

Respekt i kvadrat: en randomiserad kontrollerad effektstudie av internetförmiddlad kognitiv beteendeterapi på graden av konstruktiv självhävande

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

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

Underskott av sådana beteenden som går att samla under begreppet konstruktiv självhävande (eller *assertiveness* på engelska) förknippas med en lång räckvidd psykologiska problem, både kliniska och subkliniska: stress, relationsproblem, generaliserat ångestsyndrom, social ångest, paniksyndrom, liksom depression, schizofreni med mera (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 träningsprogram i självhävande 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 and Lazarus (1966), var specifikt inriktad på självhävande 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 självhävande. Denna träning hade ofta avslappning som en integrerad del, utifrån rationen att avslappning och ångest inte kan förekomma samtidigt. Som en del i den självhävandefokuserade psykoterapin föreskrevs tydligt beskrivna beteenden för klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävande både att formaliseras till sofistikerade behandlingsprogram, som i Linehan (1979) och att populariseras. Självhjälpsböcker som *Don't say yes when you want to say no* (Fensterheim & Baer, 1975) och *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy* (Smith, 1975) gjorde de inlärningsteoretiskt väl förankrade metoderna tillgängliga för en bredare massa – men möjligen i ett alltför hurtigt format. Självhjälpsboomen

under 1970-talet sammanföll med sociala och politiska omvälvningar i samhället, där marginaliserade grupper gjorde sig allt mer hörda och maktstrukturer i samhället sattes under förändringstryck. Dessa emanciperande och normbrytande rörelser väckte motstånd – precis som behavioristiskt influerade terapier gjorde. Ett humoristiskt exempel på 1970-talskritik av träning i konstruktiv självhävande 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, 1968) med efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att falla i glömska. Begreppet återaktualiserades sporadiskt som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979). Rationen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande i en pressad situationer (om den egna förmågan, om andra personers avsikter, om livet i stort och så vidare) är hjälpta av att utifrån egna faktiskt erfarenheter i livet hitta stöd för mer balanserat och konstruktivt tänkande.

En viktig del i kognitiv omstrukturering är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobiker skulle ett beteendeeexperiment till exempel kunna handla om att gå på en fest och att säga något om sig själv i ett samtal med andra personer utan att använda sig av så kallade säkerhetsbeteenden. Ett för konstruktiv självhävande relevant exempel på ett säkerhetsbeteende skulle kunna vara att titta ned i golvet, ett annat att tala tyst. Efter genomfört beteendeeexperiment kan klienten få hjälp av terapeuten att utvärdera hur det gick – hur det gick att lägga säkerhetsbeteendena åt sidan, om personen klarade av att stanna i situationen även om något oönskat inträffade, vilka konsekvenser ökat engagemang ledde till och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att bryta undvikande. Fördelarna för klienten är dels att hen får tillfälle att träna både på att tolerera och reglera ångest, dels att hen får ökad tillgång till sådant som hen värdesätter.

Bristande konstruktiv självhävande som specifikt behandlingsmål kan antas ha ett stort värde för både kliniska och sub-kliniska populationer, inte minst som pendeln svingar tillbaka från syndromal diagnostik till transdiagnostik (Speed m.fl., 2018). Det gäller särskilt om den solida KBT-grunden byggs på och kompletteras med metoder och förhållningssätt som har utvecklats inom den kontextuella beteendevetenskapen sedan slutet av 1900-talet. Dessa inkluderar motiverande värdebaserade tekniker för att hjälpa klienter att finna egna skäl att bryta det undvikande som vidmakthåller de psykologiska problemen; det klienten tränar på i terapi anvisas inte av terapeuten utan utgår från egenspecifiserade mål i relation till egna värden (S C Hayes & Brownstein, 1986). Den moderna KBT-verktygslådan har under historien samlat på sig gott om verksamma verktyg. I och med de landvinningar inom internetförmiddad terapi som gjorts sedan sekelskiftet går det att nå och hjälpa individer som saknar tillgång till eller motivation att söka traditionell psykologisk behandling med dessa verktyg.

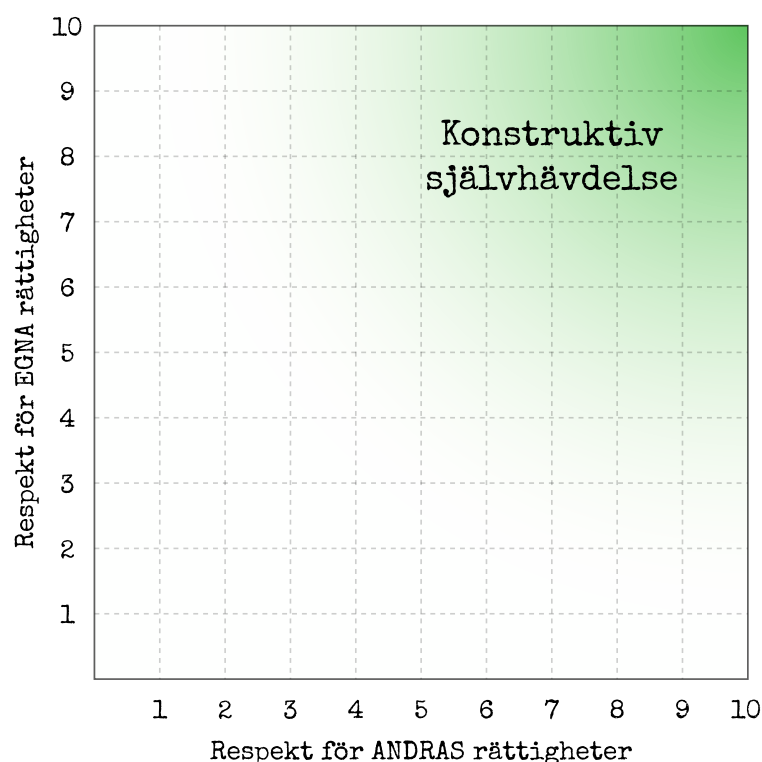
Vad är konstruktiv självhävande?

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

Alberti and Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävande som handlande som återspeglar individens egna långsiktiga intressen. Det innebär förmågan att "stå upp för sig själv" utan överdriven

78 ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina egna rättigheter utan att kränka andras
 79 rättigheter. Med 'utöva sina rättigheter' menas att både i icke-verbal och verbal handling uttrycka sina
 80 tankar, känslor, behov och önskningar.

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



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

89 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skillna-
 90 den mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna behöver förstås
 91 i de sammanhang de utförs. Beteenden som i en japansk (eller för all del svensk) kontext kan framstå
 92 som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande; beteenden som i

93 en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiva, och så vidare. Vad
94 som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål
95 för pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglad av de strukturer, nor-
96 mer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; S C Hayes & Brownstein, 1986).
97 Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdelsebeteenden är det möjligt att
98 använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen ”konstruktiv
99 självhävdelse”, ”passiv självhävdelse” och ”aggressiv självhävdelse” kan användas pragmatiskt för att
100 till exempel i en terapi särskilja och tala om beteenden i en specificerad kontext – inklusive hur de
101 förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, grupp-nivå och individnivå.

102 **Konstruktiv självhävdelse och aktuellt forskningsläge**

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

106 Fram tills att *assertiveness* föll i glömska konstaterades dock flertalet intressanta fynd. Wolpe
107 and Lazarus (1966) samt H. Orenstein, Orenstein, and Carr (1975) upptäckte att det är oförenligt att
108 uppleva ångest och att bete sig konstruktivt självhävdande. D. E. Barrett and Yarrow (1977) visade på
109 att *assertiveness* hos barn korrelerade med uppvisande av prosociala beteenden. Buell and Snyder (1981)
110 följde upp det med en effektiv metod för att träna *assertiveness* hos just barn. Hos vuxna fastställdes
111 det bland annat att god *assertiveness*: förbättrar ens interpersonella relationer (Kincaid, 1978) och gör
112 att man bemöter förhinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979). Rakos
113 and Schroeder (1979) visade på att *assertiveness* kunde tränas genom självhjälp-material och Rich and
114 Schroeder (1976) sammanställde flertalet metoder (samt respektive metods för- och nackdelar) som
115 använts för att träna *assertiveness*.

116 Under de senaste åren har intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos and Pereira (2019)
117 konstaterar att självupplevd grad av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktivt själv-
118 hävdande, i linje med rationen för träning i *assertiveness* som den presenterades av Wolpe and Lazarus
119 (1966). (???) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och att konstruktivt självhäv-
120 da. Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktivt självhävdande beteenden för en person
121 antingen genom att i behandling exponera för antecedenterna för social ångest eller genom att arbeta
122 med hur personen förhåller sig till själva ångesten. Den senare toleranskomponenten kan ses som ett
123 komplement till den habitueringsrationen som varit förhärskande inom KBT fram till sekelskiftet .

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

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

140 Chambless and Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT ut-
141 ifrån en tydlig definition av empiriskt underbyggda terapier: terapi som undersökts med randomiserade
142 kontrollerade studier, specificerade testgrupper och väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen vi-
143 sar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat huruvida
144 till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställningar med
145 uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer har sedan dess publicerats regelbundet i England av
146 National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psychological Asso-
147 ciation (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och
148 ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet
149 vid psykologisk behandling.

