

Wydział Pedagogiki i Psychologii
Zakład Psychologii Ogólnej

GRAŻYNA E. KWIATKOWSKA

*Zastosowanie Testu Barwnych Piramid do wykrywania
zaburzeń emocjonalnych u dzieci hospitalizowanych*

The Use of a Test of Colour Pyramids in Detecting Emotional Disturbances in
Hospitalised Children

Badanie funkcjonowania i rozwoju emocjonalnego należy — nie tylko w przypadku dzieci i młodzieży, ale i osób dorosłych — wciąż do zadań nader kłopotliwych. Stan ten odzwierciedla liczba publikacji poświęconych temu zagadnieniu — jest ich wciąż niewiele. Dlatego każda próba adaptacji metod psychometrycznych do pomiaru sfery emocjonalnej to nowa możliwość uwzględnienia jednego z wielorakich aspektów funkcjonowania emocjonalnego.

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę zastosowania Testu Barwnych Piramid do pomiaru zaburzeń emocjonalnych u dzieci hospitalizowanych w wieku 5–9 lat.

TEST BARWNYCH PIRAMID (TBP)

Założenia teoretyczne TBP opierają się na tzw. modelu pojęciowym R. Heissa, będącym teoretyczną propozycją wyjaśniającą związek między barwami a emocjami. Zgodnie z tym modelem reakcja jednostki na barwę jest przede wszystkim wynikiem oddziaływania na nią trzech podstawowych komponentów barwnego bodźca: potencjału pobudzenia, wartości aktywizującej, treści afektywnej.

K. W. Schaéie i R. Heiss proponują, aby właściwości barw oraz reakcje jednostki na nie kategoryzować w sposób analogiczny do komponentów struktury emocjonalnej. Jest ona — według nich — dynamicznym, całościowym systemem emocjonalnym, reagującym w określony sposób na bodźce wewnętrzne oraz na

pobudzenie zewnętrzne. Ów związek między komponentami emocjonalnymi nie ma charakteru statycznego. Zmienia się on w wyniku rozwoju jednostki i jej doświadczeń krytycznych. Uszkodzenie systemu emocjonalnego może prowadzić do utrwalenia się określonego stanu nastroju, który w konsekwencji staje się sztywny i nieadekwatny. Może również dojść do takiego zachwiania równowagi homeopatycznej, która prowadzi do nie kontrolowanego wzrostu potencjału pobudzenia. Pojawiają się wtedy wahania nastroju, które nie są już związane z treścią emocjonalną.

K. W. Schaëie i R. Heiss, poszukując analogii między komponentami tak rozumianej struktury emocjonalnej a właściwościami barw i reakcji podmiotu na nie, doszli do przekonania, że wymiar barwy „jasna–ciemna” może być reprezentatywny dla stanów nastroju. Barwy achromatyczne reprezentują jak gdyby biegunowość nastroju, w obrębie której poszczególne jakości emocji i afektu oraz związane z nimi formy reakcji odpowiadają określonym odcieniom barw chromatycznych (G. E. Kwiatkowska 1994a). Reprezentują one — według R. Heissa — w porządku widmowym, od barwy czerwonej do purpurowej, pełną gamę ekspresji emocjonalnej: od nie kontrolowanego, nagłego i uzewnętrznionego wyładowania impulsu (czerwień), poprzez spokój, stałość i równowagę (zieleń), aż do uwewnętrznionego, znacznego niepokoju (purpura).

DZIECKO HOSPITALIZOWANE

SZPITAL, ŚRODOWISKO DZIECKA CHOREGO

Dziecko hospitalizowane zmuszone jest zaadoptować się do nowego środowiska. Zasadniczą istotą adaptacji jest „dążenie do równowagi procesów wewnętrznych i równowagi między ustrojem a jego środowiskiem” (J. Doroszevska 1962, 4, s. 203). Zależy ona od wielu czynników, jak np. rodzaju choroby, przebiegu procesu chorobowego, wieku dziecka, temperamentu, uprzedniego doświadczenia, stopnia zaspokojenia potrzeb, stosunku członków rodziny do chorego dziecka.

