

Data zgłoszenia: 02.06.2023 • Data akceptacji: 05.07.2023 • Data publikacji: 30.09.2023

Krzysztof Suppan¹ 

Małgorzata Basińska² 

Aleksandra Błachnio³ 

Mentalizacja i pozytywna orientacja u starzejących się osób chorych na miażdżycę. Kluczowa rola mentalizacji i pozytywnej orientacji

Mentalization and positive orientation in aging atherosclerosis patients. A critical role of mentalization and positive orientation

Streszczenie: Zdrowie w późnej dorosłości ulega stopniowemu pogarszaniu (Kijak, Szarota, 2013; Błachnio, 2019). Dlatego nieprzerwanie szuka się czynników, które mogą pełnić wobec niego funkcje ochronne. W ostatnim okresie szczególne zainteresowanie skupiają mentalizacja i pozytywna orientacja (Fonagy, 2008; Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011; Sobol-Kwapińska, 2014; Bateman, Fonagy, 2016; Sobol-Kwapińska, 2014; Dimitrijević i in., 2018; Łukasik, Witek, 2018; Jańczak, 2021). Brakuje badań o znaczeniu i poziomie tych zasobów w populacji polskich seniorów. Głównym celem pracy było sprawdzenie, czy istnieje związek między pozytywną orientacją a mentalizacją w grupie seniorów z miażdżycą. Badaniu poddano 61 osób w okresie późnej dorosłości ($M = 69,41$, $SD = 5,44$). Do pomiaru wykorzystano The Mentalization Scale, MentS; Dimitrijević i in., 2017) oraz Skalę Orientacji Pozytywnej (P-Scale; Caprara, 2012). Uzyskane wyniki potwierdziły istotny pozytywny związek obu konstruktów. Osoby pozytywniej odbierające świat również częściej podejmują się refleksji na temat własnego funkcjonowania. Mentalizacja oraz pozytywna orientacja mogą być wzmacniane poprzez odpowiednią psychoedukację i wsparcie psychologiczne w celu wspomagania funkcjonowania psychicznego, społecznego oraz fizycznego seniorów.

Słowa kluczowe: mentalizacja, pozytywna orientacja, zasoby osobiste, późna dorosłość

1 Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, e-mail: suppan.k@ukw.edu.pl

2 Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, e-mail: basinska@ukw.edu.pl

3 Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, e-mail: alblach@ukw.edu.pl

Summary: Health in late adulthood is gradually deteriorating (Kijak, Szarota, 2013; Błachnio, 2019). Therefore, there is a continuous search for factors that can perform protective functions against it. Recently, mentalization and positive orientation have attracted particular interest (Fonagy, 2008; Laguna, Oleś, Filipiuk, 2011; Sobol-Kwapińska, 2014; Bateman, Fonagy, 2016; Sobol-Kwapińska, 2014; Dimitrijević et al. 2018; Lukasik, Witek, 2018; Jańczak, 2021). There is a lack of research on the importance and level of these resources in the population of Polish seniors. The primary purpose of this study was to see if there is a relationship between positive orientation and mentalization in a group of seniors with atherosclerosis. Sixty-one people in late adulthood were surveyed ($M=69.41$ $SD=5.44$). The Mentalization Scale (MentS) (Dimitrijević et al. 2017) and the Positive Orientation Scale (P-Scale) (Caprara, 2012) were used for measurement. The results confirmed a significant positive relationship between the two constructs. People with a more positive perception of the world are also more likely to reflect on their functioning. Mentalization and positive orientation can be enhanced through appropriate psychoeducation and psychological support to support seniors' mental, social, and physical functioning.

Keywords: mentalization, positive orientation, personal resources, late adulthood

Wstęp

W okresie późnej dorosłości następuje stopniowe pogarszanie się stanu fizycznego jednostki. Równolegle obserwuje się wzrost liczby chorób, szczególnie przewlekłych (Kijak, Szarota, 2013; Błachnio, 2019). W konsekwencji rośnie poziom umieralności polskich seniorów, np. ponad 20% zgonów z powodu chorób układu krążenia dotyczy osób powyżej 85 lat (GUS, 2020). Wśród tych chorób dominuje miażdżycza (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak, Rogala, 2015).

