

Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai  
Kar

Doktori értekezés tézisei

*Szondy Máté*

*Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás*

Pszichológiatudomány Doktori Iskola

Doktori Iskola vezetője: **Prof. Dr. Hunyady György**

*Személyiség – és Egészségpszichológiai Program*

Programvezető: **Prof. Dr. Oláh Attila**

Témavezető: **Prof. Dr. Oláh Attila**

## CÉLKITŰZÉSEK<sup>1</sup>

### Bevezetés

Doktori kutatásom célja az optimizmus – és pesszimizmuskonstruktumok testi és lelki egészségre kifejtett hatásának vizsgálata volt. Disszertációm az „alkalmazott pozitív pszichológia” szellemében született. A pozitív pszichológia képviselői szerint a pszichológia tudománya sokáig elhanyagolta a pozitív lelki működések vizsgálatát (míg a lélek árnyoldalát sokan és sok szempontból vizsgálták) (Snyder és Lopez, 2002). A történelem tragikus eseményeinek (elsősorban a két világháborúról van itt szó) hatására a pszichológia „viktimológiává” alakult: kutatásainak középpontjába a személyes szenvedés vizsgálata és gyógyítása került (Seligman és Csíkszentmihályi, 2000). Ezt a „hangsúlyeltolódás” próbálja meg ellensúlyozni a XX. század végén megjelenő pozitív pszichológia. A pozitív pszichológia egy „ernyő-fogalom”, mely azoknak a *pozitív szubjektív élményeknek, pozitív személyiségvonásoknak és pozitív intézményeknek* a vizsgálatára vonatkozik, melyek *javítják az életminőséget és megelőzik a patológiák kialakulását.* (Seligman és Csíkszentmihályi, 2000).

A pozitív pszichológia megszületése után gyorsan megjelent az igény a kutatási eredmények gyakorlatba való átültetésére. Az *alkalmazott pozitív pszichológia* Linley és Joseph (2004) alapján „a pozitív pszichológiai kutatás eredményeinek alkalmazása az optimális működés serkentése érdekében” (i.m., 4.o). A szerzők hat pontban részletezik a fenti definíciót: (1.) *Serkentés*: Az alkalmazott pozitív pszichológia nem preskriptív jellegű, azaz nem szabja meg az embereknek, hogy hogyan viselkedjenek. Ehelyett serkentő jellegű oly módon, hogy segíti az embereket saját céljai elérésében. (2.) *Optimális működés*: Ez a kifejezés kívánatos pszichológiai folyamatok és kimenetek széles körére vonatkozik. Ide kívánatosnak tartott szubjektív élmények (mint a boldogság, remény), pozitív személyiségvonások (mint a bölcsesség, érzelmi intelligencia) és az olyan erények, melyek a „jó állampolgársághoz” járulnak hozzá (mint a felelősség és altruizmus). (3.) *Értékfelfogás*: Miközben olyan fogalmakról beszélnek, mint „pozitív személyiségvonások” vagy „jó élet”, óhatatlanul kiállnak adott értékek mellé (és ez igaz annak ellenére is, hogy a pszichológia tudománya értéksemlegességre törekszik). Ezeket az értékeket expliciten meg kell fogalmazni és velük kapcsolatban lehetővé kell tenni a tudományos vizsgálódást és kritikát. (4.) *Az alkalmazás szintjei*: Az alkalmazott pozitív pszichológia alkalmazható egyéni szinten, csoportok, szervezetek, közösségek és a társadalom szintjén. (5.) *Az emberi működés teljes spektrumával* foglalkozik. Ez azt jelenti, hogy mind a distressz csökkentését, mind az optimális működés serkentését feladatának tekinti. Nem elégszik meg azzal, hogy megszüntesse a tüneteket, illetve csökkentse a distresszt (azaz, hogy „mínusz állapotból nullára hozza fel a személyt”) – célja az, hogy a patológia megszűnése után tovább segítse a személy optimális fejlődését („nulláról pozitív állapotba”). (6.) Az alkalmazott pozitív

---

<sup>1</sup> Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Dr. Oláh Attilának tanácsaiért és a téma feldolgozásában nyújtott segítségéért, Dr. Urbán Róbertnek a disszertáció első változatának átolvasásáért, javaslataiért és tanácsaiért, Czeglédi Editnek a statisztikai elemzésekben nyújtott pótolhatatlan segítségéért és a Személyiség – és Egészségpszichológia Tanszék összes munkatársának, akik építő jellegű kritikájukkal, meglátásaikkal járultak hozzá a disszertáció jelenlegi formájának kialakulásához, valamint páromnak a támogatásért.

pszichológia *nem kíván a pszichológia egy új ága, területe* lenni – ehelyett *kollektív identitást* és közös nyelvezetet ad azon pszichológusok számára, akik munkájuk során pozitív pszichológiai témákkal foglalkoznak.