Rozpatrując proces adaptacji dziecka do warunków szpitalnych, wyraźnie różnicuje się ich przebieg oraz jakość w powiązaniu z właściwościami indywidualnymi dziecka, jego doświadczeniami w zakresie zwalczania zbyt trudnych sytuacji, liczbą uprzednich hospitalizacji, właściwościami danej grupy. Indywidualny tor dynamiki adaptacji dziecka do warunków szpitalnych ma zawsze swoisty, niepowtarzalny element.

R. Janeczko (1974) wyróżnia cztery fazy adaptacji dziecka chorego do jego grupy i warunków szpitalnych:

Faza 1. Obejmuje okres pobytu dziecka w szpitalu od chwili przyjęcia do pierwszego tygodnia dla dzieci już uprzednio hospitalizowanych i od dwóch do trzech tygodni dla dziecka w ogóle jeszcze nie hospitalizowanego.

Faza ta charakteryzuje się silnym protestem ze strony dziecka oraz reakcjami frustracyjnymi, jak poczucie braku oparcia. Uczuciowa interpretacja swej

sytuacji przebiegać może w formie reakcji zewnętrznych albo tłumienia przeżyć, zamykania się w sobie, ucieczki od życia społecznego, co w krańcowych przypadkach może prowadzić do depresji.

Rozpacz głośna to krzyk, uporczywe przywoływanie matki, donośny płacz. Rozpacz cicha jest o wiele głębszym, ujemnym przeżyciem objawiającym się przez mutyzm lub autyzm (S. Worakowska-Grzycka 1987, s. 476).

Charakterystyczną cechą tej fazy jest duża podatność na urazy emocjonalne oraz nadmierne obciążenie wysiłkowe układu nerwowego. W tym okresie dziecko musi przebudować wiele dotychczasowych stereotypów dynamicznych.

Faza 2. Rozpoczyna się od drugiego i trwa do trzeciego tygodnia pobytu w szpitalu w przypadku dzieci pierwszy raz hospitalizowanych i od pierwszego tygodnia dla już uprzednio hospitalizowanych i trwa do czterech tygodni pobytu.

Faza ta charakteryzuje się próbą emocjonalnego pogodzenia się z pobytym w szpitalu, chęcią nawiązania trwalszych kontaktów społecznych, wzrostem zaangażowania w wypracowaniu możliwie optymalnego układu stosunków społecznych dla siebie w grupie i wśród personelu oraz rozwoju zdolności adaptacyjnych. Sprzyja temu zazwyczaj polepszenie się stanu zdrowia w wyniku intensywnej terapii.

Faza 3. Kształtuje się w zależności od aktualnych warunków szpitalnych, sprzyjających zaspokojeniu potrzeb dziecka lub nie. Już pod koniec pierwszego miesiąca pobytu zaczyna się kształtować faza przyjętej postawy w stosunku do środowiska szpitalnego. Może ona przebiegać albo w formie przyjętej postawy akceptacji pobytu, a więc aktywno-kompensacyjnego przystosowania się, integracji dążeń i współdziałania ze środowiskiem albo w formie dezaprobaty. Może to być dezaprobatą czynną lub bierną, tzw. urządzenie się w chorobie (inercja), pozorne przystosowanie się do warunków szpitalnych. Postawa ta prowadzi do poważnych zaburzeń emocjonalnych i społecznych w życiu dziecka.

Faza 4. Opóźniona socjalizacja na skutek długotrwałego pobytu dziecka w szpitalu nawet przy jego pozytywnej postawie adaptacyjnej. Ulega ono powolnym i niebezpiecznym wpływom choroby sierocej. Długotrwałe wyobcowanie z naturalnego środowiska społecznego powoduje opóźnienie socjalizacji dziecka oraz trwałe zaburzenia emocjonalne.

ZABURZENIA EMOCJONALNE U DZIECI HOSPITALIZOWANYCH

Zaburzenia emocjonalne są to procesy, które nie odbiegają natężeniem i jakością wywołującym je bodźcom. Są one nadmiernie silne w stosunku do intensywności bodźca i wskutek tego wysuwają się na plan pierwszy w życiu wewnętrznym dziecka, wyraźnie psując przez to względną harmonię tego życia i odbijając się ujemnie na postępowaniu chorego (S. Gerstmann 1956, s. 10).

