

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

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Underskott av beteenden som går att samla under begreppet *assertiveness* (från engelska översatt till "konstruktiv självhävande") förknippas med en lång räckvidd psykologiska problem, exempelvis olika ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom, social ångest och paniksyndrom, liksom depression, schizofreni med mera (Speed, Goldstein, & Goldfried, 2018).

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

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävande att både formaliseras till kompletta behandlingsprogram, som i Linehan (1979), och populariseras, som i självhjälpstilar 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). 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 roligt exempel på kritik av träning i konstruktiv självhävande är Mano (1976), som framtida 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. Mycket sporadiskt återaktualiserades begreppet som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979), för att på så sätt hjälpa personer med (mer eller mindre generaliserade) hindrande förutsägelser i svåra situationer att finna stöd för mer hjälpsamma förutsägelser.

Bristande konstruktiv självhävande är ett exempel på ett behandlingsmål som är av allt större värde, för både kliniska och sub-kliniska populationer, inte minst som pendeln svänger tillbaka från syndromal diagnostik till transdiagnostik (Speed m.fl., 2018). Det gäller särskilt, menar vi, om den

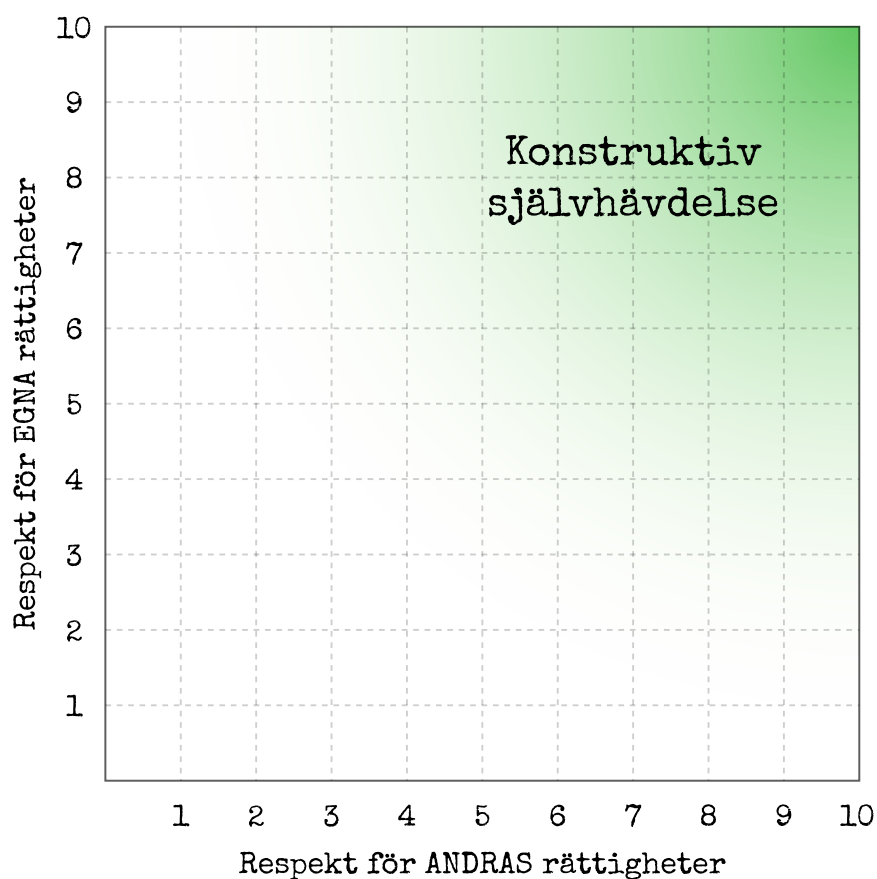
36 solida beteendevetenskapliga grunden byggs på med metoder och förhållningssätt som har utvecklats
37 inom den kontextuella beteendevetenskapen sedan slutet av 1900-talet. Dessa inkluderar motiverande
38 tekniker som går att tillämpa i större skala än ansikte mot ansikte-behandling och som tillsammans med
39 landvinningar inom internetförmedlad terapi kan göra det möjligt att nå och hjälpa även individer som
40 saknar tillgång till eller motivation att söka traditionell psykologisk behandling.

41 **Vad är konstruktiv självhävdelse?**

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

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

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



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

58 **Vikten av ett funktionellt perspektiv.** Mitamura (2018) problematiserar skillnaden mellan ag-
 59 gressiv och konstruktiv självhävvelse. De olika kommunikationsstilarna behöver förstås i de samman-
 60 hang de utförs. Beteenden som i en japansk (eller för all del svensk) kontext kan framstå som aggressiva
 61 kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktiv självhävvelse; beteenden som i en viss familj eller
 62 vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiva, och så vidare. Vad som i kontexten me-
 63 nas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är föremål för förhandling mellan
 64 parterna. Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävvelsbeteenden är det
 65 möjligt att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen "kon-
 66 struktiv självhävvelse", "passiv självhävvelse" och "aggressiv självhävvelse" bör användas pragmatiskt
 67 för att till exempel i en terapi särskilja och tala om beteenden i en specificerad kontext – inklusive hur
 68 de förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå.

69 **Konstruktiv självhävdelse och aktuellt forskningsläge**

70 Forskning på *assertiveness* övergavs i stort sett efter 1970-talet. Under de senaste åren har dock
71 intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos and Pereira (2019) konstaterar att självupplevd grad
72 av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktiv självhävdelse, i linje med rationen
73 för träning i *assertiveness* som den presenterades av Wolpe and Lazarus (1966). A. E. Baker and Jes-
74 ke (2015) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och konstruktiv självhävdelse.
75 Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktivt självhävdande beteenden för en person antingen
76 genom att i behandling [minska/exponera för] social ångest och/eller att arbeta med hur personen
77 förhåller sig till sin ångest.

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

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

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

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

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

109 Evidensen för internetbaserad kognitiv beteendeterapi

110 Internetbaserad kognitiv beteendeterapi, I-KBT, började undersökas och utvärderas kring millen-
111 niumskiftet. Under de 20 åren som passerat sedan dess har hundratals med studier hunnit göras kring
112 I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ inom flera olika länder som ett komplement
113 till mer traditionella vårdalternativ (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016).

114 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälp-material i KBT som har beforskat i form av I-
115 KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är **[radda upp
116 Pers många altster här :-)]**. Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsva-
117 rar kapitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade
118 till patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka. I många av dessa behandlings-
119 program har även en stödbehandlare tilldelats deltagarna. Stödbehandlaren kan ge återkoppling, besvara
120 frågor, och ge stöd allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Anders-
121 son, 2016).

122 *[Möjligen problematisera kommersialiseringen av forskningsresultat här – men å andra sidan*
123 *är det ett billigt sätt för konsumenten att få tillgång till material ... Också skriva något här om att flera*
124 *landsting och även privata aktörer erbjuder allt fler behandlingsprogram över internet.]*

125 I-KBT är en effektiv behandlingsmetod för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys
126 från 2018 – som inkluderade 64 RCT-studier – konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både
127 depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (G. Andrews m.fl.,
128 2018). Författarna finner att medeleffektstorleken för internet-KBT (I-KBT) är $d = 0,8$ eller mer i jäm-
129 förelse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT
130 är dessutom jämförbart effektmässigt med terapeutledd terapi. Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i
131 samma riktning med 22 RCT-studier (Gavin Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010).

132 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski, & Cuij-
133 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid oli-
134 ka kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också en verksamt
135 vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrasti-
136 nering (Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (Rozental m.fl.,
137 2017; T. D. Wade m.fl., 2019).

138 *Ta också med referens till Andersson (2016) ?*

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

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

147 **Användarupplevelsen och framgångsfaktorer vid I-KBT.** I-KBT kan erbjuda patienter förde-
148 lar i förhållande till terapeutledd behandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör det lättare för

149 vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson, & Köhler, 2018; Rozental
150 m.fl., 2020) och ger dessutom möjlighet till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som Lundgren
151 m.fl. (2018) uppmärksammar är det många upplever att det är enklare att uttrycka sig i skrift än i tal.

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

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

161 **Internet och internetanvändning.** *detta avsnitt bör möjligen flyttas någon annanstans eller*
162 *bakas in i andra avsnitt. Möjligen före avsnittet "Internetbaserad kognitiv beteendeterapi"*

163 Internet har ändrat gemene mans tillgång till information och tjänster på ett paradigmskiftsliknan-
164 de sätt. För cirka 15 år sedan använde mindre än 20% av världens befolkning internet. 2019 uppskattas
165 det att nästan 54% av världens befolkning använder sig av internet. I Europa är motsvarande siffra
166 83% (International Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport Svenskarna
167 och internet (Findahl, 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85% år 2010 till 95% år 2019.
168 Nästintill hela Sveriges befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som använder
169 internet i Sverige söker även efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka hälften utnyttjar
170 diverse e-tjänster relaterade till sjukvården (Findahl, 2019).