150 Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, and Fang (2012) är en översikt av meta-analyser som visar
151 att KBT alltså är en av de mest effektiva terapiformerna. I deras översikt visade sig KBT effektivt för
152 att motverka bland annat trauma- och stressrelaterade symtom, liksom depressiva och ångestrelaterade
153 syndrom. Litteraturen stödjer att KBT har god effekt för de syndrom som Speed m.fl. (2018) associerar
154 med brister i konstruktiv självhävdelse.

155 Några saker att förhålla sig till

156 *ovan rubrik är temporär och bör få ett bättre namn, detsamma gäller följande underrubriker*

157 **En kontextuell och neurovetenskaplig inramning av 'kognitioner'.** Överlag har ordet för den
158 enligt kognitiv omstrukturering verksamma komponenten 'tankar' i vår text ersatts av ordet 'förutsägel-
159 ser'. En negativ förutsägelse i en specifik situation (exempelvis om den egna förmågan att klara av
160 upplevelsen av ångest eller vilken konsekvensen ska bli av konstruktiv självhävdelse) är förankrad i
161 den specifika kontexten: 'Negativa automatiska tankar' kan lättare förväxlas med 'livsregler' och 'grun-
162 dantaganden' som de definieras i Beck (1979). Livsregler och grundantaganden kan ses som mer eller
163 mindre generaliserade förutsägelser.

164 Att benämna ovan kognitioner för förutsägelser är dessutom i linje med det forskning kring pre-
165 diktiv kodning. Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av ytterst
166 begränsade sensoriska indata (det vill säga det som dina sinnen förnimmar) guida betydligt mer omfat-
167 tande neuronal *top-down*-aktivitet för att *predicera* organismens yttre såväl som inre kontext (A. Clark,
168 2016; Pezzulo, Rigoli, & Friston, 2015). Den samlade upplevelsen av ångest (kroppsreaktioner, tankar,
169 beteenden) är detsamma som en förutsägelse om bristande resurs- och energihushållning i situationen.
170 Ett annat sätt att beskriva denna förutsägelse om en brist i resurs- och energihushållning är att man upp-
171 lever det som att man inte kommer räcka till (Feldman Barrett, 2009). När en person uppfattar miljön
172 som aversiv och ångest väcks kommer hen att vilja mobilisera sina resurser för att sätta sig i säkerhet.
173 Men om förutsägelseerna om bristande resurser är felaktiga på grund av allt för stort inflytande av hjär-
174 nans kortikala *top-down*-aktivitet (på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet) uppstår

175 problem: Förutsägelserna om att man inte kommer räcka till blir självuppfyllande profetior. Om och om
176 igen genom en kombination av alltför långvarig allostatisk belastning och undvikande som gör att orga-
177 nismen går miste om återhämtning och naturliga förstärkningar som kan fylla på energireserverna be-
178 kräftas förutsägelserna. Feldman Barrett (2009) sammanbrygger elegant den aktuella neurovetenskapen
179 med den kontextuella beteendevetenskapens perspektiv på ångest och depression, där den gemensamma
180 vidmakthållande faktorn är undvikande – beteendemässigt och upplevelsemässigt.

181 **Att undvika det aversiva.** Utifrån *tidigare* erfarenheter kan en individ ha giltiga och begripliga
182 upplevelser av ångest och rädsla som dessvärre leder till undvikande *här och nu*. Detta kan i sin tur
183 göra att individen går miste om sådant som hen värdesätter – exempelvis att: få närhet, mer tid till
184 egna intressen, hävda sina åsikter eller att nå andra naturliga förstärkare för stanna-kvar-och-märk-att-
185 ångesten-går-över-beteenden.

186 Undvikande av aversiva stimuli – det vill säga undvikandet av det som väcker obehag – finns
187 det i sig själv inget fel med. Det är till och med centralt för många organismers överlevnad att ha ett
188 välfungerande undvikande av det som faktiskt är farligt. Att regelbundet undvika stimuli som upplevs
189 hotfulla men som ej är immanent farliga kan däremot leda till psykopatologiska besvär. När dessa und-
190 vikandebeteenden väl vants in är det otroligt svårt att självmant bryta dem. Undvikandet leder på kort
191 sikt allt som oftast till positiva följder (till exempel snabb men tillfällig reduktion av obehag), och även
192 fast det på lång sikt allt som oftast leder till negativa följder (minskad tillgång till det som värdesätts,
193 upplevelsen av obehag ökar över tid m.m.) tenderar vi att bortse från det. Att undvika det som erfaren-
194 hetsmässigt upplevts som aversivt framstår ofta som funktionellt och rationellt, även när det inte är det
195 (Steven C Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

196 Särskilt svårt är det att bryta beteenden som har som funktion att undvika det som väcker rädsla.
197 En stor utmaning i behandling av ångestsyndrom är att överbrygga det undvikandet som följt av just
198 rädslolinlärning. Öhman and Mineka (2001) konstaterar att rädslolinlärning inte så lätt går att påverka
199 med kognitiv kontroll i skarpt läge, inte minst för att de neuronala rädslokretsarna vid amygdala ligger
200 djupt förankrade i limbiska delar av hjärnan och mer eller mindre lever sitt eget liv.

201 Det har även visat sig att det är menligt att försöka undvika ens aversiva känslor. Detta undvi-
202 kande brukar kallas för emotionellt undvikande. Regelbundet användande av emotionellt undvikande
203 är kopplat till flertalet negativa följder. Det är paradoxalt nog kopplat till mer upplevande av negativa
204 emotioner (och mindre upplevande av positiva emotioner), men även till större undvikande av nära re-
205 lationer, mindre socialt stöd, lägre självförtroende och sämre generellt välmående (J. J. Gross & John,
206 2003). Den paradoxala biten går inte nog att betona: att försöka undvika aversiva emotioner leder till att
207 man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-álvarez,
208 2018; J. J. Gross & John, 2003; Steven C Hayes m.fl., 1996).

209 **Att närma sig det aversiva.** Att bryta undvikandebeteenden är ofta centralt för att minska psy-
210 kopatologiska besvär. Det finns flera metoder sprungna ur forskning för detta. En metod är att *på ett*
211 *närvarande sätt* närma sig det aversiva och ångestväckande, så kallad exponering. Att närma sig det
212 som väcker obehag leder hos många till mycket osäkerhet. Denna osäkerhet leder i sin tur inte ovanli-
213 gen till överdrivet förberedande, efterfrågande om försäkran eller andra beteenden som ökar upplevelsen
214 av kontroll i stunden (så kallade säkerhetsbeteenden). Det är en viktig inlärningsprocess att få uppleva
215 denna osäkerhet – och samtidigt få lärdomen att osäkerheten i sig själv både är ofarlig och hanterbar. Att
216 bibehålla osäkerhet under exponering går att göra genom att variera vilka aversiva stimuli som presente-

217 ras och i vilka situationer som dessa stimuli presenteras (M. G. Craske m.fl., 2008; Knowles & Olatunji,
218 2019; Sewart & Craske, 2019). Med andra ord, det går att väcka osäkerhet genom variation.

219 De Castella m. fl. (2015) konstaterade även att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till säm-
220 re effekt av exponering. Att emotionellt undvika är ett säkerhetsbeteenden och säkerhetsbeteenden – det
221 vill säga beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation – är ett väleta-
222 blerat fenomen som har konstaterats både ha en del i utvecklandet och i bibehållandet av ångestdriven
223 psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer
224 som lider av ångestsyndrom och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann,
225 2006) vilket med stor sannolikhet även gör det vanligt hos individer med bristanden *assertiveness*. När
226 obehag, ångest och andra aversiva känslor väcks är det alltså viktigt att inte försöka undertrycka dem.
227 Genom att tillåta sig själv känna dem ger man sig möjligheten till att bemästra dem.

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

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

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

249 Ytterligare ett sätt att närma sig aversiva stimuli är genom avslappning. Även om det fortfaran-
250 de inte är konstaterat exakt vad de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär
251 är, har forskningsstudier i decennier konstaterat avslappningsträning en effektiv metod för att minska
252 symptom hos en del patienter som lider av ångespsykopatoli (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad av-
253 slappning är en copingteknik som började utvecklas i slutet av 1970-talet för patienter med fobier och
254 panikattacker. Den har sedan dess även visat sig effektiv för bland annat generell ångeststörning och
255 stress (Öst, 2006). En hypotes för varför avslappningsmetoder fungerar är att ångestreaktioner och att
256 vara avslappnad ej är kongruent med varandra, det vill säga att båda inte kan existera samtidigt. Är du
257 avslappnad kan du inte samtidigt uppleva ångest (Conrad & Roth, 2007). Då det – som nämnt i tidigare
258 stycke – är ytterst svårt att konstruktivt självhävda sig när man upplever ångest (???), och att ångest i

sin tur inte är kongruent med att vara avslappnad (Conrad & Roth, 2007) går det rimligen att extrapolera att lyckad avslappningsträning ökar oddsen för uppvisande av konstruktivt självhävande beteenden.

