

مشاروه و

علوم تربیتی

مراسم در کودکان

(فصل اول)

شکوه نامدار و زهره وطنی

حقوق - ورودی ۷۵



کودکی که بطور عادی در خانواده و محیطی مناسب به دنیا می آید، آمادگی و ظرفیت آن را دارد که به شایسته ترین وجهی پرورده شود و به برترین کمالات دست یابد؛ اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم جهان چنان است که دستیابی به چنین مقصودی را دشوار و گاه امکان ناپذیر می سازد. محدودیتهای محیط زندگی گروهی از کودکان چنان است که بقای آنان نیز نامیسر می شود.

بسیاری از مردم چنین تصور می کنند که گویا کودکان ذاتاً خوب یا بد هستند، بعضی شرور و بعضی نجیبند، گروهی خوش اقبال و گروهی بدبختند.

ما غالباً فرزندان خود را به دلیل خطاها و اختلالها و ناسازگاریهایشان محکوم می کنیم یا به باد ناسزا و تنبیه می گیریم و فراموش می کنیم که باید خطاها و ندانم کاریهای خودمان را دلیل بروز مشکلات آنان بدانیم.

ما مردم وقتی که کودکانمان جسماً مریض می شوند نه تنها مقصرشان نمی شناسیم بلکه بر بالین آنها می نشینیم و از آنها تا سلامتیشان پرستاری می کنیم؛ اما وقتی عصبی، پرخاشگر و افسرده می شوند و شب ادراری می کنند بر آنان فشار می آوریم و آزارشان

می دهیم و تحقیرشان می کنیم.

عده ای نیز فقط کودکان و خانواده های دیگر را دارای مشکلات عاطفی و رفتاری می دانند و خود و کودکانشان را جدا از خطا و بد رفتاری می دانند؛ چنین مردمی با اعتماد به نفس عامیانه، آنچه را در مورد فرزندانشان انجام می دهند صحیح می پندارند و در کردار خود شک اصولی نمی کنند و کسی را که از رفتارشان انتقاد کند، خام و بی فکر می پندارند. آنان در مورد رفتار کودکان دچار سطحی نگری هستند و ادب و نظم ظاهری کودکان را حاکی از رشد یافتگی روانی آنان می شمارند و همان معلمانی هستند که برای خود وظیفه ای جز تسلط بر کلاس درس و ایجاد فضایی خشک و سرد و حاکی از روابط یک جانبه معلم و شاگرد نمی شناسند.

این والدین، مربیان و معلمان، دریافته اند که چه پیچیدگیهای ظریفی در رشد و رفتار کودکان وجود دارد و چه دانش آموختگی و کارآزمودگی و احساس مسؤولیتی برای تعلیم و تربیت کودکان لازم است. رفتار روزمره و بی حساب و برنامه ریزی نشده اینان باعث می شود که بسیاری از استعدادها و ظرفیتهای رشد و شکوفایی کودکان به پژمردگی گرایند و تحقق کمال ممکن و مطلوب آنان نیز نامیسر گردد. گروهی دیگر

که عمدتاً دست اندر کار آموزش و پرورش کودکان هستند، وظیفه اصلی تعلیم و تربیت کودکان را بر عهده والدین می‌دانند و معتقدند که خانواده‌ها توانایی کافی دارند و می‌توانند بخوبی از فرزندان خود مراقبت کنند. چنین اندیشه‌ای باعث می‌شود که برای کودکان از جانب آموزش و پرورش رسمی کمتر دل سوزانده شود؛ با کمبودهایشان مقابله همه جانبه به عمل نیاید و عملاً خدمات لازم مشاوره‌ای و روان‌شناسی و تعلیم و تربیتی در اختیار خانواده‌ها قرار نگیرد. اما واقعیتهای زندگی خانواده‌ها حاکی از آن است که بسیاری از آنان آشنایی کافی در زمینه رشد و پرورش فرزندان را ندارند. بسیاری از کودکانی که تحت سرپرستی ناقص یکی از والدین بسر می‌برند و یا نابسامانیهای خانوادگی نظیر مناقشات پدر و مادر و یا اعتیاد آنها بویژه فقر فرهنگی و تربیتی اولیای آنها دشواریهای بزرگی را در راه رشدشان ایجاد می‌کند.