171 Regeringens har även som vision att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa. En del i
172 denna vision är att kunna erbjuda internetbaserade behandlingsalternativ (Regeringskansliet & Sveriges
173 Kommuner och landsting, 2016). I dagsläget erbjuds redan internetbaserad behandling i viss utsträck-
174 ning inom den svenska sjukvården (se bland annat div.socialstyrelsen.se för mer information) Inter-
175 netbaserad vård har flertalet fördelar. Flexibiliteten i var och när vårdkontakten genomförs innebär att
176 potentiellt fler personer kan nyttja den. Vården kan potentiellt – beroende på upplägg – även finnas
177 tillgänglig dygnet runt. Utöver detta ger digitaliserad vård tillgång till kommunikationsvägar som kan
178 passa bättre för vissa vårdsökande jämfört med traditionell vård.

179 **Verksamma komponenter**

180 Innan vi fördjupar oss i behandlingsprogrammets upplägg och övriga metodfrågor vill vi stanna
181 upp en kort stund och lyfta fram några av de mindre vedertagna teorier och modeller som inspirerade
182 oss i vår utformning samt anpassning av behandlingsprogrammet. Dessa teorier och modeller influerade
183 oss även i vårt förhållningssätt till deltagarna. Det är inom KBT väl etablerat att psykoedukativa inslag,
184 formulerande av målsättning, exponering, hemuppgifter, kognitiv omstrukturering med mera är effektiva
185 processer för att maximera behandlingsutfall (Kazantzis m.fl., 2018).

186 **Growth mindset + undertryckande.** *ska få ny rubrik och bör troligen kortas ner markant*

Vi tog utöver dessa väletablerade inslag även med oss inspiration från forskning om utvecklande och fixerade tankesätt. Ett fixerat tankesätt är antagandet att förmågor, färdigheter samt egenskaper är fasta och oföränderliga medans ett utvecklande tankesätt är antagandet att dessa förmågor, färdigheter och egenskaper kan utvecklas och förändras. Tankesätten 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) Ett utvecklande tankesätt kan bland annat leda till att man tar på sig fler utmaningar, fortsätter kämpa vid bakslag och att man överlag presterar bättre (C. S. Dweck, 2019). I verkligheten är ens tankesätt sällan antingen eller, utan återfinns på ett kontinuum (C. S. Dweck m.fl., 1995). Tankesätten kan beröra mer övergripande domäner, såsom personlighet och intelligens, eller mer specifika domäner, såsom 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 större odds för positivt behandlingsutfall (De Castella m.fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan, & Moser, 2015). Utöver detta har det även visat sig att personer med ett fixerat tankesätt i större utsträckning försöker undertrycka negativa emotioner samt i mindre utsträckning omvärderar sina övertygelser i ljuset av nya erfarenheter (Schroder m.fl., 2015). Undertryckande och oacceptabelhet är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006)

Regelbundet användande av undertryckande är kopplat med flertalet negativa följder, bland annat: mer upplevande av negativa emotioner (och mindre upplevande av positiva emotioner), större undvikande av nära relationer, mindre socialt stöd, lägre självförtroende och sämre upplevt generellt välmående överlag (J. J. Gross & John, 2003).

Den aktuella studien hade varken tankesätt eller undertryckande som huvudfokus, men vi var icke desto mindre influerade av dessa teorier i vårt utformande och anpassade av behandlingsprogrammet. Vi antog att ifall behandlingsprogrammet kan utformas på så sätt att deltagarna hjälps från ett fixerat tankesätt mot ett mer utvecklande tankesätt borde det både leda till en reduktion i negativa symptom och i frekvens av emotionsundertryckande. Allteftersom ett mer utvecklande tankesätt formas bör alltså acceptans för deltagarnas emotioner och ångest öka tillsammans med en insikt i att emotionerna och ångesten går att bemöta och bemästra.

Acceptans av osäkerhet & Variation i exponering. *Hur saklig bör en bakgrund vara och hur mycket av "oss själva" och vad "vi ville uppnå" och hur vi tänkte kan man släppa in? Blir det egentligen mer "metoddel" av det hela när vi börjar prata om vårt förhållningssätt till deltagarna och vad vi ville "uppnå"?*

kommande stycken behöver vävas ihop till ett mer kongruent stycke med en tydligare röd tråd som resulterar i ett tydligare budskap om vad vi vill ha sagt här

De Castella m. fl. (2015) konstaterade även att undertryckandet av känslor är tydligt kopplad till sämre effekt av exponering. Detta är i linje med mycket annan forskning. Att undertrycka känslor är ett säkerhetsbeteenden och säkerhetsbeteenden – det vill säga beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation – är ett väletablerat fenomen som har konstaterats vara både en del i utvecklandet och bibehållandet av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016).

Utöver säkerhetsbeteenden och dess påverkan på exponeringsresultatet finns det ytterligare några fenomen som är värda att beakta. Förväntingar och förutsägelser som individer tenderar att ha inför

229 exponering är allt som oftast inkorrekta och desto större diskrepansen är mellan en individs förväntningar
230 och individens faktiska upplevelse, desto större är oddsen för nyinläring (M. G. Craske m.fl., 2008;
231 Sewart & Craske, 2019).

232 Att exponera sig för det som väcker obehag leder även hos många till mycket osäkerhet. Denna
233 osäkerhet leder inte ovanligen till överdrivet förberedande, **reassurance-seeking (översätt hur? Tröst-**
234 **sökande, försäkrande, sökande av uppmuntran? Något annat?)** eller andra beteenden som ökar upple-
235 velsen av kontroll i situationen. Det är dock en viktig nyinlärningsprocess att få uppleva denna osäkerhet
236 – och samtidigt få lärdomen att denna osäkerhet både är ofarlig och hanterbar. Att bibehålla osäkerhet
237 under exponeringstränandet går att göra genom att variera vilka aversiva stimuli som presenteras och i
238 vilka situationer som dessa stimuli presenteras (Sewart & Craske, 2019, Knowles and Olatunji (2019),
239 M. G. Craske m.fl. (2008)).

240 Lyckad exponering tenderar att vara en ombytlig exponering där obehag väcks, säkerhetsbeteen-
241 den avstås och förväntningar bryts (Blakey & Abramowitz, 2016; M. G. Craske m.fl., 2008; Knowles
242 & Olatunji, 2019 Sewart and Craske (2019)).

243 Genom att förespråka exponering där deltagarna (1) sätter tydliga förväntningar på vad de tror ska
244 hända, (2) avstår ifrån säkerhetsbeteenden kombinerat med (3) **variabilitet (pot. istället föränderlighet**
245 **eller ombytlighet)** i exponeringen ville vi uppnå maximal potential för nyinläring.

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

248 *Sewart and Craske (2019) – varians*

249 *Ett stycke om vikten av variation i exponering kommer antagligen att dyka upp här. Referenser*
250 *bl a (Craske2008) (Knowles2019) (Blakey2016) (Sewart2019)*

251 *Tydligt formulerade frågeställningar avslutar bakgrunden. De nedan är direkt kopierade från*
252 *vår etikansökan och skall arbetas om till mer lättsmält text. Åtminstone bakas in i ett för bakgrunden*
253 *avslutande stycke*

254 *Primär frågeställning: Är I-KBT utan terapeutstöd non-inferior I-KBT med terapeutstöd vad*
255 *det gäller ökning av konstruktiv självhävvelse och minskning av passiv och aggressiv självhävvelse?*

256 *Sekundära frågeställningar: Är kontrollgrupp inferior I-KBT med terapeutstöd och/eller I-KBT*
257 *utan terapeutstöd vad det gäller ökning av konstruktiv självhävvelse och minskning av passiv och*
258 *aggressiv självhävvelse?*

259 *Vilka patientfaktorer påverkar effektiviteten av endera eller båda behandlingsalternativen (pre-*
260 *diktorer/moderatorer)?*

261 *Vilka faktorer inom behandlingsalternativen påverkar deras effekt (mediatorer)?*