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

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

work in progress

Lösningen: - värden, långsiktiga skäl att uppsöka sit - direkt kontingent belöning, ex återkoppling och uppmuntran från terapeut

Internet och internetbaserad vård

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

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

298 tillgång till kommunikationsvägar som kan passa bättre för vissa vårdsökande jämfört med traditionell
299 vård (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016).

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

304 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälp-material i KBT som har beforskats i form av I-
305 KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälp-böcker. Exempel på dessa är Furmark,
306 Holmström, Sparthan, Carlbring, and Andersson (2019), Robichaud and Dugas (2018) samt Carlbring
307 and Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar ka-
308 pitel i självhjälp-böckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till
309 klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka. I många av des-
310 sa behandlingsprogram har även en stödbehandlare tilldelats deltagarna. Stödbehandlaren kan ge åter-
311 koppling, besvara frågor, och ge stöd allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu, Alasjö, Miloff,
312 Carlbring, & Andersson, 2016). Självhjälp-böcker är ett billigt sätt för en stor publik att ta del av evidens-
313 baserad psykologisk vederhäftig kunskap. Validerade självhjälp-böcker har också potential att förbättra
314 ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälp-böcker kan användas som stöd för både genomförande
315 av hemuppgifter under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter.

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

326 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski, & Cuij-
327 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid oli-
328 ka kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också en verksamt
329 vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrasti-
330 nering (Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (Rozental m.fl.,
331 2017; T. D. Wade m.fl., 2019).

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

337 **Användarupplevelsen och framgångsfaktorer vid I-KBT.** I-KBT kan erbjuda klienter förde-
338 lar i förhållande till ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör det lät-
339 tare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson, & Köhler, 2018);

340 Rozental m.fl., 2020) och ger dessutom möjlighet till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som
341 Lundgren m.fl. (2018) uppmärksammar är att många upplever det enklare att uttrycka sig i skrift än i
342 tal.

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

347 För att maximera oddsen för ett positivt utfall bör I-KBT-behandlingar ha tydliga inklusionskrite-
348 rier samt screena och välja deltagare utifrån dessa. Framgångsrika I-KBT-behandlingar inkluderar inter-
349 aktiva behandlingskomponenter, innehåller relevanta pedagogiska inslag om psykiska och kroppsliga
350 besvär och om vad som vidmakthåller psykiska problem, liksom komponenter för att bryta vidmakthåll-
351 landet av besvären (Barak m.fl., 2008).

352 **Frågeställningar**

353 I den här uppsatsen undersöker vi följande frågeställningar:

354 **Primär frågeställning.** Det vi primärt är intresserade av är om det finns någon skillnad (i endera
355 riktning) i effekt mellan gruppen Självhjälp och gruppen Terapeutstöd med avseende på konstruktiv
356 självhävande, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive.

357 **Sekundära frågeställningar.** Vi är också intresserade av att ta reda på om effekten i gruppen
358 Vänstlista är sämre än behandlingseffekten i gruppen Självhjälp respektive gruppen Terapeutstöd med
359 avseende på konstruktiv självhävande, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive.

360 Slutligen vill vi också undersöka vilka prediktorer/moderatorer hos deltagarna (exempelvis grad
361 av social ångest eller grad av depression) i behandlingsalternativen Självhjälp och Terapeutstöd som på-
362 verkar utfallet samt vilka mediatorer inom behandlingsalternativen (exempelvis tilldelning av terapeut)
363 som påverkar utfallet.

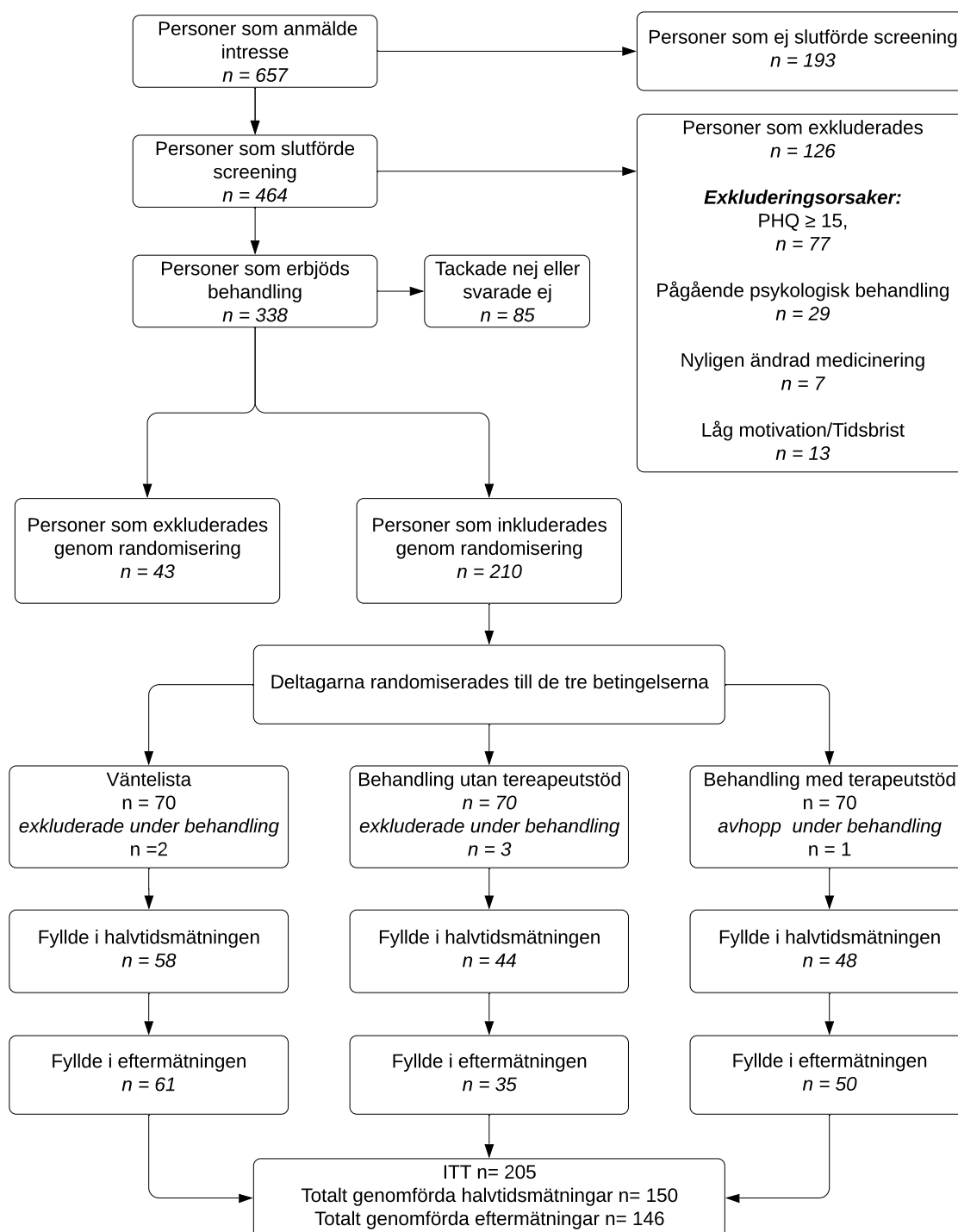
364 **Metod**

365 **Design**

366 Sample-storleken för varje grupp bestämdes till $n = 70$ med en powerberäkning innan rekrytering
367 påbörjades. I studien planerade manipulationer, variabler, mättillfällen och insamlad data har använts i
368 de efterföljande analyserna utan selektion i efterhand. Såväl randomiseringen av överintaget till studi-
369 en, randomiseringen av 210 deltagare till sina respektive grupper samt randomiseringen av deltagarna
370 med behandlingsstöd till respektive behandlare gjordes av oberoende tredje part vid Stockholms Uni-
371 versitet med hjälp av internetbaserade randomiseringstjänster (www.random.org för exkluderingen och
372 randomiseringen till respektive behandlare samt www.sealedenvelope.com för randomiseringen till de
373 tre grupperna). Deltagarna informerades via den webbaserade plattformen om exkludering eller vilken
374 grupp de tillhörde.

375 **Rekrytering.** Rekrytering skedde mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien an-
376 nonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt
377 www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De
378 som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns in-
379 formation om hur studien skulle gå till, vilka inklusions- samt exklusionskriterierna var och när studien
380 startade. Det fanns även information om vilka som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till
381 studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I samband med att
382 deltagarna hade möjlighet att anmäla sitt intresse presenterades de även med information kring potenti-
383 ella risker med att delta, sekretess, datasäkerhet, datahantering samt att deltagandet är frivilligt och kan
384 avbrytas när som helst. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med själv-
385 skattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet,
386 ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd självhävande. Deltagarna fick även fylla i demogra-
387 fiska frågor samt frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, motivation till att delta i
388 den aktuella studien samt om pågående medicinering. Deltagarna hade även möjligheten att i fritext
389 informera om de ansåg att det fanns något annat som var nödvändigt att beakta vid bedömningen.