U osób chorych na miażdżycę obserwuje się zmiany w aortach oraz tętnicach średniej wielkości. Ich ściany są uszkodzone przez stan zapalny, najczęściej wywołany przez zbyt duże ciśnienie krwi. Miażdżycowy stan zapalny prowadzi do osadzania się i zbierania makrofagów, lipoprotein, komórek piankowatych i pozakomórkowych skupisk cholesterolu (Kalinin, Suchkov, Klimentova, 2021). Ich skupiska z czasem zostają obrosnięte włóknami tkanki łącznej, prowadząc do izolacji miejsca ze stanem zapalnym oraz zwężenia światła naczynia. W rezultacie przepływ krwi jest ograniczony, co w konsekwencji prowadzi do powstania choroby wieńcowej. Oderwanie się skupiska cząstek od ściany tętnicy może natomiast prowadzić do udaru mózgu bądź zawału serca (Beręsewicz, Skierczyńska, 2006).

Dla osób starzejących się zagrożenie wynikające z choroby jest większe niż dla ludzi młodych, nie tylko z powodu słabnących zasobów fizycznych organizmu, lecz także z powodu utraty zasobów psychicznych, które pomagają w radzeniu sobie z kosztami miażdżycy. Badania pokazują, że w blisko 70% przypadków u osób chorych somatycznie zauważa się również wystąpienie objawów

zaburzeń depresyjnych (Kuśmierek, Florkowski, Gałęcki, Talarowska, 2011). Współwystępowanie miażdżycy i depresji zaostrza obraz kliniczny choroby. Zaburzenia depresyjne negatywnie oddziałują na oś podwzórce-przysadka-nadnercza (HPA) oraz układ współczulny (nadczynność). Niepoprawne funkcjonowanie osi HPA oraz układu współczulnego zwiększa ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Nadczynność układu współczulnego dodatkowo prowadzi do skurczu naczyń oraz aktywacji płytek krwi. Jeśli ten stan utrzymuje się długoterminowo, to również uszkadza układ krwionośny (Kuśmierek, Florkowski, Gałęcki, Talarowska, 2011).

Dla procesu leczenia miażdżycy zasoby psychiczne są istotne. Podczas gdy wraz z wiekiem zmniejsza się ilość zasobów biologicznych, ilość zasobów psychicznych nie musi (Ziomek-Michalak, 2016).

Interesującym i ważnym zasobem psychicznych człowieka jest mentalizacja (Fonagy, 2008; Bateman, Fonagy, 2016). Pozwala osobie zrozumieć, co jest podstawą zachowania zarówno innych osób, jak i jej samej. To przedświadomy i wyobraźniowy proces przetwarzania informacji o sobie i innych ludziach, który pozwala odczuć intencjonalność zachowań. Mentalizacja pokazuje, iż za zewnętrznymi zachowaniami osoby stoją jej stany wewnętrzne, takie jak emocje, pragnienia czy przekonania (Jańczak, 2018). Dzięki niej jednostka rozdziela wrażenia subiektywne od świata zewnętrznego. Uczy się odróżniać emocje wynikające z własnych stanów wewnętrznych od tych, które przypuszczalnie są związane z działaniem lub emocjami innych osób. Przy czym mentalizacja nie jest zdolnością służącą samemu doświadczeniu, działaniu, czy rozumieniu działania innych w aktualnej sytuacji. Jej celem jest wytworzenie symbolicznej reprezentacji stanów umysłu innych ludzi oraz wyobraźniowego przekształcania doświadczeń i wnioskowania na ich podstawie (Cierpiałkowska, Górską, 2016).

Mentalizacja jest procesem, który uruchamia się w umyśle automatycznie. Jednocześnie ze względu na jej procesualny charakter zmienia się w czasie. U każdego jest rozwinięta w różnym stopniu. U osób, u których jest bardziej rozwinięta, stanowi niewątpliwy zasób, natomiast u osób ze słabiej rozwiniętą mentalizacją wyjaśnia psychologiczne problemy kliniczne (Fonagy, 2008; Cierpiałkowska, Górską, 2016).

Odpowiedni rozwój i poprawne działanie mentalizacji umożliwia również polepszenie relacji społecznych poprzez zrozumienie przeżyć swoich i innych osób, a dalej komunikowanie o tym w sposób bardziej skuteczny. W kontekście hospitalizacji z powodu miażdżycy szczególnie mentalizacja poznawcza pozwala zredukować stres dzięki mniejszej aktywacji emocjonalnej. Stres zasadniczo uniemożliwia człowiekowi otworzenie się na nowe możliwości rozwiązywania problemów oraz blokuje możliwość rozwoju zasobów osobistych związanych

z odpornością i dobrostanem (Bateman, Fonagy, 2016). Tymczasem dojrzała mentalizacja może go redukować.