Igen gyümölcsözőnek tűnik az alkalmazott pozitív pszichológia és az egészségpszichológia integrálása. A „*pozitív egészségpszichológia*” azonban még gyerekcipőben járó területnek tekinthető. Az egészségpszichológiai kutatások eddig elsősorban az olyan negatív tényezők hatását vizsgálták, mint a fenyegetettségérzés vagy észlelt sérülékenység. A legújabb kutatások szerint azonban a pozitív vonások (pl. az optimizmus) jobb bejósolói az egészségmagatartásnak, mint a negatív, fenyegetettségre vonatkozó tényezők.

## **Optimizmus – és pesszimizmuskonstruktumok**

A pozitív pszichológia szakirodalma többféle optimizmus – és pesszimizmuskonstruktumot különböztet meg.

Scheier és Carver (1985) írták le a *vonás (diszpozicionális) optimizmus* és *vonás (diszpozicionális) pesszimizmus* konstruktumát. Definíciójuk szerint a vonás optimizmus nem más, mint generalizált elvárások a pozitív kimenetekre vonatkozóan (a vonás pesszimizmus pedig generalizált negatív elvárásokra vonatkozik).

Snyder és munkatársai (1991) a *reményt* olyan kognitív konstruktumnak tekintik, mely a célelérésre irányul. A remény egy olyan pozitív motivációs állapot, melyben együttesen jelenik meg a (a) hatóerő (azaz a cél – elérésre irányuló energia) és a (b) megoldási lehetőségek (Snyder és mtsai, 2002).

A *defenzív pesszimizmus* konstruktum leírása Nancy Cantor és munkatársai nevéhez fűződik (Norem és Cantor, 1986). A kifejezés arra a kognitív stratégiára utal, amit a magas szorongásszinttel jellemezhető személyek céljaik elérése során alkalmazhatnak. Ezek a személyek irreálisan alacsony elvárásokkal fordulnak a feladat felé, annak ellenére, hogy korábban sikeresen teljesítettek hasonló helyzetekben. Eközben intenzíven fókuszálnak és reflektálnak viselkedésük lehetséges kimeneteire (Norem és Chang, 2002). A *stratégiai optimizmus* stratégiáját választó személyek ezzel szemben optimista elvárásokkal fordulnak a feladat felé és aktívan próbálják elkerülni a lehetséges kimenetekre való reflektálást.

*Irreális optimizmus*ról akkor beszélünk, amikor „a személy pozitívabb színben látja saját jövőjét, mint a hasonló helyzetben lévő másokét” (Clarke és mtsai, 2000, 368. o.). Mivel az emberek hajlamosak úgy érezni, hogy egy adott eseménnyel kapcsolatban az átlagosnál kisebb a rizikójuk, ez az optimizmus szükségképp *irreális*, hiszen az emberek többségének nem lehet átlag – alatti a veszélyeztetettsége (Weinstein, 1980).

## **Az optimizmus és pesszimizmus viszonya**

A vonás optimizmus konstruktumának „*atyjai*” szerint az optimizmus és pesszimizmus ugyanannak a dimenzióknak a két végpontján helyezkedik el (Scheier és Carver, 1985). Későbbi kutatások (pl. Chang és mtsai, 1997) szerint ezzel szemben egymástól részben független vonásnak tekinthető az optimizmus és pesszimizmus. Erre utal az az adat is, miszerint az optimizmus mérésére kidolgozott Életsszemlélet Teszt (*Life Orientation Test*, Scheier és Carver, 1985) optimizmus és pesszimizmus alskálája eltérő mintázatú kapcsolatot

mutat különféle személyiségvonásokkal, megküzdési mechanizmusokkal, a mentális és fizikai egészség különféle mutatóival (Marshall és mtsai, 1992).

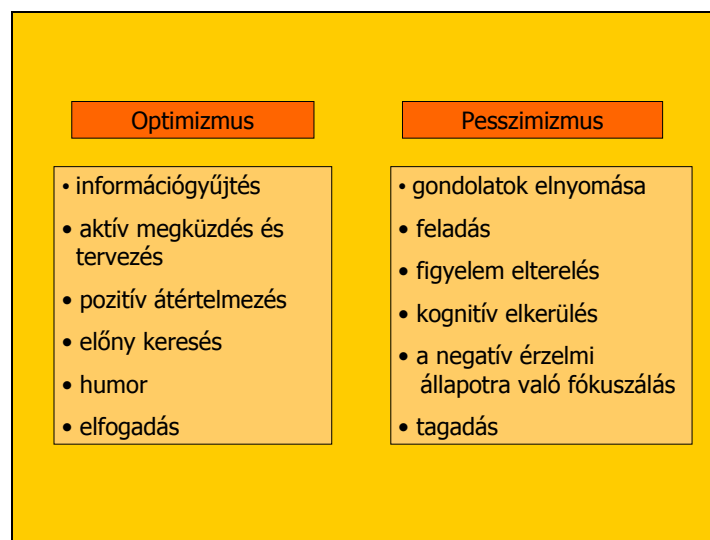
A pozitív és negatív elvárások viszonylagos függetlenségét igazolják a korrelációs adatok: a legtöbb kutatásban 0,3 – 0,5 közti korrelációt találnak a két változó közt (Benyamini, 2005): ha ugyanannak a dimenzióknak a két végpontjáról lenne szó, akkor sokkal magasabb korrelációt kapnánk.