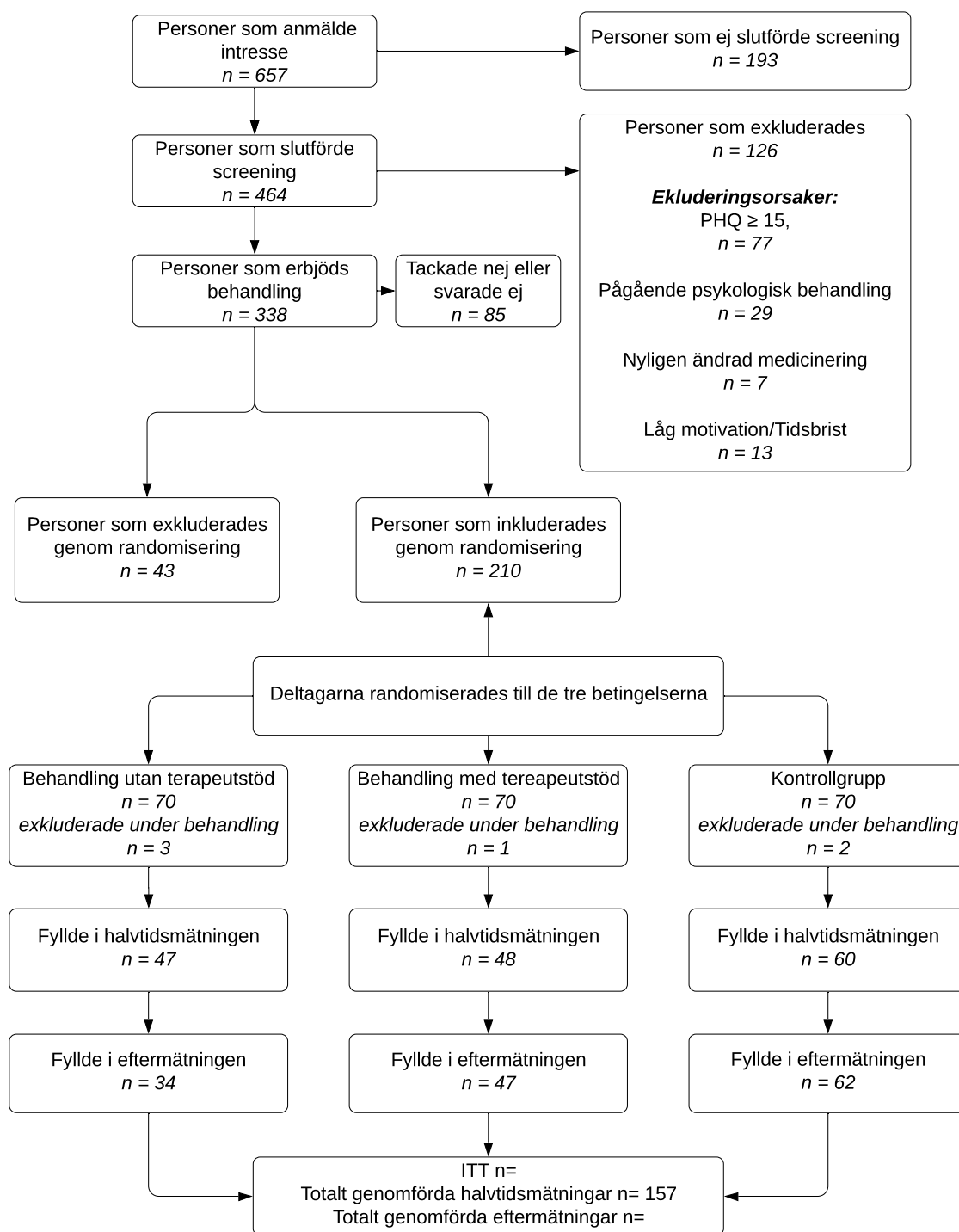
Metod

Design

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

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

Deltagare. Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464 personer slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde något av de uppsatta exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210 inkluderades. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma sätt som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna. Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare. Under behandlingens gång framkom det att fem deltagare ($n = 3$ från gruppen *Behandling utan stöd* och $n = 2$ från gruppen *Väntlista*) hade pågående psykologisk behandling. Dessa deltagare har fått fullgå behandlingen på oförändrade villkor, men deras resultat har exkluderats från analysen. Utöver detta bad en deltagare från gruppen *Behandling med stöd* om att få bli exkluderad från studien. Denna deltagare bad även om att hens data ej skulle användas. Dessa sex deltagare har exkluderats från alla statistiska beräkningar.



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

300 **Inklusionskriterier.** För att delta krävdes det att man var svensk medborgare, minst 18 år gam-
301 mal, hade tillgång till en internetuppkoppling samt att man behärskade svenska i tal och skrift. Alla

302 deltagare som erbjöds plats i studien blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de
303 använt sig av för att anmäla sitt intresse och fylla i screeningen. Deltagarna informerades om inklusion
304 en vecka före studiestart.

305 **Exklusionskriterier.** De personer som skattade 15 eller mer på självskattningsformuläret PHQ-
306 9 exkluderades. Utöver detta exkluderades de deltagare som tre månader inom behandlingsstart gjort
307 förändringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade pågående psyko-
308 logisk behandling exkluderades. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under screeningspro-
309 cessen tydligt uppgav att de hade tidsbrist och/eller låg motivation till behandlingen. Alla personer som
310 exkluderades blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt sig för att anmäla
311 sig till studien. När det var tillämpligt hänvisades exkluderade personer till andra vårdgivare.

312 **Demografisk data.** De 204 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och 65 år
313 gamla med en medelålder på 41,8 år (standardavvikelse 8,8). En betydande majoritet (87,8 %) identi-
314 ficerade sig som kvinnor, övriga som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna har avslutade universitets-
315 eller högskoleutbildningar (71,6 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid behandlingens start arbetan-
316 de (75,5 %). Mer än hälften av deltagarna (61,3 %) hade tidigare erfarenheter av psykologisk behandling.
317 Av dessa hade majoriteten (64,8 %) tidigare erfarenheter av KBT. Knappt en tredjedel av alla deltagare
318 (29,0 %) hade erfarenhet av psykofarmaka. Vid behandlingens start stod 17,6 % på något slags psyko-
319 farmaka. Totalt 3,4 % av deltagarna var vid behandlingsstart sjukskrivna. För att se de demografiska
320 faktorernas fördelningar i respektive grupp, se tabell 1.

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

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

332 **Primära utfallsmått.**

333 **Självhävdelsestil.** En inför den här studien gjord svensk översättning av självskattningsskalan
334 Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S; Thompson & Berenbaum, 2011) användes för
335 att mäta vilka metoder för självhävdelse som deltagarna använde sig av. Skalan består av 30 påstående
336 som besvaras med en 6-gradig likertskala där (0) motsvarar "aldrig" och (5) motsvarar "alltid". Des-
337 sa påståenden kan i sin tur delas in i två delskalor: aggressiv självhävdelse och konstruktiv (adaptiv)
338 självhävdelse. Poäng på respektive delskala summeras, där hög poäng på delskalan för aggressiv själv-
339 hävdelse indikerar på ett aggressivt självhävande beteendemönster och hög poäng på delskalan för
340 konstruktiv självhävdelse indikerar på ett konstruktivt självhävande beteendemönster. En fördel med
341 AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den gör explicit skillnad mellan kon-
342 struktiv och aggressiv självhävdelse. Den svenska versionen var inte validerad inför studiestart.

343 **Sekundära utfallsmått.**

Tabell 1: Demografisk data hos deltagarna, redovisad per grupp samt för alla studiens deltagare.

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

344 **Depression.** Skattningsskalan Patient Health Questionnaire 9-Item Scale (PHQ-9; Kroenke,
345 Spitzer, Williams, & Löwe, 2010) användes för att mäta symtom på depression. Det är en självskatt-
346 ningsskala bestående av nio frågor som besvaras med en 4-gradig likertskala där 0 motsvara "Inte alls",
347 1 "Flera dagar", 2 "Mer än hälften av dagarna" och 3 "Nästan varje dag". Utöver dessa nio frågor ställs
348 en fråga om funktionspåverkan av symtomen. Summan på de nio första frågorna summeras. Maximal
349 totalpoäng på PHQ-9 är 27. En summa mellan 0-4 indikerar minimal allvarlighetsgrad/ingen depression,
350 5-9 mild allvarlighetsgrad, 10-15 måttlig allvarlighetsgrad och 15-27 svår allvarlighetsgrad (Kroenke
351 m.fl., 2010). I den föreliggande studien exkluderades de individer med ett resultat ≥ 15 , då poäng mellan
352 15-27 tyder på att egentlig depression kan föreligga. Skalan bedöms ha en hög intern reliabilitet ($\alpha =$
353 0,89; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Det har även visat sig att de psykometriska egenskaperna
354 föreligger vid administrering online (Titov m.fl., 2011).

355 **Ångest.** Symtom på ångest mäts genom Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7;
356 Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). Skalan består av sju stycken frågor rörande symtom på
357 ångest de senaste som besvaras på en 4-gradig likertskala där 0 står för "Inte alls", 1 för "Flera dagar",
358 2 för "Mer än hälften av dagarna" och 3 för "Varje dag". Svaren på de sju frågorna summeras. Maximal
359 totalpoäng på GAD-7 är 21. Tröskelvärden för mild, måttlig och allvarlig ångest ligger vid 5, 10 respektive
360 15 (Kroenke m.fl., 2010). Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,92$) och hög test-retest-reliabilitet
361 ($r = 0,83$).