در این مقاله مختصر برآنیم تا به معرفی و بررسی ویژگیهای یکی از اختلالات روانی پرداخته و راههای درمان و مبارزه با این بیماری را بیان کنیم. "هراس" یکی از اختلالات روانی رایج در میان کودکان است که مشکلات فراوانی را در راه رشد و بالندگی کودکان و آرامش والدینشان ایجاد می‌کند. به این امید که این اقتباس ناچیز از منابع علمی بتواند در راه آگاهی افراد و دانشجویان از عوامل

و علل ایجاد این بیماری روانی و راههای درمان آن مؤثر و مفید افتد.

تعریف اختلالات رفتاری از دیدگاههای گوناگون

اصطلاح اختلالات رفتاری تقریباً از حدود ۸۵ سال پیش در فرهنگ روان‌شناسی وارد شده است، بدون آنکه دقیقاً تعریف شود. در واقع هریک از معلمان، پزشکان، روان‌شناسان و پرستاران و غیره در مواجهه با نتایج بارز آشفتگی هیجانی در کودکان این اصطلاح را بکار برده‌اند. اما در اینجا برای آنکه تعریف نسبتاً مشخصی از این اصطلاح به دست آید، به نظرات و تعاریف روان‌شناسان مختلف در مورد آن اصطلاح می‌پردازیم.

روان‌شناسان اجتماعی اختلالات رفتاری را ناشی از فشارهای اجتماع و کمبود راههای مناسب برای تخلیه و جبران این فشارها می‌دانند؛ پس از نظر این عده بطور کلی بیمار روانی وجود خارجی ندارد بلکه این عکس‌العملها طبیعی است و در واقع این جامعه است که مریض می‌باشد. به همین علت این عده اختلالات رفتاری را واکنش طبیعی در برابر فشارهای ناشی از مشکلات و مسائل اجتماعی می‌پندارند.

روان‌شناسان بالینی معیار مناسب و تعیین کننده رفتار نابهنجار یا دیگر مشکلات روانی را میزان آستانه کسالت و ناراحتی فرد می‌دانند که او را مجبور به مراجعه به روان‌پزشک کرده است. پیت^۱ معتقد است: "کودکی

دارای اختلالات رفتاری است که رفتارش در کلاس درس تا حدی نامناسب باشد که باعث از هم گسیختن حواس و آشفتگی ذهنی سایر همسالان او شده و نیز فشار غیر قابل تحملی بر معلم باشد."

کرک^۲ رفتاری را انحرافی تلقی می‌نماید که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن، یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه است.

هرینگ^۳ کودکی را که به علت جسمی یا تأثیرات محیطی بطور مزمن یکی از ویژگیهای ذیل را دارا شده باشد، مشمول این تعریف می‌شناسد:

- ۱- ناتوانی در یادگیری متناسب با بهره هوشی، توانایی جسمی - حرکتی و رشد فیزیکی

- ۲- ناتوانی در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی مناسب

- ۳- رفتارهای افراطی گوناگون که گستردگی آن از فعالیت بیش از اندازه بیش‌فعالی و پاسخهای ناگهانی تا رفتارهای افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه است.

قابل ذکر است که متخصصان در مورد ویژگیهای مشخصی برای دسته‌بندی اختلالات رفتاری کودکان توافق ندارند و همین عدم توافق باعث گوناگونی تخمین در صد اینگونه کودکان می‌باشد. علاوه بر این تنها

1) Pate

2) Kirk

3) Haring

یادگیری بدانند. بدیهی است که این تشخیصهای متفاوت سبب بروز شک و تردید نسبت به اطلاعاتی می شود که در مورد اختلالهای بخصوصی گردآوری شده است.