Aby stwierdzić wystąpienie zaburzeń emocjonalnych, uwzględnić należy następujące kryteria (A. Kozłowska 1984, s. 43-44):

1. Trwałość występujących objawów. Symptomy zaburzenia sfery emocjonalnej charakteryzują się krótkim okresem trwania. Jedynie utrzymujące się przez dłuższy czas uznać można za przejaw zaburzenia.

2. Intensywność objawów. Symptomy zanikające lub słabe nie mogą być uznane za przejaw patologii. Duża ich liczba i natężenie wskazywać mogą na występowanie zaburzeń emocjonalnych.

3. Częstotliwość symptomów. Znaczna częstotliwość występowania określonych objawów wskazuje na istnienie problemu typu emocjonalnego.

Wiele trudności nasuwa klasyfikacja zaburzeń emocjonalnych. W literaturze przedmiotu — jak dotychczas — nie ma jednolitego, przyjętego przez badaczy, podziału zaburzeń emocjonalnych. Ze względu na stopień utrwalenia zaburzeń życia uczuciowego można je podzielić na:

A. Zaburzenia łatwo odwracalne, będące bezpośrednią reakcją na nieprawidłowe oddziaływania otoczenia i cofające się w przypadku zmiany środowiska oraz wpływów wychowawczych.

B. Zaburzenia utrwalone — do ich usunięcia nie wystarcza zmiana środowiska i procesu wychowawczego. Neuropsychiatrzy zaliczają tutaj często również zaburzenia będące rezultatem uszkodzeń organicznych, jak i utrwalone zaburzenia czynnościowe — nerwice, stany neuropatyczne oraz wszelkie afektywne z towarzyszącymi im objawami innych zaburzeń umysłowych i ruchowych (H. Spionek 1965, s. 276).

Z kolei A. H. Chapman wymienia:

1) reakcje nerwicowe cechujące się dużą różnorodnością zmieniających się objawów,

2) zaburzenia w kształtowaniu się struktury osobowości wyrażającej się zachowaniem agresywnym bądź zachowaniem biernym, wycofującym się,

3) zaburzenia zachowania, w ramach których wyróżnia się zachowanie typu *acting out* będące wyrazem agresji, i mające charakter społeczny.

4) zaburzenia psychotyczne (A. Kozłowska 1984, s. 48).

MATERIAŁ I METODA

MATERIAŁ

Badaniami objęto dzieci w wieku 5–9 lat (dziewczęta $n=90$; chłopcy $n=90$), hospitalizowane w placówkach służby zdrowia przez okres od 7 do 30 dni (1 i 2 faza adaptacji do szpitala według R. Janeczko). Badania prowadzono od r. 1991 do 1994.

Każdemu dziecku z grupy eksperymentalnej zostało przyporządkowane dziecko w takim samym wieku, płci, ale wychowujące się w rodzinie, zdrowe i uczęszczające do placówek oświatowych (Przedszkole nr 21, 31, 77, 79 i Szkoła Podstawowa nr 1, 9). W ten sposób powstała grupa kontrolna. Łącznie przebadano 180 dziewcząt i 180 chłopców.

METODA

Dzieci z obu grup przebadano Testem Barwnych Piramid (TBP) — jest to test wyboru. Osoba badana układa trzy piramidy „piękne” i trzy „brzydkie”.

Tab. 1. Dobór osób do grupy eksperymentalnej (gr. E) z uwzględnieniem płci, wieku, rodzaju placówki
 Selection of people for the experimental group (Group E) considering the sex, age, kind of clinic.