362 **Social Ångest.** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-
363 SR; Fresco m.fl., 2001). I självskattningsskalan presenteras 24 situationer som besvaras på två stycken
364 4-gradiga likertskalor. Den ena skalan frågar om mängd rädsla eller ångest i respektive situation där 0
365 motsvarar "Ingen", 1 "Mild", 2 "Måttlig", och 3 "Stark". Den andra skalan frågar om mängd undvikande
366 av respektive situation där 0 motsvarar "Aldrig (0%)", 1 "Ibland (1-33% av tiden)", 2 "Ofta (33-67%
367 av tiden)", och 3 "Vanligtvis (67-100% av tiden)". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng
368 på LSAS-SR är 144. Vid en totalpoäng på över 30 föreligger troligen social fobi. Vid en totalpoäng på
369 över 60 föreligger troligen generaliserad social fobi. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,96$).

370 **Allmänt psykiskt välmående.** Självskattningsskalan Välmåendeskalan (VS; Braconier, 2015),
371 användes för att mäta deltagarnas allmänna psykiska välmående. Skalan består av 18 frågor om mående
372 den senaste veckan. Frågorna besvaras på en 5-gradig likertskala där 0 motsvarar "Aldrig", 1 "Sällan",
373 2 "Ibland", 3 "Ofta" och 4 "Mycket ofta". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på VS
374 är 72. En hög poäng anger en högre grad av upplevt välmående. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha =$
375 0,93) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,8$).

376 **Självhävdelsestil.** Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Asser-
377 tiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973; Thompson & Berenbaum, 2011) för att samla in information
378 om deltagarnas självhävdelsestil. Självskattningsskalan består av 30 frågor som besvaras på en 6-gradig
379 likertskala där -3 motsvarar "stämmer inte alls" och 3 motsvarar "stämmer helt". Svaren på alla frågor
380 summeras. Maximal totalpoäng på skalan är 90. En hög poäng indikerar på hög grad av självhävdelse
381 och vice versa. Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien. Den svenska versionen
382 var inte validerad inför studiestart.

383 Interventionen

384 Interventionen är utformad med självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008)
385 som grund. Materialet är framtaget av Center for Clinical Interventions (CCI) i delstaten Western Au-
386 stralia, Australien.

387 I arbetsboken får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (konstruktiv, ag-
388 gressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer konstruktivt.
389 Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpsböcker som Alberti and Emmons (2017), Gam-
390 brill and Richey (1975), Mumford and Mumford (2018), McKay and Fanning (2005) och Smith (1975).

391 I *Assert Yourself* föreskrivs självhävdande beteenden utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe
392 (1990) om reciprok inhibition och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka
393 det som i relationen till en annan person väcker ångest (exempelvis ledsenhet eller ilska) kan klienten
394 på sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning på att
395 uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo* och understryker att föreskrivna
396 beteendena inte handlar om att "låtsas", utan att på sikt inhibera dem genom självhävdelse. För fall då
397 en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av till exempel platser, objekt eller ord, förespråkar (???)
398 avslappning som ett sätt att inhibera ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna
399 ångest och samtidigt vara avslappnad.

400 Materialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck (1979),
401 Clark (1986), Clark and Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukturering uppnås enligt dessa
402 genom att utmana negativt tänkande och att pröva giltigheten av det negativa tänkandet i verkliga livet.
403 Genom att planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp av materialet att pröva giltighe-
404 ten av egna negativa tankar och därmed öka responsmöjligheterna i olika mer eller mindre pressande
405 situationer.

406 Utöver detta innehåller arbetsmaterialet ett avsnitt om progressiv muskelavslappning, med syftet
407 att hjälpa läsaren att känna igen spänning i kroppen, sänka den allmänna spänningsnivån och träna på en
408 aktiv coping-teknik för stressande lägen. Avslappningskapitlet ger en version av tillämpad avslappning,
409 snarlik den som beskrivs i Öst (2006).

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

413 **Anpassningar och tillägg.** Materialet är översatt och anpassat till svenska förhållanden av
414 TH med tillstånd av författaren och CCI. I samband med anpassningen av översättningen till I-KBT-
415 moduler i plattformen iTerapi modifierade och utökade TH och PT materialet, bland annat genom att
416 ersätta avsnitt som handlar om kognitiv omstrukturering med motiverande avsnitt för beteendeeexpe-
417 riment/beteendeaktivering. Utöver materialet i boken innehåller interventionen dessutom motiverande
418 inslag i form av text och illustrationer (Dahlin m.fl., 2016; inspirerade av bland annat Hayes, Luoma,
419 Bond, Masuda, & Lillis, 2006) samt länkar till fördjupningsmaterial, videofilmer med konversationer
420 och rollspel mellan PT och TH, videofilmer och ljudfiler med avslappningsövningar samt ett stort an-
421 tal nya övningar, bland annat för veckovis uppföljning av konstruktiv självhävdelse, övningar för för
422 återfallsprevention och vidmakthållande av behandlingseffekter samt utvärderingsformulär av veckans
423 innehåll (se tabell 2.)

Tabell 2: Översiktlig beskrivning av interventionen Respekt i kvadrat.

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

424 Behandlingsplattformen

425 I studien användes behandlingsplattformen iTerapi. Det är en plattform som använts upprepade
 426 gånger vid forskning på internetbaserade psykologiska interventioner och behandlingar (Vlaescu m.fl.,
 427 2016). Plattformen använder sig av tvåfaktorsautentisering och är krypterad. I rådande fall innebar det
 428 att deltagarna blev tilldelade en anonym studiekod till vilken de valde ett eget lösenord. Vid varje in-
 429 loggningstillfälle skickades sedan engångskoder till deras mobiltelefoner per SMS.

430 Alla deltagare fyllde i för-, halvtids- och eftermätning via plattformen. Alla moduler och övning-
 431 ar gick att nå via plattformen. De deltagare som tillhörde gruppen med behandlarstöd konverserade
 432 uteslutande med sina behandlare via plattformens meddelandefunktion.

433 Etiska aspekter

434 Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsnämnden. Diarienummer för etikansökan
435 är 2019-05165. Studien förregistrerades även på www.clinicaltrials.gov. Deltagarna blev via hemsidan
436 informerat om att allt deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst.
437 All information samlades in under sekretess och i enlighet med personuppgiftslagen samt GDPR. Delta-
438 gandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad till den anonyma studiekod som genererades
439 för varje deltagare. Vid exkludering från studien informerades deltagaren om anledningen samt fick re-
440 kommendationer (t ex om vart hen kunde vända sig för att söka vård). Vid tecken på svår depression
441 rekommenderades det att deltagarna uppsökte psykiatrisk vård. Under hela studiens gång hade deltagar-
442 na möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt post.

443 Analys

444 Vi använde R (Version 3.6.3; R Core Team, 2020) and the R-packages *beeswarm* (Eklund, 2016),
445 *clinsig* (Version 1.2; Jim Lemon, 2016), *dplyr* (Version 0.8.5; Wickham, François, Henry, & Müller,
446 2020), *formattable* (Version 0.2.0.1; Ren & Russell, 2016), *kableExtra* (Version 1.1.0; Zhu, 2019), *knitr*
447 (Version 1.28; Xie, 2015), *nlme* (Version 3.1.147; Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team,
448 2020), *papaja* (Version 0.1.0.9942; Aust & Barth, 2020), *pastecs* (Version 1.3.21; Grosjean & Ibanez,
449 2018), *psych* (Version 1.9.12.31; Revelle, 2019), *readxl* (Version 1.3.1; Wickham & Bryan, 2019), and
450 *stargazer* (Hlavac, 2018) för samtliga analyser.

451 **Reliabel förändring och klinisk signifikans.** Ofta – och även i det här examensarbetet – an-
452 vänds ofta signifikanstestning för att avgöra om en skillnad i exempelvis medelvärden mellan två grupper
453 är tillräckligt stor för att det ska gå att säga om en förändring har skett i statistisk mening. Kompletterat
454 med ett mått på effektstyrka går det att kvantifiera förändringen, exempelvis för att kunna bedöma om
455 skillnaden också är relevant i praktiken, eller för att jämföra eller slå samman (exempelvis i en metastu-
456 die) result från en studie med en annan.

