

# Respekt i kvadrat: En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdelse

Tobias Hagberg & Patrik Trång

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

## Sammanfattning

Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävdelse' (*assertiveness* på engelska) definieras som handlande som är förenligt med respekt för både egna och andras rättigheter, exempelvis att uttrycka behov och önskemål, att sätta gränser och att dela tankar och känslor. Brister i konstruktiv självhävdelse är förknippat med klinisk och subklinisk psykisk ohälsa, till exempel stress, svårigheter i relationer, emotionell instabilitet, generaliserat ångestsyndrom, social ångest och depression. Syftet med den här studien är att undersöka effekten på konstruktiv självhävdelse av ett internet-behandlingsprogram med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning, *Respekt i kvadrat*. 205 personer med självupplevda besvär (88 % kvinnor, medelålder 42 år) rekryterades via annonsering i sociala medier. Deltagarna randomiserades till tre grupper: självhjälp ( $n = 67$ ), behandlarstöd ( $n = 70$ ) och väntelista ( $n = 68$ ). Konstruktiv respektive aggressiv självhävdelse mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelista på delskalan för konstruktiv självhävdelse ( $ES = 0,9$  för behandlarstöd och  $ES = 1,0$  för självhjälp). Effekten var påtaglig vid mittenmätningen och även för förändring mellan för- och eftermätning ( $ES = 1,0$ ) för båda grupper. Grupperna behandlarstöd och självhjälp hade signifikant ökning av andelen kliniskt signifikant förbättrade individer för konstruktiv självhävdelse jämfört med väntelista (17 % respektive 18 % i behandlingsbetingelserna mot 1,5 %). Resultaten visar att det internetförmedlade behandlingsprogrammet för konstruktiv självhävdelse är effektivt. Mer forskning med ett mer representativt sample samt validerade svenska skattningsskalor som mäter konstruktiv självhävdelse krävs för att avgöra om resultaten går att generalisera till populationen i stort.

**Keywords:** konstruktiv självhävdelse, ångestsyndrom, emotionellt undvikande, stress, assertiveness, anxiety disorder, emotional avoidance

---

Handledare: Per Carlbring. Tack Per för utmaningar och stöttning (en lycklig kombination). Ett varmt tack till alla deltagare som har följt med på en för oss utvecklande resa genom behandlingsprogrammet! Ett stort tack också till Max, Marilyn, Therese, Axel, Axel, Mikael och Filippa för er lika modiga som värdefulla medverkan i rekryteringsfilmen.

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

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

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

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

I och med psykiatriens allt tydligare inriktning mot syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa, kanske tydligast i form av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1980) med efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att falla i glömska. Begreppet återaktualiserades sporadiskt som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979). Rationen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande (om till exempel

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

En viktig del i kognitivt inriktad terapi är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobiker skulle ett beteendeeexperiment kunna handla om att gå på en fest och att säga något om sig själv i ett samtal med andra personer utan att använda sig av så kallade säkerhetsbeteenden. Ett exempel på säkerhetsbeteende som hindrar konstruktiv självhävdelse skulle kunna vara att titta ned i golvet, ett annat att tala tyst. Efter genomfört beteendeeexperiment kan klienten få hjälp av terapeuten att utvärdera utfallet – hur det gick att lägga säkerhetsbeteendena åt sidan, om personen klarade av att stanna i situationen även om något oönskat inträffade, vilka konsekvenser ökat engagemang ledde till och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att bryta det undvikande som vidmakthåller de psykiska problemen.

### Vad är konstruktiv självhävdelse?

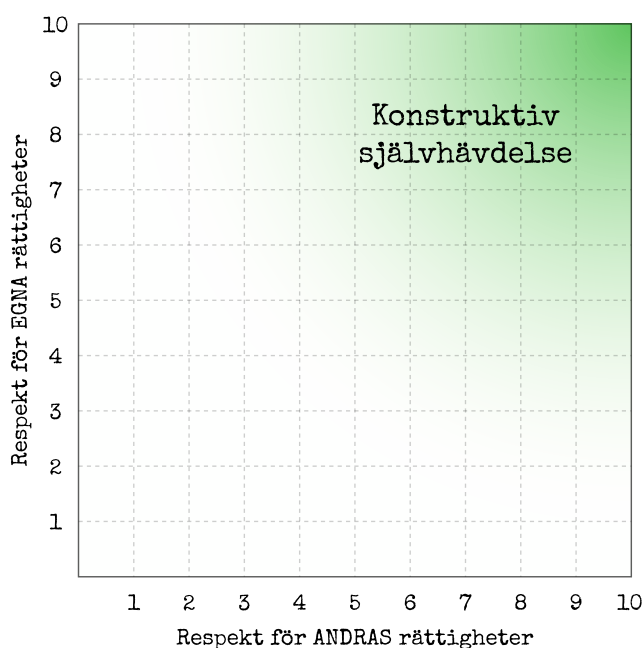
Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

Alberti och Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävdelse som handlande som återspeglar individens egna långsiktiga intressen. Det innebär förmågan att "stå upp för sig själv" utan överdriven ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina 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 utmed den ena axeln och handlande med respekt för egna rättigheter utmed den andra. 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.

**Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** På svenska är begreppet 'sund självhävdelse' vanligare än 'konstruktiv självhävdelse'. I behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* (som beskrivs i kommande avsnitt) och den här studien anges målbeteendet som konstruktiv snarare än sund självhävdelse, eftersom det förra en aning tydligare utgår från individens egen kontext, bland annat egna värderingar och målsättningar. Risken är större att 'sund självhävdelse' förstås normativt än 'konstruktiv självhävdelse'.

Mitamura (2018) problematiserar till exempel skillnaden mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kontext framstår som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktiv självhävdelse; beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv självhävdelse, och så vidare.



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

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 specifika sammanhanget, dels präglad av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 2011; 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 idiografiskt handlande i en specificerad kontext – inklusive hur de förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, grupp-nivå och individnivå.

### Utvärdering av ett nytt behandlingsprogram för konstruktiv självhävdelse

Den här studien syfte är att undersöka effekten av ett nyutvecklat KBT-behandlingsprogram via internet för konstruktiv självhävdelse, *Respekt i kvadrat*, som till grundstruktur och till stora delar bygger på en engelskspråkig förlaga, *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008), från Centre for Clinical Interventions (CCI), en del av delstatsregeringen för Western Australia i Australien.

I återstoden av bakgrundsdelens sätts interventionen in i ett övergripande sammanhang. Först beskrivs forskningsläget för träning i konstruktiv självhävande och traditionell KBT-behandling för syndrom som är relevanta för konstruktet, därefter fördelar med och litteraturstödet för internetförmiddad KBT och slutligen några empiriskt underbyggda förhållningssätt och behandlingsupplägg som har influerat artikelförfattarnas anpassning och vidareutvecklingen av ursprungsmaterialet. Interventionen utvärderas i de därpå följande avsnitten.

### Aktuellt forskningsläge för träning i konstruktiv självhävande

Forskning på *assertiveness* och *assertiveness*-träning övergavs i stort sett efter 1970-talet i och med psykiatriens fokus på syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa. *Assertiveness* föll tillsammans med andra transdiagnostiska begrepp och interventioner i glömska till förmån för diagnosspecifika behandlingar.