390 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464
391 personer slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde nå-
392 got av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade
393 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210 inkludera-
394 des. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma sätt
395 som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna.
396 Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll under behandlingens gång
397 upptäcktes det att fem deltagare ($n = 3$ från gruppen Självhjälp och $n = 2$ från gruppen Väntlista) hade
398 inkluderats trots pågående psykologisk behandling. Dessa deltagare har fått fullgå behandlingen på oför-
399 ändrade villkor, men deras resultat har exkluderats från studiens analyser. Utöver detta bad en deltagare
400 från gruppen Terapeutstöd om att få bli exkluderad från studien. Ingen data har använts hos de fem del-
401 tagarna som hade pågående psykologisk behandling. Endast förmätningen har använts från deltagaren
402 som bad om att bli exkluderad.



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

Inklusionskriterier. För att delta krävdes det 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.

Exklusionskriterier. De personer som skattade 15 eller mer på självskattningsformuläret PHQ-9 exkluderades. Utöver detta exkluderades de deltagare 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 behandlingen. Alla personer som exkluderades blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt sig för att anmäla sig till studien.

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

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

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

Primära 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 6-gradig likertskala där 0 motsvarar "aldrig" och 5 motsvarar "alltid". Svaren räknas samman till två skalor, en för aggressiv självhävdelse och en för konstruktiv (adaptiv) självhävdelse. Hög poäng på delskalan för aggressiv självhävdelse indikerar ett aggressivt självhävande beteendemönster och hög poäng på delskalan för konstruktiv självhävdelse indikerar ett konstruktivt självhävande beteendemönster. (Låga poäng på båda går att tolka som passiv självhävdelse.) En fördel med AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den gör explicit skillnad mellan konstruktiv och aggressiv självhävdelse. Adaptive- och Aggressiveness-skalorna har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$ respektive $\alpha = 0,88$). Den svenska översättningen var inte validerad inför studiestart.

Tabell 1: Demografisk data för deltagarna, redovisad per grupp.

	Väntlista	Självhjälp	Terapeutstöd
Ålder (år)			
M (SD)	41,18 (8,8)	43,57 (9,86)	41,09 (8,26)
Kön (%)			
Kvinna	91,18	79,1	92,86
Civilstånd (%)			
Singel	36,76	35,82	28,57
Sambo	19,12	25,37	17,14
Gift	36,76	28,36	48,57
Annat	7,35	10,45	5,71
Utbildning (%)			
Annan utbildning	2,94	1,49	1,43
Folkskola/grundskola	1,47	0	0
Gymnasium	10,29	8,96	7,14
Yrkesutbildning	7,35	4,48	7,14
Universitet/högskola (pågående)	7,35	14,93	10
Universitet/högskola (avslutad)	70,59	70,15	74,29
Sysselsättning (%)			
Annan sysselsättning	8,82	5,97	7,14
Studerande	7,35	11,94	5,71
Arbetande	73,53	76,12	75,71
Arbetslös	4,41	4,48	0
Pensionär	0	0	4,29
Föräldraledig	0	0	4,29
Sjukskriven	5,88	1,49	2,86
Användning psykofarmaka (%)			
Nej	76,47	70,15	67,14
Ja, tidigare	7,35	8,96	17,14
Ja, pågående	16,18	20,9	15,71
Tidigare psykologisk behandling (%)			
Nej	38,24	40,3	38,57
Ja	61,76	59,7	61,43

Sekundära utfallsmått.

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

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

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

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

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

Interventionen Respekt i kvadrat

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

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

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

Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck (1979), D. M. Clark (1986), D. M. Clark and Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukturering uppnås enligt dessa genom att pröva giltigheten av det negativa tänkandet i verkliga livet. Genom att planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp att pröva giltigheten av egna negativa tankar. Det leder till ökad responsmöjlighet i olika mer eller mindre pressande situationer.

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

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 översattes och anpassades till I-KBT-moduler i plattformen Iterapi (Vlaescu m.fl., 2016) modifierade och utökade TH och PT materialet. Detta gjordes med det dubbla syftet att förenkla administrationen av materialet via internet samt att komplettera det med inslag som TH och PT ansåg saknades i originalmaterialet.

En mycket inspirerande faktor när det engelska materialet anpassades och utvecklades till självhjälpsprogrammet *Respekt i kvadrat* var det aktuella forskningsläget kring exponering (se bland annat M. G. Craske m.fl., 2008; De Castella m.fl., 2015; J. J. Gross & John, 2003; Knowles & Olatunji, 2019; Sewart & Craske, 2019). TH och PT bedömde det som en central komponent att deltagarna så tidigt som

528 möjligt, och så regelbundet som möjligt, tog aktiva steg för att bryta sina undvikanden. Från och med
529 modul 3 och i alla moduler därefter ombads deltagarna att närma sig aversiva stimuli (och utvärdera
530 sina reaktioner) på olika sätt.

531 I linje med forskning om att acceptera och tillåta sina känslor (Steven C Hayes, 2004; Steven C
532 Hayes m.fl., 1996; Luoma m.fl., 2007) lades även tyngd vid att målet med att bryta undvikande inte
533 nödvändigtvis var att bli av med eller minska de aversiva känslorna, utan snarare att utforska sitt förhåll-
534 ningssätt till dem. Överrensstämmande med forskning kring *fixed-* samt *growth mindset* (De Castella
535 m.fl., 2015; C. S. Dweck m.fl., 1995; Schroder m.fl., 2015, 2016) och vikten av att tro att en förändring
536 går att få till utformades även interventionens innehåll på ett *growth mindset*-förespråkande sätt.

537 Slutligen tilläts avsnittet om muskelavslappning att genomsyra behandlingsprogrammet på ett
538 annat sätt än det gör i *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008). I originalmaterialet presenteras alla
539 övningar och all information berörande muskelavslappning i samma kapitel. I linje med Östs (2006)
540 rekommendation om att Tillämpad avslappning bör introduceras stegvis över flertalet veckor introduce-
541 ras deltagarna till muskelavslappningsövningar i modul 2 och inslag av muskelavslappning återfinns i
542 flertalet moduler därefter.

543 Anpassningarna och tilläggen tog sig bland annat form av: text och illustrationer samt länkar till
544 fördjupningsmaterial; videofilmer med konversationer och rollspel mellan PT och TH; för programmet
545 framtagna videofilmer och ljudfiler med avslappningsövningar; inbäddade externa videoklipp och ljud-
546 filer samt; ett stort antal nya interaktiva övningar, bland annat utvärderingsformulär av varje veckas
547 innehåll, veckovis uppföljning av konstruktiv självhävvelse samt övningar för återfallsprevention och
548 vidmakthållande av behandlingseffekter. Se även tabell 2 för en översiktlig genomgång av innehållet i
549 modulerna i interventionen *Respekt i kvadrat*.

550 **Behandlingsplattformen**

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

556 Alla deltagare fyllde i för-, halvtids- och eftermätning via plattformen. Alla moduler och övningar
557 gick att nå via plattformen. De deltagare som tillhörde gruppen Terapeutstöd konverserade uteslutande
558 med sina behandlare via plattformens meddelandefunktion.

559 **Etiska aspekter**

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

562 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att
563 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens
564 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlighet
565 med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad

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

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

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 (t ex 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.

Analys

Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2020) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha = 0,05$ tillämpades vid alla beräkningar.

Kontroll av utgångsdata. Vi analyserade insamlade förmättningsvärden för att kontrollera om randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)

577 användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och
578 kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med
579 Pearson χ^2 -test. Cohen's d-effektstorlekar för beroende mätningar beräknades med R-paketet *effsize*
580 (Torchiano, 2020). För beräkning och sammanställning av övrig deskriptiv statistik användes R-paketet
581 *pastecs* (Grosjean & Ibanez, 2018).

582 **Bortfallsanalys.**

583 **Analys av huvudeffekter och interaktionseffekter.** Huvudeffekter och interaktion mellan
584 grupp och tid för de primära och sekundära utfallsmått undersöktes med *mixed model*-metodik. *Mixed model*
585 tillåter precis som MANOVA inklusion av upprepade beroende mättillfällen i modellen, men
586 med hänsyn taget till principen om *intention to treat*. Utöver det möjliggör det även modellering och
587 kvantifiering på gruppnivå av observerade (men inte kontrollerade) individ-relaterade effekter, exempel-
588 vis skillnader i underliggande förändringsbenägenhet över tid. I modellen tilläts skärningspunkterna för
589 respektive deltagare att variera, liksom lutningen på regressionslinjerna mellan mättillfällena för dem.
590 För analysen användes R-paketet *nlme* (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team, 2020). Val
591 av kovariansstruktur gjordes genom jämförelse av AIC-tal. För *post hoc*-test uppskattades predicerade
592 *marginal means* (eller *least square means*) för de olika kombinationerna av betingelse och mättillfälle
593 med R-paketet *emmeans* (Lenth, 2020). Figurer för presentationen av resultatet togs fram med *emmeans*
594 och *sjPlot* (Lüdtke, u.å.).

