått kan läggas in i regressionsformeln för modellen för att predicera utfall för alla kombinationer
 664 av grupptillhörighet och mättillfällen.

665 **Skillnad i effekt på konstruktiv självhävdelse mellan självhjälp–behandlarstöd**

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

669 Vi fann ingen skillnad i utfall med AAA-S Adaptive vid eftermätningen mellan gruppen självhjälp
670 (estimerat marginalmedelvärde [emm] 47,00, 95% CI [44,20 ; 49,80]) och gruppen behandlarstöd (emm
671 46,38, 95% CI [43,83 ; 48,94]), $t(383,28) = -0,39$, $p = 1$, effektstorlek -0,08. Vi fann inte heller någon
672 skillnad i effekt vid mitten-mätningen. För de deltagare som har deltagit i *Respekt i kvadrat* är skillnaden
673 i konstruktiv självhävdelse vid eftermätningen försumbar mellan de som fått behandlarstöd och de som
674 har fått klara sig på egen hand.

675 **Skillnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävdelse mellan väntelista–självhjälp respektive väntelista–behandlarstöd**

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

680 **Konstruktiv självhävdelse.**

681 ***Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.*** Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adaptive
682 för gruppen självhjälp (se emm ovan) än för gruppen väntelista (emm 38,75, 95% CI [36,30 ; 41,21])
683 vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 8,25, $t(365,49) = -5,32$, $p = 0,00$, effektstorlek 1,01.

684 ***Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.*** Vi fann också en tydligt högre medelpoäng på
685 AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd (se emm ovan) jämfört med gruppen
686 väntelista (se emm ovan), medelvärdesskillnad 7,63, $t(333,65) = -5,18$, $p = 0,00$, effektstorlek 0,93.

687 ***Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.*** För både gruppen självhjälp och
688 gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning, medelvär-
689 desskillnad 8,35, $t(322,73) = 8,32$, $p = 0,00$, effektstorlek 1,02 respektive medelvärdesskillnad 7,88,
690 $t(316,38) = -8,85$, $p = 0,00$, effektstorlek 0,96.

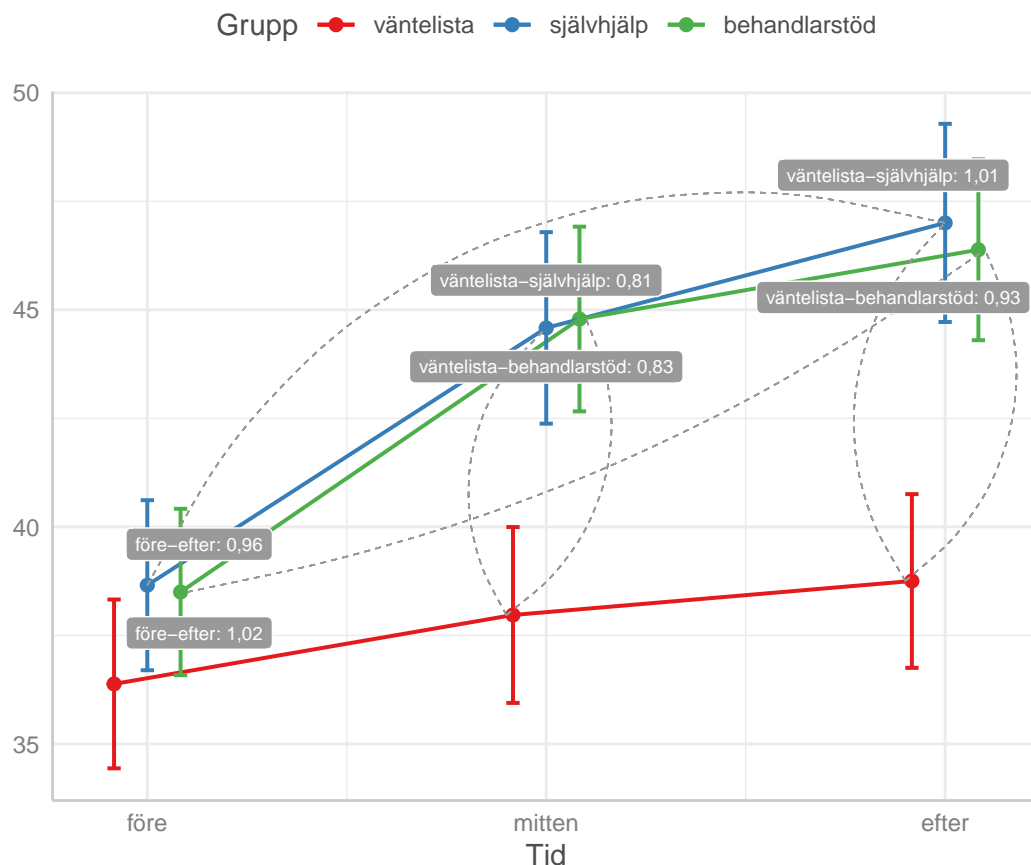
691 Se figur 3 som sammanfattar resultaten.