Ważnym zasobem jest pozytywna orientacja człowieka. Rozumiana jako cecha osobowościowa, odpowiada za tendencję do odbierania życiowych doświadczeń z pozytywnym nastawieniem. Pozwala oceniać aktualne życie oraz przyszłość w bardziej pozytywny sposób (Sobol-Kwapińska, 2014). Pozytywna orientacja obejmuje: optymizm, zadowolenie z życia oraz wysoką samoocenę. Uważa się, że pozytywna orientacja może być podstawą powstania „syndromu optymalnego funkcjonowania”. Tym samym może być czynnikiem ochronnym, również przed chorobami psychicznymi, a w szczególności przed depresją (Łukasik, Witek, 2018).

Badania dotyczące pozytywnej orientacji dowodzą, że jest to cecha niezwiązana z płcią ani statusem społeczno-ekonomicznym. Jest natomiast zależna od wieku człowieka. Najwyższy poziom pozytywnej orientacji przypada na okres średniej dorosłości (Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011). Pozytywna orientacja pomaga człowiekowi rozwijać się oraz dbać o swoje życie mimo nieuchronności jego kresu. Podnosi szacunek do siebie, zwiększa poczucie wartości życia oraz nadzieję na przyszłość. Jest cechą, bez której człowiek mógłby nie znieść świadomości własnych ograniczeń, nie radzić sobie z trudnościami i stratami, co w przypadku osób w podeszłym wieku bywa nieuniknione (Sobol-Kwapińska, 2014). W kontekście miażdżycy jako choroby cywilizacyjnej (Bodio, Szymańska-Pomorska, Pytel, Brodziak, 2014), która szczególnie mocno dotyka osoby starsze, pozytywna orientacja może umożliwić bardziej efektywne z nią funkcjonowanie (Mróz, 2014).

Oba zasoby – mentalizacja i pozytywna orientacja – wydają się szczególnie sprzyjać optymalizacji funkcjonowania osób starzejących się. Mogą pełnić funkcję ochronną przy miażdżycy. Tymczasem w literaturze brakuje dowodów empirycznych wiążących mentalizację z pozytywną orientacją oraz miażdżycą. Aby uzupełnić tę lukę przeprowadzono badania, których celem było sprawdzenie, czy istnieje zależność między poziomem mentalizacji i jej wymiarami a poziomem pozytywnej orientacji u osób starszych chorych na miażdżycę, oraz sprawdzenie znaczenia zmiennych demograficznych dla nasilenia poziomu mentalizacji w badanej grupie. Na tej podstawie sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje związek między mentalizacją i jej wymiarami a pozytywną orientacją?
2. Czy zmienne demograficzne różnicują poziom mentalizacji i jej wymiarów w badanej grupie bądź z nim korelują?
3. Czy zmienne demograficzne modyfikują relację między pozytywną orientacją a mentalizacją i jej wymiarami?

Metoda

Grupę badaną stanowiło 61 pacjentów w przedziale wiekowym 60–82 lata. Średnia wieku wyniosła 69,41 lat (SD 5,44). W badaniu uczestniczyło 36 mężczyzn i 25 kobiet. Kryterium ich włączenia było rozpoznanie miażdżycy. Czas trwania choroby badanych wahał się od 1 do 30 lat (M = 6,36, SD = 6,04). Szczegółową charakterystykę demograficzną próby przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna próby (N = 61)

	Zmienna	N; (%)
Stan cywilny	Panna/Kawaler	1; (2)
	Zamężny/Zamężna	41; (67)
	Wdowiec/Wdowa	18; (29)
	Rozwiedziony/Rozwiedziona	1; (2)
Miejsce zamieszkania	Wieś	10; (16)
	Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	14; (23)
	Średnie miasto (od 20 do 100 tys. mieszkańców)	9; (15)
	Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	28; (46)
Wykształcenie	Podstawowe i zawodowe	30; (49)
	Średnie i Wyższe	31; (51)
Aktywność zawodowa	Aktywny/Aktywna zawodowo	7; (12)
	Emerytura	47; (77)
	Renta	6; (9)
	Bezrobotny/Bezrobotna	1; (2)
Liczba posiadanych dzieci	0	2; (3)
	1	11; (18)
	2	28; (46)
	3	13; (22)
	4	5; (8)
	5	2; (3)
Choroby współistniejące	Tak	39; (36)
	Nie	22; (64)

Poza metryczką w badaniu wykorzystano dwa kwestionariusze.