595 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** För var och en av betingelserna bestäm-
596 de vi frekvensen deltagare som i träningsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom
597 befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen. För de deltagare som endast lämnat själv-
598 skattningar vid förmätningstillfället fördes dessa värden vidare till eftermätningstillfället i enlighet med
599 principen om *intention to treat*. Valet av klinisk signifikans-kriterium gjordes i enlighet med definitioner-
600 na och rekommendationerna i Jacobson and Truax (1998) för var och en av skattningsskalorna i relation
601 till var och en av grupperna. En förändring mellan två mättillfällen definieras som reliabel om den är
602 tillräckligt stor i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring
603 och inte bara ett slump- eller mätfel. Den senare ger en bild av om hur de absoluta eftermätningensvärdena
604 förhåller sig till medelvärden för antingen en subklinisk population eller en klinisk population (som ock-
605 så kan hämtas från normdata) (Jacobson & Truax, 1998). För samtliga beräkningar av klinisk signifikans
606 och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI* (Kruijt, 2020), som väljer signifikans-kriterium (*a*,
607 *b* eller *c*) konservativt. SKIPPA DETTA? → Skillnader i frekvensen reliabelt förändrade deltagare på
608 kliniskt signifikant nivå analyserades med χ^2 -test.

609 **Resultat**

610 REPORT: Varianterna för *aaas_ad* från förmätningen var signifikant olika, $F(2,3) = 3,4202$, $p =$
611 $0,035$

612 För att sammanfatta har vi problem med flera icke-normalfördelade distributioner enligt Shapiro-
613 Wilks test och dessutom icke-homogena varianser för pre-värdet för *aaas_ad* i gruppen selfhelp.

614 oxå sig skillnad i sociodemografisk data/kön

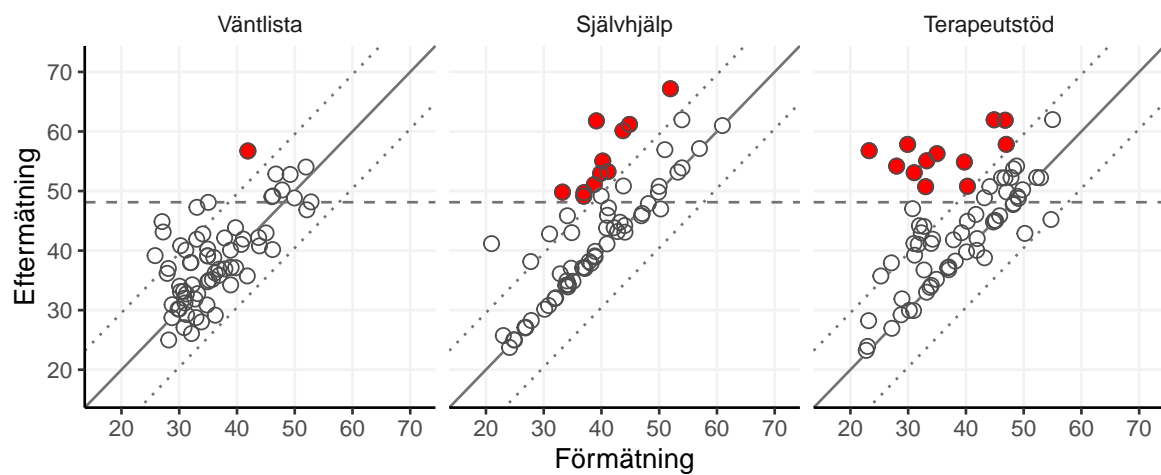
615 **Deskriptiv statistik**

616 se tabell 3

617 **Primär frågeställning**618 **Sekundära frågeställningar**619 **Klinisk signifikans (arbeta in detta i primära och sekundära frågeställningen?)**

620 Se tabell 4 med sammanställning jt/rci

621 Se ?? för mer ...

AAA-S Adaptive, Eftermätning

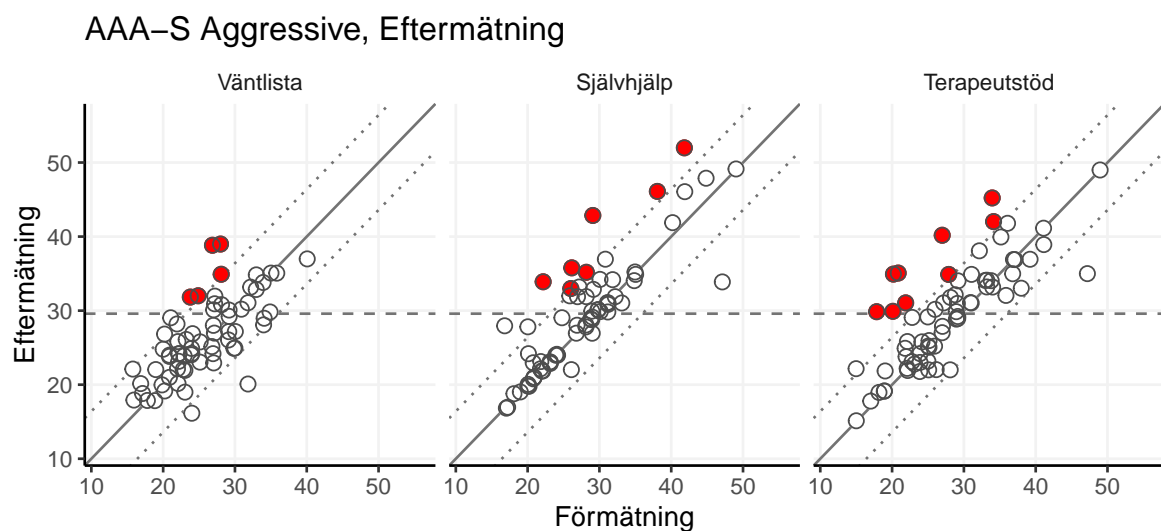
Figur 3: 123

Tabell 3: Deskriptiv statistik för primära och sekundära utfallsmått. Cohen's d är beräknad med tillgänglig data för de deltagare som lämnat svar både inför studien och vid respektive mättillfälle.

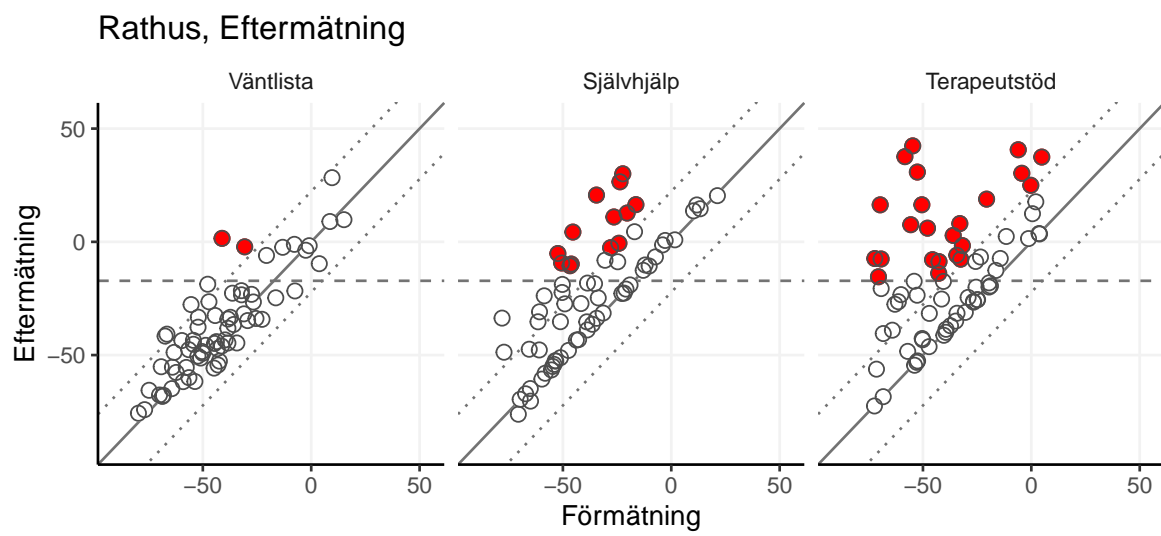
		Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
		AAAS Ad	AAAS Ag	Rathus	LSAS-24	GAD-7	PHQ-9	Välmående
Självhjälp, n = 67								
<i>Förmätning</i>								
M		38,7	27,7	-37,1	49,7	7,8	6,8	37,0
SD		8,7	7,2	23,2	23,1	3,6	4,0	9,2
<i>Mittenmätning</i>								
M		44,8	29,8	-20,2	38,8	6,6	6,0	39,3
SD		8,4	6,3	24,8	22,8	3,4	3,7	13,0
Cohen's d		0,7	0,4	0,7	-0,4	-0,4	-0,2	0,2
<i>Eftermätning</i>								
M		47,8	32,0	-15,0	38,9	5,7	5,4	44,4
SD		8,8	7,7	25,5	22,3	4,4	4,2	12,5
Cohen's d		0,9	0,4	0,9	-0,6	-0,5	-0,4	0,7
Terapeutstöd, n = 70								
<i>Förmätning</i>								
M		38,5	27,9	-38,3	47,6	7,5	6,4	37,7
SD		8,6	7,2	21,9	21,2	4,9	3,7	8,9
<i>Mittenmätning</i>								
M		45,1	29,3	-17,9	36,0	5,3	5,3	44,2
SD		8,6	7,0	22,7	18,0	3,8	4,6	11,5
Cohen's d		0,8	0,2	0,9	-0,6	-0,4	-0,2	0,5
<i>Eftermätning</i>								
M		46,4	30,2	-8,0	32,2	4,3	4,3	46,9
SD		9,1	6,7	24,3	16,7	3,1	3,7	11,0
Cohen's d		0,9	0,4	1,3	-0,7	-0,6	-0,6	0,8
Väntlista, n = 68								
<i>Förmätning</i>								
M		36,4	25,7	-41,6	50,1	7,2	6,6	37,4
SD		6,9	5,4	21,8	21,0	4,4	3,8	11,3
<i>Mittenmätning</i>								
M		38,0	26,1	-38,0	47,7	6,8	7,7	35,9
SD		6,9	5,8	22,1	20,6	4,5	5,0	12,0
Cohen's d		0,2	0,1	0,2	-0,1	-0,1	0,2	-0,1
<i>Eftermätning</i>								
M		39,1	26,3	-36,9	47,9	6,8	7,8	37,1
SD		7,4	5,5	22,5	20,5	4,7	5,3	13,2
Cohen's d		0,3	0,2	0,2	-0,1	-0,1	0,2	0,0