راه دیگری که می توان بوسیله آن از وجود اختلالهای رفتاری در کودکان آگاهی پیدا کرد، این است که تمامی کودکان یک منطقه جغرافیایی یا گروه نمونه کودکان آن ناحیه، معاینه شوند. این بررسیهای همه گیر نسبت به مشاهده های بالینی چندین نارسایی دارد. از جمله می توان از نمونه گیری نادرست و گزارشهای غیر قابل اعتماد پدران و مادران یاد کرد. با این وجود نتایج چندین بررسی که با این شیوه در ایالات متحده اروپا انجام شده، غیرمنتظره بوده است؛ زیرا درجه شیوع بالایی را در کل جمعیت نشان می دهد که به رفتارهایی دچارند که ما آنها را نشانه های اختلال می دانیم. در یک بررسی دقیق که لاپوز^۱ و مانک^۲ به عمل آوردند آنان با قریب پانصد نمونه که معرف تمام مادران کودکان شش تا دوازده ساله ناحیه دوما لوی نیویورک بودند، تماس گرفتند و از مادران خواستند که جزئیات رفتار کودکانشان را ارزیابی کنند. گزارش آنان حاکی بود که در فعالیت ۴۹ درصد از کودکان افرات دیده می شود. ۴۸ درصد آنان دو نوبت در هفته خلق و خوی خود را از دست می دهند. ۴۳ درصد هفت گونه ترس و نگرانی

کودکان تازه مبتلا شده در یک دوره زمانی خاص به دست آورد. برای تعیین درجه شیوع و انتشار، دلیل خوبی وجود دارد. جدا از آنکه دانستن آن، کنجکاوای انسان را ارضا می کند، این اطلاعات زنگ خطری است که نیاز به جلوگیری، درمان، بازپروری و پژوهش درباره آنها را گوشزد می کند. اگر فردی بخواهد از وجود اختلالهای کودکی در جامعه اطلاع حاصل کند، بهتر است از محیطهایی مانند کلینیکها، بیمارستانها، اقامتگاههای مخصوص، مطبهای خصوصی کودکان مبتلا به اختلال رفتاری و مکانهایی مشابه بازدید کند. با این حال نوجوانانی که به این مکانها آورده می شوند، شاخص صحیح و قابل اعتماد اختلالهای رفتاری نیستند؛ زیرا معیار قضاوت در مورد وجود اختلال پیچیده است و علاوه بر آن مواردی نیز بخاطر شرم، ترس و دیگر عوامل گزارش نشده است.

از سوی دیگر امکان دارد توجه زیاد به رفتار نابهنجار کودکان سبب شود که این رفتار به تکرار یا بیش از حد گزارش شود؛ برای مثال گفتگوی زیاد در مورد یک اختلال رفتاری سبب می شود بزرگسالان این اختلال را در کودکی مشاهده کنند که تا قبل از آن او را بهنجار می دانستند. موضوع جدی دیگر این است که میزانهای تشخیص بطور ثابتی به کار نمی رود؛ امکان دارد یک کلینیک تخصصی، کودکی را بیش از حد پر تحرک تشخیص دهد، در حالی که کلینیک دیگری همان کودک را ناتوان از

متغیر تعین کننده گروه بندی کودک در دسته کودکان اختلالات رفتاری نیست. بلکه دیدگاه فرد تصمیم گیرنده و نظر دهنده نیز در این مورد اهمیت بسزایی دارد. عبارت دیگر اگر عمل خلافی از فردی سر بزند بسته به اینکه چه شخصی و با داشتن چه خصوصیتی در مورد او قضاوت می کند، تعبیر و تفسیر او از رفتار خلاف بر حسب رفتار و واکنشی که در مقابل فرد خلافکار از خود بروز می دهد، متفاوت است.