Det gör att många viktiga slutsatser av den tidigaste forskningen har hamnat i skymundan. Både Wolpe och Lazarus (1966) samt Orenstein, Orenstein och Carr (1975) bygger sina metoder på premisen att det är oförenligt att samtidigt uppleva ångest och att på ett genuint sätt hävda sina önskningar och behov på ett konstruktivt sätt. Barrett och Yarrow (1977) visar att *assertiveness* hos barn korrelerar med prosociala beteenden. Buell och Snyder (1981) följer upp det fyndet med en metod för att träna *assertiveness* hos barn. På temat att det är en tillgång i relationer att på ett konstruktivt sätt uttrycka sina tankar, känslor, behov och önskningar visar Kincaid (1978) att självhävande är förknippat med förbättrade interpersonella relationer. Det är korrelerat också positivt med förmågan att möta hinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979). Rakos och Schroeder (1979) visar att *assertiveness* med fördel kan läras ut genom självhjälpsmaterial och Rich och Schroeder (1976) sammanställer och utvärderar olika metoder som används för att träna *assertiveness*.

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

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

En stor del av den forskning som finns om *assertiveness* som ett transdiagnostiskt begrepp är sammantaget till åren kommen och det finns ett behov av att på nytt utvärdera den specifika effekten av självhävdelseträning (Speed m. fl., 2018). Det moderna forskningsläget är skralt för *assertiveness* som konstrukt men omfattande för många av de syndrom och symtom som associeras med det.

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

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

Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer och Fang (2012) ger en översikt av meta-analyser som visar att KBT alltså är en av de mest effektiva terapiformerna. I översikten visar 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 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 självhävdelse.

### **Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård**

Internet har ändrat allmänhetens tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För cirka 15 år sedan använde mindre än 20 % av världens befolkning internet. År 2019 var siffran 54 %. I Europa är motsvarande andel 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 erbjuda internetbaserade behandlingsalternativ (Socialdepartementet & 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 hundratal studier undersökt effekten av I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ i flera länder som ett komplement till mer traditionella vårdalternativ (Andersson m. fl., 2016).

Det finns i Sverige flera exempel på KBT-interventioner som har beforskats i form av I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring och Andersson (2019), Robichaud och Dugas (2018) samt Carlbring och Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar kapitel i självhjälpböckerna) 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, Alasjö, Miloff, Carlbring & Andersson, 2016) men kan även inkludera andra medier så som mobilappar (Ivanova m. fl., 2016).

I-KBT är ett effektivt behandlingsformat för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys från 2018 som inkluderar 64 RCT-studier konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (Andrews m. fl., 2018). Författarna konstaterar 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 dessutom effektmässigt jämförbart med terapeutledd terapi. Likvärdigheten med terapeutledd terapi bekräftas i ytterligare en meta-analys från samma år (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008).

I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski & Cuijpers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid olika kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också verksamt för symtomlindring vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress ( $\eta_p^2 = 0,12$  i Day, McGrath & Wojtowicz, 2013), prokrastinering ( $d = 0,3-1,1$  i Rozental, Forsell, Svensson, Andersson & Carlbring, 2015) och perfektionism ( $d = 0,7-1,0$  i Rozental, Shafran m. fl., 2017;  $d = 0,9$  i Wade m. fl., 2019).

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

Graden av interaktion mellan stödbehandlare och deltagare varierar beroende på behandlingsupplägg. Berger m. fl. (2011) samt *Valentinstudien* (Samuelsson & Way, 2018) gav deltagare möjlighet till mejl- och telefonkontakt och Titov m. fl. (2010) gav deltagarna tillgång till ett diskussionsfo-

rum som modererades av stödbehandlarna. I dagsläget finns det inte tillräckligt med forskning för att med säkerhet kunna uttala sig om vilken stödbehandlarmetod som är mest effektiv. Det finns dock indikationer på att frekvensen av kontakt mellan stödbehandlare och deltagare ej påverkar utfallet så länge åtminstone en kontakt sker per vecka. Kontaktfrekvensen verkar inte heller påverka skattad terapeutallians eller nöjdhet med behandlingen (Klein m. fl., 2009).

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

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

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

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

### **Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet**

Det här avslutande bakgrundsavsnittet går översiktligt genom teoretiska utgångspunkter för utformningen av *Respekt i kvadrat*. Innehållet i behandlingsprogrammet beskrivs i mer detalj under metoddelen.

**Precisering av hinderande förutsägelser.** Det som i vardagsspråk beskrivs som antingen tankar, känslor eller beteenden sammanfattas i det moderna neurovetenskapliga paradigmet *prediktiv kodning* som upplevelsen av ett och samma fenomen: förutsägelser (Pezzulo, Rigoli & Friston, 2015). Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av afferent sensoriska indata vägleda neuronal efferent *top-down*-aktivitet som hjälper organismen att predicera sin yttre och inre kontext (Clark, 2016; Pezzulo m. fl., 2015). Den samlade upplevelsen av rädsla och ångest, inklusive interoceptiva signaler från autonoma nervsystemet, är med det här synsättet osäkerhetssignaler om tillförlitligheten i prediktionerna i situationen. Osäkerheten utgör ett hot mot organismens resurs-



och energihushållning i situationen (Barrett & Simmons, 2015; Feldman Barrett, 2009). Depression är enligt Barrett och Simmons (2015) ett uttryck för allt för stort inflytande av hjärnans kortikala *top-down*-aktivitet på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet, ångest är ett uttryck för alltför stort inflytande av *bottom-up*-aktivitet, som ger alltför stora prediktionsfel. Både ångest och depression kommer beteendemässigt till uttryck som undvikande, inklusive undvikande av upplevelsen av osäkerhet. Sådant emotionellt undvikande kan låsa fast en person i förhöjd allostatisk belastning. Undvikandet hindrar samtidigt tillgång till naturliga belöningar och återhämtning. KBT är potentiellt verksamt genom att bidra till att ”vikta om” prediktionsfelen så att balansen förskjuts till förmån för mer relevanta *bottom-up*-signaler (Feldman Barrett, 2009).

Med ett hopp till beteendevetenskaplig analysnivå går det att benämna detta fenomen som att personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser och därför också ökar sin inlärningsförmåga. För att i största möjliga mån hjälpa deltagarna att rikta fokus mot sådant handlande som kan ge värdefulla lärdomar begränsar behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* de inslag som vanligtvis i KBT brukar benämnas som kognitiv omstrukturering till preciserande av och *in-vivo*-testande av hindrande förutsägelser i de självvalda, specifika situationer som deltagarna vill arbeta med. Generaliserade hindrande förutsägelser, som i Beck (1979) benämns som ’livsregler’ och ’grundantaganden’, är inte primära mål för interventionen.

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

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

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

**Aktivering med varierande grad av osäkerhet.** För att bryta undvikande används inom KBT metoder som exponering, beteendeeperiment och beteendeaktivering, var och en med sin egen rational men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så hög grad av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhetsbeteenden är beteenden som förhindrar eller minimerar obehag i en given situation. Det generella problemet med utförande av säkerhetsbeteenden är att de bibehåller fokus på det som uppfattas som hotfullt och som både hindrar motbevisande av hindrande förutsägelser och möjligheten att träna tolerans för aversiva respondent upplevelser (Craske m. fl., 2008). Att emotionellt undvikande är ett sådant säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra till utveckling och vidmakthållande av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). De Castella m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till sämre effekt av exponering. Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006), för vilka underskott i *assertiveness* ofta är en del av problembilden.

