

SPENCE ÅNGESTSKALA

Föräldraversion



Ditt namn					
Barnets namn					
Barnets ålder		Datum			
		A	A	M	M
		D	D		

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

	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
1. Mitt barn oroar sig över saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mitt barn är rädd för mörkret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. När mitt barn har problem, får han/hon en konstig känsla i magen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mitt barn klagar över att känna sig rädd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mitt barn skulle känna rädsla över att vara ensam hemma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mitt barn känner sig rädd när han/hon måste göra ett prov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mitt barn känner sig rädd när han/hon måste använda offentliga toaletter eller badrum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mitt barn oroar sig för att vara borta från mig/oss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mitt barn är rädd för att göra bort sig framför andra människor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mitt barn oroar sig över att han/hon ska misslyckas i skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mitt barn oroar sig över att något hemskt ska hända någon i vår familj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mitt barn kan plötsligt känna att han/hon inte kan andas, fast det inte finns någon anledning till det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mitt barn måste kontrollera om och om igen att han/hon har gjort saker rätt (som att släcka ljuset eller låsa dörren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mitt barn känner rädsla om han/hon måste sova ensam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mitt barn har problem med att gå till skolan på morgonen, eftersom han/hon känner sig nervös eller rädd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mitt barn är rädd för hundar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mitt barn verkar inte kunna få dåliga eller dumma tankar ur sitt huvud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. När mitt barn har problem, klagar han/hon på att hjärtat slår väldigt fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mitt barn kan plötsligt börja skaka eller darra utan att det finns någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mitt barn oroar sig över att något hemskt ska hända honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mitt barn är rädd för att gå till doktorn eller tandläkaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. När mitt barn har problem känner han/hon sig svag och darrig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mitt barn är rädd för höjder (t.ex. att stå uppe på ett berg).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mitt barn måste tänka speciella tankar (t.ex. nummer eller ord) för att förhindra att hemska saker ska hända.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mitt barn känner rädsla om han/hon måste åka i en bil, eller på buss eller tåg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPENCE ÅNGESTSKALA

Föräldraversion



Ditt namn					
Barnets namn					
Barnets ålder			Datum		
			A	A	M
			M	D	D

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

	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
26. Mitt barn oroar sig över vad andra människor tänker om honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mitt barn är rädd för att vara på platser med mycket folk (t.ex. affärscentrum, på bio, bussar eller lekplatser med mycket folk).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Helt plötsligt kan mitt barn känna sig väldigt rädd utan någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mitt barn är rädd för insekter eller spindlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Mitt barn klagar över att plötsligt känna sig yr eller svag utan att det finns någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Mitt barn känner rädsla när han/hon måste prata framför klassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Mitt barn klagar över att hans/hennes hjärta plötsligt börjar slå för snabbt utan någon anledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mitt barn oroar sig över att han/hon plötsligt får 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"/>
34. Mitt barn är rädd för att vara i små, stängda utrymmen, som tunnlar eller små rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Mitt barn måste göra vissa saker om och om igen (som tvätta sina händer, städa, eller lägga saker i en bestämd ordning).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mitt barn blir stört av hemska eller dumma tankar eller bilder i sitt huvud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Mitt barn 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"/>
38. Mitt barn skulle känna sig rädd om han/hon var tvungen att vara borta hemifrån över natten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Finns det något annat som ditt barn är väldigt rädd för?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Skriv ner vad det är:

Hur ofta är han/hon 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"/>