Benyamini (2005) szerint együttesen is fennállhat az optimizmus és pesszimizmus magas szintje – ezek a személyek „hedonikusan gazdag” elvárásokkal bírnak a jövőre nézve, mind a pozitív, mind pedig a negatív események bekövetkeztére felkészülnek. A szerző felidézi Cacioppo és mtsai (1999) elméletét, miszerint két egymástól elkülöníthető értékelő csatorna felel a fenyegető és a biztonságos ingerek értékelésért. Ezek a csatornák részben egymástól függetlenül, egymással párhuzamosan működnek.

### Optimizmus és mentális egészség

A pozitív pszichológiai alap kutatások alapján úgy tűnik, hogy az optimizmus *a mentális egészség számos mutatójával áll szoros kapcsolatban*. Kutatásunkban a megküzdéssel és a szubjektív jólléttel mutatott kapcsolatát vizsgáltuk.

Szondy és munkatársai (2005) áttekintik az optimizmus és pesszimizmus kapcsolatát a megküzdési mechanizmusokkal. Számos – igen különböző kontextusban végzett – kutatás (Aspinwall és Taylor, 1992; Hatchett és Park, 2004; Hart és Hittner, 1995; Scheier és Carver, 1985; Scheier és mtsai, 1986; Shen és mtsai, 2004) szerint az optimista és pesszimista személyek eltérő megküzdési stratégiákat alkalmaznak. Az optimizmushoz, illetve pesszizmushoz társuló megküzdési mechanizmusokat lásd az 1. Ábrán.



1. **Ábra** Az optimizmushoz és pesszizmushoz kapcsolódó preferált megküzdési stratégiák

Általánosságban az *optimista személyek a pesszimista személyeknél nagyobb valószínűséggel alkalmaznak aktív, problémafókuszú megküzdést*. Amennyiben a helyzet *kontrollálhatatlan*, az optimista hajlamos *adaptív emóciófókuszú megküzdési mechanizmusokat (pozitív átértelmezés, humor, elfogadás) alkalmazni*.

Számos kutatás alapján azt mondhatjuk, hogy az optimista személyek – szemben a pesszimista személyekkel – képesek az *adott helyzet objektív jellemzőinek megfelelő reagálásra*, különösen akkor, ha a helyzet fenyegetést hordoz az egészségre vagy jólétre vonatkozóan. Ennek a képességnek a háttérében egyrészt a kognitív folyamatok jellegzetességei (pl. a negatív információk mélyebb feldolgozása, illetve a kognitív folyamatok rugalmassága), másrészt az aktív megküzdési próbálkozásokról fakadó – a megküzdésre vonatkozó – nagyobb tudás áll.

Bár az optimizmus információfeldolgozásra és kognitív folyamatokra kifejtett „jótékony” hatása háttérében részben a pozitív érzelmekkel mutatott kapcsolata áll, az optimista elvárásokhoz kapcsolódó aktív megküzdési stílus a pozitív érzelmektől függetlenül is igen adaptív. Mivel a pozitív érzelmi állapotok önmagukban kevés viselkedési tendenciához társulnak (Fredrickson, 1998), az optimizmus hatásai nem magyarázhatóak kizárólag a pozitív érzelmekkel mutatott kapcsolattal. Az optimizmus azért „működik”, mert az optimista személyek a *pozitív érzelmi állapotból fakadóan információfeldolgozási előnyökkel bírnak és nagyobb valószínűséggel alkalmaznak problémacentrikus, aktív megküzdést* (Aspinwall és mtsai, 2002).

A vonás optimizmus erős pozitív kapcsolatban áll a *szubjektív jóllét* és a pozitív érzelmek magas szintjével és csökkenti a szorongásos és depresszív állapotok kialakulásának valószínűségét (Szondy, 2005).

Bár a jelenlegi – „pozitív gondolkodást” propagáló – korszellem erősen hajlik a leegyszerűsítő „az optimizmus jó, a pesszimizmus rossz” felfogásra, áttekintésünk alapján el kell vetnünk ezt a felfogást. Az optimizmus (és pesszimizmus) hatásai nagymértékben függenek attól, hogy konkrétan *melyik konstruktumról* van szó (pl. vonás optimizmus vagy stratégiai optimizmus) és konkrétan *milyen kontextusban* vizsgáljuk a kimenetet. Robinson-Whelen és munkatársai (1997) például azt találták, hogy idősebb mintában a „pozitív gondolkodás” és optimizmus kevésbé jósolja be a pozitív kimeneteket, mint fiatalabb mintán. A fenti – leegyszerűsítő – felfogással szemben például a (stratégiai) pesszimizmus adaptív, szorongáscsökkentő stratégiaként funkcionál.