Skala Orientacji Pozytywnej (ang. Positivity Scale; Caprara et al., 2012) – w polskiej adaptacji Marioli Łaguny, Piotra Olesia i Doroty Filipiuk (2011) – służy do pomiaru pozytywnej orientacji w założeniu teorii Giana V. Caprara’ego. Skala składa się z 8 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali odpowiedzi (1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, 5 – „zdecydowanie zgadzam się”). Polską adaptację skali charakteryzuje zarówno zadowalający wskaźnik rzetelności ($\alpha = 0,78$), jak i trafność, wskazując na możliwość stosowania jej w badaniach naukowych (Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011). W badaniach własnych uzyskano rzetelność wynoszącą $\alpha = 0,77$.

Skala Mentalizacji (ang. Mentalization Scale, MentS, Aleksandara Dimitrijevića i in., 2018) – w polskiej adaptacji Moniki Jańczak (2021) – składa się z 28 pozycji i mierzy poziom mentalizacji w rozumieniu teorii Petera Fonagy’ego. Badany ocenia pozycje na pięciostopniowej skali (1 – „całkowicie nieprawdziwe”, 5 – „całkowicie prawdziwe”). Wyniki obliczane są na trzech skalach. Pierwszą jest skala **mentalizowania o innych**, odnosząca się do procesów związanych z mentalizacją zachowań i stanów wewnętrznych innych ludzi, która w adaptacji polskiej uzyskała rzetelność na poziomie $\alpha = 0,80$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,72$). Drugą jest skala **mentalizowanie o sobie**, w której procesy mentalizacji odnoszą się do osoby mentalizującej. Jej rzetelność w polskiej adaptacji wynosi $\alpha = 0,74$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,72$). Trzecią skalą jest **motywacja do mentalizowania**. Określa skłonność do **używania zdolności** mentalizowania w określonych sytuacjach. W polskiej adaptacji uzyskała rzetelność $\alpha = 0,79$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,80$). Wyniki adaptacji polskiej wersji skali wykazały wysoki współczynnik rzetelności całej skali ($\alpha = 0,86$) i potwierdziły jej trafność teoretyczną (Jańczak, 2021). W badaniach własnych uzyskano rzetelność całej skali równą $\alpha = 0,82$.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami etycznymi Deklaracji Helsińskiej z 2013 roku. Badanie przeprowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy. Najpierw osoby chętne poinformowano o regule dobrowolności i anonimowości oraz możliwości rezygnacji z udziału w badaniu, bez podawania powodu, na każdym jego etapie. Przed rozpoczęciem pomiaru kwestionariuszowego uczestnicy zostali poproszeni o wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniu. Badanie uzyskało zgodę Komisji Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (opinia nr 2/10.06.2021).

Wyniki

W celu sprawdzenia normalności rozkładów badanych zmiennych zastosowano test W Shapiro-Wilka. Ponieważ żaden rozkład zmiennych nie odbiegał kształtem

od rozkładu normalnego, do obliczenia wyników użyto testów parametrycznych. Do weryfikacji hipotez dotyczących zależności między zmiennymi zastosowano test prostej korelacji liniowej Pearsona. Badanie różnic między zmiennymi zostało przeprowadzone za pomocą testu *t*-studenta dla różnic między dwiema próbkami zmiennej oraz za pomocą analizy wariancji ANOVA dla różnic między wieloma próbkami zmiennej. Aby zweryfikować hipotezy o modyfikacji relacji między zmiennymi niezależnymi a zmienną zależną przez zmienne pośredniczące, zastosowano analizy regresji wielokrotnej.

Pierwszą analizą statystyczną sprawdzono rozkład wyników i statystyki opisowe pod kątem pozytywnej orientacji oraz mentalizacji i jej wymiarów w grupie uczestników. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla Skali P i MentS

<i>Zmienna</i>	M	Me	Min.	Maks.	SD	Sk	Kurt.	W	p
Pozytywna orientacja	29,82	31	17	40	4,12	-0,52	1,10	0,96	0,074
Skala ogólna mentalizacji	93,85	91,00	68,00	124,0	12,11	0,41	0,25	0,97	0,162
Mentalizowanie o innych	37,59	38,00	24,00	47,0	4,70	-0,28	0,47	0,97	0,105
Mentalizowanie o sobie	24,34	25,00	14,00	37,0	5,18	0,11	-0,10	0,97	0,231
Motywacja do mentalizacji	31,92	32,00	19,00	46,0	6,99	-0,04	-0,80	0,97	0,156

