

۱۷۱۱۱۱۱۱
۱۱۱۱۱۱۱۱
—————
۱۷۱۱۱۱۱۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۷۱۱۱۱



دانشگاه شهید بهشتی
دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی

پایان‌نامه

جهت اخذ درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روان‌شناسی عمومی

موضوع:

اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری
در کاهش ترس شب کودکان

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمدعلی مظاهری

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر کارینه طهماسیان

استاد داور:

جناب آقای دکتر علیرضا عابدین
جناب آقای دکتر علیرضا مرادی

دانشجو:

وجیهه ابراهیمی دهشیری

شهریور ۱۳۸۷

۱۰۶۶۷۳

کتابخانه مرکزی
دانشگاه شهید بهشتی

۱۰۷/۱۳۸۷

تقدیم به:

به روان مادر بزرگ عزیزم برای داستان ترسناک نمکی و لمن دلنشین‌اش

به روان مادر عزیزمان که هرگز فرصت قدردانی از زحمتهایش را نیافتیم

به پدر و مادر مهربانم برای حمایت بی‌چشم‌داشت‌شان

به همسرم برای همراهی همیشگی‌اش

با سپاس فراوان از:

جناب آقای دکتر محمد علی مظاهری آموزگار دقت و پشتکار
سرکار خانم دکتر کارینه طهماسیان نمونه‌ای از جهانی‌نگری
جناب آقای دکتر احمد زندوانیان نمادی از سخاوت کویر

و

همسر عزیزه علیرضا که بدون یاری و همکاری او انجام این
پژوهش ممکن نبود

همچنین از دوستان عزیزه خانم‌ها دکتر منصوره صادقی،
منیره امینی، مدیریت مدارس دخترانه، کودکان و مادران
شرکت‌کننده در پژوهش

و

دکتر توماس اولندیک استاد دانشگاه پلی‌تکنیک ویرجینا،
دکتر نویل کینگ، دکتر ژاکلین گوردون و دکتر النرا گالون
اساتید دانشگاه موناخ استرالیا

و

دانشجوی عزیز ملیحه هاتفی برای نقاشی‌های زیبایش

سپاسگزاره

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در درمان ترس شب کودکان، و مقایسه‌ی این روش درمانی با آموزش مادران کودکان است که دچار ترس شب هستند. جامعه‌ی آماری در این پژوهش عبارت است از کلیه‌ی دختران هفت ساله‌ای که در پایه‌ی اول دبستان یکی از مدارس ابتدایی شهر یزد تحصیل می‌کنند، و دچار ترس شب هستند. ۳۰ کودک دچار ترس شب به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه بازی‌درمانی، آموزش مادران و گواه (ده کودک در هر گروه) جایگزین گردیدند. در این پژوهش از روش تحقیق تجربی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. آزمودنی‌ها در گروه بازی‌درمانی طی شش جلسه‌ی یک ساعته با فاصله‌های یک هفته‌ای به صورت انفرادی تحت بازی‌درمانی شناختی-رفتاری قرار گرفتند و در گروه آموزش مادران، سه جلسه‌ی آموزشی گروهی هر دو هفته یکبار در مورد نحوه‌ی واکنش در برابر ترس شب کودکان برگزار شد. در گروه گواه هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت. پس از پایان مداخله‌ها، پس‌آزمون و سرانجام دو هفته بعد از اجرای پس‌آزمون، مجدداً پس‌آزمون به عنوان آزمون پیگیری اجرا شد. ابزارهای این پژوهش شامل مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی ترس شب کودکان، پرسش‌نامه‌ی ترس شب

والدین، و پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی می‌باشد. داده‌های به دست آمده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (اندازه‌های مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش ترس شب کودکان ($p < 0/001$) بود. تفاوت میان گروه بازی‌درمانی با گروه‌های آموزش مادران و گواه معنادار بود ($p < 0/01$). این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارند، گرچه برخلاف برخی از پژوهش‌ها یافته‌های این پژوهش تأثیرگذاری روش درمانی آموزش مادران بر کاهش ترس شب کودکان را تأیید نمی‌کند.