Az optimizmus és pesszimizmus hatásának komplex, többszemponútú vizsgálatának szükségességét jól illusztrálja az alábbi idézet:

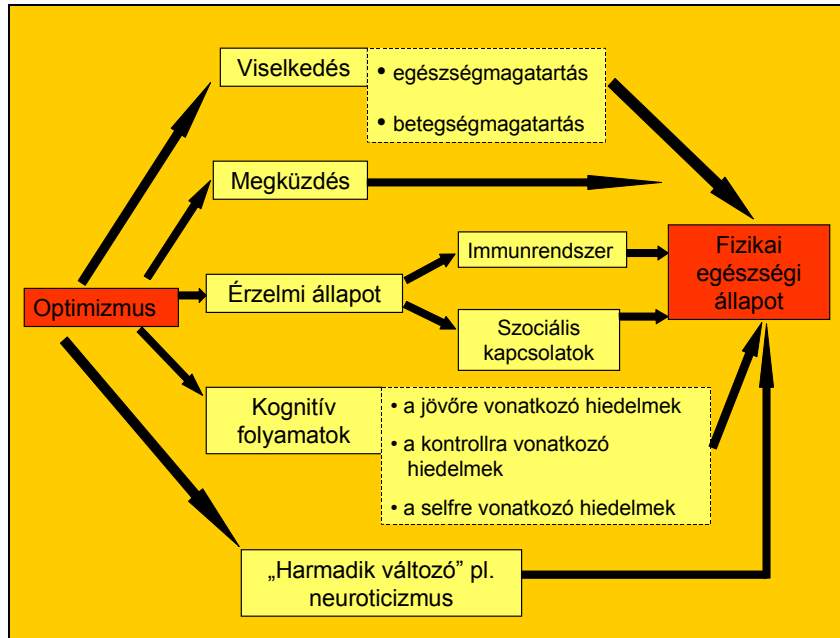
„Miközben azt tanulmányozzuk, hogy az emberek hogyan érik el céljukat az életben, vigyáznunk kell arra, hogy egy út hatásossága láttán ne hogy megfeledekezzünk az alternatív utakról, melyeket az emberek céljaik elérése érdekében alkalmazhatnak” (Norem és Chang, 2002, 999. o.).

## **Optimizmus és fizikai egészség**

Az optimizmus nem csak a mentális, hanem a fizikai egészség mutatóinak is jó prediktora (Szondy, 2006b). A vonás optimizmus magas szintje jobb *szubjektív egészségi állapotot* (Aspinwall és Taylor, 1992), jobb *objektív egészségi állapotot* (Scheier és mtsai, 1989), jobb *immunmutatókat* (Milam és mtsai, 2004), gyorsabb *gyógyulási sebességet* (Scheier és mtsai, 1989) és alacsonyabb *mortalitási rizikót* (Giltay és mtsai, 2004) jósol be.

Az optimizmus és a fizikai állapot közti kapcsolatot többféle mediáló utat írhatunk le (2. Ábra). Az optimizmus befolyásolja az egészséggel kapcsolatos viselkedést (az egészségmagatartást és a betegségmogatartást), az optimizmus befolyásolja az egészséggel

kapcsolatos megküzdést, az optimizmus befolyásolja az érzelmi állapotunkat, ami hatással van az egészségi állapotunkra. Az optimizmus hatással van a kognitív folyamatokra, melyek az érzelmi állapotoktól függetlenül is befolyásolják az egészségi állapotunkat. Végül, pedig az is elképzelhető, hogy az optimizmus egy harmadik változón keresztül kapcsolódhat a fizikai egészségi állapothoz (pl. neuroticizmus).



2. Ábra Az optimizmus és fizikai egészség közti kapcsolatot közvetítő tényezők

## Kérdésfelvetés

Kutatásunkban az optimizmust, mint a testi és lelki egészség fontos meghatározóját vizsgáltuk. A következő kérdésekre, illetve problémákra kerestünk választ:

1. Amint az a szakirodalmi áttekintésből kiderült, számos optimizmus konstruktumot különböztethetünk meg. Elenyésző azonban az olyan kutatások aránya, amelyekben egynél több optimizmuskonstruktumot vizsgáltak. Így ezen konstruktumok egymással mutatott kapcsolata nem egyértelmű. Célunk tehát az, hogy tisztázzuk a következő konstruktumok egymással mutatott kapcsolatát: vonás optimizmus, defenzív pesszimizmus, remény, egészségügyi problémákkal kapcsolatos helyzetspecifikus optimizmus, egészségügyi problémákkal kapcsolatos irreális optimizmus.
2. Optimizmusszintünk szignifikánsan befolyásolja, hogy miként értékeljük a stresszorokat és milyen választ adunk rájuk. Bár az optimizmus és megküzdési stílus kapcsolata számos külföldi kutatás tárgyát képezi, nem tudunk olyan magyarországi kutatásról, ahol szisztematikusan vizsgálták volna az egyes optimizmuskonstruktumok adott megküzdési stílussal mutatott kapcsolatát. A következő megküzdési stílusok optimizmus konstruktumokkal mutatott kapcsolatát vizsgáltuk: aktív megküzdés, tervezés, pozitív újraértelmezés, elfogadás, humor, vallás, érzelmi támogatás használata, instrumentális támogatás használata, figyelem elterelés, tagadás, ventillálás, szerabúzus, viselkedéses feladás, önhibáztatás.