457 För att avgöra om en viss *individ* i har förbättrats i en viss behandling i klinisk mening kan
458 kriterierna *reliabel förändring* och *klinisk signifikans* med fördel kombineras. Det förra ger en bild av
459 om en förändring mellan två mätpunkter är tillräckligt stor i relation till populationsvariansen (som kan
460 hämtas från normdata) för att kunna betraktas som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller
461 mätfel. Den senare ger en bild av om hur de absoluta eftermätningensvärdena förhåller sig till medelvärdet
462 för antingen en subklinisk population eller en klinisk population (som också kan hämtas från normdata)
463 (Jacobson & Truax, 1991).

464 Genom att rapportera frekvensen individer som har förändrats både reliabelt och kliniskt signifi-
465 kant kan man komplettera den statistiska beräkningen av gruppens relativa förändring med ett kliniskt
466 relevant mått som också säger något om hur förändringen förhåller sig till befolkningen i stort. Stan-
467 dardiserad beräkning av dessa mått gör det möjligt att utifrån insamlad data göra en bedömning av en
468 individs förbättring som är mer pålitligt och lättare att reproducera än subjektiva bedömningar (av klini-
469 ker, närstående eller klienten själv). Dessa standardiserade mått kan också användas för att jämföra
470 effekten av olika behandlingar.

Tabell 3: Deskriptiva mått för primära och sekundärt utfallsmått för de tre betingelserna vid för- och eftermätningstidpunkterna.

	Selfhelp (N = 67)		Guided (N = 69)		Waitlist (N = 68)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Pre						
AAA-S Adaptive	38,7	8,7	38,4	8,6	36,4	6,9
AAA-S Aggressive	27,7	7,2	27,6	6,8	25,7	5,4
Rathus	-37,1	23,2	-38,9	21,5	-41,6	21,8
Post						
AAA-S Adaptive	49,0	8,8	46,6	9,3	39,1	7,4
AAA-S Aggressive	32,3	8,2	29,8	6,3	26,3	5,5
Rathus	-13,5	24,9	-7,7	25,0	-36,9	22,5

Beräkning av reliabel förändring och klinisk signifikans. För att bedöma om en individuell förändring mellan två mätpunkter är reliabel används standardavvikelsen i normalpopulationen. För beräkningen av reliabel förändring, *reliable change index* (RCI), delas skillnaden mellan de två medelvärdena med standardfelet (det vill säga standardavvikelsen delat med roten ur sample-storleken).

För att bedöma absolut status för en individ vid behandlingens slut (exempelvis för att kunna avgöra om personen ska betraktas som tillfrisknad eller i behov av fortsatta interventioner) kan man relatera eftermätningvärdet till medelvärdet för både den kliniska och den subkliniska normalpopulationen. Jacobson and Truax (1991) definierar det förra som kriterium *a* och det senare som kriterium *b*. Man kan också relatera eftermätningvärdet för en individ till ett normvärde i mitten av *a* och *b*, vilket författarna kallar kriterium *c*. I enlighet med rekommendationerna i Jacobson and Truax (1991) använder vi kriterium *b* för beräkningen: de individer vars eftermätningvärde befinner sig inom två standardavvikelser från den subkliniska normalpopulationen anses vara kliniskt signifikant förändrade.

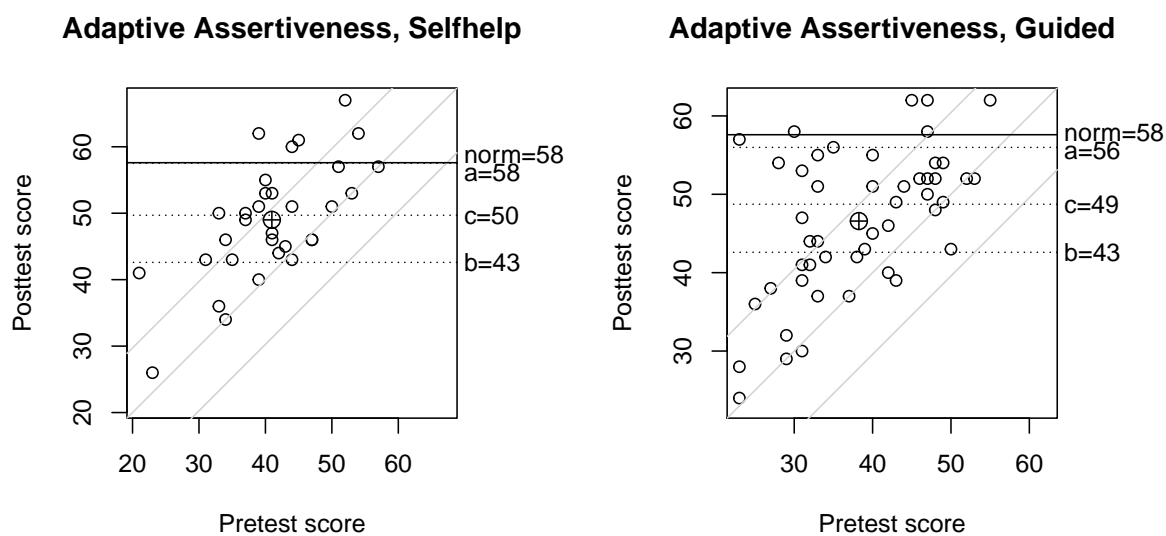
Frekvensen individer i de olika undersökta grupperna som har förändrats både reliabelt och signifikant kan sedan summeras (Jacobson & Truax, 1991).