فهرست مطالب

فهرست جداول	۱۰
فهرست نمودارها	۱۲
فصل اول: معرفی پژوهش	۱۳
۱-۱ مقدمه	۱۴
۲-۱ بیان مسئله	۱۷
۳-۱ ضرورت پژوهش	۲۱
۴-۱ فرضیه‌ها و سوال‌های پژوهش	۲۵
۵-۱ اهداف پژوهش	۲۵
۶-۱ متغیرها	۲۵
۷-۱ تعاریف مفاهیم	۲۶
۸-۱ تعریف عملیاتی	۲۶

فصل دوم: ادبیات پژوهش ۲۷

۱-۲ مقدمه ۲۸

۲-۲ ترس، هراس و اضطراب ۳۰

۱-۲-۲ ترس ۳۱

۲-۲-۲ ترس‌ها در برابر هراس‌ها ۳۱

۳-۲-۲ اضطراب ۳۳

۴-۲-۲ ترس در برابر اضطراب ۳۴

۵-۲-۲ سیر پیدایش ترس‌ها ۳۴

۳-۲ سبب‌شناسی ۴۵

۴-۲ درمان ترس در کودکان ۴۹

۱-۴-۲ حساسیت‌زدایی منظم ۵۰

۲-۴-۲ تصویرسازی هیجانی ۵۱

۳-۴-۲ الگوپردازی ۵۲

۴-۴-۲ مداخلات مرتبط با والدین ۵۳

۵-۴-۲ مداخلات شناختی- رفتاری ۵۴

۶-۴-۲ توقف فکر ۵۹

۷-۴-۲ خودگویی مثبت ۶۰

۸-۴-۲ بازی درمانی ۶۰

۱-۸-۴-۲ شکل‌گیری و تکامل بازی درمانی ۶۳

۲-۸-۴-۲ مفاهیم پایه‌ی بازی درمانی بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری ۶۶