Uzyskane przez respondentów wyniki w pozytywnej orientacji wykazują przeciętne wartości. Wyniki średnie dla badanej próby porównano z wynikami uzyskanymi w badaniach walidacyjnych (Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011) i stwierdzono, że mieszczą się na szóstym steniu. Ponieważ narzędzie (MentS) nie posiada norm stenowych, wyniki uzyskane przez badanych można jedynie porównać do wyników średnich uzyskanych w badaniach walidacyjnych narzędzia. Badana grupa seniorów uzyskała niższe średnie wyniki niż osoby badane w pracy Jańczak (2021) oraz Dimitrijevića i in. (2018).

Następną przeprowadzoną analizą była korelacja liniowa *r* Pearsona pomiędzy mentalizacją i jej wymiarami a pozytywną orientacją.

Tabela 3. Korelacja między pozytywną orientacją a wymiarami mentalizacji

Zmienne		Mentalizacja skala ogólna	Mentalizacja o innych	Mentalizacja o sobie	Motywacja do mentalizacji
Pozytywna orientacja	r	0,52	0,39	0,09	0,58
	p	< 0,001	0,002	0,504	< 0,001

Pozytywna orientacja wykazuje istotny statystycznie dodatni związek z ogólnym wymiarem mentalizacji, mentalizacją o innych oraz motywacją do mentalizacji. Oznacza to, że gdy chorzy cechują się wyższym poziomem pozytywnej orientacji, wzrasta ich zdolność do mentalizowania, szczególnie w kontekście innych osób oraz motywacji do mentalizacji.

Tabela 4. Pozytywna orientacja i zmienne demograficzne jako predyktory mentalizacji i jej wymiarów

Skala ogólna mentalizacji								
Predyktory	b*	SE z b*	b	SE z b	t	p	Korel. czqstk.	R ²
Pozytywna orientacja	0,52	0,11	1,53	0,34	4,55	<0,001	0,52	0,31
Płeć	0,08	0,12	1,95	2,98	0,65	0,516	0,09	
Wiek	-0,07	0,12	-0,17	0,27	-0,63	0,534	-0,08	
Wykształcenie	0,15	0,11	3,52	2,73	1,29	0,202	0,17	
Wyst. chor. współ.	-0,03	0,12	-0,85	2,92	-0,29	0,771	-0,04	
F(5,55) = 4,89, p = 0,001								
Mentalizowanie o sobie								
Predyktory	b*	SE z b*	b	SE z b	t	p	Korel. czqstk.	R ²
Pozytywna orientacja	0,40	0,12	0,46	0,142	3,23	0,002	0,40	0,18
Płeć	0,12	0,13	1,18	1,263	0,94	0,353	0,13	
Wiek	-0,04	0,13	-0,03	0,112	-0,28	0,781	-0,04	
Wykształcenie	-0,02	0,12	-0,16	1,156	-0,14	0,891	-0,02	
Wyst. chor. współ.	-0,14	0,13	-1,31	1,235	-1,06	0,292	-0,14	
F(5,55) = 2,38, p = 0,51								

Mentalizowanie o innych								
Preedyktory	b*	SE z b*	b	SE z b	t	p	Korel. Czqstk.	R ²
Pozytywna orientacja	0,10	0,13	0,12	0,16	0,76	0,449	0,10	
Płeć	-0,16	0,13	-1,65	1,40	-1,18	0,242	-0,16	
Wiek	-0,28	0,13	-0,27	0,12	-2,18	0,034	-0,28	0,17
Wykształcenie	0,21	0,12	2,13	1,28	1,66	0,102	0,22	
Wyst. chor. współ.	0,08	0,13	0,85	1,37	0,62	0,536	0,08	
F(5,55) = 2,26, p = 0,062								

Motywacja do mentalizacji								
Preedyktory	b*	SE z b*	b	SE z b	t	p	Korel. Czqstk.	R ²
Pozytywna orientacja	0,56	0,11	0,95	0,18	5,28	0,000	0,58	
Płeć	0,17	0,11	2,42	1,60	1,51	0,136	0,20	
Wiek	0,11	0,11	0,14	0,14	0,96	0,343	0,13	0,40
Wykształcenie	0,11	0,11	1,55	1,46	1,06	0,293	0,14	
Wyst. chor. współ.	-0,03	0,11	-0,39	1,56	-0,25	0,803	-0,03	
F(5,55) = 7,47, p < 0,001								

Korel. czqstk. – korelacja cząstkowa, SE – błąd standardowy, Wyst. chor. współ. – występowanie chorób współistniejących

Wśród analiz regresji tylko analizy dotyczące modyfikacji relacji między skalą ogólną mentalizacji oraz motywacją do mentalizacji a pozytywną orientacją przez zmienne demograficzne okazały się istotne statystycznie. Mimo tego analizy te nie wykazały modyfikującej roli zmiennych demograficznych, lecz tylko potwierdziły istnienie korelacji między pozytywną orientacją a ogólnie rozumianą mentalizacją i motywacją do mentalizacji.