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

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

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

**Tolerans för obehag som en förutsättning för inläring.** I programmets inledande moduler uppmanas deltagarna att i olika övningar både undersöka sin förmåga att reglera ned aversiva

känslor och sin förmåga att tolerera dem. Att acceptera istället för att undertrycka negativt färgade känslor och upplevelser kan vara en viktig nyckeln för brytande av undvikande som vidmakthåller psykiska besvär (A-Tjak m. fl., 2015; Hayes, 2004; Luoma, Hayes & Walser, 2007).

Deltagarna får även lära sig att diskriminera mellan och reflektera över det som Dweck, Chiu och Hong (1995) benämner som *fixed mindset* (ett personlighetsorienterat förhållningssätt till intelligens och utveckling) och *growth mindset* (ett utvecklingsorienterat förhållningssätt) och hur dessa skilda synsätt i forskning har visat sig predicera negativa respektive positiva utfall i en akademisk kontext. Deltagarna uppmanas att rama in utmaningar som en förutsättning för nyinläring och utveckling. En person som tillämpar ett utvecklingsorienterat förhållningssätt till ångest uppvisar större motivation under behandlingens gång, vilket i sin tur är associerat med bättre odds för positiva behandlingsutfall (De Castella m. fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2015). Det har även visat sig att personer med ett *fixed mindset* 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

Med syfte att utvärdera effekten av behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* formulerade vi följande frågeställningar.

**Primär frågeställning.** Det vi i första hand var intresserade av att ta reda på hur effekten av behandling, det vill säga deltagande i grupperna självhjälp och behandlarstöd, skiljer sig från deltagande i gruppen väntelista med avseende på både konstruktiv självhävdsfångad med AAA-S Adaptive och aggressiv självhävdsfångad med AAA-S Aggressive.

**Sekundär frågeställning.** Vi var också intresserade av om det fanns någon skillnad (i endera riktning) i effekt mellan gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd med avseende på konstruktiv självhävdsfångad, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive.

## Metod

### Design

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

**Rekrytering.** Rekrytering ägde rum mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien annonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (till exempel www.studie.nu). De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida

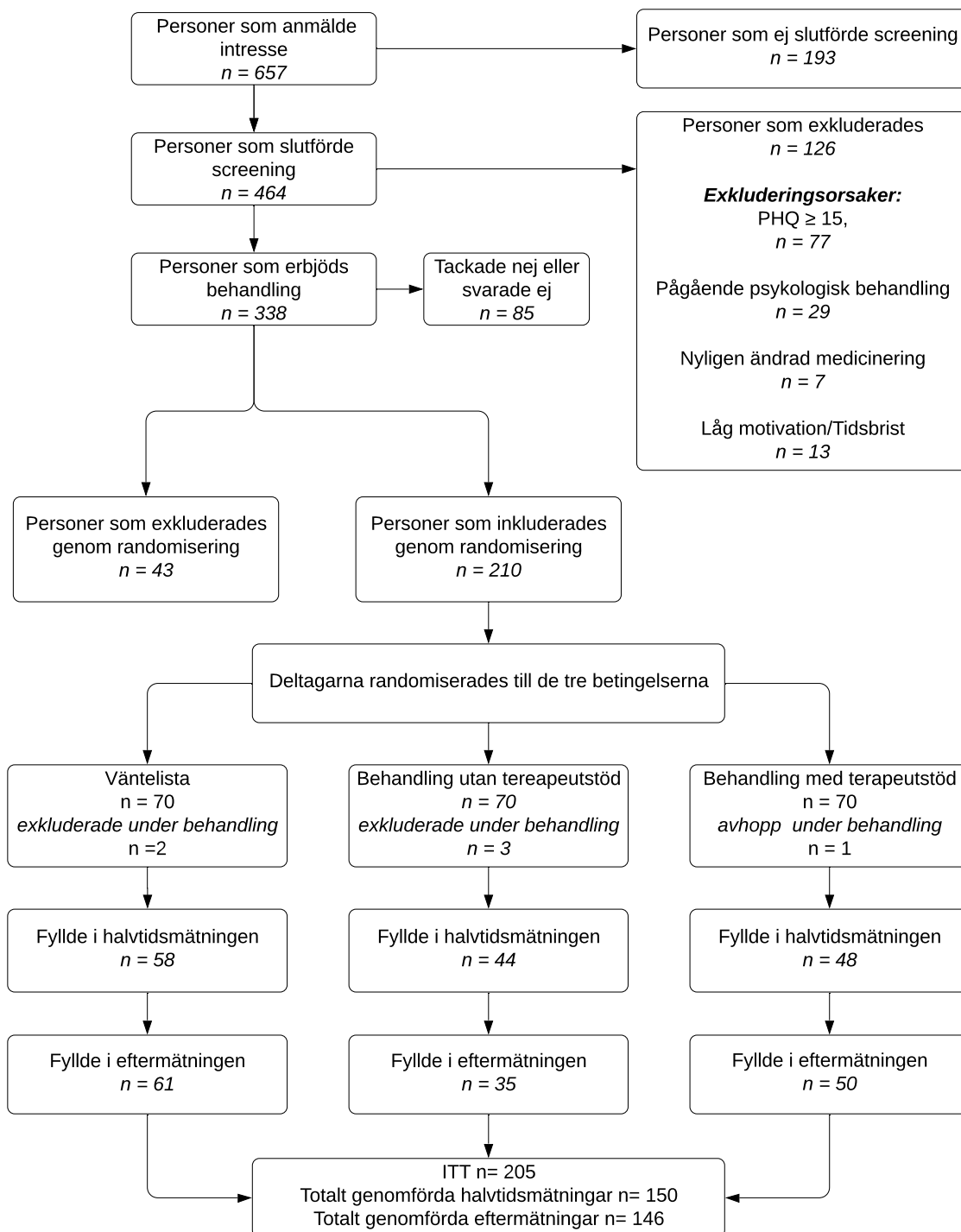
([www.respektikvadrat.se](http://www.respektikvadrat.se)). Där fanns information om studiens upplägg, inklusions- och exklusionskriterier och startdatum, liksom upplysningar om den arbetsinsats som deltagandet förväntades innebära under interventionens 8 veckor. Där fanns även information om vilka personer 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 deltagandet var frivillig och att möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande fanns. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med självskattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären mätte generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd grad av självhävande. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

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

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

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

**Demografisk data.** De 205 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och 72 år gamla med en medelålder på 42 år (standardavvikelse 9 år). En betydande majoritet (88 %) identifierade sig som kvinnor, samtliga övriga som män. Nästan tre fjärdedelar av deltagarna hade avslutad universitets- eller högskoleutbildning (72 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid



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

behandlingens start yrkesarbetande (75 %). Mer än hälften av deltagarna (61 %) hade tidigare erfarenheter av psykologisk behandling. Av dessa hade majoriteten (65 %) tidigare erfarenheter av KBT. Nästan en tredjedel av alla deltagare (29 %) hade erfarenhet av psykofarmaka, och vid behandlingsstart stod 18 % på något slags psykofarmaka. Totalt 3 % 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.

