

# SPENCE ÅNGESTSKALA

## Självrapport



Ditt namn					
Din ålder			Datum		

Hur bra stämmer frågorna in på dig?  
Kryssa i den ruta som stämmer bäst.



Aldrig    Ibland    Ofta    Alltid

	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
1. Jag oroar mig över saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag är rädd för mörkret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. När jag har problem, får jag en konstig känsla i magen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag känner mig rädd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag skulle känna mig rädd om jag var ensam hemma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag känner mig rädd när jag måste göra ett prov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag känner mig rädd när jag måste använda offentliga toaletter eller badrum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag oroar mig för att vara borta från mina föräldrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag är rädd för att göra bort mig framför andra människor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag oroar mig över att jag ska misslyckas i skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag är populär bland andra barn i min ålder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag oroar mig över att något hemskt ska hända någon i min familj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag kan plötsligt känna att jag inte kan andas, fast det inte finns någon anledning till det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag måste kontrollera om och om igen att jag har gjort saker rätt (som att släcka ljuset eller låsa dörren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag känner mig rädd om jag måste sova ensam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag har problem med att gå till skolan på morgonen, eftersom jag känner mig nervös eller rädd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag är bra på idrott.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag är rädd för hundar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag kan inte få hemska eller dumma tankar ur mitt huvud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. När jag har problem, slår mitt hjärta väldigt fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jag börjar plötsligt skaka eller darra utan att det finns någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag oroar mig över att något hemskt ska hända mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag är rädd för att gå till doktorn eller tandläkaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. När jag har problem känner jag mig darrig eller svag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jag är rädd för att vara på höga höjder eller i hissar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag är en bra person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag måste tänka speciella tankar för att hindra att hemska saker händer (så som nummer eller ord).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# SPENCE ÅNGESTSKALA

## Självrapport



Ditt namn					
Din ålder			Datum		
A	A	M	M	D	D

Hur bra stämmer frågorna in på dig?  
Kryssa i den ruta som stämmer bäst.



	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
28. Jag känner mig rädd om jag måste åka i en bil, eller på en buss eller ett tåg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jag oroar mig över vad andra människor tänker om mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jag är rädd för att vara på platser med mycket folk (t.ex. affärscentrum, på bio, bussar eller lekplatser med mycket människor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jag känner mig glad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Plötsligt kan jag känna mig väldigt rädd utan någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jag är rädd för insekter eller spindlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jag blir plötsligt yr eller svag utan att det finns någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Jag känner mig rädd om jag måste prata framför klassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mitt hjärta kan plötsligt börja slå väldigt snabbt utan någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Jag oroar mig över att jag plötsligt ska få en känsla av att vara rädd, när det inte finns något att vara rädd för.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Jag gillar mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Jag är rädd för att vara i små, stängda utrymmen, så som tunnlar eller små rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Jag måste göra vissa saker om och om igen (så som tvätta händerna, städa, eller lägga saker i en bestämd ordning).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Jag blir störd av hemska eller dumma tankar eller bilder i mitt huvud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Jag måste göra vissa saker på precis rätt sätt för att hindra hemska saker från att hända.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Jag är stolt över mitt skolarbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Jag skulle känna mig rädd om jag var tvungen att vara borta hemifrån över natten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Finns det något annat du är väldigt rädd för?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Skriv ner vad det är:

---

---

Hur ofta är du rädd för det?	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>