

# 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.  
Det finns inget rätt eller fel svar.

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"/> |

# 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.  
Det finns inget rätt eller fel svar.

	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
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"/>
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"/>