692 **Aggressiv självhävdelse.**

693 ***Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.*** Precis som för konstruktiv självhävdelse hade grup-
694 pen självhjälp en klart högre (emm 31,46, 95% CI [29,24 ; 33,67]) medelpoäng på måttet för aggressiv
695 självhävdelse, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista (emm 26,43, 95% CI [36,30 ; 41,21]) vid ef-
696 termätningen, medelvärdesskillnad 5,03, $t(336,57) = -4,07$, $p = 0,00$, effektstorlek 1,01.

697 ***Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.*** Vid eftermätningen fann vi också att medelpo-
698 ängen för behandlarstödsgruppen (emm 30,53, 95% CI [28,48 ; 32,57]) var högre i jämförelse med
699 gruppen väntelista (se emm ovan). Skillnaden var 4,10, $t(308,12) = -3,46$, $p = 0,00$, effektstorlek 0,93.

Medelvärdesestimat och effektstyrkor för AAA-S Adaptive

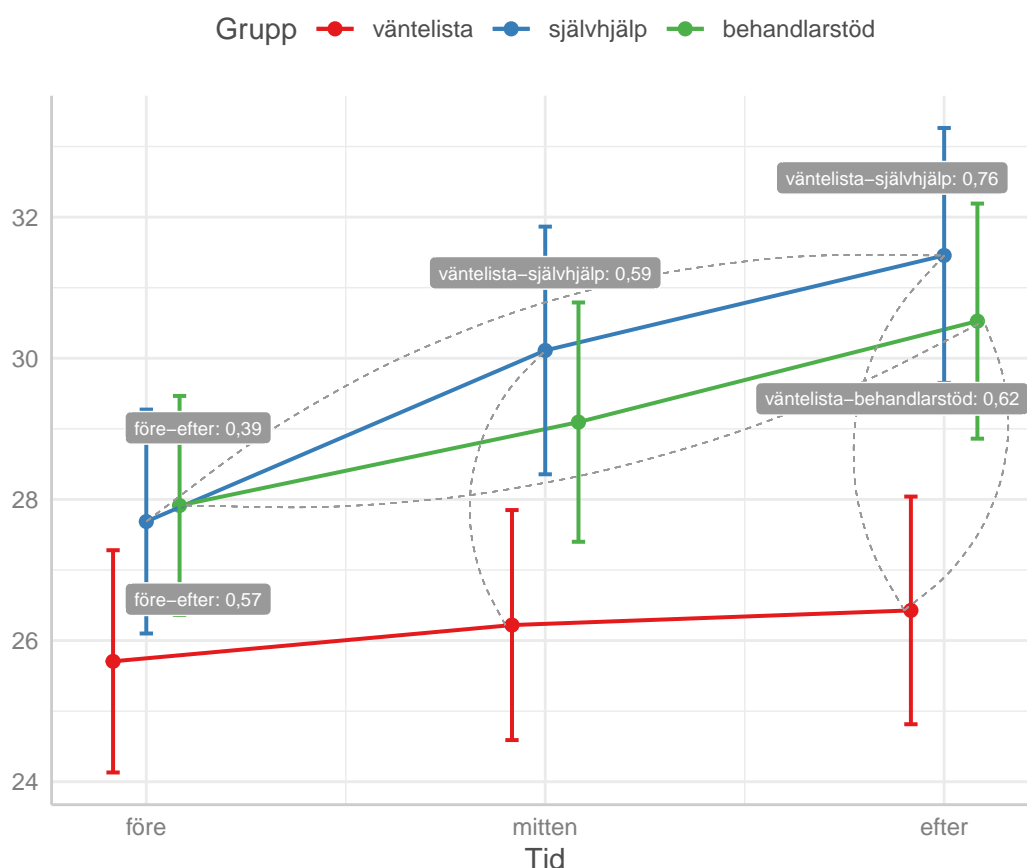


Figur 3: Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek av den med streckad linje indikerad parvisa jämförelse som var signifikant.