Lp.	Rodzaj placówki	Dziewczęta					Chłopcy				
		Wiek życia					Wiek życia				
		5;0	6;0	7;0	8;0	9;0	5;0	6;0	7;0	8;0	9;0
1.	Klinika Ortopedii Dziecięcej AM Lublin	10	3				8	9			
2.	Klinika Otolaryngologii AM Lublin	7	14		1		5	8		1	1
3a.	Oddział Pediatrii Ogólnej Szpitala Klinicznego nr 1		2		5	5		3		5	5
3b.	Chirurgia dziecięca			23	3	3			21	3	3
4a.	Dziecięcy Szpital Kliniczny Lublin				10					11	
4b.	Oddział Ortopedii										
	Oddział Kliniczny				2					3	
5.	Szpital Wojewódzki nr 2 w Lublinie			2					4		
	Razem	17	19	25	21	8	13	20	25	23	9

Zliczanie wyników odbywało się w następujących grupach:

1. Częstotliwość wyborów poszczególnych kolorów. Uzyskane wyniki zlicza się osobno dla piramid „pięknych” i „brzydkich”.

2. Wyodrębnianie syndromów. Z ułożonych piramid zarówno „pięknej”, jak i „brzydkiej” można wyeksponować następujące rodzaje syndromów:

a) syndrom pobudzenia: wartość pobudzenia obliczana jest dla obu serii piramid: cze+pom+żół+ziel 1 = wartość pobudzenia,

b) syndrom przygnębienia: fioł3+brąz+szary+czarny=wartość przygnębienia,

c) syndrom normy: obliczany jest dla obu serii piramid: czer+ziel 1+nieb 4 = wartość normy,

d) kontrsyndrom: różowy+ziel 1+szary=wartość kontrsyndromu,

e) syndrom braku kolorów: powstaje z barw achromatycznych: białej, szarej i czarnej.

3. Kształtowanie piramid. Może przybrać formę: dywanu, uwarstwienia, struktury, wewnątrz której ważne są jeszcze dwie inne formy: piramida „płaszczka” i „schodów” (G. E. Kwiatkowska 1994).

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Uzyskane wyniki pozwalają na udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy TBP można zastosować do pomiaru zaburzeń emocjonalnych u dzieci hospitalizowanych w wieku 5–9 lat.

Z danych tab. 2 wynika, że w badanym aspekcie nie uzyskano różnicowania grup na poziomie konwencjonalnym 0,05.

Najczęściej wybieranymi przez dzieci — bez względu na płeć — kolorami były: różowy, czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony 1, niebieski 2, fioletowy 2. Potwierdza się więc hipoteza znana z literatury przedmiotu, że wybór

Tab.2 Średnie wartości częstotliwości wyboru kolorów w piramidach „pięknych” oraz istotność różnic między średnimi w grupie eksperymentalnej i kontrolnej z uwzględnieniem płci

Mean values of frequency of choice of colour in the „beatiful” pyramids and significance of differences between the mean figures in the experimental and control groups considering the sex

Lp.	Kolor	Dziewczęta				Chłopcy			
		gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.	gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.
1.	różowy	50,6	43,4	0,195	n.i.	25,8	31,4	-0,273	n.i.
2.	czerwony	43,4	38,2	0,169	n.i.	34,6	45,0	-0,340	n.i.
3.	pomarań.	32,4	29,0	0,144	n.i.	35,0	28,6	0,256	n.i.
4.	żółty	45,4	39,2	0,192	n.i.	27,0	34,8	-0,295	n.i.
5.	ziel 1	47,4	37,8	0,273	n.i.	36,6	29,4	0,279	n.i.
6.	ziel 3	14,0	15,6	-0,110	n.i.	19,0	26,2	-0,404	n.i.
7.	nieb 2	16,8	25,6	-0,492	n.i.	20,8	36,6	-0,513	n.i.
8.	nieb 4	14,6	13,8	0,057	n.i.	25,6	14,4	0,493	n.i.
9.	fiol 2	28,8	34,8	-0,448	n.i.	30,2	22,2	0,360	n.i.
10.	fiol 3	10,0	17,6	-0,579	n.i.	18,0	16,6	0,097	n.i.
11.	brąz	6,8	6,6	0,033	n.i.	19,8	10,6	0,698	n.i.
12.	biały	12,0	10,4	0,203	n.i.	14,4	14,6	-0,015	n.i.
13.	szary	19,0	21,2	-0,110	n.i.	20,8	19,4	0,071	n.i.
14.	czarny	4,2	8,0	-0,665	n.i.	13,4	12,2	0,119	n.i.

określonego koloru u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym jest ściśle związany zarówno z dojrzewaniem psychofizycznym dziecka, jak i jego umiejętnościami różnicowania i nazywania kolorów oraz umiejętnością kojarzenia koloru z przedmiotem. Dzieci w tym okresie rozwojowym najchętniej wybierają barwy jasne, ciepłe i określają je jako „piękne”.