۹-۴-۲ کتاب‌درمانی ۶۷

۵-۲ پیشینه‌ی پژوهش ۶۸

فصل سوم: روش شناسی پژوهش ۷۵

۳-۱ طرح پژوهش ۷۶

۳-۲ جامعه‌ی آماری ۷۶

۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری ۷۶

۳-۴ روش انجام پژوهش ۷۷

۳-۵ ابزار گردآوری اطلاعات ۷۸

۳-۶ شیوه‌ی مداخله ۸۰

الف- بازی درمانی ۸۰

ب- آموزش مادران ۸۱

۳-۷ شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها ۸۲

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها ۸۳

۴-۱ مقدمه ۸۴

۴-۲ یافته‌های پژوهش ۸۴

۴-۲-۱ یافته‌های توصیفی ۸۷

۴-۲-۲ یافته‌های توصیفی - استنباطی پژوهش ۹۴

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری ۱۰۵

۱-۵ بحث و نتیجه‌گیری ۱۰۶

۲-۵ محدودیت‌های پژوهش ۱۱۲

۳-۵ پیشنهادهای پژوهش ۱۱۲

منابع ۱۱۴

الف- فارسی ۱۱۵

ب- انگلیسی ۱۱۷

پیوست ها ۱۲۳

مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی ترس شب کودکان ۱۲۴

پرسش‌نامه‌ی ترس شب والدین ۱۲۶

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی ۱۳۲

بروشور آموزشی مادران ۱۳۴

برخی از تصاویر به کار رفته در پژوهش ۱۳۹

فهرست جداول

- جدول ۱-۲: ترس‌ها و نگرانی‌ها در سنین مختلف ۳۶
- جدول ۱-۴: تحصیلات مادران کودکان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه‌ها ۸۴
- جدول ۲-۴: تحصیلات پدران کودکان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه‌ها ۸۵
- جدول ۳-۴: وضعیت شغلی مادران کودکان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه‌ها ۸۵
- جدول ۴-۴: وضعیت شغلی پدران کودکان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه‌ها ۸۶
- جدول ۵-۴: تعداد فرزندان در خانواده‌ی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۸۶
- جدول ۶-۴: ترتیب تولد کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۸۷
- جدول ۷-۴: محتوای ترس شب کودکان شرکت‌کننده در پژوهش (مصاحبه) ۸۸
- جدول ۸-۴: راهکارهای مقابله‌ای به کار رفته توسط کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۸۹
(مصاحبه)
- جدول ۹-۴: کارایی راهکارهای مقابله‌ای به کار رفته توسط کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۸۹
(مصاحبه)
- جدول ۱۰-۴: راه‌های اکتساب ترس در کودکان شرکت‌کننده در پژوهش (مصاحبه) ۹۰
- جدول ۱۱-۴: محتوای ترس شب کودکان شرکت‌کننده در پژوهش (پرسش‌نامه) ۹۱
- جدول ۱۲-۴: راهکارهای مقابله‌ای به کار رفته توسط کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۹۲
(پرسش‌نامه)
- جدول ۱۳-۴: کارایی راهکارهای مقابله‌ای به کار رفته توسط کودکان شرکت‌کننده در پژوهش ۹۲
(پرسش‌نامه)

- جدول ۴-۱۴: راه‌های اکتساب ترس در کودکان شرکت‌کننده در پژوهش (پرسش‌نامه) ۹۳
- جدول ۴-۱۵: میانگین و انحراف معیار بسامد ترس شب کودکان (مصاحبه) ۹۴
- جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل نمرات بسامد ترس شب کودکان در تعامل زمان و گروه‌ها (مصاحبه) ۹۵
- جدول ۴-۱۷: مشخصه‌های چهارگانه‌ی F آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بسامد ترس شب کودکان (مصاحبه) ۹۵
- جدول ۴-۱۸: میانگین و انحراف معیار شدت ترس شب کودکان (مصاحبه) ۹۷
- جدول ۴-۱۹: نتایج تحلیل نمرات شدت ترس شب کودکان در تعامل زمان و گروه‌ها (مصاحبه) ۹۷
- جدول ۴-۲۰: مشخصه‌های چهارگانه‌ی F آزمون تحلیل واریانس چند متغیری شدت ترس شب کودکان (مصاحبه) ۹۸
- جدول ۴-۲۱: میانگین و انحراف معیار بسامد ترس شب کودکان (پرسش‌نامه) ۹۹
- جدول ۴-۲۲: نتایج تحلیل نمرات بسامد ترس شب کودکان در تعامل زمان و گروه‌ها (پرسش‌نامه) ۱۰۰
- جدول ۴-۲۳: مشخصه‌های چهارگانه‌ی F آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بسامد ترس شب کودکان (پرسش‌نامه) ۱۰۱
- جدول ۴-۲۴: میانگین و انحراف معیار شدت ترس شب کودکان (پرسش‌نامه) ۱۰۲
- جدول ۴-۲۵: نتایج تحلیل نمرات بسامد ترس شب کودکان در تعامل زمان و گروه‌ها (پرسش‌نامه) ۱۰۳
- جدول ۴-۲۶: مشخصه‌های چهارگانه‌ی F آزمون تحلیل واریانس چند متغیری شدت ترس شب کودکان (پرسش‌نامه) ۱۰۳

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴: بسامد ترس شب کودکان (مصاحبه) ۹۶
- نمودار ۲-۴: شدت ترس شب کودکان (مصاحبه) ۹۹
- نمودار ۳-۴: بسامد ترس شب کودکان (پرسش‌نامه) ۱۰۱
- نمودار ۴-۴: شدت ترس شب کودکان (پرسش‌نامه) ۱۰۳