Kolejne analizy dotyczyły różnic w nasileniu mentalizacji i jej wymiarów wynikających ze zmiennych demograficznych bądź korelacji między nimi.

Tabela 5. Korelacja między wiekiem a mentalizacją i jej wymiarami

Zmienne		Mentalizacja skala ogólna	Mentalizacja o innych	Mentalizacja o sobie	Motywacja do mentalizacji
Wiek	r	-0,30	0,001	-0,32	0,18
	p	0,806	0,993	0,012	0,164

Istotny statystycznie okazał się związek między mentalizacją o sobie a wiekiem. Starsze osoby biorące udział w badaniu cechuje mniejszy ogólny poziom mentalizacji o sobie.

Dyskusja i wnioski

Mentalizacja rozpatrywana jest jako ważny czynnik w terapii osób z zaburzeniami osobowości (Bateman, Fonagy, 2016). Niemniej w ostatnich latach dostrzega się zdecydowanie szerszy obszar, w którym jej znaczenie jest istotne. Jako zasób może pełnić ochronną rolę w procesie starzenia się seniorów, szczególnie tych w trakcie leczenia chorób somatycznych. Tym samym sprzyja poprawie jakości ich życia. Bardziej dojrzała mentalizacja u pacjentów oraz personelu medycznego może skutkować w tworzeniu bardziej skutecznych programów interwencyjnych stosowanych w stosunku do pacjentów szpitalnych oddziałów i tym samym poprawiać ich zdrowie. Założenie to znalazło uzasadnienie w projekcie badawczym Norki Malberg, Lindy Mayes oraz twórcy teorii mentalizacji Petera Fonagy'ego (2008).

Pozytywna orientacja, której rolę dostrzeżono szczególnie u osób ze średniej dorosłości (Caprara, 2012; za Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011), w późniejszym okresie starzenia się i starości może być równie ważnym zasobem. I tak optymizm, który jest składową pozytywną orientacji, jest uważany za zasób wspomagający zdrowie szczególnie osób w wieku senioralnym (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2013). Kolejną składową orientacji pozytywnej – zadowolenie z życia – wraz z wiekiem staje się priorytetowym celem w funkcjonowaniu osób starzejących się. Jest to zgodne z teorią społeczno-emocjonalnej selektywności (Carstensen i in., 1999), w której fakt, iż osoby starsze mają ograniczoną perspektywę czasu, przekłada się na ich decyzje i działanie. Skupiają się one przede wszystkim na osiągnięciu emocjonalnych celów. Skuteczność swoją podnoszą przez koncentrowanie się na pozytywnej informacji i w ten sposób dbają o swój emocjonalny dobrostan. Tendencja ta jest uniwersalna, a polscy seniorzy nie stanowią tu wyjątku (Błachnio, Fabiś, 2018).

Wśród badań empirycznych brakuje dowodów na istnienie związku między mentalizacją a pozytywną orientacją. Tymczasem wydaje się on możliwy, jeśli odnieść się do wyników badań Charlesa Carvera, Michaela Scheiera i Suzanne Segerstrom (2010), które udowadniają pozytywny wpływ optymizmu na funkcjonowanie poznawcze, co może także przekładać się na lepsze mentalizowanie.