Analiza jakościowa wykazała, że częściej wybieranymi kolorami przez dziewczęta z grupy K były:

a) zielony, wskazujący na większą zdolność do internalizowania przeżyć emocjonalnych, a także wrażliwość na uczucia innych; mniejsze zainteresowanie tym kolorem przez dziewczęta z gr. E wskazywać może na mniejszą zdolność wytwarzania znaczących więzów interpersonalnych;

b) niebieski, który reprezentuje kontrolę wyrażania uczuć; unikanie tego koloru przez dziewczęta z grupy E wskazywać może na osłabioną kontrolę emocjonalną;

c) fioletowy; niższe zainteresowanie kolorem przez dziewczęta z grupy E może wskazywać na obniżenie nastroju.

W grupie chłopców z grupy E często wybierana była jako „piękna” barwa brązowa. Podwyższone wyniki świadczą o obecności silnych emocji negatywnych: barwa ta jest wskaźnikiem przygnębienia i braku empatii oraz wysokiego poziomu energii objawiającego się w dużej, lecz nieefektywnej aktywności.

Dane zawarte w tab. 3. ukazały brak zróżnicowania między grupami na konwencjonalnym poziomie statystycznym 0,05. Dzieci jako barwy „brzydkie” wybrały: białą, brązową, szarą i czarną. Oceniają je jako: nieładne, smutne, ciemne (por. G. E. Kwiatkowska 1994, s. 59).

Zaznaczyły się jednak pewne różnice. Dziewczęta z grupy E wybierały jako „brzydkie” barwy:

Tab. 3. Średnie wartości częstotliwości wyboru kolorów w piramidach „brzydkich” oraz istotność różnic między średnimi w grupie eksperymentalnej i kontrolnej z uwzględnieniem płci

Mean values of frequency of choice in the „ugly” pyramids and significance of differences between the mean figures in the experimental and control groups considering the sex

Lp.	Kolor	Dziewczęta				Chłopcy			
		gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.	gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.
1.	różowy	9,4	7,0	0,342	n.i.	12,2	12,6	-0,036	n.i.
2.	czerwony	12,0	10,4	0,161	n.i.	20,8	22,2	-0,070	n.i.
3.	pomarań.	10,8	3,2	1,070	n.i.	8,6	8,8	-0,027	n.i.
4.	żółty	8,2	4,0	0,803	n.i.	28,8	12,4	0,867	n.i.
5.	ziel 1	14,0	3,6	1,206	n.i.	17,2	13,0	0,312	n.i.
6.	ziel 3	20,4	18,6	-0,351	n.i.	16,2	29,0	-0,587	n.i.
7.	nieb 2	8,0	4,4	0,539	n.i.	8,0	7,6	0,051	n.i.
8.	nieb 4	15,2	29,2	-0,717	n.i.	15,8	30,2	-0,620	n.i.
9.	fiol 2	14,0	5,4	0,686	n.i.	19,4	13,0	0,413	n.i.
10.	fiol 3	20,8	24,4	-0,18	n.i.	9,6	19,4	-0,684	n.i.
11.	brąz	58,4	72,6	-0,273	n.i.	52,8	53,6	-0,019	n.i.
12.	biały	17,6	11,4	0,470	n.i.	19,2	10,6	0,688	n.i.
13.	szary	41,4	44,6	-0,076	n.i.	44,2	36,8	0,199	n.i.
14.	czarny	84,6	90,8	-0,09	n.i.	67,8	71,4	-0,065	n.i.

a) pomarańczową, co wskazywać może na obecność silnych potrzeb emocjonalnych i niedopuszczenie do ich wyrażania, tłumienia ich;

b) zieloną 1, wskazującą na przytłoczenie jednostki przez bodźce emocjonalne;

c) niebieską, która wskazuje na świadome ochładzanie, a nawet tłumienie uczuć.