3. Bár a legtöbb kutatási eredmény szerint a magasabb optimizmus szint magasabb étellel való elégedettséget jósol be, kevés kutatás vizsgálta azt, hogy a számos optimizmuskonstruktum közül melyik áll a legszorosabb kapcsolatban az étellel való elégedettséggel.
4. Megvizsgáljuk azt is, hogy az optimizmus konstruktumok interakciója hogyan befolyásolja a megküzdési stílust és az étellel való elégedettséget.
5. Az egészségmagatartással kapcsolatban a két leggyakrabban vizsgált optimizmus konstruktum a vonás optimizmus és az irreális optimizmus. Felmérjük, hogy ez a két konstruktum külön – külön, illetve egymással interakcióban hogyan befolyásolja a vizsgálati személyek egészségmagatartását (szűrővizsgálatokon való részvétel, biztonságos szexuális élet, étkezési szokások, testedzés, dohányzás, alkoholfogyasztás).

### **A vizsgálatok bemutatása**

Doktori kutatásomnak két fázisa volt. Az *első fázis*ban azt vizsgáltuk, hogy az optimizmus - és pesszimizmuskonstruktumok milyen kapcsolatban állnak egymással. Ezen kívül felmértük azt, hogy az optimizmuskonstruktumok milyen erővel jósolják be az étellel való elégedettséget. Miután az eredmények azt mutatták, hogy az optimizmus és pesszimizmus szoros kapcsolatban áll az étellel való elégedettséggel, mediációs elemzéssel vizsgáltuk meg, hogy ezt a kapcsolatot a megküzdési stílusok közvetítik –e. Kutatásom *második* fázisában az optimizmus és pesszimizmus egészségmagatartással mutatott kapcsolatát vizsgáltam.

## **I. KUTATÁS: AZ OPTIMIZMUS - ÉS PESSZIMIZMUSKONSTRUKTUMOK KAPCSOLATA EGYMÁSSAL, AZ ÉLETTELEL VALÓ ELÉGEDETTSÉGGEL ÉS A MEGKÜZDÉSI STÍLUSSAL**

### **Vizsgálati személyek:**

Kutatásunk első fázisában 164 főből álló női, egyetemista mintát vizsgáltunk. Átlagéletkoruk 21,24 év (szórás: 3,88 év) volt. A vizsgálati személyek nem kaptak semmilyen kompenzációt a kutatásban való részvételért.

### **Mérőeszközök:**

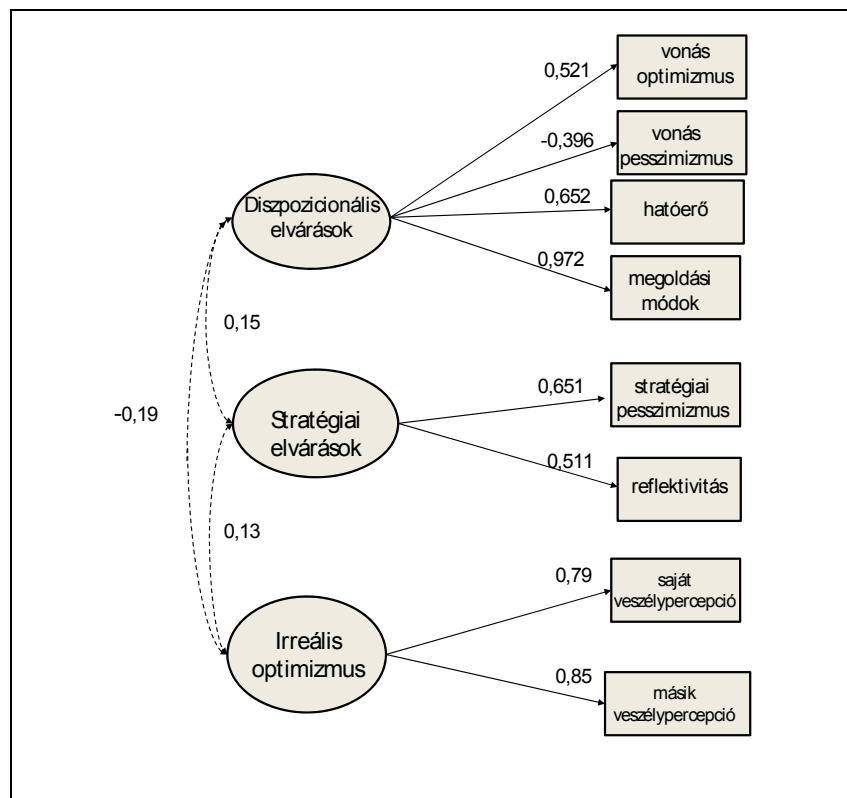
- Életszemlélet Teszt (*Life Orientation Test, LOT*) (Scheier és Carver, 1985)