فصل اول:

معرفی پژوهش

- بیان مسئله
- اهمیت و ضرورت پژوهش
- فرضیه‌های پژوهش
- متغیرها و مفاهیم

۱-۱ مقدمه

ترس چیست؟ ما در چه مواقعی می‌ترسیم؟ ترس‌های طبیعی در جریان رشد کدامند؟ چه مواقعی ترس‌ها غیر طبیعی هستند و نیاز به کمک وجود دارد؟ این‌ها سوالاتی هستند که همه‌ی افراد از خود می‌پرسند و شاید سوالاتی باشند که پدر و مادرها زمانی که ترس‌های کودکانشان را مشاهده می‌کنند بیشتر از خود و دیگران می‌پرسند.

ترس‌ها و اختلالات اضطرابی کودکان تا مدت‌ها مشکلی جدی به شمار نمی‌آمدند: پزشکان و متخصصان بهداشت روانی به والدین توصیه می‌کردند که نگران نباشند، کودکان از عهده‌ی ترس‌هایشان برمی‌آیند (گراتزیانو^۱ و دی‌جووانی^۲، ۱۹۷۹). در حقیقت بسیاری از کودکان با گذشت زمان از عهده‌ی ترس‌هایشان برمی‌آیند، اما در شماری از آن‌ها ترس‌ها موضوعی جدی و پایدارند و ممکن است آغازگر یک بیماری جدی‌تر باشند؛ مواقعی که ترس‌ها بخشی از یک شرایط حساس هستند و موجب ایجاد استرس‌های شدید می‌شوند و در عملکرد روزانه‌ی کودک اختلال ایجاد می‌کنند و به رشد اجتماعی و تحصیلی کودک آسیب می‌زنند (وودوارد^۳ و فرگوسن^۴، ۲۰۰۱؛ به نقل از بایدل^۵ و ترنر^۶، ۲۰۰۵)؛ در چنین مواردی نیاز به مداخله ضروری به نظر می‌رسد.

همه در طول زندگی ترس و اضطراب را به عنوان دو گونه هیجان تجربه می‌کنند. ترس و اضطراب انسان را وا می‌دارند رفتارهایی انجام دهد که برای بقای او ضروری هستند و در ضمن، انگیزش انسان برای کسب مهارت‌های انطباقی را افزایش می‌دهند. محرک‌هایی که در انسان ترس و اضطراب را ایجاد می‌کنند در جریان رشد دگرگون می‌شوند. این دگرگونی‌ها با افزایش توانایی‌های شناختی و جسمی کودک و کسب تجارب جدیدتر در یک راستا است (شرودر^۷ و گوردون^۸، ۱۳۸۵).

¹ Graziano
² De Giovanni
³ Woodward
⁴ Fergusson
⁵ Beidel
⁶ Turner
⁷ Shroeder
⁸ Gordon

تحول ترس‌های طبیعی ناشی از رشد شناختی و توانایی بازنمایی کودکان است. ترس‌های نوپایان و خردسالان عمدتاً مرتبط با مواردی است که با آن‌ها در ارتباط مستقیم هستند (مانند صداهای بلند، غریبه‌ها و جدایی از والدین). سطح گسترده‌ی شناختی کودکان دامنه‌ی محرک‌هایی که می‌تواند آن‌ها را بترساند محدود می‌کند، از این رو ترس‌های آن‌ها به آن دسته از محرک‌هایی که در حوزه‌ی محیط پیرامون آن‌ها قرار می‌گیرد محدود می‌شود. از دیگر سو بچه‌های پیش‌دبستانی نسبت به محرک‌های عمومی و خیالی (مانند ارواح، غول‌ها و تاریکی) احساس ترس بیشتری دارند، و کودکان بزرگتر که می‌توانند میان بازنمایی درونی و واقعیت عینی تمیز بگذارند، ترس‌های واقعی‌تر و ویژه‌ای شامل ترس‌های مرتبط با آسیب جسمی، سلامتی و کارکرد مدرسه را بروز می‌دهند (باؤر^۱، ۱۹۷۶).