Behandlarstödet 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.**

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

#### **Sekundära utfallsmått.**

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

<sup>1</sup>Den svenska översättningen av AAA-S kan rekvideras från författarna eller uppsatshandledaren.

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 (8)	41 (9)	44 (10)	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

reliabilitet ( $\alpha = 0,89$ ; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Det har visat sig att de psykometriska egenskaperna även är giltiga vid administration via internet (Titov m. fl., 2011).

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

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

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

**Självhävdelsestil.** Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Assertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävdelsestil. Självskattningsskalen består av 30 frågor som besvaras på en 6-gradig likertskala där –3 motsvarar "stämmer inte alls" och 3 motsvarar "stämmer helt"<sup>2</sup>. Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på skalan är 90. En hög poäng indikerar hög grad av självhävdelse. En låg poäng (vilken i och med poängsättningen kan vara negativ) indikerar låg grad av självhävdelse. Aktuella normer från Thompson och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern reliabilitet för Rathus ( $\alpha = 0,87$ ). Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien och var inte validerad inför studiestart.<sup>3</sup>

## Interventionen Respekt i kvadrat

Interventionen *Respekt i kvadrat* är utformad med självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) som grund. Materialet är framtaget av CCI, Australien och är översatt till svenska med tillstånd av rättighetsinnehavarna.

I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (konstruktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer

<sup>2</sup>Det går ej att svara 0 på något item på denna skattningsskala.

<sup>3</sup>Den svenska översättningen av Rathus kan rekvideras från författarna eller uppsatshandledaren.



konstruktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpböcker som Alberti och Emons (1974), Gambrill och Richey (1975), Mumford och Mumford (2018), McKay och Fanning (2005) och Smith (1975).

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

Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck (1979), Clark (1986), Clark och Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukturering uppnås enligt dessa genom att pröva giltigheten av hindrande tänkande i verkliga livet. Genom att planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp att pröva giltigheten av egna negativa tankar. Målet med beteendeeexperiment 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. Instruktionerna för den progressiva och tillämpade avslappning som presenteras är snarlika de som beskrivs i Öst (2006).

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

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

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

I linje med vikten av att acceptera och ge plats för tankar och känslor i pressade situationer som har lyfts fram i litteraturen under de senaste årtiondena (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma

m. fl., 2007) lade behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* större vikt vid acceptans och tolerans av ångest än Michel och Fursland (2008). Det gjordes genom tillägg av nyskrivna avsnitt och övningar som fördelades mellan modulerna. Ett exempel på material som uppmanar deltagaren att aktivt stanna kvar i eller rent av uppsöka sådant respondent obehag som tidigare undvikits är psykoedukativa texter om optimering av inlärning via variation och mängdträning. I ett avsnitt introduceras även begreppen *fixed mindset* och *growth mindset*, som handlar om effekten av olika förhållningsätt till utmaningar och hur man genom att möta obehaget skapar generellt goda förutsättningar för utveckling (De Castella m. fl., 2015; Dweck m. fl., 1995; Schroder m. fl., 2015, 2016). Ett annat är psykoedukativa avsnitt om vidmakthållande av ångestrelaterade besvär. Det innehåller också en övning som både handlar om att identifiera värdebaserade fördelar med handlande i situationer som tidigare har präglats av undvikande och om att identifiera kortsiktigt belönande anledningar att stå ut med respondentas rädsloreaktioner i situationer som tidigare undvikits. Likande övningar återkommer på flera ställen i programmet.

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

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

### Behandlingsplattformen

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

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

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

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

### Etiska aspekter

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

All psykologisk behandling är förknippad med såväl möjligheter som risker. Deltagande i *Respekt i kvadrat* medförde några särskilda risker: Konstruktiv självhävdelse utövas ofta i relation till andra personer och snabbt ökad grad av självhävdelse i interpersonella relationer kan leda till negativa motreaktioner från omgivningen. Detta gällde för *Respekt i kvadrat* såväl självhjälpsgrenen där deltagarna inte hade tillgång till stöd och behandlarstödsgruppen där deltagarna genom behandlarstödet kunde komma att utsätta sig för förhöjda risker. Behandlingsprogrammet som undersöks i den här studien kan per definition sägas handla om att ta större risker än tidigare, för att få nya erfarenheter av framkomlighet med adaptivt handlande. För att hantera de potentiellt negativa effekterna vannlade artikelförfattarna sig om att ha tydliga inklusionskriterier, att vara noga med screening och

inklusion, att inkludera personer som inte har alltför svåra problem, att vid behov hänvisa exkluderade deltagare till andra vårdgivare och att genom materialets utformning förbereda deltagarna på att negativa reaktioner från omgivningen. Eftersom negativa reaktioner kan väntas vara en del av vidmakthållandet av brister i konstruktiv självhävande problematiserar självhjälpsmaterialet *Respekt i kvadrat* i flera avsnitt fenomenet. Genom sin utformning med beteendeeexperiment uppmanas också deltagarna att både noga identifiera negativa förutsägelser kring och följa upp konsekvenser (såväl negativa som positiva) av konstruktivt handlande; att öka medvetenheten om sådana kontextuella faktorer är centralt för brytandet av faktorer som vidmakthåller undvikande och bristande självhävande. Det övergripande målet med *Respekt i kvadrat* är att minska risken för interpersonella problem.

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

För största möjliga transparens och replikerbarhet i enlighet med rekommendationerna i Asendorpf m. fl. (2013) har programvara med fri licens och öppen källkod använts för analys och manusförfattande, och både anonymiserad data och källkod har gjorts öppet tillgängliga. Källkoden inkluderar kommentarer som utöver texten i detta manuskript dokumenterar förkontroller och överväganden samt förklarar val av metoder.

## Analys

Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2019) för samtliga analyser. R-syntax för utförda test och analyser, anonymiserad öppen data samt källkoden till manuskriptet finns deponerade hos Figshare på <https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785> (Hagberg & Trång, 2020). Signifikansnivån  $\alpha = 0,05$  tillämpades vid alla beräkningar.

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

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

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

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

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

**Analys av *random*-effekter.** För att kvantifiera andelen av den totala variansen som kan förklaras av underliggande individuella förutsättningar, exempelvis generell individuell förändringsbenägenhet (egenskap, *trait*) eller av yttre omständigheter påverkade tillstånd (*state*), beräknades de så kallade intraklasskorrelationerna i överensstämmelse med Nakagawa, Johnson och Schielzeth (2017). För beräkningarna användes R-paketet *performance* (Lüdtke, Makowski, Waggoner & Patil, 2020). Intraklasskorrelationen (ICC) kan förstås som den förväntade korrelationen mellan två slumpmässigt valda observationer inom klusternivån för analysen, i den här studien de enskilda deltagarna. De ICC-kvoter som rapporteras är *conditional ICC*, som utöver randomvariansen och residualvariansen också inkluderar variansen av fixa effekter (tid, grupp) i nämnaren, och *adjusted ICC*, som utesluter variansen av fixa effekter i nämnaren.

**Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behandlingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacobson och Truax (1991). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två måttillfällen definieras som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med  $\alpha = 0,05$ ) i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värdena förhåller sig till medelvärdet för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1991). För sammanställningarna av överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna i andelen reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis  $\chi^2$ -test samt Dunns post-hoc test för multipla jämförelser av flera grupper.