- Átdolgozott Defenzív Pesszimizmus Kérdőív (*Revised Defensive Pessimism Questionnaire, R-DPQ*) (Norem, 2002)
- Remény Skála (*Hope Scale, HS*) (Snyder és mtsai, 1991)
- Egészségügyi problémákkal kapcsolatos irreális optimizmus
- Élettel Való Elégedettség Skála (*Satisfaction With Life Scale, SWLS*) (Diener és mtsai, 1985)
- Rövidített COPE (*Brief COPE, Carver, 1997*)

## Eredmények és megbeszélés

Eredményeink a *vonás optimizmus és vonás pesszimizmus viszonylagos függetlenségét* mutatta ki. Erre utal, hogy az *Életszemlélet Teszt* kétfaktoros modellje (miszerint az optimizmus és pesszimizmus független konstruktumok) jobb illeszkedést mutat az adatokkal, mint az egyfaktoros modell (miszerint az optimizmus és pesszimizmus ugyanazon dimenzió két végpontja). A kétfaktoros modell illeszkedési mutatói:  $\chi^2 = 86,02$ ; CFI = 0,974; RMSEA = 0,147.

Az optimizmus és pesszimizmus konstruktumok konfirmációs faktoranalízise 3, egymástól független faktort mutatott ki. Így elkülöníthetők a *velüncszületett, diszpozicionális jellegű elvárások* a jövővel kapcsolatban, a *szorongáscsökkentés szolgáló, tudatos stratégiaként funkcionáló defenzív pesszimizmus* (illetve ellenpólusa, a *stratégiai optimizmus*) és a *fenyegető ingerek* (vizsgálatunkban az egészségügyi problémák) lebecsülésére vonatkozó *irreális optimizmus* (3. Ábra).





**3. Ábra** Az optimizmus – és pesszimizmuskonstruktumok 3 faktoros modellje (illeszkedési mutatók:  $\chi^2=46,05$ ,  $p<0,001$ ;  $CMIN/DF=2,709$ ;  $CFI=0,991$ ;  $RMSEA=0,075$ )

Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a különböző optimizmus konstruktumok eltérő mintázatú kapcsolatban állnak a megküzdési stílussal. A *vonás optimizmus pozitívan kapcsolódott az adaptív megküzdési formákhoz és csökkentette az olyan maladaptív megküzdési formák valószínűségét, mint a feladás, a figyelem elterelése, illetve az önhibáztatás. A vonás pesszimizmus ezzel ellentétes mintázatot mutat: pozitívan kapcsolódik a maladaptív megküzdési formákhoz és negatívan a megküzdés adaptív formáihoz. A remény összetevői (a hatóerőre és a megoldási módokra vonatkozó hit) a vonás optimizmushoz hasonló mintázatot mutattak.*

A defenzív pesszimizmus magas szintje olyan megküzdési mechanizmusokkal jár együtt, mely implikálja a defenzív pesszimizmus *per definitionem* jellemzőit: a lehetséges negatív kimenetekre való fókuszálást, az alacsony elvárások megfogalmazását és a támogatáskeresést.

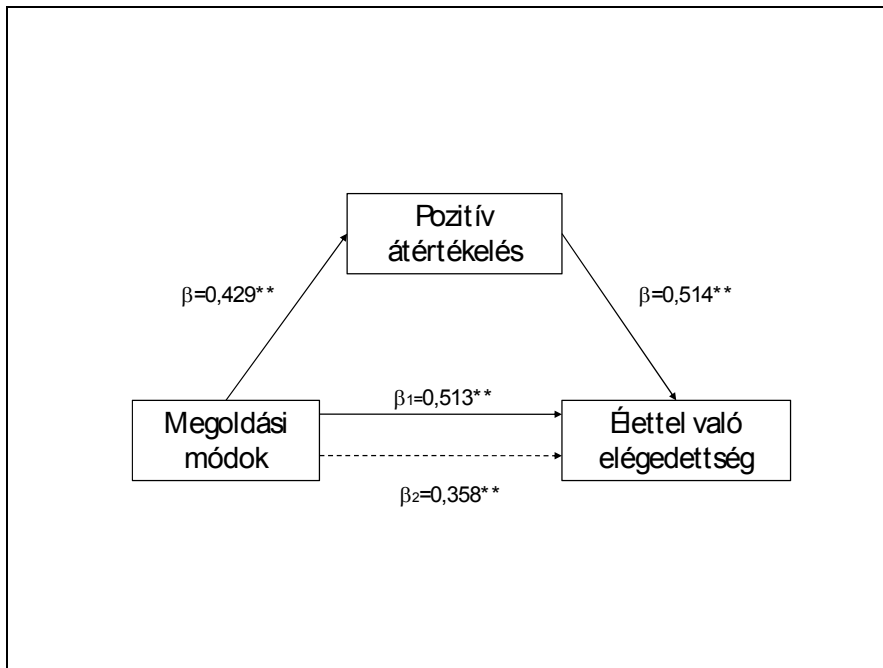
Az egészségügyi problémákkal kapcsolatos irreális optimizmus negatív kapcsolatot mutat a segítségkereséssel, a negatív érzelmek kifejezésével, a helyzet elfogadásával, a figyelem eltereléssel. Az irreális optimizmus pozitívan korrelált a szerabúzussal, mint megküzdési formával.