ترس‌های شدید گهگاه با معیارهای هراس‌های خاص^۲ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)^۳ همخوانی دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA)^۴، ۲۰۰۰؛ به نقل از کینگ^۵، موریس^۶ و اولندیک^۷، ۲۰۰۵). DSM-IV-TR هراس‌های خاص را به پنج زیر مجموعه تقسیم می‌کند که عبارت‌اند از:

۱. نوع حیوانی^۸ (ترس از مار، عنکبوت، حشرات یا سگ)

۲. نوع محیط طبیعی^۹ (هراس ارتفاع)

۳. هراس خون، تزریق و جراحی^{۱۰} (هراس دندان‌پزشکی)

۴. نوع موقعیتی^{۱۱} (ترس از پرواز)

۵. انواع مختلف دیگر (ترس از صداهای بلند).

¹ Bauer

² Specific Phobia

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Revision, Fourth Edition

⁴ American Psychiatry Association

⁵ King

⁶ Muris

⁷ Ollendick

⁸ Animal Type

⁹ Natural Environment Type

¹⁰ Blood - Injection - Injury Type

¹¹ Situational Type

ترس شب در میان کودکان رده‌های سنی گوناگون رایج است. ترس شب کودکان همراه با سطح متوسط اضطراب (تقریباً در ده درصد کودکان همراه با یک یا چند اختلال اضطرابی تعریف شده در DSM (برای مثال هراس خاص و اختلال اضطراب جدایی^۱) بوده است (گوردون^۲، کینگ، گالون^۳، موریس و اولندیک، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان داده است که ترس‌های خفیف و هراس‌های ساده پدیده‌های تحولی گذرا هستند که به مرور زمان بهبود می‌یابند، اما درمان بهبودی را سریعتر می‌کند و ترس‌ها در صورت عدم درمان، بین یک تا پنج سال در فرد باقی می‌مانند (کادوسن^۴ و شفر^۵، ۲۰۰۰). در بعضی از کودکان ترس شب آنچنان شدید است که کارکرد روزانه‌ی آن‌ها را مختل می‌کند، چنین ترس‌هایی نیاز به ارزیابی، تشخیص و درمان دارند (گوردون و همکاران، ۲۰۰۷).

با وجود اینکه اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است، ولی پژوهش‌های تجربی نسبتاً کمی در مورد اثر بخشی رویکردهای درمانی این اختلالات انجام شده است. با این حال، مداخلات رفتاری و شناختی - رفتاری از بیشترین پشتوانه‌ی تجربی برخوردارند (اولندیک و کینگ، ۱۹۹۸). فنون رفتاری و شناختی-رفتاری مورد استفاده برای درمان این اختلالات عبارتند از: حساسیت‌زدایی منظم^۶، مدیریت وابستگی^۷، الگوبرداری^۸ و تکنیک‌های شناختی-رفتاری^۹، توقف فکر^{۱۰} و ترکیب آن‌ها. به طور کلی هدف درمان این است که کودک کنار آمدن با محرک ترسناک یا وضعیت اضطراب‌آور را یاد بگیرد و بتواند هنگام روبرو شدن با محرک یا وضعیت مورد نظر نترسد (شرودر و گوردون، ۱۳۸۵).