این مطلب را دکتر سیف نراقی و نادری اینطور تعبیر می کنند: "عبارت دیگر نابهنجار تلقی کردن یک رفتار، تعبیر و تفسیر کردن آن و عواملی که فکر می شود باعث بوجود آوردن آن رفتار شده است و نیز پاسخ به آن به نظر شخص بیننده و قضاوت کننده بستگی دارد."

در نهایت با توجه به مطالب گفته شده می توان اختلالات رفتاری را اینطور تعبیر و تفسیر نمود: "رفتاری گوناگون، افراطی، مزمن و انحرافی که گستره آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده گونه و گوشه گیرانه می باشد و بروز آنها به دور از انتظار مشاهده کننده است، بطوری که وی آرزوی توقف اینگونه رفتارها را دارد."

اختلالها تا چه میزان رواج دارد؟

با شمارش تعداد کودکان مبتلا به اختلال رفتار در هر زمانی می توان درجه شیوع اختلال را به دست آورد. "انتشار" را می توان با شمردن تعداد

1) Lapouse

2) Monk

دارند. ۲۸ درصد دچار کابوسهای شبانه می‌شوند. ۲۷ درصد ناخن خود را می‌جویند، ۱۷ درصد در رختخواب، خود را خیس می‌کنند و ۱۰ درصد شست خود را می‌کنند. بسیاری از این ارقام مشابه نتایجی است که در سایر بررسیهای همه‌گیر به دست آمده است. نتایج بدست آمده از بررسیهای همه‌گیر، مجدداً پیچیدگیهایی را نشان می‌دهد که در کار نامگذاری اختلالاتها مشاهده شد. کودکانی که مورد مشاهده قرار گرفتند کودکانی نبودند که به کلینیک آورده شده باشند، اما آنان رفتارهایی را نشان دادند که نشانگر نوعی آسیب روانی بود.

یکی از فراگیرترین یافته‌هایی که با توجه به درجه شیوع اختلالاتهای رفتاری دیده می‌شود این است که اختلالاتهای رفتاری پسران از تنوع و گستردگی بیشتری برخوردار است تا دختران. این گستردگی شامل اختلال شدید روانی، تحرک بیش از حد، خیس کردن رختخواب، رفتار ضد اجتماعی و مشکلات یادگیری است. زمانی که درجه شیوع در دختران بیشتر باشد مسأله به شرم، ترس، اضطراب، شکوه‌گری از وضعیت جسم و مشابه اینها مربوط می‌شود. این اختلالاتها را می‌توان ناشی از چندین عامل دانست. در کل به نظر می‌رسد که پسران نسبت به دخترها از نظر زیستی آسیب پذیرتر باشند. از همان دوره جنینی میزان مرگ و میر در پسران نسبت به دخترها بیشتر است و بیماریهای جدی تغذیه نادرست و فقر در آنان تأثیر بیشتری می‌گذارد.

با این وجود اختلافهایی که در پرورش این دو در اجتماع وجود دارد، در مورد اختلافهای مربوط به جنسیت نیز بی‌تأثیر نیست. برای مثال، تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل‌تر پذیرفته می‌شود تا در دختران؛ در هر حال شواهدی موجود است که نشان می‌دهد درجه شیوع بالاتر اختلافهای رفتاری نزد پسران را می‌توان ناشی از این دانست که کجرویهای پسران بیشتر شنیده می‌شود. مادران انتظار دارند که گرفتاریهای پسران از دختران طولانی‌تر شود!

معلم‌ان و والدین نسبت به تحرک بیش از حد، ناپایداری، حواس پرتی، نفاق و از هم گسیختگی پسران تاب تحمل کمتری دارند.

در همین حال امکان دارد تحمل بزرگسالان نسبت به کارهای پسران به این دلیل کمتر باشد که اداره پسران از بدو زندگیشان مشکل‌تر بوده است. از این رو امکان دارد ویژگیهای زیست‌شناسی با پرورشها و انتظارات اجتماعی در هم آمیزند تا حلقه‌ای از بدکاری و شرارت برای پسران بوجود آورند.