Chłopcy z grupy E wybrali zaś kolor żółty, co świadczyć może o niezdolności do wyrażania emocji w rozsądny, uspołeczniony sposób.

Dziewczęta i chłopcy z grupy K preferowali z kolei niebieski 2, co wskazywać może na spokojny, zrównoważony nastrój.

Tab. 4. Średnie wartości syndromów TBP dla piramid „pięknych” oraz istotność różnic między średnimi w gr.E i gr.K z uwzględnieniem płci

Mean values of syndromes of the Test of Colour Pyramids for the „beatiful” pyramids and significance of differences between the mean figures in Group E and Group C considering the sex

Lp.	Syndrom	Dziewczęta				Chłopcy			
		gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.	gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.
1.	Syndrom pobudzenia	15,4	14,8	0,097	n.i.	14,0	14,2	-0,029	n.i.
2.	Syndrom przygnębenia	10,8	3,2	1,070	n.i.	3,8	2,0	1,177	n.i.
3.	Syndrom normy	4,4	6,8	-0,901	n.i.	6,8	6,2	0,2	n.i.
4.	Kontrsyndrom	5,0	5,8	-0,215	n.i.	4,4	5,2	-0,219	n.i.
5.	Syndrom braku kolorów	5,6	4,4	0,456	n.i.	7,2	6,8	0,11	n.i.

Z tab. 4. wynika, że nie uzyskano zróżnicowania grup na przeciętnym poziomie 0,05. Także w przypadku dokonywania wyboru kolorów „brzydkich” nie pojawiło się zróżnicowanie grup na konwencjonalnym poziomie statystycznym 0,05.

Tab. 5. Średnie wartości syndromów TBP dla piramid „brzydkich” oraz istotności różnic między średnimi w gr. E i gr. K z uwzględnieniem płci

Mean values of syndromes of the Test of Colour Pyramids for the „ugly” pyramids and significance of differences between the mean figures in Group E and Group C considering the sex

Lp.	Syndrom	Dziewczęta				Chłopcy			
		gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.	gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.
1.	Syndrom pobudzenia	2,6	1,2	1,40	n.i.	2,2	1,4	0,894	n.i.
2.	Syndrom przygnębiaenia	21,0	25,4	-0,464	n.i.	20,6	25,0	-0,464	n.i.
3.	Syndrom normy	4,6	3,6	0,398	n.i.	4,8	5,4	-0,254	n.i.
4.	Kontrsyndrom	3,6	4,8	-0,498	n.i.	4,2	2,4	0,805	n.i.
5.	Syndrom braku kolorów	15,4	15,2	0,03	n.i.	16,8	15,8	0,194	n.i.

Tab. 6. Średnie wartości dla kształtowania piramid „piękných” oraz istotność różnic między średnimi w gr. E i gr. K z uwzględnieniem płci

Mean values for the formation of „beatiful” pyramids and significance of differences between the mean figures in Group E and Group C considering the sex

Lp.	Kształtowanie piramid	Dziewczęta				Chłopcy			
		gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.	gr. E	gr. K	t-stud.	p.i.
1.	Dywan	0,6	29,6	-2,728	0,02	16,8	22,2	-0,689	n.i.
2.	Uwarstwienie	9,8	6,6	0,928	n.i.	12,0	8,0	0,838	n.i.
3.	Struktura symetryczna	0	1,6	-0,447	n.i.	9,8	7,6	0,506	n.i.
4.	Struktura asymetryczna	4,2	3,6	0,415	n.i.	4,2	3,0	0,605	n.i.
5.	Piramida „płaszczka”	3,2	4,0	-0,223	n.i.	4,0	6,4	-0,649	n.i.
6.	Piramida „schodów”	3,0	3,4	-0,171	n.i.	0	0	0	