¹ Separation anxiety disorder

² Gordon

³ Gullone

⁴ Kaduson

⁵ Schaefer

⁶ Systematic desensitization

⁷ Contingency management

⁸ Modeling

⁹ Cognitive-behavioural techniques

¹⁰ Thought stopping

پدر و مادر با توجه به موقعیت بسیار خوب برای آموزش و تقویت پاسخ‌های انطباقی فرزند خود، نقش مهمی در درمان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی دارند. ایشان معمولاً وقتی روی رفتار فرزند خود تأثیر می‌گذارند که ترس و اضطراب او را بهتر بفهمند و از راهکارهای موثری آگاه باشند تا بتوانند به فرزندشان راه و رسم کنار آمدن با وضعیت ترسناک را یاد بدهند. آن‌ها گاهی با تقویت یا تنبیه اضطراب فرزند خود، یا با توقعات بیش از حد یا کمتر از حد خود به اضطراب فرزندشان دامن می‌زنند. مشکلات شخصی والدین نیز مزاحم درمان کودک می‌شود. مطالعاتی که در آن‌ها کودکان مضطرب به شیوه‌ی شناختی-رفتاری درمان شده‌اند، اهمیت درگیر نمودن برنامه‌ریزی شده و نظام‌مند والدین در فرآیند درمان را ثابت کرده‌اند (شرودر و گوردون، ۱۳۸۵).

هدف این پژوهش سنجش اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش ترس شب کودکان است. با توجه به شیوع بالای ترس شب در کودکان و ناآگاهی و سردرگمی والدین در مورد این موضوع، این پژوهش به والدین و روان‌شناسان کمک می‌کند تا شناخت بهتری از این اختلال و درمان آن به دست آورند، و بستری را برای انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه‌ی ترس‌های کودکانی فراهم می‌آورد.

۱-۲ بیان مسئله:

ترس‌ها بخش به‌هنگار و طبیعی دوران کودکی هستند. ترس‌های اغلب کودکان، خفیف، مختص به سن و گذرا می‌باشند و همچنین اغلب ترس‌ها با افزایش سن کاهش می‌یابند. ترس از تاریکی، حیوانات، ارتفاع، خون و مانند آن به‌طور معمول در کودکان وجود دارند که با در نظر گرفتن شدت کم، شرایط سنی، و مدت کوتاه، انگیزه‌ای برای مداخله‌ی بالینی محسوب نمی‌شوند (گالون، ۲۰۰۰).

بسیاری از ترس‌های دوران کودکی بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای پس از ظهور به‌خودی خود از میان می‌روند. ترس‌های وابسته به سن در صورتی که از بین نروند شدت می‌یابند و ممکن است به موقعیت‌های دیگر تعمیم پیدا کنند. هنگامی که اضطراب آن قدر شدید یا فراگیر باشد که منجر به پریشانی و یا

ناسازگاری روانی ناخواسته گردد جای نگرانی وجود دارد، زیرا چنین ترس‌هایی می‌توانند به هراس تبدیل شوند (کادوسن و شفر، ۲۰۰۰).

ترس‌های کودکان تا نوجوانی ادامه پیدا می‌کند. ترس کودک واکنشی است به حادثه‌های محیط او، هم چنان که کودکان بزرگتر می‌شوند و به سن مدرسه می‌رسند انواع ترس‌ها بیشتر می‌شود و مواردی چون تاریکی، نمادهای ماوراء طبیعی، اشخاص، اشیا و رویدادهای خاص را در بر می‌گیرد (جرسیلد^۱، ۱۹۶۸؛ به نقل از کراتچویل^۲ و موریس^۳، ۱۳۷۸).

ترس‌های مربوط به سن اغلب گذرا و دارای تاریخچه‌ی کوتاه هستند. پژوهش‌ها نشان داده است که کودکان سه تا شش ساله به طور متوسط سه ترس دارند و ۴۰ درصد کودکان شش تا دوازده ساله دچار بیش از هفت ترس می‌باشند (میلر^۴، ۱۹۸۳؛ به نقل از کادوسن و شفر، ۲۰۰۰). بورن‌هام^۵ و گالون (۱۹۹۷) ترس‌ها را به چند دسته تقسیم کرده‌اند: ترس از شکست و انتقاد، ترس از ناشناخته‌ها، ترس از مصدومیت‌های جزئی و حیوانات کوچک، ترس از مرگ و خطر، ترس‌های روانی/پزشکی، و ترس‌های مربوط به استرس (شرودر و گوردون، ۱۳۸۵).