Tabell 4: Klinisk signifikans med andel tillhörande de olika kategorierna för de två huvudutfallsmåtten samt Rathus. Deltagare som deltog i förmätningen men inte en uppföljande mätning har fått förmätningens värdena framflyttade till det senare mättillfället, i enlighet med principen om *intention to treat*.

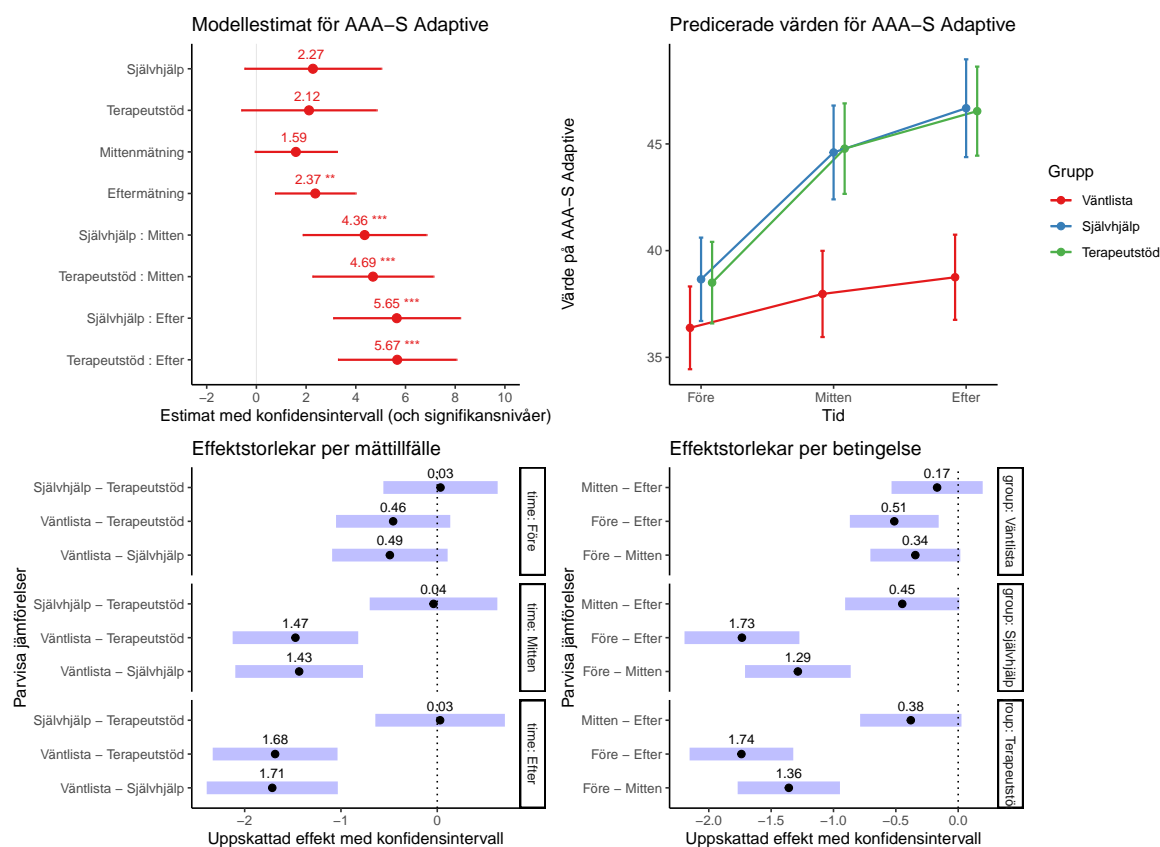
	Väntlista	Självhjälp	Terapeutstöd
AAA-S Adaptive (%)			
Försämrade	0,00	0,00	1,43
Oförändrande	79,41	62,69	51,43
Förbättrade	8,82	5,97	10,00
Tillfrisknade (ej reliabelt)	10,29	14,93	20,00
Tillfrisknade (reliabelt)	1,47	16,42	17,14
AAA-S Aggressive (%)			
Försämrade	2,94	1,49	1,43
Oförändrande	64,71	47,76	45,71
Förbättrade	2,94	2,99	1,43
Tillfrisknade (ej reliabelt)	22,06	37,31	38,57
Tillfrisknade (reliabelt)	7,35	10,45	12,86
Rathus (%)			
Försämrade	0,00	0,00	0,00
Oförändrande	77,94	49,25	41,43
Förbättrade	5,88	10,45	11,43
Tillfrisknade (ej reliabelt)	13,24	20,90	14,29
Tillfrisknade (reliabelt)	2,94	19,40	32,86