700 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För båda grupperna självhjälp
 701 och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan behandlingsstart och eftermätning. För själv-
 702 hjälpsgruppen var medelvärdeskillnaden 3,77, $t(317,49) = -5,14$, $p = 0,00$, effektstorlek 1,02, för be-
 703 handlarstödsgruppen var den 2,61, $t(312,59) = -4,01$, $p = 0,00$, effektstorlek 0,96.

704 Se sammanfattning i 4.

Medelvärdesestimat och effektstyrkor för AAA-S Aggressive



Figur 4: Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävande mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Etiketterna i figuren anger respektive effektstorlek av den med streckad linje indikerad parvisa jämförelse som var signifikant.

705 Med våra initiala flernivåanalyser konstaterar vi att ICC-värdet ger att 67,57475% av varian-
 706 sen i utfallsmåttet AAA-S Adaptive kan förklaras av individuella faktorer. För AAA-S Aggressive kan
 707 73,82183% av variansen förklaras av individuella faktorer.

Tabell 4: En sammanställning av estimat av intercept och regressionskoefficienter för respektive flernivåanalys av de primära och sekundära utfallsmåtten.

	Utfallsmått/flernivåanalys						
	AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välmåndef.
	Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
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

Diskussion

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

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

Resultatdiskussion

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 självhävdelse. 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) – vart så icke fallet i den föreliggande studien. Att behandlarstöd brukar vara det överlägsna alternativet till att ta sig igenom ett självhjälsprogram utan stöd är inte detsamma som att det alltid är så. Flertalet tidigare studier rapporterar resultat i linje med den rådande studien – 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.

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

Vårt resultat + i relation till annan forskning

Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet

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

Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämna fördelning går troligen att tillskriva flertalet olika faktorer. För det första rapporterar kvinnor mer oro, ångslan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna att söka hjälp. För det andra tenderar män överlag att i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Cheater, & Marshall, 2005). Det är även så att kvinnor i större utsträckning tenderar att delta i forskningsstudier. När Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, and Carlbring (2017a) 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 aktuella studien – så sköttes studiens marknadsföring på sociala medier av en automatiserad algoritm. Algoritmen visar annonsen för de individer den tror har störst odds till att interagera med den. Data som sammanställdes efter avslutad annonsering visade på att någonstans mellan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor. Om en så övervägande del av reklam visad till potentiella intressenter för studien visats för kvinnor, är det föga förvånande att huvudparten av deltagarna är kvinnor.

787 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare
788 10% studerade vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från Sveriges befolkning, där
789 endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar av förklaringen till att en
790 så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle kunna vara att majoriteten
791 av studiens deltagare är kvinnor, och att de i större utsträckning än män studerar vidare efter gymnasiet
792 (Statistiska Centralbyrån, 2020). Då väldigt få deltagare i den aktuella studien hade yrkesutbildning,
793 gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta avslutad utbildning bör man vara restriktiv
794 med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

795 Både att väldigt många kvinnor deltog i den aktuella studien, och att en så stor andel av samplet
796 hade påbörjade eller avslutade universitetsstudier, gör det svårare att generalisera resultatet till Sveriges
797 befolkning i stort. Kön fördelning i den aktuella studien skiljer sig även signifikant från studien nor-
798 merna för AAA-S samt RAS hämtas från (Thompson & Berenbaum, 2011) (där fördelningar var 55%
799 kvinnor och 45% män). Till fördel för samplets representation av populationen är däremot att det i och
800 med en internetbaserad behandling fanns möjlighet till ett nationellt intag av deltagare. Då det i skri-
801 vande stund varken finns data om prevalens av bristande självhävdelse i Sveriges population, eller data
802 om vilka demografiska faktorer denna brist korrelerar med, är det ytterst svårt att säga hur representativ
803 för Sveriges befolkning samplet i den aktuella studien är. Det vore av stor nytta att framtida studier
804 undersöker denna behandlings effekt i andra populationer med större heterogenitet.