ترس شب اتفاقی به هنجار در بیشتر کودکان است و درصدی از کودکان دچار ترس شب شدید و طولانی مدت‌اند (گوردون و کینگ، ۲۰۰۲). ترس شب به نسبت ترس‌های طبقه‌بندی شده ساختی ناهمگن دارد (موریس، مرکلباخ^۶، اولندیک، کینگ و بوژی^۷، ۲۰۰۱)، و محتوای گسترده‌تری را در مقایسه با ترس ساده‌ی تاریکی در بر می‌گیرد. در خصوص آنچه موجب بروز ترس شبانه در کودکان می‌شود، مونی^۸ (۱۹۸۵) پنج طبقه‌ی ترس را مشخص کرده است که عبارت‌اند از:

¹ Jersild

² Kratochwill

³ Morris

⁴ Miller

⁵ Burnham

⁶ Merckelbach

⁷ Bogie

⁸ Mooney

۱. ترس مربوط به امنیت شخصی (ترس از دزد یا بچه‌ریا)
۲. ترس از جدایی یا از دست دادن دیگران (نگرانی در مورد مرگ والدین)
۳. ترس از موجودات خیالی (ترس از ارواح یا غول‌ها)
۴. ترس از رویاهای ترسناک
۵. ترس از تاریکی.

بازنگری گوردون و همکاران (۲۰۰۷) که در مورد پژوهش‌های انجام شده در مورد ترس شب به عمل آمد، نشان داد که در اکثر این پژوهش‌ها (۷۲ درصد)، کودکان دچار ترس از تاریکی بودند. گرچه گستره‌ای از دیگر ترس‌ها مانند خواب‌های بد، کابوس‌ها، صداها، اشباح، ارواح، آدم رباها، بچه دزدها، امتناع کردن از به خواب رفتن و ترس از اینکه در شب تنها بمانند، نیز آن‌ها را رنج می‌دهد. گرچه ترس‌هایی مانند رویاهای ترسناک و موجودات خیالی با افزایش سن کاهش می‌یابد، ترس‌های دیگری چون افکار ترسناک و آسیب‌های شخصی افزایش پیدا می‌کنند و در این خصوص تفاوت جنسیتی مشاهده نشده است (موریس و همکاران، ۲۰۰۱). به هر حال نسبت قابل توجهی از کودکان نشانه‌های مزمن اضطراب و ترس‌های شدید شب را تجربه می‌کنند، که در کارکرد روزانه‌شان تداخل ایجاد می‌کند (گوردون و همکاران، ۲۰۰۷).

در کنار دیگر ترس‌های کودکان، ترس‌های شب احتمالاً حاصل تأثیر متقابل عوامل گوناگون زیست‌شناختی، محیطی و شناختی هستند (کینگ و همکاران، ۱۹۸۸؛ اولندیک، ۱۹۷۹؛ هر دو به نقل از گوردون و کینگ، ۲۰۰۲). بافت خانوادگی نیز عامل مهمی است، چرا که ترس‌های شب اغلب به هنگام بیماری والدین و مشکلات خانوادگی شکل می‌گیرند، و این در حالی است که والدین و خواهر و برادرها ممکن است سهواً این ترس را تقویت کنند. در واقع شماری از کودکان دچار ترس در رختخواب پدر و مادرشان می‌خواهند که رفتاری به شدت تقویت‌کننده است (گراتزیانو و دی‌جووانی، ۱۹۷۹). همچنین دادستان (۱۳۷۸) معتقد است که: «ترس از تاریکی حتی اگر عامل اصلی نباشد به منزله‌ی عاملی است