Figur 4: 123

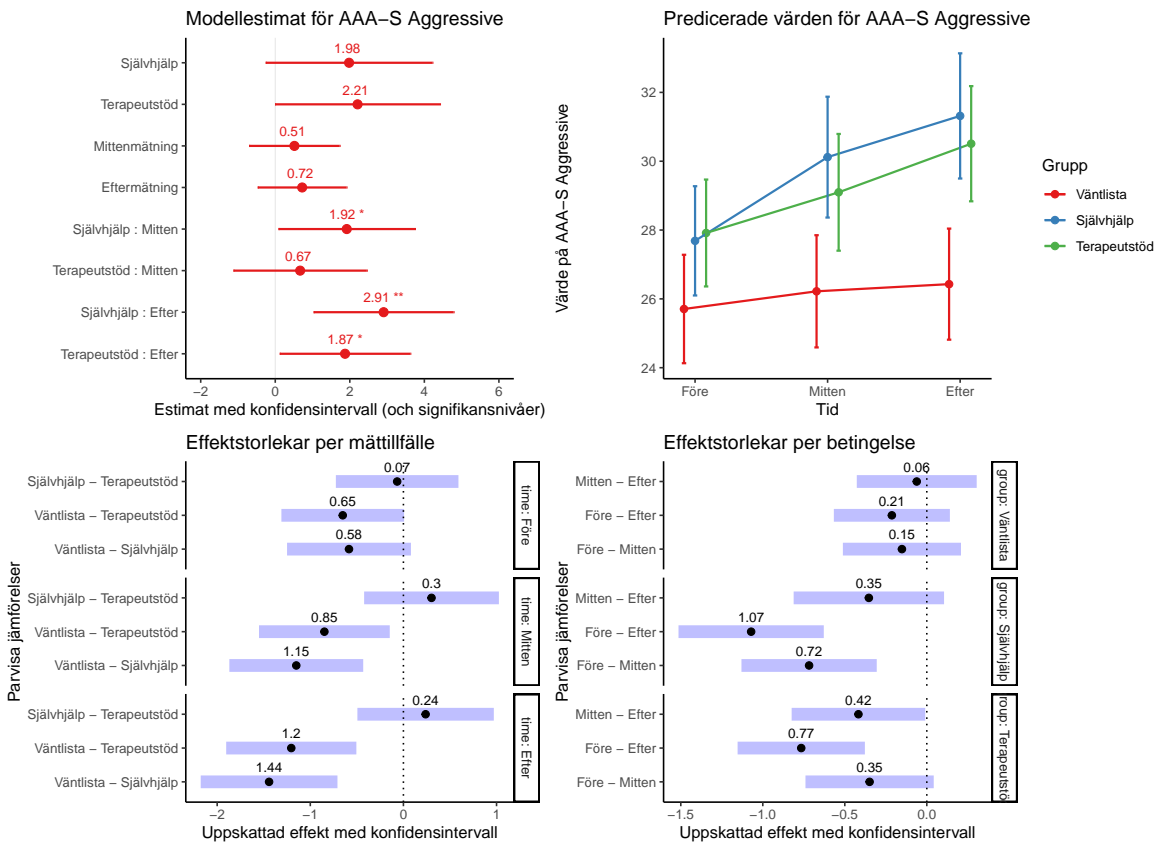


Figur 5: 123



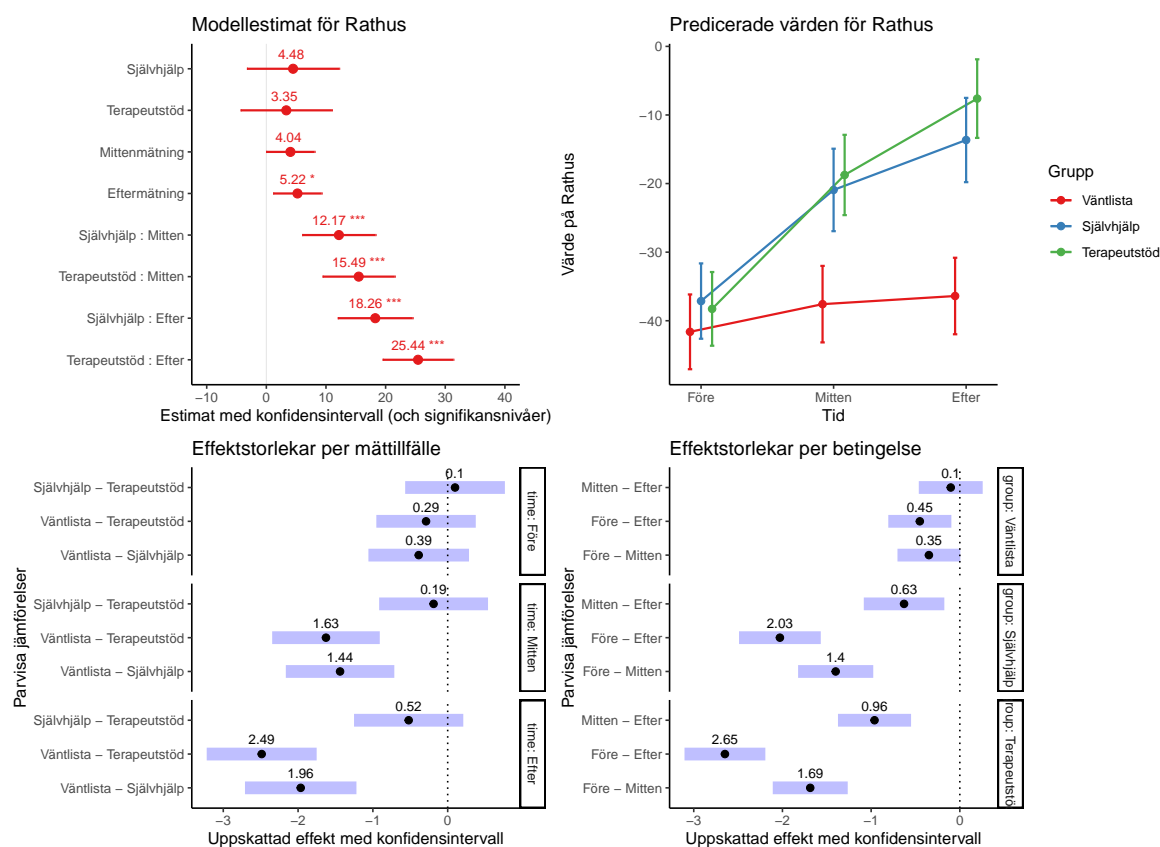
Figur 6: Resultat för AAA-S Adaptive. Exempel på figur med resultat som jag (Tobias) skulle vilja rapportera. De här graferna 'give it all away' utan behov av krångliga tabeller. Jag röstar för att vi producerar figurer liknande dessa för de tre huvudutfallsmåten. Överst till vänster är modellestimaten från vår regression (fixed-effekter), den andra visar de predicerade värden som modellen producerar. De två understa innehåller de effektstorlekar med konfidensintervall (med inritad noll-linje) som visuellt tydligt kommunicerar vilka av de parvisa uppföljningstesten som är signifikanta (med Bonferroni-korrektion). De intressanta jämförelserna tar vi med i resultattexten, där vi också kan nämna hur stor del av felvariansen som hör till vår random-effekt (subject).

(#fig:aaasad.res)



Figur 7: Resultat för AAA-S Aggressive.

(#fig:aaasag.res)



Figur 8: Resultat för Rathus.

(#fig:rathus.res)

622 **Emmeans.** ordningsföljd: aaas_ad, aaas_ag, rathus, lsas_sum, gad_sum, phq_sum, well

623 Diskussion

624 Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälpssprogram för
 625 att förbättra individers konstruktiva självhävande. Programmet administrerades via en internetbaserad
 626 plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde
 627 till stora delar på självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland
 628 annat inslag av psykoedukation, beteendexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering
 629 och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd, en
 630 tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var en väntelistebedingad kon-
 631 trollgrupp. Vi konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet (oberoende av om man hade behand-
 632 larstöd eller inte) gav bättre resultat än att vara placerad på väntelista. Vi fann däremot ingen skillnad i
 633 utfallet mellan gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd.

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

635 Resultatdiskussion

636 återstår att skriva!

637 Primär frågeställning.

638 I relation till annan forskning, självhävande

639 Behov av ny forskning

640 Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet

641 All data som låg till grund för inkludering eller exkludering i den aktuella studien var insamlad
642 från självskattningsformulär. I och med att forskningspersonsinformation som potentiella deltagare
643 kunde läsa innan de påbörjade screeningsprocessen presenterade såväl inkluderings- som exkluderings-
644 kriterier (även om exkluderingskriterierna till viss del var allmänt formulerade) medför det risken att
645 de som sökte till studien anpassade sina svar för att bli inkluderade. Då ingen klinisk intervju användes
646 i screeningsprocessen fanns det ingen möjlighet att på så sätt upptäcka individer som borde exkluderas.
647 Detta kan medföra att individer som egentligen borde ha exkluderats, på grund av icke sanningsenliga
648 svar, istället blev inkluderade. Ingen klinisk intervju inkluderades då det låg utanför studiens möjliga
649 resurser att administrera den till alla potentiella deltagare. En fördel med att inte ha använt kliniska
650 intervjuerna är att tiden mellan påbörjad rekrytering och behandlingsstart blev kort, endast två veckor.

651 **Samplets representativitet för populationen.** Med nästintill 90% kvinnor i samplet var köns-
652 fördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flertalet olika faktorer.
653 För det första rapporterar kvinnor mer oro, ångslan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket
654 skulle kunna göra kvinnor mer benägna att söka hjälp. För det andra tenderar män överlag att i lägre
655 utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Chea-
656 ter, & Marshall, 2005). Slutligen – vilket troligen är den mest påverkande faktorn i den aktuella studien
657 – så sköttes studiens marknadsföring på sociala medier av en automatiserad algoritm. Algoritmen visar
658 annonsen för de individer den tror har störst odds till att interagera med den. Data som sammanställdes
659 efter avslutad annonsering visade på att någonstans mellan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor.

660 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare
661 10% studerade vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från Sveriges befolkning, där
662 endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar av förklaringen till att en
663 så stor andel av vårt sample har studerat på universitet eller högskola skulle kunna vara att majoriteten
664 av studiens deltagare är kvinnor, och att de i större utsträckning än män studerar vidare efter gymnasiet
665 (Statistiska Centralbyrån, 2020). Då väldigt få deltagare i den aktuella studien hade yrkesutbildning,
666 gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta avslutad utbildning bör man vara restriktiv
667 med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

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

672 Då det i skrivande stund varken finns data om prevalens av bristande självhävdelse i Sveriges
673 population, eller data om vilka demografiska faktorer denna brist korrelerar med, är det ytterst svårt att
674 säga hur representativ för Sveriges befolkning samplet i den aktuella studien är.

675 I denna studie placerades en tredjedel av deltagarna på en väntelista. En risk med användandet av
676 väntelista är att de deltagare som tilldelas väntelistan försämras under behandlingens gång. I en meta-
677 analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, and Carlbring (2017) att
678 över 15% av de som tilldelas betingelsen väntelista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6% av
679 de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att en behandlings eventuella effekt förstoras
680 på grund av försämrandet hos väntelista-betingelsen snarare än förbättrandet hos de som betingats till
681 behandlingen. I den aktuella studien försämrades ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen.
682 Varken i väntelistan eller i någon av de andra betingelserna. Därav lider den aktuella studien ingen
683 risk för att ha påverkats av denna felkälla. Det går ändå att diskutera om användandet av väntelista
684 som kontroll är ett klokt beslut. Användandet av väntelista höjer allt som oftast oddsen för att hitta en
685 signifikant effekt jämfört med att tilldela kontrollgruppen mer aktiva betingelser (Mohr m.fl., 2009).
686 Troligen hade det varit bättre att tilldela de som fick väntlistebetingelsen en aktiv betingelse så som
687 tillgång till ett diskussionsforum.