W przypadku kształtowania piramid różnice istotne statystycznie pojawiły się w grupie dziewcząt. Dywan pojawiał się w piramidach „piękných” grupy kontrolnej. Zbudowany jest prawie ze wszystkich kolorów, nie wyróżnia się więc żadnego. Wskazuje to na otwartość, emocjonalność bez głębszego zaangażowania. Dziewczęta z grupy eksperymentalnej preferowały natomiast uwarstwienie. Tego typu piramidę tworzą osoby charakteryzujące się niepewnością oraz tendencją do przyjęcia postawy opozycyjnej. Także chłopcy z grupy eksperymentalnej kształtowali piramidy w formie uwarstwienia, natomiast chłopcy z grupy kontrolnej — w formie dywanu.

Tab. 7. Średnie wartości dla kształtowania piramid „brzydkich” oraz istotność różnic między średnimi w gr. E i gr. K z uwzględnieniem płci

Mean values for the formation of the „ugly” and significance of differences between the mean figures in Group E and Group C considering the sex

Lp.	Kształtowanie piramid	Dziewczęta				Chłopcy			
		Gr. E	Gr. K	t-stud.	p.i.	Gr. E	Gr. K	t-stud.	p.i.
1.	Dywan	18,4	20,6	-0,291	n.i.	15,6	20,4	-0,669	n.i.
2.	Uwarstwienie	10,2	6,0	1,413	0,2	8,0	5,8	0,659	n.i.
3.	Struktura symetryczna	10,6	9,2	0,363	n.i.	4,2	3,6	0,124	n.i.
4.	Struktura asymetryczna	4,6	6,8	-0,643	n.i.	4,2	3,6	0,579	n.i.
5.	Piramida „płaszczka”	3,8	5,4	-0,491	n.i.	4,8	8,2	-0,853	n.i.
6.	Piramida „schodów”	0	0	0		0	0	0	

W przypadku formowania piramid „brzydkich” zaznaczyło się pewne zróżnicowanie. Otóż dziewczęta z grupy eksperymentalnej preferowały uwarstwienie w kształtowaniu piramid.

DYSKUSJA

Przedstawione tu wyniki wskazują, iż TBP zastosowany do grupy dzieci w wieku 5–9 lat nie różnicuje jednoznacznie badanych grup. Wydaje się testem mało trafnym w psychologicznych badaniach stanów emocjonalnych u dzieci. Potwierdza się więc hipoteza znana z literatury przedmiotu, że wybór określonego koloru u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym jest ściśle związany zarówno z dojrzewaniem psychofizycznym dziecka, jak i jego umiejętnościami różnicowania i nazywania kolorów oraz umiejętnością kojarzenia koloru z przedmiotem.

BIBLIOGRAFIA

- Doroszevska J., *Zagadnienie adaptacji w świetle pedagogiki*, „Szkoła Specjalna” 1962, nr 4.
 Gerstmann S., *Wpływ rodziców na zaburzenia emocjonalne uczniów*, Toruń 1956.
 Janeczko R., *Trudności adaptacyjne dziecka hospitalizowanego z powodu choroby reumatycznej i gościa przewlekłego postępującego*, Warszawa 1974 (maszynopis pracy doktorskiej).
 Kozłowska A., *Zaburzenia emocjonalne u dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa 1984.
 Kwiatkowska G. E., *Konotacja pojęcia koloru u dzieci*, „Psychologia Wychowawcza” 1994, nr 1.
 Kwiatkowska G. E., *Test Barwnych Piramid M. Pfister, R. Heiss, K. W. Schaie. Prezentacja narzędzia*, Lublin 1994a.
 Spionek H., *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa 1965.
 Worakowska-Grzycka S., *Szpital jako środowisko chorego dziecka* [w:] A. Popielarska (red.), *Choroby wieku rozwojowego*, Warszawa 1987.

SUMMARY

The paper attempts to make use of a Test of Colour Pyramids in the measurement of emotional disturbances in hospitalised children at the age of 5 to 9 years old.

Totally, 180 girls and 180 boys were tested. It follows from the studies that the Test does not distinctly distinguish the examined groups.