Oba zasoby – mentalizacja i pozytywna orientacja – są ważne, ale nadal są mało przebadane i wykorzystane w optymalizacji starzenia się wśród osób powyżej 60 r.ż. Stąd wartość przeanalizowanych wyników. Na ich podstawie okazało się, że w badanej grupie nasilenie mentalizacji było niższe niż w badaniach Dimitirijewića (2018) i Jańczak (2021). W przypadku mentalizacji istnieją teoretyczne przesłanki wskazujące na możliwość słabnięcia jej nasilenia wraz z wiekiem. Mentalizacja zależna jest od procesów poznawczego i emocjonalnego przetwarzania reprezentacji intrapsychicznych (Stawicka, Górską, 2016). Zdolności poznawcze człowieka słabną wraz z wiekiem, szczególnie w okresie późnej dorosłości. Z tego powodu zdolność do mentalizacji może być słabsza u ludzi starszych. Tendencję potwierdzono empirycznie, pokazując, że między osobami we wczesnej dorosłości a osobami w średniej oraz późnej dorosłości występują istotne statystycznie różnice w mentalizacji (Pardini, Nichelli, 2009). W badaniach własnych również uzyskano istotną słabą ujemną zależność między mentalizacją o sobie oraz wiekiem. Podobnie w badaniach Jańczak (2021) wykazano występowanie istotnie statystycznych różnic w nasileniu mentalizacji ze względu na wiek – na niekorzyść osób starszych. Wyniki jednak nie są jednoznaczne, w innych badaniach nad mentalizacją Dimitirijewića (2018) nie potwierdzono istotnej zależności między mentalizacją a wiekiem.

Z kolei pozytywna orientacja u badanych uplasowała się na szóstym stopniu, uzyskując tym samym przeciętny poziom nasilenia badanego konstruktów. W kontekście opisanych badań Caprara (2012; za Łąguna, Oleś, Filipiuk, 2011) wiadomo, że orientacja pozytywna ma nieliniowy związek z wiekiem. Oznacza to, że jej nasilenie rośnie do okresu średniej dorosłości, a po nim zaczyna stopniowo maleć. W tym kontekście przeciętny wynik uzyskany u przebadanych seniorów wydaje się normatywny.

Wśród badanych seniorów chorych na miażdżycę wymiary mentalizacji, poza wymiarem mentalizacji o sobie, wykazują dodatni przeciętny związek z pozytywną orientacją. Osoby o bardziej optymistycznym podejściu do życia, większym zadowoleniu z niego oraz wyższej samoocenie częściej reflektują się nad intencjonalną naturą zachowania innych osób. Uważa się, że pozytywna orientacja chroni przed negatywnym afektem (Caprara, 2012; za: Sobol-Kwapińska, 2014). Tym samym jej większe nasilenie może pełnić funkcję chroniącą proces mentalizacji przed wpływem negatywnych emocji.

Ograniczenia pracy

Praca wpisuje się w ważny nurt badań i dyskusji nad możliwością optymalizacji przebiegu procesu starzenia. Nie jest pozbawiona ograniczeń, spośród których wskazać należy małą liczbę osób badanych. Warto zreplikować badanie dla uzyskania reprezentatywnych grup wiekowych w celu opisanie różnic w mentalizacji i orientacji pozytywnej osób z różnych okresów starości. Dodatkowo procedura badania też obarczona jest ograniczeniami. Badanie zrealizowano na oddziale angiologii szpitala klinicznego. Z powodu charakterystyki oddziaływań, którym poddawani są na nim pacjenci, oraz samej pracy lekarzy i pielęgniarek, trudność sprawiło uzyskanie warunków, w których można było przeprowadzić badania bez żadnych zakłóceń. Za atut pracy, a zarazem pewne ograniczenie, może być uznany również nowatorski charakter ujmowanego tematu. Chociaż istnieją prace teoretyczne oraz empiryczne dotyczące zarówno pozytywnej orientacji, jak i mentalizacji, brakuje takich, które łączyłyby oba konstrukty.

Wnioski

Oto najważniejsze wnioski z powyższego badania.

1. Zaobserwowano istotny pozytywny związek pomiędzy pozytywną orientacją a mentalizacją. Prezentowane wyniki wpisują się w dyskusję na temat rosnącego znaczenia mentalizacji oraz orientacji pozytywnej dla funkcjonowania człowieka.
2. Istnieje potrzeba dalszej empirycznej weryfikacji związków między pozytywną orientacją a mentalizacją na większej próbie.
3. Istnieje potrzeba dostrzeżenia i wykorzystania możliwego znaczenia mentalizacji dla procesu leczenia. Jednocześnie należy zaplanować i przeprowadzić kolejne badania nad zależnością pozytywnej orientacji i mentalizacji.
4. Istotne jest wspomaganie seniorów w sytuacji choroby. Opieka zdrowotna powinna w szerszym zakresie odwoływać się do zasobów psychicznych pacjenta. Poprzez stymulację pozytywnego nastawienia starszych ludzi oraz ich zdolności autorefleksyjnych osiągnąć można nie tylko polepszenie współpracy seniorów z personelem medycznym, lecz także przyspieszyć proces ich powrotu do zdrowia.