**Beräkning av Cronbach's alpha för skalor för utfallsmått.** För att bedöma den interna reliabiliteten för i första hand de till svenska nyöversatta skalorna Rathus och AAA-S beräknades Cronbach's  $\alpha$  med hjälp av R-paketet *performance* (Lüdtke m. fl., 2020).

## Resultat

### Förkontroller

**Analys av skalornas interna reliabilitet.** Vid kontroll av intern reliabilitet genom beräkning av Cronbach's  $\alpha$  för de inför studien översatta skattningsskalorna fann vi resultaten överensstämmande med normdata för AAA-S Adaptive, 0,83 jämfört med 0,82 för icke-kliniskt stickprov (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011). Resultaten var något avvikande för AAA-S Aggressive, 0,77 jämfört med 0,88 för icke-kliniskt stickprov (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011), dock alltså på acceptabel nivå. För Rathus var resultaten likvärdiga, 0,85 jämfört med 0,87 för icke-kliniskt stickprov (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011).

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

### Primär frågeställning

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

**Reliabel förändring och klinisk signifikans.** Vi fann signifikanta skillnader i både klinisk signifikans-status och reliabel förbättring mellan grupperna på huvudutfallsmåttet AAAS Adaptive,  $\chi^2_2 = 10,9$ ,  $p = 0,004$ . Med post-hoc test för parvisa jämförelser fann vi både en signifikant skillnad i andel tillfrisknade mellan väntelista och behandlarstödgrupp,  $z = 2,8$ ,  $p = 0,008$  och mellan väntelista och självhjälpgrupp,  $z = 2,9$ ,  $p = 0,01$ . Med 'tillfrisknad' menas antingen att personen vid eftermätningstillfället befinner sig minst två standardavvikelse från medelvärdet för en klinisk population eller inom två standardavvikelse från medelvärdet för en icke-klinisk population (det mest konservativa alternativet används i dessa beräkningar). Att ha tillgång till behandlingsmaterialet gav i större utsträckning kliniskt signifikant och reliabel förbättring jämfört med att vara placerad på väntelista. Se tabell 3 för en sammanställning av kliniskt signifikanta och reliabla förändringarna inom de olika grupperna.

**Flernivåanalysresultat.** Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data fann vi inga brott mot de villkor som behöver uppfyllas för flernivåanalys. Estimat av intercept och regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmåtten sammanfattas i bilaga A1; intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive utfallsmått kan läggas in i regressionsformeln för att predicera utfall för alla kombinationer av gruppstillhörighet och mättillfälle.

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

	Väntelista		Självhjälp		Behandlarstöd	
	n	%	n	%	n	%
<b>AAA-S Adaptive</b>						
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
<b>AAA-S Aggressive</b>						
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
<b>Rathus</b>						
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

Se tabell 4 för en sammanställning av predicerade medelvärden, standardavvikelser och effektstorlekar för flernivåanalys-modellerna för utfallsmåtten.

### ***Konstruktiv självhävdelse.***

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

*Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.* Vi fann också en tydligt högre medelpoäng på AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd ( $M$  = 46,4, 95 % CI [43,8 ; 48,9]) jämfört med gruppen väntelista (se  $M$  ovan),  $\Delta M = 7,6$ ,  $t_{334} = -5,2$ ;  $p < 0,001$ ;  $ES = 0,9$ .

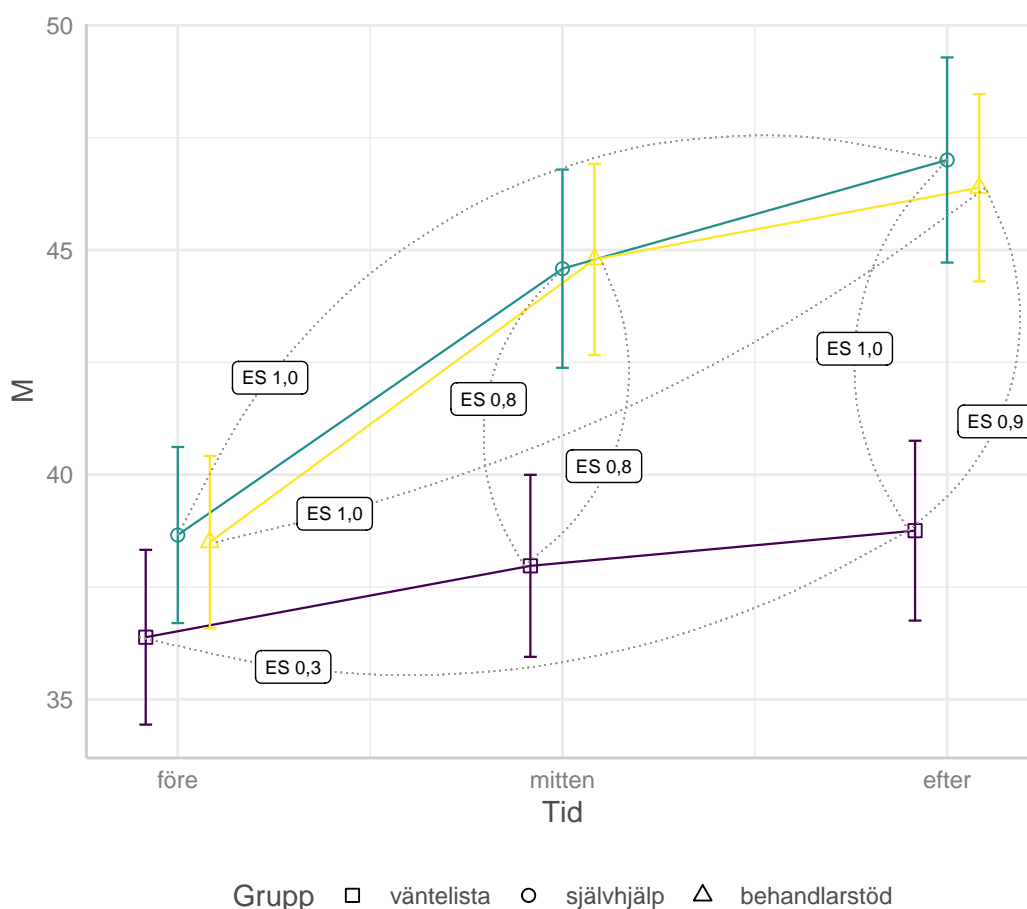
*Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.* För både gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning,  $\Delta M = 8,3$ ,  $t_{323} = 8,3$ ;  $p < 0,001$ ;  $ES = 1,0$  respektive  $\Delta M = 7,9$ ,  $t_{316} = -8,8$ ;  $p < 0,001$ ;  $ES = 1,0$ .