Analys

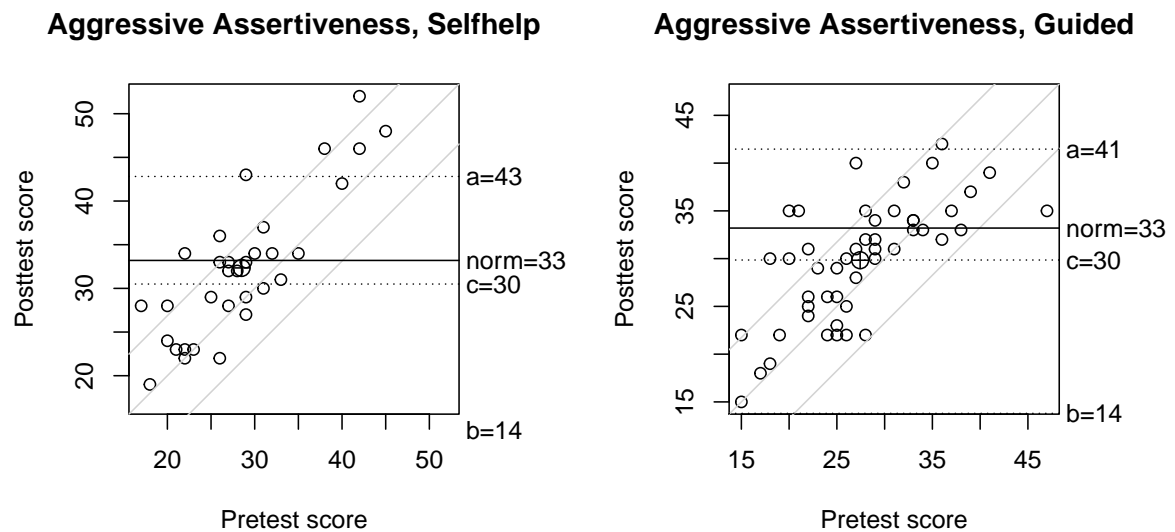
Resultat

se tabell 3

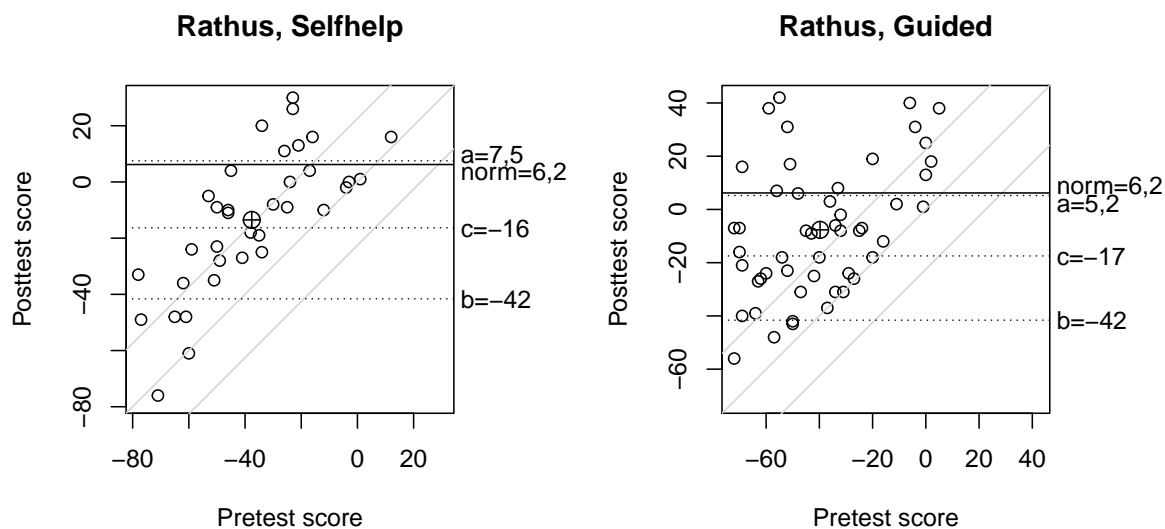
se figur 3



Figur 3: För huvudutfallsmåttet AAA-S och underskalan *Adaptive Assertiveness* fann vi att av de 32 personerna i självhjälpgruppen som genomfört både för- och eftermätning så återfanns 27 vid eftermätningen inom eller ovanför normalspannet för en icke-klinisk population (ovanför kriterium *b*); av dem hade 13 (40,6 %) också genomgått en reliabel förändring ($p < 0,05$) om minst 9,70 poäng mellan mättillfällena. För de 48 personer i gruppen som fick stöd och som genomfört båda mätningarna så återfanns 32 vid eftermätningen inom normalspannet för en icke-klinisk population; av dem hade 15 (31,2 %) också genomgått en reliabel förändring ($p < 0,05$) om minst 10,40 poäng mellan mättillfällena.



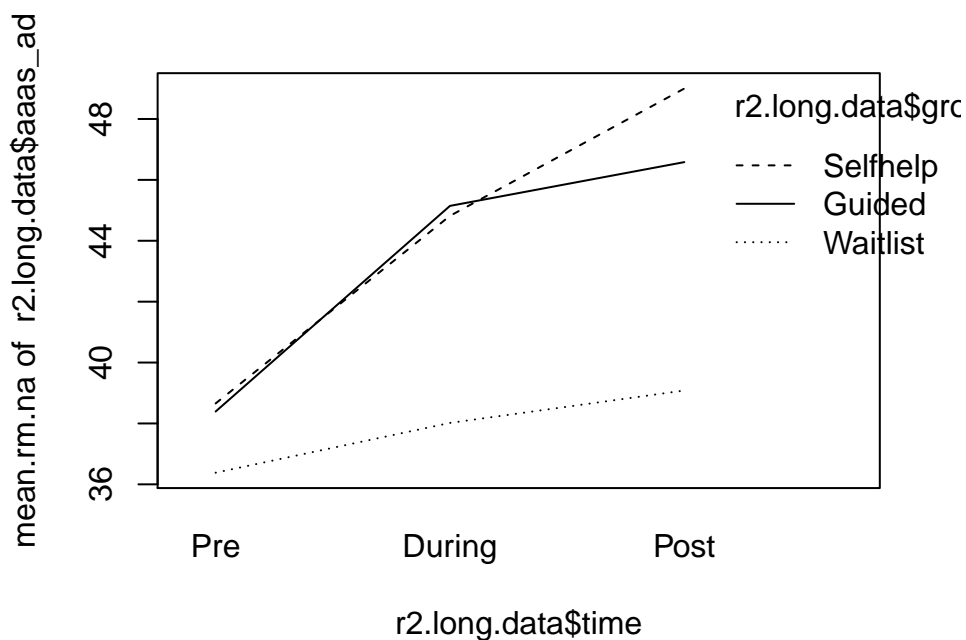
Figur 4: För huvudutfallsmåttet AAA-S och underskalan *Aggressive Assertiveness* fann vi att av de 32 personerna i självhjälpgruppen som genomfört både för- och eftermätning så återfanns 32 vid eftermätningen inom eller ovanför normalspannet för en icke-klinisk population (ovanför kriterium *b*); av dem hade 8 (25 %) också genomgått en reliabel förändring ($p < 0,05$) om minst 6,90 poäng mellan mättillfällena. För de 48 personer i gruppen som fick stöd och som genomfört båda mätningarna så återfanns 48 vid eftermätningen inom normalspannet för en icke-klinisk population; av dem hade 8 (16,7 %) också genomgått en reliabel förändring ($p < 0,05$) om minst 6,70 poäng mellan mättillfällena.



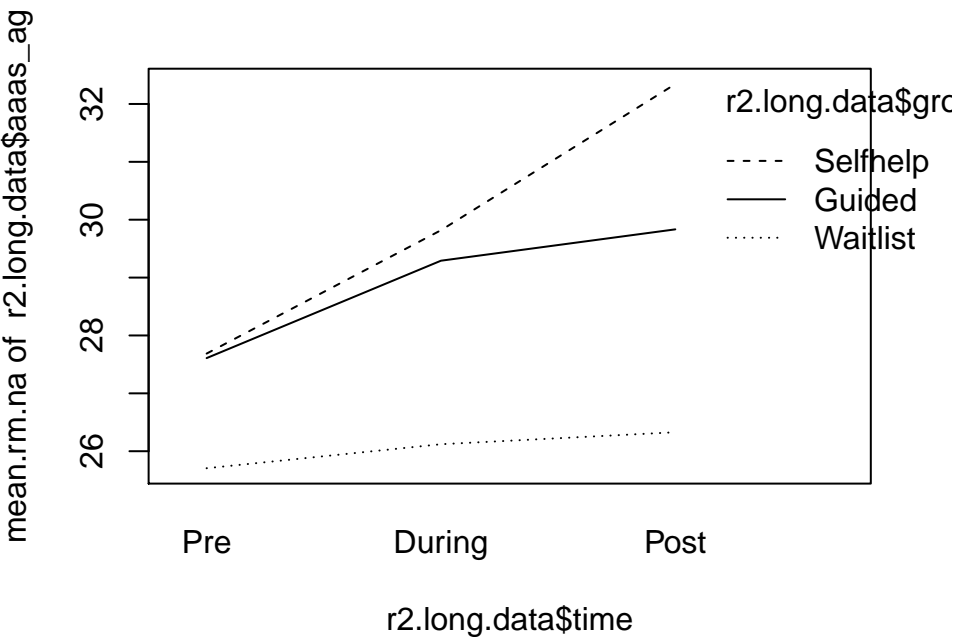
Figur 5: För det sekundära utfallsmåttet Rathus fann vi att av de 35 personerna i självhjälpgruppen som genomfört både för- och eftermätning så återfanns 30 vid eftermätningen inom eller ovanför normalspannet för en icke-klinisk population (ovanför kriterium b); av dem hade 16 (45,7 %) också genomgått en reliabel förändring ($p < 0,05$) om minst 22,50 poäng mellan mättillfällena. För de 50 personer i gruppen som fick stöd och som genomfört båda mätningarna så återfanns 46 vid eftermätningen inom normalspannet för en icke-klinisk population; av dem hade 30 (60 %) också genomgått en reliabel förändring ($p < 0,05$) om minst 22,50 poäng mellan mättillfällena.

491

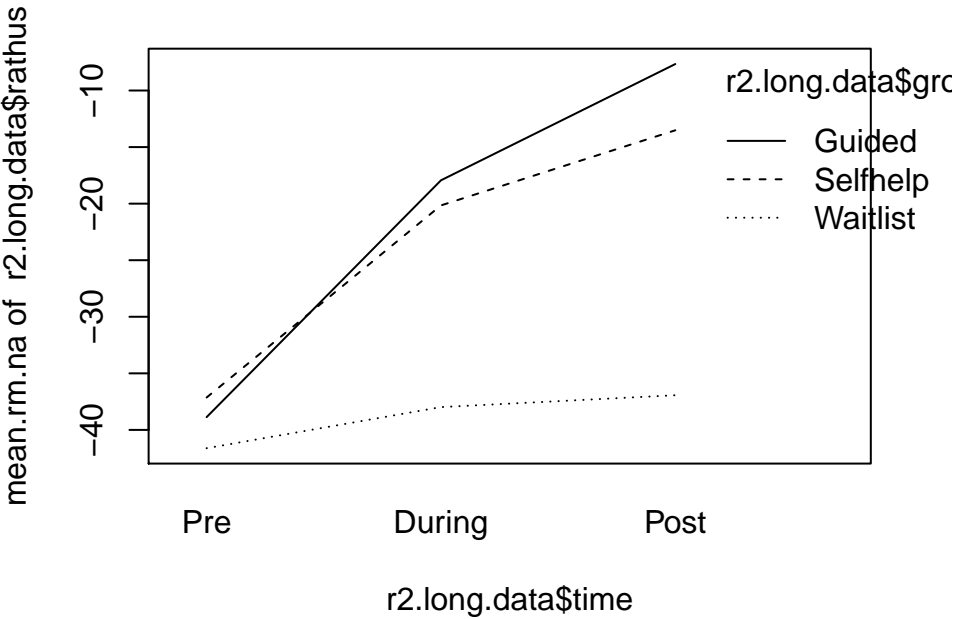
se figur ??