Bibliografia

- Ballespí, S., Vives, J., Debbané, M., Sharp, C., Barrantes-Vidal, N. (2018). Beyond diagnosis: Mentalization and mental health from a transdiagnostic point of view in adolescents from non-clinical population. *Psychiatry Research*, 270, 755–763.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Beręsewicz, A., Skierczyńska, A. (2006). Miażdżycza – choroba całego życia i całej populacji krajów cywilizacji zachodniej. *Choroby Serca i Naczyní*, 3(1), 1–6.
- Błażnio, A. (2019). *Potencjał osób w starości: Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Błażnio, A., Fabiś, A. (2018). Satisfaction paradox in old age. W: Ł. Tomczyk, A. Ryk, J. Prokop (red.), *New trends and research challenges in pedagogy and andragogy*. Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie.
- Bodio, M., Szymańska-Pomorska, G., Pytel, A., Brodziak, T., Medyczna, N. W. S. (2014). Żyłaki kończyn dolnych. *Gerontologia Współczesna*, 4(2), 185–189.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889.
- Cierpiałkowska, L., Górka, D. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha – perspektywa strukturalno-procesualna. W: E. Dobosz, D. Borowiak (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 17–41). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280.
- Jańczak, M. (2018). Mentalizacja w praktyce klinicznej – perspektywa psychodynamiczna. *Psychoterapia*, 4(187), 5–17.
- Jańczak, M. O. (2021). Polska adaptacja i walidacja Skali mentalizacji (MentS) – samoopisowego narzędzia do pomiaru mentalizowania. *Psychiatria Polska*, 55(6), 1257–1274.
- Kalinin, R. E., Suchkov, I. A., & Klimentova, E. A. (2021). New predictors of atherosclerosis progression after surgical interventions on the arteries of the lower extremities. *Acta Angiologica*, 27(4), 130–137.
- Kijak, R. J., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, 6–22.
- Kuśmirek, M., Florkowski, A., Gałęcki, P., Talarowska, M. (2011). Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem depresji. *Current Problems of Psychiatry*, 12(3), 285–292.
- Łaguna, M., Oleś, P., Filipiuk, D. (2011). Orientacja pozytywna i jej pomiar: polska adaptacja Skali Orientacji Pozytywnej. *Studia Psychologiczne (Psychological Studies)*, 49(4), 47–54.

- Lukasik, I. M., Witek, A. (2018). Nastawienie na sukces w kontekście pozytywnej orientacji i poczucia własnej skuteczności. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 31(2), 301–312.
- Malberg, N. T., Fonagy, P., Mayes, L. (2008). Contemporary Psychoanalysis in a Pediatric Hemodialysis Unit Development of a Mentalization-Based Group Intervention for Adolesc. *Annual of Psychoanalysis*, 36, 101–114.
- Marszał, M., Kamza, A. (2016). Poznawcze źródła mentalizacji – koncepcja teorii umysłu W: E. Dobosz, D. Borowiak (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 65–93). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Mróz, J. (2014). Znaczenie zasobów osobistych dla zachowań i przeżyć związanych z pracą pielęgniarek. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(3), 731–736.
- Ogińska-Bulik, N., Zadworna-Cieślak, M., Rogala, E. (2015). Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(3), 570–577.
- Pardini, M., Nichelli, P. F. (2009). Age-related decline in mentalizing skills across adult life span. *Experimental Aging Research*, 35(1), 98–106.
- Sobol-Kwapińska, M. (2014). Orientacja pozytywna – koncepcje teoretyczne i przegląd badań. *Studia Psychologiczne*, 52(1), 77–90.
- Stawicka, M., Górka, D. (2016). Mentalizacja w kontekście przywiązania. W: E. Dobosz, D. Borowiak (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 42–64). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Straś-Romanowska, M. (2011). Późna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*. (s. 326–347). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Śliwa, E. (2020). Alienacja i osamotnienie osób starszych w relacjach społecznych. *EXLIBRIS Social Gerontology Journal*, 19(2), 82–98.
- Wasilewski, J., Poloński, L. (2010). Znaczenie fibrynogenu i właściwości reologicznych krwi w miażdżycy i chorobie wieńcowej. *Choroby Serca i Naczyn*, 7(2), 62–71.
- Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2013). Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatrya Polska*, 10(4), 145–156.
- Ziomek-Michalak, K. (2016). *Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.