Lépésenkénti lineáris regresszióanalízis segítségével vizsgáltuk az optimizmus – és pesszimizmuskonstruktumok hatását az étellel való elégedettségre. A végső modell (1. Táblázat) szerint *a hatóerő, a megoldási módok, a diszpozicionális optimizmus, a diszpozicionális pesszimizmus és az irreális optimizmus jósolja be szignifikánsan az étellel való elégedettséget.*

Függő változó	Hatóerő	Megoldási módok	Vonás optimizmus	Vonás pesszimizmus	Irreális optimizmus	
	Sztenderd $\beta$ - k					illesztett R <sup>2</sup>
Étellel való elégedettség	0,309***	0,178*	0,189*	-0,221**	-0,136*	0,432

**1. Táblázat** Az optimizmus konstruktumok, mint az étellel való elégedettség bejósolói (\*:  $p<0,05$ ; \*\*:  $p<0,01$ ; \*\*\*:  $p<0,001$ )

A modell magyarázóereje meghaladja a 43 százalékot. Legerősebb magyarázó ereje a hatóerőnek van ( $\beta = 0,309$ ). A hatóerő, megoldási módok és a vonás optimizmus pozitív, a vonás pesszimizmus és az irreális optimizmus negatív prediktora az étellel való elégedettségnek. Az összefüggések jobb megértése érdekében mediációs elemzést végeztünk: arra voltunk kíváncsiak, hogy az optimizmuskonstruktumok és az étellel való elégedettség közti kapcsolatot a megküzdési mechanizmusok mediálják – e. Az elemzés szerint a vonás optimizmus és az étellel való elégedettség közti kapcsolat mintegy 61%-át magyarázta a pozitív átértékelés, mint megküzdési mechanizmus (4. Ábra).



**4. Ábra** Mediációs elemzés; a folytonos nyilak az egyváltozós regressziós modelleket, a pontozott nyíl a mediátorváltozó kontrollálása mellett végzett regressziós modellt jelzik (Sobel-teszt érték: 3,281)

A vonás pesszimizmus és az élettel való elégedettség közti kapcsolatot 3 megküzdési mechanizmus mediálta elemzésünk szerint. A vonás pesszimizmus és az erőfeszítés közti negatív kapcsolat a pesszimizmus és az élettel való elégedettség közti (negatív) kapcsolat 11%-át magyarázza. Az érzelmi támogatás a vonás pesszimizmus és az élettel való elégedettség közti kapcsolat 15% - át magyarázza. A helyzet pozitív átértékelése pedig 16% - ban magyarázza a vonás pesszimizmus és az élettel való elégedettség közti viszonyt.

## II. KUTATÁS: A VONÁS OPTIMIZMUS, VONÁS PESSZIMIZMUS, EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁKKAL KAPCSOLATOS IRREÁLIS OPTIMIZMUS ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS KAPCSOLATA

### Vizsgálati személyek:

Második kutatási fázisunkba 683 főt vontunk be. Mintánk főiskolai hallgatókból állt. A minta átlagéletkora 21,94 év volt (szórás: 2,83). A kutatásba 261 férfi (38,2%) és 422 nő (61,8%) vett részt.

### Mérőeszközök:

- Életszemlélet Teszt (*Life Orientation Test*, LOT) (Scheier és Carver, 1985)
- egészségügyi problémákkal kapcsolatos irreális optimizmus
- szubjektív egészségi állapot
- egészségmagatartás mutatói (alkoholfogyasztás, dohányzás, testedzés, étkezési szokások, biztonságos szexuális élet, szűrővizsgálatokon való részvétel)

### Eredmények és megbeszélés

A dohányzási szokások az optimizmussal nem, a pesszimizmussal viszont kapcsolatban állnak: *a pesszimizmus magas szintje növelte a dohányzás valószínűségét* (2. Táblázat).

	<i>Soha nem dohányzott</i>	<i>Mín. 1 éve leszokott</i>	<i>Alkalmi dohányos (havonta 1-2 alkalom)</i>	<i>Könnyű dohányos (hetente 1- 2 alkalom)</i>	<i>Rendszeres dohányos (minden nap, max. 10 szál)</i>	<i>Erős dohányos (minden nap, min. 10 szál)</i>	<i>F</i>	<i>szign.</i>
<i>Vonás optimizmus</i>	9,984	10,053	10,055	10,614	10,226	9,941	0,880	0,451
<i>Vonás pesszimizmus</i>	11,672 <sub>a</sub>	11,442 <sub>a</sub>	12,055 <sub>b</sub>	12,012 <sub>b</sub>	12,490 <sub>b</sub>	13,066 <sub>b</sub>	0,561	0,121

**2. Táblázat** *A vonás optimizmus és vonás pesszimizmus összehasonlítása a dohányzói státusz mentén*

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban megmutatkozott a szélsőségesen magas optimizmus potenciális káros volta: *a szélsőségesen magas vonás optimizmus gyakori alkoholfogyasztáshoz társul* (3. Táblázat).