Figur 6: Interaktioner ...



Figur 7: Interaktioner ...



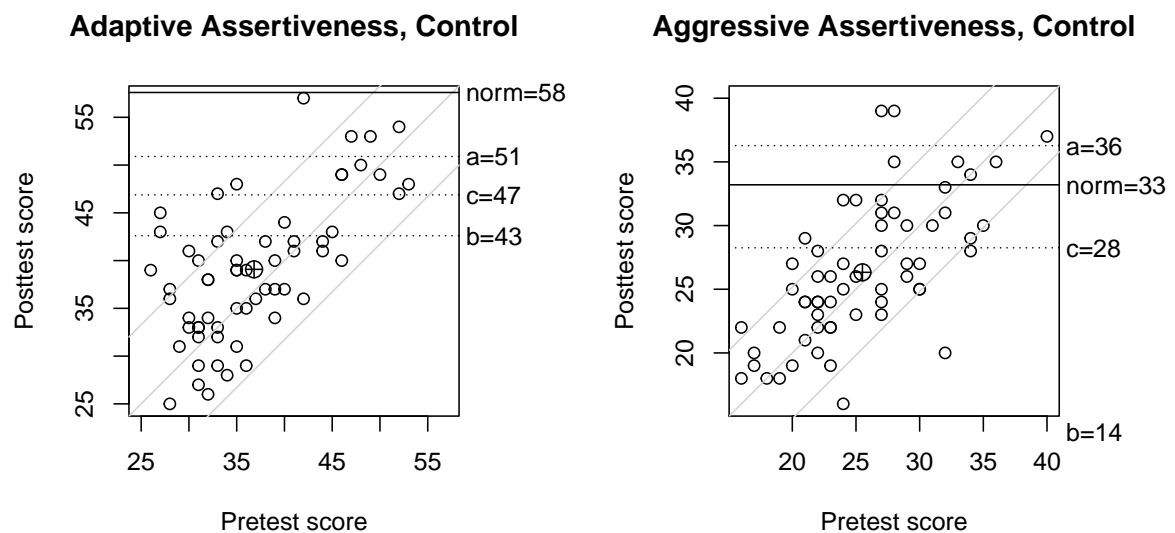
Figur 8: Interaktioner ...

492 ## [1] 2017,042
493 ## [1] 1912,203
494 ## [1] 2544,352

```

495 ## [1] 0
496 ##
497 ## Clinical significance test
498 ## 61 post-assessments
499 ## 4 clients met the "a" criterion of 51
500 ## 17 clients met the "b" criterion of 43
501 ## 12 clients met the "c" criterion of 47
502 ## The mean of the post-intervention scores met:
503 ## no criteria
504 ##
505 ## clinical_signif      reliable_change
506 ## Not significant      Improve None
507 ## Okay at baseline    8    41
508 ## Significant change   3    2

```



Figur 9: Här har vi plottarna för AAA-S båda skalor samt RAS för Väntlistan. Rathus: 0. AAAS-ag: 0. AAAS-ad: 0.

```

509 ## [1] 0
510 ##
511 ## Clinical significance test
512 ## 61 post-assessments
513 ## 3 clients met the "a" criterion of 36
514 ## 61 clients met the "b" criterion of 14
515 ## 20 clients met the "c" criterion of 28
516 ## The mean of the post-intervention scores met:
517 ## the b criterion
518 ##
519 ## clinical_signif      reliable_change
520 ## Deteriorate Improve None

```

```

520 ## Not significant          3      7  48
521 ## Okay at baseline         0      0   1
522 ## Significant change        0      2   0

```

```

523 ## [1] 0

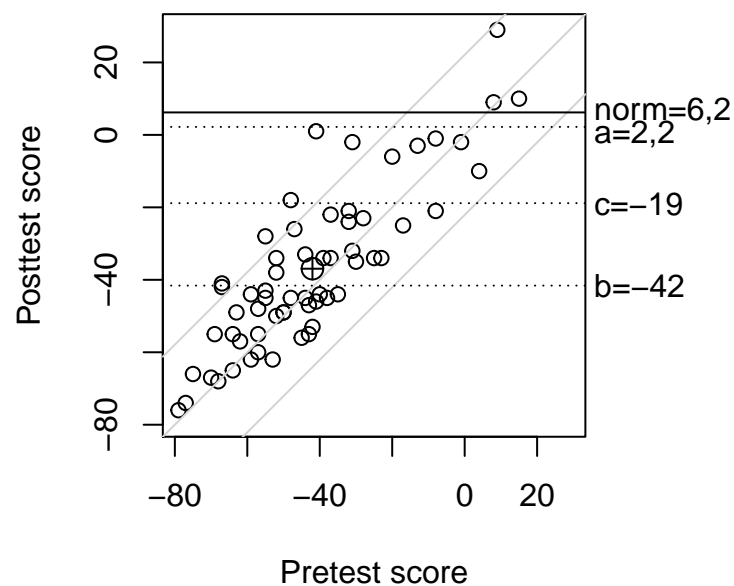
```

```

524 ##
525 ## Clinical significance test
526 ## 61 post-assessments
527 ## 3 clients met the "a" criterion of 2,2
528 ## 29 clients met the "b" criterion of -42
529 ## 11 clients met the "c" criterion of -19
530 ## The mean of the post-intervention scores met:
531 ## the b criterion
532 ##
533 ## clinical_signif      reliable_change
534 ## Not significant      Improve None
535 ## Okay at baseline     3      9
536 ## Significant change   3      1

```

Rathus, Control



Figur 10: Här har vi plottarna för AAA-S båda skalor samt RAS för Väntlistan. Rathus: 0. AAAS-ag: 0. AAAS-ad: 0.

Diskussion

Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälsprogram för att förbättra individers konstruktiva självhävande. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde på självhjälsprogrammet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd, en tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var kontrollgrupp.

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

Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet

Samplets representativitet för populationen. All data som låg till grund för inkludering eller exkludering i den aktuella studien var insamlad från självskattningsformulär. I och med att forskningspersonsinformationen som potentiella deltagare kunde läsa innan de påbörjade screeningsprocessen presenterade såväl inkluderings- som exkluderingskriterier (även om exkluderingskriterierna till viss del var allmänt formulerade) medför det risken att de som sökte till studien anpassade sina svar för att bli inkluderade. Då ingen klinisk intervju användes i screeningsprocessen fanns det ingen möjlighet att på så sätt upptäcka individer som borde exkluderas. Ingen klinisk intervju inkluderades då det låg utanför studiens möjliga resurser att administrera dessa till alla potentiella deltagare. En potentiell fördel med exkluderandet av de kliniska intervjuerna är att tiden mellan påbörjad rekrytering och behandlingsstart blev kort, endast två veckor.

Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flertalet olika faktorer. För det första rapporterar kvinnor mer oro, ångslan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna att söka hjälp. För det andra tenderar män överlag att i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Cheater, & Marshall, 2005). Slutligen – vilket troligen är den mest påverkande faktorn i den aktuella studien – så marknadsfördes studien huvudsakligen på internet, bland annat med hjälp av annonser på sociala medier. Dessa annonser använder sig av en automatiserad algoritm som presenterar annonserna för de individer algoritmen tror har störts odds till att trycka på dem. Data som sammanställdes efter avslutad annonsering visade på att någonstans mellan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor.

Till fördel för samplets representation av populationen är att det i och med en internetbaserad behandling fanns möjlighet till ett nationellt intag av deltagare. Då det varken finns någon data om prevalens av bristande självhävande eller vilka samband det finns mellan den och andra faktorer hos personer i Sverige är det dock svårt att säga hur representativ för populationen samplet i den aktuella studien är.

Då behandlingsmaterialet översatts till svenska inför den aktuella studien – och originalmaterialet användes utan inslag av behandlarstöd – fanns det ingen behandlarstödsmanual eller dylikt för studiens behandlare att använda sig av. Behandlarna hade utöver detta ingen tidigare erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling. Dock hade båda behandlarna tidigare erfarenhet av ansikte mot ansikte-behandling med individer med självrapporterad bristande självhävande. Bristen på erfarenhet av

internetbaserad behandling kan ha påverkat kvalitén i den behandlarstöd som gavs. Å andra sidan har det visat sig att tidigare erfarenheter och kunskaper om I-KBT hos behandlare inte gör nämnvärd skillnad så länge de har grundläggande kunskaper inom psykologisk behandling (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014). Båda behandlarna hade även tillgång till både ett dokument med generella förhållningssätt vid internetbehandling samt till vid-behov-handledning och stöd av en legitimerad psykolog med omfattande erfarenhet av I-KBT. Den generella målsättningen var att behandlarna skulle spendera cirka 15 minuter per vecka och deltagare. Detta varierade dock nämnvärt beroende på hur frekvent behandlarnas deltagare hörde av sig till behandlaren med behandlingsrelaterade frågor samt hur utförligt deltagarna besvarade behandlingsprogrammets övningar.

Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och RAS (Rathus, 1973). Båda skalor är validerade på sitt originalspråk men då dessa skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de inför att rekrytering skulle påbörjas. Det finns många rekommendationer och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se bland annat ???, och ??? för två väl använda metoder). Ett gemensamt tema i dessa översättningsmetoder är att materialet oberoende översätts från originalspråk till planerat användningsspråk (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två personer och att den översatta versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare. Detta gjordes inte med AAA-S eller RAS. Skalorna översattes på grund av studiens tidsramar endast en gång från engelska till svenska. Utöver en rigid översättningsprocess bör även de nyöversatta formulärens validitet och reliabilitet bedömmas och nya normer bör tas fram innan de används som utfallsmått. Detta gjordes inte heller på grund av studiens tidsramar. Istället användes de normer som presenterades av Thompson and Berenbaum (2011) för AAA-S och de normer som presenterades av Suzuki, Kanoya, Katsuki, and Sato (2007) för RAS. Det innebär att de skattningsskalor som användes för att mäta olika grader av självhävdelse hos studiens deltagare varken hade genomgått en gedigen översättningsprocess eller hade svenska normer att tillgå. Detta har en negativ påverkan både på studiens reliabilitet och validitet.

Resultatdiskussion

tolkning av resultatet. Jämförelsen mellan grupperna "Självhjälp" och "Med stöd" utfaller till den senare gruppens fördel. Det skulle mycket väl kunna bero på att endast den andel av den förra gruppen som har upplevt en förbättring har valt att svara på frågorna, medan en större andel av de som *inte* har upplevt en förbättring har valt att svara på dem i gruppen som har fått stöd. Deltagarna i den senare gruppen har interagerat med terapeuterna och vill eventuellt återkoppla hur de mår i större utsträckning än dem i självhjälpsgruppen.

Behov av ny forskning / Framtida forskning

I relation till annan forskning, självhävdelse

Behov av ny forskning

Sammanfattning (?)

Referenser

- Alberti, R., & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2:a uppl.). San Luis Obispo: Impact.
- Alberti, R., & Emmons, M. (2017). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*. New Harbinger Publications.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Hämtad från <https://books.google.se/books?id=jBLj4djvpz8C>
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad från <https://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- 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>
- Aust, F., & Barth, M. (2020). *papaja: Create APA manuscripts with R Markdown*. Hämtad från <https://github.com/crsh/papaja>
- Baker, A. E., & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-5942-1>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- 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>
- 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 Review*, 49, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- Braconier, A. (2015). *Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående* (doktorsavhandling).

650 Stockholms Universitet.

- 651 Burke, J., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered
652 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive*
653 *Psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- 654 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and
655 suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595.
656 <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- 657 Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
658 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
659 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- 660 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4),
661 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- 662 Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia* (Vol. 41, s. 22–23).
- 663 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008).
664 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,
665 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- 666 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U.
667 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024.
668 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- 669 Dahlin, M., Andersson, G., Magnusson, K., Johansson, T., Sjögren, J., Håkansson, A., ... Carlbring, P.
670 (2016). Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety
671 disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 86–95.
672 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.007>
- 673 Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university
674 students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*
675 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- 676 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion
677 Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder.
678 <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- 679 Dweck, C. S. (2019). The Choice to Make a Difference. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1),
680 21–25. <https://doi.org/10.1177/1745691618804180>
- 681 Dweck, C. S., Chiu, C. yue, Hong, Y. yi, Chiu, C. yue, & Hong, Y. yi. (1995). Implicit Theories and
682 Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological*
683 *Inquiry*, 6(4), 267–285. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1
- 684 Eklund, A. (2016). *beeswarm: The Bee Swarm Plot, an Alternative to Stripchart*. Hämtad från
685 <https://CRAN.R-project.org/package=beeswarm>
- 686 Fensterheim, H., & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing

- 687 Company.
- 688 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet* (s. 67).
- 689 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D.
690 (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of
691 self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
692 <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- 693 Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
694 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623.
695 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- 696 Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
697 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 698 Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.
699 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- 700 Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes:
701 Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social*
702 *Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 703 Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment
704 Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
705 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- 706 Hlavac, M. (2018). *stargazer: Well-Formatted Regression and Summary Statistics Tables*. Bratislava,
707 Slovakia: Central European Labour Studies Institute (CELSI). Hämtad från
708 <https://CRAN.R-project.org/package=stargazer>
- 709 Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive
710 behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5),
711 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- 712 International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures
713 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från
714 [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 -](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
715 [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)
- 716 Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining
717 meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical*
718 *Psychology*, 59(1), 12–19. Hämtad från
719 <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- 720 Jim Lemon. (2016). *clinsig: Clinical Significance Functions*. Hämtad från
721 <https://CRAN.R-project.org/package=clinsig>
- 722 Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The
723 processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and*

- 724 *Research*, 42(4), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- 725 Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in
726 Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200.
727 <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- 728 Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression
729 severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- 730 Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire
731 Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital*
732 *Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- 733 Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I
734 *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier.
735 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7>
- 736 Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of
737 web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study.
738 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 739 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 740 McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 741 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive
742 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.
743 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 744 Michel, F., & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
745 Interventions. Hämtad från
746 <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- 747 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of
748 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),
749 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- 750 Mumford, E., & Mumford, E. (2018). *A practical approach* (s. 227–233). Routledge.
751 <https://doi.org/10.4324/9781351173681-12>
- 752 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,
753 21–23.
- 754 Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear*
755 *Mixed Effects Models*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- 756 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G., & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:
757 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,
758 123(2), 314–329. <https://doi.org/10.1037/a0036136>
- 759 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 760 R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R

- 761 Foundation for Statistical Computing. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- 762 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
763 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- 764 Regeringskansliet, S., & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025* (s. 1–16).
765 Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- 766 Ren, K., & Russell, K. (2016). *formattable: Create 'Formattable' Data Structures*. Hämtad från
767 <https://CRAN.R-project.org/package=formattable>
- 768 Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*.
769 Evanston, Illinois: Northwestern University. Hämtad från
770 <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- 771 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based
772 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of*
773 *Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- 774 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020).
775 Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive
776 behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- 777 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
778 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for
779 perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and*
780 *Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- 781 Salter, A. (2001). *Conditioned Reflex Therapy*. Wellness Institute/Self-Help Books, LLC. Hämtad från
782 <https://books.google.se/books?id=gymIzp7arLMC>
- 783 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2015). The Role of
784 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical
785 Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139.
786 <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9652-6>
- 787 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
788 Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and*
789 *Personality Science*, 7(6), 508–520. <https://doi.org/10.1177/1948550616644657>
- 790 Sewart, A. R., & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
791 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285).
792 <https://doi.org/10.1037/0000150-015>
- 793 Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive
794 Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and
795 Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
- 796 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*

- 797 *therapy*. Bantam.
- 798 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?* (s. 1–141).
- 799 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
800 Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241.
801 Hämtad från www.socialstyrelsen.se
- 802 Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
803 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20.
804 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 805 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
806 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
807 <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 808 Suzuki, E., Kanoya, Y., Katsuki, T., & Sato, C. (2007). Verification of reliability and validity of a
809 Japanese version of the Rathus Assertiveness Schedule. *Journal of Nursing Management*,
810 15(5), 530–537. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00691.x>
- 811 Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S).
812 *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334.
813 <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9226-9>
- 814 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric
815 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
816 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136.
817 <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- 818 Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
819 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
820 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
821 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 822 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality
823 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
824 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 825 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
826 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
827 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 828 Wickham, H., & Bryan, J. (2019). *readxl: Read Excel Files*. Hämtad från
829 <https://CRAN.R-project.org/package=readxl>
- 830 Wickham, H., François, R., Henry, L., & Müller, K. (2020). *dplyr: A Grammar of Data Manipulation*.

- 831 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>
- 832 Wolpe, J. (1952). OBJECTIVE PSYCHOTHERAPY OF THE NEUROSES, 20(42), 825–829.
- 833 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 834 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*
835 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 836 Xie, Y. (2015). *Dynamic Documents with R and knitr* (2nd uppl.). Boca Raton, Florida: Chapman;
837 Hall/CRC. Hämtad från <https://yihui.org/knitr/>
- 838 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
839 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
840 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 841 Zhu, H. (2019). *kableExtra: Construct Complex Table with 'kable' and Pipe Syntax*. Hämtad från
842 <https://CRAN.R-project.org/package=kableExtra>
- 843 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
844 Öst.