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

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

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





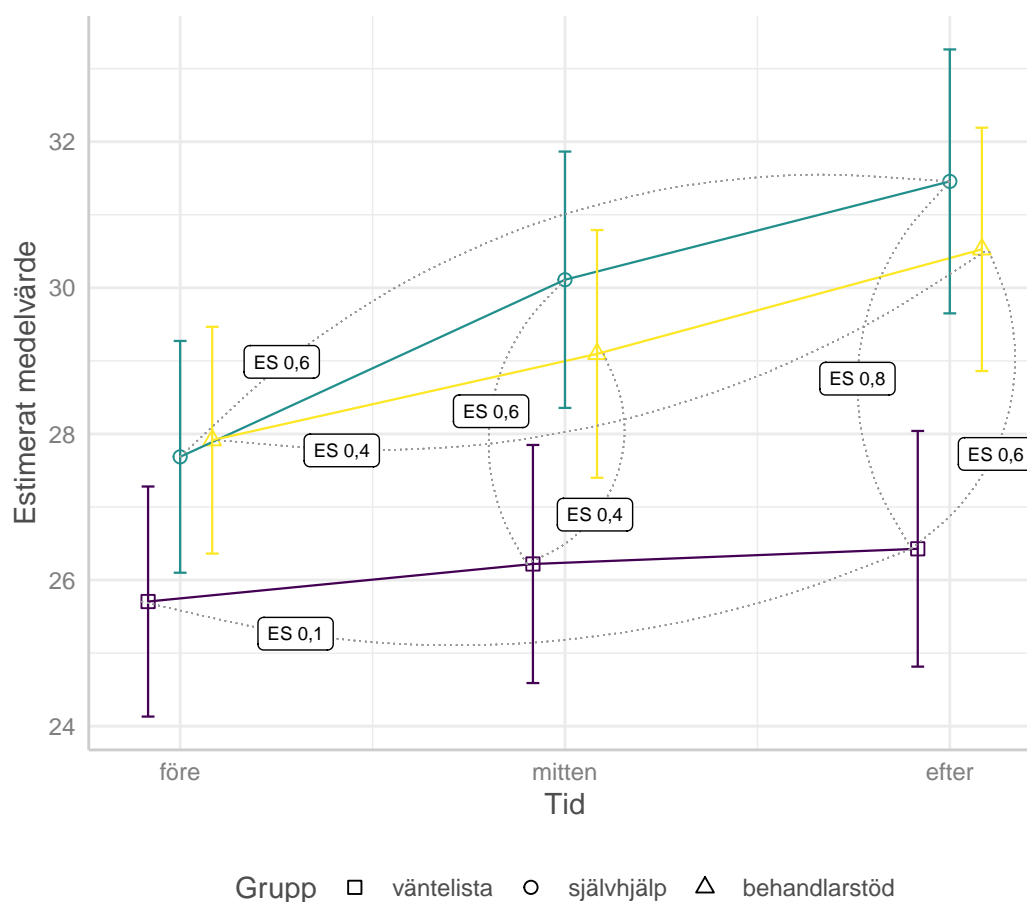
Figur 3: Medelvärdesestimater ( $M$ ) och effektstorlekar ( $ES$ ) för AAA-S Adaptive. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

ten var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resultaten.

I flernivåanalysen konstaterar vi att 68 % av *random*-effekt-variansen i utfallsmåttet AAA-S Adaptive mellan mättidpunkterna förklaras av individuella faktorer, återstoden kan antas vara mät- eller slumpfel. Om även variansen av fixa effekter inkluderas är andelen 56 %, det vill säga mer än hälften av den totala variansen.

#### **Aggressiv självhövelse.**

*Väntelista–självhövelse vid eftermätningen.* Precis som för konstruktiv självhövelse hade gruppen självhövelse en klart högre medelpoäng ( $M = 31,5$ , 95 % CI [29,2 ; 33,7]) på måttet för aggressiv självhövelse, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista ( $M = 26,4$ , 95 % CI [24,4 ; 28,4]) vid eftermätningen,  $\Delta M = 5,0$ ,  $t_{337} = -4,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $ES = 0,8$ .



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

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

*Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.* För båda grupperna självhjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och eftermätning. För självhjälpsgruppen var  $\Delta M = 3,8$ ,  $t_{317} = -5,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $ES = 0,6$ , för behandlarstödsgruppen var  $\Delta M = 2,6$ ,  $t_{313} = -4,0$ ;  $p < 0,001$ ;  $ES = 0,4$ .

Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävande mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Figur 4 ger en visualisering av resultaten.

74 % av *random*-effekt-variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer; 68 % av den totala variansen kan förklaras av individuella faktorer – drygt två tredjedelar, således.

### Sekundär frågeställning

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

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

### Diskussion

Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhövvelpsprogram för att förbättra individers konstruktiva självhövvelse. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde till stora delar på självhövvelpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakt-hållandeplanering 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 väntelistebebingad kontrollgrupp. Vi konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet gav bättre resultat än att vara placerad på väntelista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd. Vi fann även en signifikant skillnad i andelen deltagare i respektive grupp som hade förbättrats reliabelt och till kliniskt signifikant nivå på delskalan AAA-S Adaptive.

**Deltagande i programmet ger stor effekt på grad av konstruktiv självhövvelse.** Behandlingsprogrammet har varit framgångsrikt. Deltagarna i *Respekt i kvadrat* har oavsett grupptillhörighet efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhövvelse i jämförelse med gruppen väntelista. Effekstörleken var för AAA-S Adaptive påtaglig redan vid mittenmätningen för både väntelista-självhövvelp och väntelista-behandlarstöd,  $ES = 0,8$  för båda. Vid eftermätningen var effekstörleken för väntelista-självhövvelp  $ES = 1,0$  och för väntelista-behandlarstöd  $ES = 0,9$ . Även effekten mellan behandlingsstart och eftermätningen var inom båda grupperna betydande, med  $ES = 1,0$  för både gruppen behandlarstöd och gruppen självhövvelp (se även figur 3). Samtliga effekstörlekar kan enligt Cohen (1992) anses vara 'stora' och ligger väl i linje med tidigare funna effekstörlekar för KBT, både för internetterapi och traditionell psykoterapi. Dessa resultat bekräftas av att andelen personer som vid eftermätningstillfället uppnått klinisk signifikans-status och dessutom har genomgått en reliabel förändring under loppet av programmet var signifikant större för både grupperna självhövvelp (18 %) och behandlarstöd (17 %) än för väntelistan (1,5 %). Det sekundära utfallsmåttet för konstruktiv självhövvelse, Rathus, pekar entydigt i samma riktning: Både självhövvelp (21 %) och behandlarstöd (33 %) gav signifikant större andel tillfrisknade än väntelista (3 %).

Skattningarna på AAA-S Aggressive ökade över tid på ungefär samma sätt som skattningarna för AAA-S Adaptive, dock i mindre omfattning. Utifrån konceptualiseringen av konstruktiv, aggressiv och passiv självhävande som studien bygger på (se figur 1) är det svårt att tolka resultatet för AAA-S Aggressive, eftersom aggressiv självhävande i en idiografisk fallformulering för en individ lika gärna kan vara ett underskott som ett överskott, som Mitamura (2018) konstaterar. Tolkningen kompliceras ytterligare av att många deltagare förmodligen för sig själva likställer konstruktiv självhävande med aggressiv självhävande. Att effektstyrkan för måttet AAA-S Aggressive är större i självhjälpsgruppen ( $ES = 0,6$ ) än behandlarstödsgruppen ( $ES = 0,4$ ) skulle kunna tyda på det i ljuset av att det för vissa av deltagarna i behandlingsgruppen var ett behandlingsmål att utveckla förmågan att diskriminera mellan aggressiv och konstruktiv självhävande.