688 Då behandlingsmaterialet översatts till svenska inför den aktuella studien – och originalmate-
689 rialet användes utan inslag av behandlarstöd – fanns det ingen behandlarstödsmanual eller dylikt för
690 studiens behandlare att använda sig av. Behandlarna hade utöver detta ingen tidigare erfarenhet av in-
691 ternetbaserad psykologisk behandling. Dock hade båda behandlarna tidigare erfarenhet av ansikte mot
692 ansikte-behandling med individer med självrapporterad bristande självhävdelse. Bristen på erfarenhet av
693 internetbaserad behandling kan ha påverkat kvalitén i det behandlarstöd som gavs. Å andra sidan har det
694 visat sig att tidigare erfarenheter och kunskaper om I-KBT hos behandlare inte gör nämnvärd skillnad så
695 länge de har grundläggande kunskaper inom psykologisk behandling (Baumeister, Reichler, Munzing-
696 er, & Lin, 2014). Behandlarna hade utöver tillgodogjorda grundläggande kunskaper om psykologisk
697 behandling även tillgång till ett dokument med generella förhållningssätt vid internetbehandling med
698 behandlarstöd samt tillgång till vid-behov-handledning och stöd av en legitimerad psykolog med om-
699 fattande erfarenhet av I-KBT. Den generella målsättningen var att behandlarna skulle spendera cirka 15
700 minuter per vecka och deltagare. Detta varierade dock nämnvärt beroende på hur frekvent behandlarnas
701 deltagare hörde av sig till behandlaren med behandlingsrelaterade frågor samt hur utförligt deltagarna
702 besvarade behandlingsprogrammets övningar.

703 Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av
704 självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och RAS (Rathus, 1973). Då dessa
705 skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de till den aktuella studien. Det finns många rekom-
706 mendation och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz,
707 2001; och Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 för två väl använda metoder). Ett gemensamt
708 tema i dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat användnings-
709 språk (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer och att den
710 översatta versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare.
711 En bedömning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det planerade använd-
712 ningsspråket till originalspråket. AAA-S och RAS översattes inför föreliggande uppsats endast en gång,
713 från engelska till svenska.

714 De nyöversatta skalorna är ej validerade och saknar svenska normer. Istället används data för både

715 AAA-S och RAS från student-sample 1 från Thompson and Berenbaum (2011) som icke-kliniska normer.
716 Fördelen med dessa data är dels att de är relativt aktuella, dels att de härrör från ett och samma sample och
717 därför ger goda möjligheter till jämförelser sins emellan. Data från föreliggande uppsats skulle potentiellt
718 kunna användas för att validera de svensköversatta skalorna i en uppföljande studie, dock endast med
719 dilemmat att båda översättningar på en och samma gång är icke-validerade och idealiska kriterier för
720 varandras validering; det saknas tyvärr vedertagna skalor i litteraturen för *assertiveness* utöver RAS och
721 AAA-S. Ytterligare en begränsning för en sådan validering är att det sample som undersöks i den här
722 uppsatsen har en förmodad slagsida åt passiv självhävdelse och sannolikt inte innehåller tillräckligt med
723 data från individer som kan antas ha överskott av aggressiv självhävdelse. Idealiskt sett skulle denna
724 brist kunna avhjälpas i kommande kompletterande undersökningar.

725 **Sammanfattning (?)**

Referenser

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alberti, R., & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2:a uppl.). San Luis Obispo: Impact.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad från <https://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-06083-5>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barrett, D. E., & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior , Social Inferential Ability , and Assertiveness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., & Hamilton, P. (2016). An active inference theory of allostasis and interoception in depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708). <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0011>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- 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*

- 763 *Review*, 49, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- 764 Braconier, A., & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 765 Buell, G., & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
766 71–80. <https://doi.org/10.2466/pr0.1981.49.1.71>
- 767 Burke, J., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered
768 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive*
769 *Psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- 770 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse.
771 *Feminism/postmodernism*, 327, x.
- 772 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and
773 suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595.
774 <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- 775 Carlbring, P., & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
776 *kognitiv beteendeterapi* (2., [uppdä]). Stockholm: Natur & kultur.
- 777 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs.
778 face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
779 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18.
780 <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- 781 Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
782 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
783 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- 784 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. Oxford University Press.
785 <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001>
- 786 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4),
787 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- 788 Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia* (Vol. 41, s. 22–23).
- 789 Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
790 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001>
- 791 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008).
792 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,
793 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- 794 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U.
795 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024.
796 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- 797 Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university
798 students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*

- 799 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- 800 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion
801 Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder.
802 <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- 803 Dweck, C. S., Chiu, C. yue, Hong, Y. yi, Chiu, C. yue, & Hong, Y. yi. (1995). Implicit Theories and
804 Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological*
805 *Inquiry*, 6(4), 267–285. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1
- 806 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
807 *science : a journal of the American Psychological Society / APS*, 4(4), 326–339. Hämtad från
808 <https://www.affective-science.org/pubs/2009/barrett2009-future-psych.pdf>
809 <http://www.jstor.org/stable/40645696>{\%}0Ahttp://about.jstor.org/terms
- 810 Fensterheim, H., & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing
811 Company.
- 812 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-álvarez, M. (2018).
813 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
814 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12.
815 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- 816 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet* (s. 67).
- 817 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D.
818 (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of
819 self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
820 <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- 821 Furmark, T. I., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). *Social fobi -*
822 *social ångest : effektiv hjälp med KBT* (Tredje uppg). Stockholm: Liber.
- 823 Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
824 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623.
825 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- 826 Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
827 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 828 Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.
829 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- 830 Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes:
831 Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social*
832 *Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 833 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
834 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
835 [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- 836 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), 175–190.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 - Embargoed 5 November 1200 CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in clinical research* (Vol. 59, s. 521–538). Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.1.153>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- 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), 606–613.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. Hämtad från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier. <https://doi.org/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.

- 875 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 876 Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
877 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
878 Inc.
- 879 Lüdecke, D. (u.å.). *sjPlot: Data Visualization for Statistics in Social Science*.
880 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1308157>
- 881 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 882 McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 883 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive
884 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.
885 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 886 Michel, F., & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
887 Interventions. Hämtad från
888 <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- 889 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of
890 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),
891 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- 892 Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009).
893 The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of
894 psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284.
895 <https://doi.org/10.1159/000228248>
- 896 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,
897 21–23.
- 898 Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
899 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207.
900 [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90100-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(75)90100-7)
- 901 Pezzulo, G., Rigoli, F., & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic
902 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35.
903 <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2015.09.001>
- 904 Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear*
905 *Mixed Effects Models*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- 906 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 907 R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R
908 Foundation for Statistical Computing. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- 909 Rakos, R. F., & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
910 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5),

- 911 991–993. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.991>
- 912 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
913 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- 914 Regeringskansliet, S., & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025* (s. 1–16).
915 Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- 916 Rich, A. R., & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
917 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. <https://doi.org/10.1037/h0078049>
- 918 Robichaud, M., & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD* (s.
919 270). Natur & kultur.
- 920 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based
921 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of*
922 *Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- 923 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020).
924 Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive
925 behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- 926 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For Better or
927 Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants
928 Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical*
929 *Psychology*, 85(2), 160–177. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- 930 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
931 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for
932 perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and*
933 *Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- 934 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 935 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2015). The Role of
936 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical
937 Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139.
938 <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9652-6>
- 939 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
940 Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and*
941 *Personality Science*, 7(6), 508–520. <https://doi.org/10.1177/1948550616644657>
- 942 Sewart, A. R., & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
943 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285).
944 <https://doi.org/10.1037/0000150-015>
- 945 Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive
946 Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and
947 Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
- 948 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*

- 949 *therapy*. Bantam.
- 950 Socialstyrelsen. (2004). *Växelvis boende: Att bo hos både pappa och mamma fast de inte bor*
951 *tillsammans*. Socialstyrelsen.
- 952 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
953 Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241.
954 Hämtad från www.socialstyrelsen.se
- 955 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad från
956 <https://div.socialstyrelsen.se/>
- 957 Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
958 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20.
959 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 960 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
961 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
962 <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 963 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad från [https://www.scb.se/hitta-](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
964 [statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- 965 Tanck, R. H., & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to
966 Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400.
967 https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304_11
- 968 Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S).
969 *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334.
970 <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9226-9>
- 971 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric
972 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
973 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136.
974 <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- 975 Torchiano, M. (2020). *effsize: Efficient Effect Size Computation*.
976 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1480624>
- 977 Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
978 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
979 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
980 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 981 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality
982 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
983 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 984 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
985 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be

- 986 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 987 Ward, C., & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 988 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses, 20(42), 825–829.
- 989 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 990 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*
991 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 992 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
993 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
994 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 995 Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
996 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.
997 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>
- 998 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
999 Öst.