اختلالاتی اضطرابی

در DSM - IV برای مجموعه اختلالاتی که تحت عنوان اختلالاتی اضطرابی تعریف شده‌اند، دوازده زیر گروه در نظر گرفته شده که عبارتند از:

۱. اختلال وحشت زدگی

۲. اختلال گذرهراسی

۳. اختلال وحشت زدگی یا

گذرهراسی

۴. هراس شخص
۵. هراس اجتماعی
۶. اختلال وسواس فکری
۷. اختلال فشار روانی پس آسیبی
۸. اختلال فشار روانی حاد
۹. اختلال اضطراب فراگیر (شامل اختلال اضطراب مفرط دوران کودکی)
۱۰. اختلال اضطرابی ناشی از بیماری جسمانی
۱۱. اختلال اضطرابی ناشی از مواد مخدر
۱۲. اختلال اضطرابی که به گونه‌ای دیگر مشخص شده است.

توضیح بالینی و طبقه بندی

تفاوت هراس با ترس عادی در این است که هراس شدید است، دوام دارد و سازش نمی‌پذیرد. کودکانی که هراس دارند می‌کوشند از موقعیت یا چیزی که از آن می‌ترسند، دوری کنند. زمانی که این کودکان با محرکی ترس‌آور برخورد می‌کنند در جای خود خشک می‌شوند و از حرکت باز می‌ایستند. در فریاد برای کمک امکان دارد کودک احساسهای هیجانی یا حتی ترس از مرگ را ابراز کند. همچنین امکان دارد به تهوع، دل‌آشوب، تپش قلب و نفس تنگی دچار شود. امکان دارد واکنش در برابر یک محرک تهدید کننده بی‌خطر نیز هراس نامیده شود که در این مورد جایی برای ترس وجود ندارد.

سرانجام امکان دارد ترس که در سنی معین، طبیعی و درست به نظر می‌آید از نظر بالینی در مورد کودکان بزرگتر از آن سن غیر عادی تلقی شود.

بخصوص ترس دچارند. ۴۳ درصد از کودکان بین شش تا دوازده ساله مورد مطالعه لاپوز و مانک دارای هفت نوع ترس یا بیشتر بودند. آنچه در مطالعه دوم جلب توجه می‌کند این پندار است که می‌گویند ممکن است مادران بروز ترس را در کودکانشان دست کم بگیرند. ترسهایی که مادران در کودکانشان گزارش کردند ۴۱ درصد کمتر از ترسهایی بود که خود کودکان اظهار می‌داشتند.

هرچند پیداست ترس در میان کودکان امری رایج است، اما امکان دارد ترسهای شدید چندین متداول نباشد. در یک بررسی انجام شده در ایالات متحده آمریکا، نشان داده شد که کمتر از پنج درصد مادران اظهار می‌دارند که کودکانشان به ترس شدید دچارند، در مقابل ۵ تا ۱۵ درصد آنان می‌گویند که ترس کودکانشان عادی است و ۸۴ درصد معتقدند کودکانشان از چیزی نمی‌ترسند. این مطلب را دوتر، تیزارد و وایت مورد، در تحقیق خود که در آن تنها هفت مورد ترس جدی در میان هشت هزار کودک ده تا یازده ساله گزارش شده تأکید می‌کنند.