Sammanblandningen av måtten kan hänga samman med den grupp deltagare som sökt sig till behandlingsprogrammet. Stickprovet för studien hade ett medelvärde på skalan för social ångest, LSAS-SR, på  $M = 49$ , som enligt normerna med en knapp standardavvikelse överskrider gränsen för klinisk bedömning av "trolig social fobi",  $M = 30$  (Fresco m. fl., 2001). Om hypotesen stämmer att studiens deltagare själva upplever att de har underskott av både konstruktiv och aggressiv självhävande kan en ökning av aggressiv självhävande uppfattas som eftersträvänsvärt för en stor del av deltagarna. I framtida studier om konstruktiv självhävande vore det fördelaktigt att vid screening klassificera deltagarna utifrån huvudsaklig söksak och målsättning. Det skulle ge möjligheten till att se hur grupper av individer med olika sorters självupplevda brister i konstruktivt självhävande (exempelvis grupperna "alltför aggressivt självhävande" och "alltför passivt självhävande") tar till sig behandlingen.

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

Det finns många faktorer som avgör om en intervention ska ges med eller utan stöd, bland dem ekonomiska hänsyn och tillgänglighet. Huruvida avsaknaden av skillnad i effekt för de båda behandlingsgrenarna av *Respekt i kvadrat* beror på terapeuteffekter, takeffekter av materialet eller andra interventionsbundna faktorer går inte att avgöra med vägledning av den utförda analysen. Vi nöjer oss här med att konstatera att de goda utfallen för de båda behandlingsgrenarna bekräftar att programmet *Respekt i kvadrat* är verksamt för ökning av grad av konstruktiv självhävande och att den stora effekten i självhjälpsgruppen är ett gott tecken på att materialet kan komma till nytta som självhjälpsmaterial.

**Individuella faktorer spelar stor roll för utfall.** Vi konstaterar att av *random*-variansen så består 68 % av utfallsmåttet AAA-S Adaptive av individuella skillnader. För utfallsmåttet AAA-S Aggressive är de individuella bidragen till *random*-variansen 74 %. Det betyder att individernas svar på de upprepade mätningarna är starkt korrelerade. Av det drar vi slutsatsen att utfall i behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* till mycket stor del beror på individuella förutsättningar – vilket i och för sig inte är särskilt förvånande. Dessa *random*-effekter kan spekulativt hänga samman med grad av emotionellt undvikande, tillgänglig tid för medverkan och andra variabler som inte kontrolleras i studiedesignen. Bland dem ingår också interaktionseffekter med tilldelad behandlare, till exempel kvalitet på samarbetsalliansen.

### **Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.**

**Metoder för att bättre kontrollera random-effekter.** För att bättre kunna kontrollera för individkopplade bidrag till behandlingsutfall kan uppföljande studier med fördel inkludera fler sätt att mäta individrelaterade variabler (såväl egenskaper, *traits* som tillstånd, *states*) än vad den här studien har gjort, till exempel med skalor som mäter emotionellt undvikande eller veckovisa frågor om hur mycket tid deltagarna har haft till förfogande för deltagandet. Sådana fixa variabler kan sedan anges som kovariat i analysen. För att hantera det potentiella problemet med negativa behandlingseffekter kan man också överväga att i framtida studier inkludera veckovisa frågor om upplevda negativa effekter av behandling; i sådana fall behöver dock alla behandlingsgrenar, även självhjälsgrupp, tillsyn av behandlare.

Den andel av *random*-variansen som har med effekter av interaktionen mellan behandlare och deltagare (exempelvis kvalitet på alliansen) att göra kan i framtida studier i explorativt syfte undersökas genom tillägg av en tredje *random*-nivå i flernivåanalysen (tidpunkter nästlade i individer nästlade i behandlare), förutsatt att tillräcklig power går att erhålla. Det kan också ge mer tillförlitliga uppskattningar av behandlingsprogrammets effekt (Almlöv m. fl., 2011; Baldwin m. fl., 2011; Hesser, 2015; Wampold & Serlin, 2000).

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

**Validerade skattningsskalor ger bättre träffsäkerhet.** En potentiell brist i studien är att de nyligen översatta versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och Rathus (Rathus, 1973) varken är validerade med originalskalorna som kriterium eller har svenska normer. Översättningen är inte heller fullt ut kvalitetssäkrad, exempelvis genom fram-och-tillbaka-

översättning i linje med metoder utvecklade av Beaton, Bombardier, Guillemin och Ferraz (2001) eller Jones, Lee, Phillips, Zhang och Jaceldo (2001). Icke-klinisk normdata är hämtad från student-sample 1 från Thompson och Berenbaum (2011) både för AAA-S och Rathus. Det är en fördel att båda skalor använder normer från samma grupp; det gör resultaten enklare går att relatera till varandra. Vid kontroll av intern reliabilitet för de översatta skalorna fann vi mycket god och med normer överensstämmande Cronbach's  $\alpha$  för AAA-S Adaptive och Rathus och tillfredsställande men jämfört med normer något lägre Cronbach's  $\alpha$  för AAA-S Aggressive. Det skulle till exempel kunna betyda att frågorna för subskalan som mäter aggressivitet behöver ses över i den svenska översättningen av AAA-S.

Data från föreliggande studie skulle potentiellt kunna användas för att vidareutveckla och validera de svensköversatta skalorna i en uppföljande studie med ett stickprov med större spridning med avseende på exempelvis social fobi mätt med LSAS-SR. Ett dilemma är dock att båda översättningar på en och samma gång är icke-validerade och idealiska kriterier för varandras validering; det saknas tyvärr vedertagna skalor i litteraturen för *assertiveness* utöver Rathus och AAA-S.

**Uppföljningsmätning av deltagarna ger mer tillförlitliga effektestimat.** På grund av tidsbegränsningar fanns inga möjligheter att göra en uppföljningsmätning inom ramen för den här studien. Det gör det svårare att avgöra hur behandlingsprogrammet har påverkat deltagarnas mående och konstruktiva självhävande över tid. Forskning indikerar att framsteg gjorda under KBT-behandling i stor utsträckning bibehålls och till och med förstärkas över tid (Bandelow m. fl., 2018). Skälet till att behandlingseffekten kan dröja är att inhibitorisk inlärning sker över längre tidsperioder. Minskning av ångest på kort sikt predicerar inte symtomlindring på längre sikt och höga ångestnivåer under exponering predicerar inte dåliga behandlingsutfall. Det bästa indexet för framgång i terapi är inte observerad minskning av ångest i det korta tidsintervallet (under en exponering, en session eller kanske ens en behandling) utan konstaterad ångestminskning vid uppföljningsmätningstillfället, exempelvis efter 6 eller 12 månader (Craske m. fl., 2008).

**Ett mer varierat stickprov ger bättre generaliseringspotential.** Genom en *a priori*-beräkning av samplestorleken har vi sökt att maximera möjligheten att generalisera resultaten till populationen i stort. Dock har generaliserbarheten av resultaten försämrats på grund av själva rekryteringsförfarandet. Med nästintill 90 % kvinnor i stickprovet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flera orsaker. Kvinnor rapporterar mer oro och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna än män att söka hjälp. Utöver detta tenderar män överlag i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symptom (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Kvinnor tenderar också att i större grad än män delta i forskningsstudier. I metaanalysen Rozental, Magnusson m. fl. (2017) konstateras att 62 % av deltagarna i alla inkluderade studier var kvinnor. För den aktuella studien är den främsta orsaken till det snedvridna samplet rekryteringsförfarandet med annonsering i sociala medier. Vid kontroll i efterhand har det visats sig att den algoritmstyrda annonsvisningen till mer än 85 % riktades till kvinnor och till ungefär 60 % till personer i åldersspannet 35–54 år. Urvalet är också snedvridet med avseende på utbildningsnivå: 80 % har avslutade eller pågående universitetsstudier jämfört med 43 % av Sveriges befolkning (Statistiska Centralbyrån, 2020).