805 I denna studie placerades en tredjedel av deltagarna på en väntelista. En risk med användan-
806 det av väntelista är att de deltagare som tilldelas väntelistan försämras under behandlingens gång. I en
807 meta-analys från 2017 konstaterade Rozental m.fl. (2017a) att över 15% av de som tilldelas betingel-
808 sen väntelista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6% av de som genomgick behandlingen.
809 Detta kan även leda till att en behandlings eventuella effekt förstoras på grund av försämrandet hos
810 väntelista-betingelsen snarare än förbättrandet hos de som betingats till behandlingen. I den aktuella stu-
811 dien försämrades ingen deltagare kliniskt signifikant från för- till eftermätningen, varken i väntelistan
812 eller i någon av de andra betingelserna. Därav lider den aktuella studien ingen risk för att ha påverkats
813 av denna felkälla.

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

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

828 På grund av studiens tidsomfång fanns det inga möjligheter till att göra uppföljningsmätningar

829 av deltagarnas mående efter behandlingens avslut (till exempel 3-, 6- eller 12-månadersuppfölningar).
830 Det gör det svårare att avgöra hur behandlingsprogrammet har påverkat deltagarnas mående och kon-
831 struktiva självhävande över tid. Forskning indikerar dock att framsteg gjorda under KBT-behandling
832 tenderar att bibehållas över tid. Det är till och med vanligt att ytterligare ökande i mående och mins-
833 kande av symtombild sker efter avslutad behandling (Bandelow m.fl., 2018). Möjligen innebär det att
834 även deltagarna i den aktuella studien kommer att fortsätta förbättras framöver. Det vore fördelaktigt om
835 framtida studier som berör konstruktiv självhävande inkluderar uppföljningsmätningar. Detta skulle ge
836 en möjlighet att se hur konstruktet påverkas över tid.

837 Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av
838 självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och Rathus (Rathus, 1973). Då
839 dessa skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de till den aktuella studien. Det finns många
840 rekommendation och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin, &
841 Ferraz, 2001; och Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 för två väl använda metoder). Ett ge-
842 mensamt tema i dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat
843 användningsspråk (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer
844 och att den översatta versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende
845 översättare. En bedömning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det plane-
846 rade användningsspråket till originalspråket. AAA-S och Rathus översattes inför föreliggande uppsats
847 endast en gång, från engelska till svenska. De nyöversatta skalorna är inte validerade och saknar svens-
848 ka normer. Istället används data för både AAA-S och RAS från student-sample 1 från Thompson and
849 Berenbaum (2011) som icke-kliniska normer. Fördelen med dessa normer är dels att de är relativt aktu-
850 ella, dels att de är beräknade från ett och samma sample och därför ger goda möjligheter till jämförelser
851 av resultaten på AAA-S och Rathus. Data från föreliggande uppsats skulle potentiellt kunna användas
852 för att validera de svensköversatta skalorna i en uppföljande studie. Ett dilemma är dock att båda över-
853 sättningar på en och samma gång är icke-validerade och idealiska kriterier för varandras validering; det
854 saknas tyvärr vedertagna skalor i litteraturen för *assertiveness* utöver Rathus och AAA-S. Ytterligare
855 en begränsning för en sådan validering är att det sample som undersöks i den här uppsatsen har en för-
856 modad slagsida åt passiv självhävande och sannolikt inte innehåller tillräckligt med data från individer
857 som kan antas ha överskott av aggressiv självhävande. Inför framtida studier vore det hur som helst
858 önskvärt att översättningarna validerades i en mer heterogen population.

859 Sammanfattning

860 Föreliggande studie ville undersöka effekten på konstruktivt självhävande av behandlingspro-
861 grammet *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller utan behandlingsstöd) var
862 effektivare än att betingas till en väntelista. Mer forskning behövs för att med större säkerhet kunna
863 generalisera resultaten till populationen i stort.

Referenser

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alberti, R., & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2:a uppl.). San Luis Obispo: Impact.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad från <https://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-06083-5>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Baker, A., & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-5942-1>
- Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.49>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barrett, D. E., & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior , Social Inferential Ability , and Assertiveness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., & Hamilton, P. (2016). An active inference theory of allostasis and interoception in depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708). <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0011>
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on