تفاوت‌های مربوط به جنسیت:

دختران نسبت به پسران ترس بیشتری نشان می‌دهند. ترس آنان احتمالاً از مار و موش است، در حالی که ترس پسران بیشتر از این است که مورد انتقاد دیگران واقع شوند. برخی بررسیها نشان می‌دهد که ترس در دختران به تناسب بیشتر از پسران است. با این همه باید نسبت به تحلیل تفاوت‌های جنسی محتاط بود؛ زیرا این

DSM-III برای ترسهای دوران کودکی، طبقه‌ای منظور نشده است. اما می‌توان طبقه‌ای را که به اختلال هراس در بزرگسالان اختصاص یافته است، در مورد کودکان نیز بکار گرفت، اشکالی که به کارگیری این روش خصوصاً در مورد کودکان خردسال به دنبال خواهد داشت، این است که بیمار احتمالاً از بیش از حد بودن یا غیر منطقی بودن ترس آگاه است. در عین حال روشن نیست که آیا این طبقه بندی در مورد تمام کودکان مبتلا به رفتار هراسی قابل استفاده است یا خیر.

ویژگیهای رشدی ترس در کودکان

آگاهی از رشد ترسهای طبیعی در کودک، در تشخیص ترسهایی که باید در پی رفع آنها برآمد، اهمیت دارد. بسیاری از پژوهشگران، طی نیم قرن گذشته کوشیده‌اند به چگونگی رشد ترس پی ببرند و در این مورد راههایی نیز پیشنهاد کرده‌اند:

رواج کلی‌ترین: چندین بررسی کلاسیک نشان داده است که کودکان بهنجار به نحو شگفت انگیزی به ترسهای بسیاری دچارند.

جرسیلد و هولمز گزارش کردند که کودکان بین دو تا شش ساله بطور میانگین به چهار تا پنج نوع ترس دچارند و واکنشهای حاکی از ترس خود را هر ۴ روز یک بار نشان می‌دهند. مک فارلین، آلن و هونزیک در مطالعه‌ای دراز مدت (طولی) درباره کودکان بین دو تا چهارده ساله پی بردند که ۹۰ درصد گروه نمونه به انواع

برای طبقه‌بندی ترس کودکان نظام منسجمی وجود دارد. زمانی رسم بود فهرست بلندی از هراسها را ردیف کنند. از جمله آنها می‌توان ترس از آتش، ترس از زنده بگور کردن، ترس از فعالیت و حتی ترس از هراس را برشمرد. بتدریج که به شمار فهرست افزوده می‌شد، در واقع امکان هراس از هر چیزی می‌رفت اما این روش طبقه‌بندی فایده‌ای در بر نداشت. از این رو محققان در تلاشهای جدید خود کوشیدند هراسها را در طبقه‌های جامعه‌تری گروه‌بندی کنند. میلر و همکارانش یک نظام طبقه‌بندی پیشنهاد کرده‌اند که واکنشهای هراسی را به ترس از آسیب دیدگی بدنی، ترس از رویدادهای طبیعی، اضطراب از اجتماع و ترس از چیزهای متفرقه تقسیم می‌کند. پایه‌های اولیه این طرح پیشنهادی نتایج چند بررسی بود که برای گزارش ترس کودکان، از روش تحلیل عوامل بهره گرفته بود.

در طرح، همچنین از آگاهیهای سنتی بهره گرفته شد و موارد درمانی و ارزیابی نیز بکار آمد. برای مثال ترس از آسیب دیدگی بدنی به دو شاخه فرعی تر غیر انتزاعی (واقعی) و انتزاعی (مجرد) تقسیم می‌شود. زیرا شاخه واقعی می‌تواند در مورد درمان کودک قابلیت پذیرش بیشتری داشته باشد.

میلر و همکارانش درباره طرح خود اظهار می‌دارند که این طرح تنها جنبه آزمایش دارد؛ زیرا هنوز بررسی قابل اعتمادی در مورد آن صورت نگرفته است.

امکان وجود دارد که آنچه در گزارش ترس بطور معمول به جنسیت نسبت داده می‌شود، در ارائه و گزارش آن تأثیر بگذارد.