Vilken påverkan den automatiserade annonsvisningen har haft på andra faktorer, exempelvis grad av social ångest, går inte att utläsa. För den aktuella studien innebär rekryteringsförfarandet att samplet med sin begränsade spridning inte har matchat den operationalisering av begreppen kon-

struktiv, passiv och aggressiv självhävdelse som *Respekt i kvadrat* utgår från. I framtida forskning kan förhoppningsvis effekten av interventionen undersökas med stickprov med större heterogenitet än i föreliggande studie.

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

Vi konstaterar att effektstyrkorna mellan tidpunkterna förmätning och eftermätning för måtten för social ångest (LSAS-SR;  $ES = 0,6$  i båda behandlingsgrupper), generaliserat ångestsyndrom (GAD-7;  $ES = 0,5$  respektive  $0,7$  i självhjälps- och behandlarstödsgrupp) och allmänt mående (Väl-måendeskalan,  $ES = 0,7$  i båda grupper) enligt Cohen (1992) kan betraktas som 'stora', och effektstyrkorna för måttet för depression (PHQ-9;  $ES = 0,4$  i båda grupper) som 'måttliga'. Det verkar alltså som att det transdiagnostiska konstruktet *assertiveness* är relevant för flera olika psykiatriska syndrom och tillstånd. Om resurserna vore obegränsade skulle det också vara intressant att i uppföljningsstudier jämföra effekten av den transdiagnostiska interventionen med etablerade *treatment as usual*-behandlingar (exempelvis etablerad KBT-behandling vid social ångest, paniksyndrom, depression och stressyndrom). Det skulle ge möjlighet att tydligare säga något om eventuella för- och nackdelar med användandet av det transdiagnostiska begreppet *konstruktiv självhävdelse* som mål för behandling för dessa grupper.

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

## Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka effekten på konstruktivt självhävande av behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller utan behandlingsstöd) var effektivare än att betingas till en väntelista. Resultatet bekräftar även att administration av behandlingsprogrammet effektivt kan minska symtom och lidande vid ett antal olika ångestbesvär. Mer forskning behövs för att med större säkerhet kunna 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. doi:10.1159/000365764
- Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- Almlöv, J., Carlbring, P., Källqvist, K., Paxling, B., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2011). Therapist effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 311–322. doi:10.1017/S135246581000069X
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad 13 april 2020, från [www . div12 . org / psychological - treatments/](http://www.div12.org/psychological-treatments/)
- Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. doi:10.1007/978-3-319-06083-5
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., ... Wicherts, J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal of Personality*, 27(2), 108–119. doi:10.1002/per.1919
- Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.4018/978-1-4666-5942-1
- Baldwin, S. A., Murray, D. M., Shadish, W. R., Pals, S. L., Holland, J. M., Abramowitz, J. S., ... Watson, J. (2011). Intraclass correlation associated with therapists: Estimates and applications in planning psychotherapy research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 15–33. doi:10.1080/16506073.2010.520731
- Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi:10.1080/15228830802094429
- Barrett, D. E. & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior, Social Inferential Ability, and Assertiveness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- Barrett, L. F. & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi:10.1038/nrn3950. arXiv: 15334406



- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions: A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychotherapy series. New York, NY: Guilford Publications.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.brat.2010.12.007
- Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*, 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- Braconier, A. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående (examensarbete). Stockholms universitet.
- Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1), 71–80. doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- Butler, J. (2011). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.1037/1528-3542.6.4.587
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115
- Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi* (2. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi: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. doi: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. doi:10.1038/nrdp.2017.24
- Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/S2045796015000864
- 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. doi: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. doi:10.1080/16506073.2014.974665
- Dweck, C. S., Chiu, C.-y. & Hong, Y.-y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.1207/s15327965pli0604\_1
- Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological Science*, 4(4), 326–339.
- Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. New York, NY: 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, 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*. Internetstiftelsen.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035. doi:10.1017/S0033291701004056
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social ångest: effektiv hjälp med KBT* (3. utg.). Stockholm: Liber.
- Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x
- Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–90.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hesser, H. (2015). Modeling individual differences in randomized experiments using growth models: Recommendations for design, statistical analysis and reporting of results of internet interventions. doi:10.1016/j.invent.2015.02.003
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.012
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E. & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. doi:10.1097/00006199-200109000-00008
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. doi:10.1037/0735-7028.9.1.153
- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., ... Ciechomski, L. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113. doi:10.1080/16506070802561132
- Knowles, K. A. & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. doi:10.1016/j.cbpra.2017.12.001
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–13.
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. R package version 0.1.0. Hämtad 1 maj 2020, från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. R package version 1.4.6. Hämtad 1 maj 2020, från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). doi:10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7

- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G. & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). doi:10.2196/10302
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Lüdecke, D., Makowski, D., Waggoner, P. & Patil, I. (2020). *performance: Assessment of Regression Models Performance*. R package version 0.4.6. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=performance>
- Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- Michel, F. & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions. Hämtad 1 maj 2020, från [www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
- Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–110. doi:10.1111/jpr.12185
- Mumford, E. & Mumford, E. (2018). *A practical approach*. doi:10.4324/9781351173681-12
- Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R<sup>2</sup> and intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and expanded. *Journal of the Royal Society Interface*, 14(134). doi:10.1098/rsif.2017.0213
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions, 21–23.
- Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-7916(75)90100-7
- Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference, homeostatic regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.1016/j.pneurobio.2015.09.001
- Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance: Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Abingdon-on-Thames, England, UK: Routledge.
- R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.R-project.org/>
- Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0

- Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049
- Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD*. Stockholm: Natur & kultur.
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020). Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86. doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. NY: *Capricorn*, 106.
- Samuelsson, M. & Way, E. (2018). Valentinstudien: parterapi på internet med en flerfaktoriell jämförelse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg (examensarbete). Stockholms universitet.
- Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.1007/s10608-014-9652-6
- Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy*. Bantam.
- Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). Vision e-hälsa 2025. Stockholm: Socialdepartementet, Regeringskansliet. Hämtad 1 april 2020, från [www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/](http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/)
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från [div.socialstyrelsen.se/](http://div.socialstyrelsen.se/)

- Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.1111/cpsp.12216
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från [www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/](http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/s15327752jpa4304\_11
- Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/s10862-011-9226-9
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019). Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness: Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-018-0296-4
- Wampold, B. E. & Serlin, R. C. (2000). The consequence of ignoring a nested factor on measures of effect size in analysis of variance. *Psychological Methods*, 5(4), 425–433. doi:10.1037/1082-989X.5.4.425
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division. Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 30(October), 1–10. doi:10.1016/j.smr.2015.10.004
- Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483

Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Stockholm: L.-G. Öst.

Bilaga



Tabell A1: En sammanställning av estimat av intercept och regressionskoefficienter för respektive flernivåanalys av de primära och sekundära utfallsmåten.

	Flernivåanalys						
	Primära utfallsmått			Sekundära utfallsmått			
	AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välmående
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)
Antal observationer	507	507	516	505	505	505	503

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