- 901 Internet-based mental health interventions - A systematic review.
902 <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- 903 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of
904 Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191.
905 <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- 906 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- 907 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011).
908 Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided
909 with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169.
910 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.007>
- 911 Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
912 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology*
913 *Review*, 49, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- 914 Braconier, A., & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 915 Buell, G., & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
916 71–80. <https://doi.org/10.2466/pr0.1981.49.1.71>
- 917 Burke, J., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered
918 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive*
919 *Psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- 920 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse.
921 *Feminism/postmodernism*, 327, x.
- 922 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and
923 suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595.
924 <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- 925 Carlbring, P., & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
926 *kognitiv beteendeterapi* (2., [uppd]. Stockholm: Natur & kultur.
- 927 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs.
928 face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
929 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18.
930 <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- 931 Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
932 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
933 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- 934 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. Oxford University Press.
935 <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001>
- 936 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4),

- 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia* (Vol. 41, s. 22–23).
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001>
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- Dweck, C. S., Chiu, C. yue, Hong, Y. yi, Chiu, C. yue, & Hong, Y. yi. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. https://doi.org/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>{\%}0Ahttp://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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet* (s. 67).
- 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. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- Furmark, T. I., Holmström, A., Sparthán, 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.

- 975 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- 976 Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
977 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 978 Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.
979 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- 980 Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes:
981 Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social*
982 *Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 983 Hagberg, T., & Trång, P. (2020). Open data for ”Respekt i kvadrat”.
984 <https://doi.org/https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785>
- 985 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
986 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
987 [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- 988 Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a
989 behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–190.
- 990 Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential
991 Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and
992 Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- 993 Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive
994 behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5),
995 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- 996 International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures
997 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från
998 [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 -](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
999 [Embargoed 5 November 1200 CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
- 1000 Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016).
1001 Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder
1002 and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized
1003 controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35.
1004 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
- 1005 Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining
1006 meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in*
1007 *clinical research* (Vol. 59, s. 521–538). Hämtad från
1008 <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- 1009 Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of
1010 Brislin’s translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304.
1011 <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>
- 1012 Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants’ perspective. *Professional*

- 1013 *Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160.
 1014 <https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.1.153>
- 1015 Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., ... Ciechomski, L. (2009).
 1016 Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a
 1017 difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113.
 1018 <https://doi.org/10.1080/16506070802561132>
- 1019 Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in
 1020 Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200.
 1021 <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- 1022 Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression
 1023 severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- 1024 Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire
 1025 Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital*
 1026 *Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- 1027 Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. Hämtad
 1028 från <http://awkruijt/JTRCI/>
- 1029 Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. Hämtad från
 1030 <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- 1031 Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I
 1032 *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier.
 1033 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7>
- 1034 Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of
 1035 web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study.
 1036 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 1037 Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
 1038 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
 1039 Inc.
- 1040 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1041 McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1042 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive
 1043 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.
 1044 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 1045 Michel, F., & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
 1046 Interventions. Hämtad från
 1047 <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- 1048 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of
 1049 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),

- 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284. <https://doi.org/10.1159/000228248>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions, 21–23.
- Ogle, D. H., Wheeler, P., & Dinno, A. (2020). *FSA: Fisheries Stock Analysis*. Hämtad från <https://github.com/droglenc/FSA>
- Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90100-7](https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1037/a0036136>
- Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. 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. <https://doi.org/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. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Regeringskansliet, S., & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025* (s. 1–16). 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. <https://doi.org/10.1037/h0078049>
- Robichaud, M., & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD* (s. 270). 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. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020). Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive

- behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017a). 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. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- Rozental, A., Shafan, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017b). 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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). <https://doi.org/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. <https://doi.org/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). *Växelvis boende: Att bo hos både pappa och mamma fast de inte bor tillsammans*. Socialstyrelsen.
- 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 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.

- 1124 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 1125 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
1126 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
1127 <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 1128 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad från [https://www.scb.se/hitta-](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
1129 [statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- 1130 Tanck, R. H., & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to
1131 Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400.
1132 https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304_11
- 1133 Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S).
1134 *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334.
1135 <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9226-9>
- 1136 Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L., & Robinson, E. (2010). An RCT
1137 comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing
1138 Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand*
1139 *journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- 1140 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric
1141 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
1142 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136.
1143 <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- 1144 Torchiano, M. (2020). *effsize: Efficient Effect Size Computation*.
1145 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1480624>
- 1146 Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
1147 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
1148 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
1149 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 1150 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality
1151 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
1152 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 1153 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
1154 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
1155 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 1156 Ward, C., & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 1157 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses, 20(42), 825–829.
- 1158 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1159 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*

- 1160 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1161 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
1162 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
1163 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 1164 Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1165 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.
1166 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>
- 1167 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
1168 Öst.