مسئله سن: به نظر می‌رسد شمار کودکانی که به یک یا بیش از یک نوع ترس مبتلایند و نیز شمار ترسهای

گزارش شده در کودکان با افزایش سن کاهش یابد، امکان دارد ارتباط بین این دو موضوع خطی نباشد؛ زیرا مشاهده شده است که این ارتباط در حدود یازده سالگی به شدت تند و تیز می‌شود. افزون بر آن پیداست که برخی از ترسها در سنهای خاصی

ظاهر می‌شود. بیشتر دست اندرکاران ترسهای را که با سن کودک تناسب دارد و غیر عادی نیست، جزو هراسهای دوران کودکی به حساب نمی‌آورند، مگر آنکه این ترسها بسیار شدید باشد یا پس از سنی که انتظار نمی‌رود، ادامه یابد.

طبقه بندی پیشنهادی هراسهای دوران کودکی

آسیب جسمی. I	رویدادهای طبیعی II	اضطراب اجتماعی. III	متفرقه. IV
الف. انتزاعی	الف. طوفان	الف. مدرسه	۱. کشیفی
۱. جنگ	۱. گردباد، سیل، زمین لرزه	۱. خردسال (۳ تا ۱۰ سال)	۲. اسباب بازیهای پشمالو
۲. شورش	۲. برق	۱.۱. نوع I	۳. آذیر
۳. غذای سمی	۳. رعد	۱.۲. نوع II	۴. افراد مسن
۴. غذاهای خاص	ب. تاریکی	۲. بزرگ (۱۱ تا ۲۲ سال)	۵. رد شدن از خیابان
۵. مردن	ج. مکانهای در بسته	۲.۱. نوع I	۶. افراد زشت رو
۶. فوت فردی از خانواده	۱. حمام	۲.۲. نوع II	۷. افراد یونیفورم پوش
۷. مشاهده زخمی شدن یک نفر	۲. اشکاف	ب. جدایی	۸. افراد جنس مخالف
۸. زخمی شدن	۳. آسانسور	۱. جدایی از والدین	۹. دفع مدفوع
۹. بیماری فردی از خانواده	۴. محبوس ماندن	۲. بخشهایی از خانه	۱۰. افراد نژادهای دیگر
۱۰. بیمار شدن	۵. اطاقهای عجیب	۳. به خواب رفتن در شب	
۱۱. میکرب	د. حیوانات	ج. عملکردها	
۱۲. خفه شدن	۱. مار	۱. در آزمونها یا امتحانات	
۱۳. تحت عمل جراحی قرار گرفتن	۲. حشرات، عنکبوت	۲. مورد انتقاد قرار گرفتن	
۱۴. بیمارستان	۳. موش صحرائی یا موش معمولی	۳. اشتباه کردن	
۱۵. جهنم	۴. قورباغه، مارمولک	۴. مطلبی را با صدای بلند در کلاس خواندن	
۱۶. شیطان	۵. سنگ یا گریه	د. روابط متقابل اجتماعی	
۱۷. رعایت نکردن قوانین مذهبی	۶. اسب یا گاو	۱. شرکت در رویدادهای اجتماعی	
۱۸. روده شدن	ه سایر چیزها	۲. شخص دیگری را عصبانی کردن	
۱۹. گم شدن	۱. آتش	۳. جمعیت	
۲۰. به فرزند پذیرفته شدن	۲. افکار ترسناک یا خیال و وهم	۴. لمس شدن از جانب دیگران	
۲۱. جدایی پدر و مادر	۳. ارواح	ه مسائل پزشکی	
۲۲. دیوانه شدن	۴. تنها ماندن	۱. پزشک یا دندانپزشک	
ب. غیر انتزاعی	۵. کابوس	۲. گلوله خوردن	
۱. پرواز در هواپیما	۶. موجودات فضایی یا هیولاها	و. موارد دیگر	
۲. مکانهای مرتفع	۷. چهره‌های پشت پنجره	۱. سوار اتومبیل یا اتوبوس شدن	
۳. آب عمیق	۸. ماسکها و عروسکها		
۴. بیگانه‌ها	۹. دیدن خون		
۵. برهنه دیده شدن	۱۰. افراد ناقص الخلقه		
	۱۱. توالت		