	<i>Soha nem iszik</i>	<i>Havonta 1-2-szer</i>	<i>Hetente 1-2-szer</i>	<i>2-3 naponta</i>	<i>Minden nap</i>	<i>F</i>	<i>szign.</i>
<i>N</i>							
<b><i>Vonás optimizmus</i></b>	2,611a	2,536a	2,391b	2,614a	3,093c	3,064	0,016
<b><i>Vonás pesszimizmus</i></b>	2,939	2,975	2,934	2,972	3,281	0,440	0,779

**3. Táblázat** *A vonás optimizmus és vonás pesszimizmus összehasonlítása az alkoholfogyasztási szokások mentén (az alsó indexek a post hoc elemzés során feltárt szignifikáns különbségeket jelzik)*

A biztonságos nemi étellel kapcsolatban megmutatkozott, hogy az optimizmus és a pesszimizmus nem tekinthető dichotóm – egyazon dimenzió két végpontján elhelyezkedő – konstruktumnak: míg az alacsony optimizmus – szintű személyek hajlamosak a védekezés elhanyagolására, addig a pesszimizmus magasabb védekezési hajlandósághoz kapcsolódik.

A testedzéssel kapcsolatban az optimizmus pozitív hatása nyilvánul meg: *az optimistább személyek nagyobb valószínűséggel végeztek testedzést, mint a kevésbé optimista személyek* (4. Táblázat).

	<i>Szinte soha sem</i>	<i>Havonta 1-2-szer</i>	<i>Hetente min. 2-szer</i>	<i>Hetente min. 3-szor</i>	<i>F</i>	<i>szign.</i>
<i>N</i>						
<b><i>Vonás optimizmus</i></b>	2,373 <sub>a</sub>	2,554 <sub>b</sub>	2,541 <sub>b</sub>	2,482 <sub>b</sub>	<b>1,337</b>	<b>0,051</b>
<b><i>Vonás pesszimizmus</i></b>	2,857	3,000	2,970	2,925	0,806	0,491

**4. Táblázat** *A vonás optimizmus és vonás pesszimizmus összehasonlítása a sportolási szokások mentén (az alsó indexek a post hoc elemzés során feltárt szignifikáns különbségeket jelzik)*

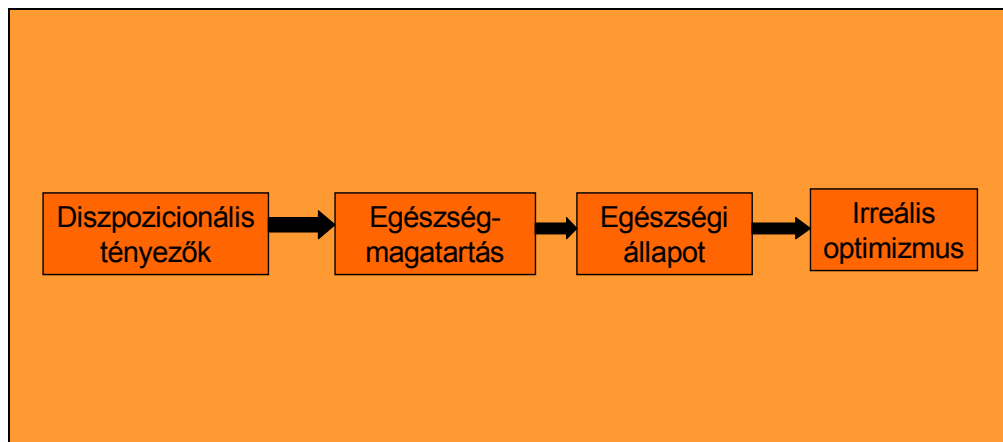
Ezzel szemben a szűrővizsgálatokon való részvételt a pesszimizmus magas szintje jósolta be.

Az optimizmus és pesszimizmus interaktív hatása az egészséges étkezéssel kapcsolatban mutatkozott meg: bár mind az optimizmus, mind a pesszimizmus magas szintje egészségesebb étkezési szokásokkal jár, együttes előfordulásuk *(azaz a „hedonikusan gazdag” elvárások) járt együtt tudatosabb, egészségesebb étkezési szokásokkal.*

Fontos eredményünk, hogy *különböző típusú egészségmagatartásokat eltérő módon befolyásol az optimizmus és a pesszimizmus.* Nem létezik egy egységes, minden esetre alkalmazható kapcsolattípus. Ezen eredménynek fontos gyakorlati konzekvenciái vannak az egészségfejlesztésre vonatkozóan.

Disszertációmban egy olyan modellt mutatok be, melyben a diszpozicionális tényezők (vonás optimizmus és vonás pesszimizmus) befolyásolják az egészségre nézve kedvező, illetve káros magatartás végzését. Az egészségmagatartás (és a diszpozicionális tényezők meghatározzák az – objektív és szubjektív – egészségi állapotot. Az egészségi állapot pedig

meghatározza a személy veszélypercepcióját az egyes egészségügyi problémákkal kapcsolatban (mind az abszolút veszélypercepciót, mind a „másokhoz” viszonyított komparatív veszélypercepciót/irreális optimizmust (5. Ábra).

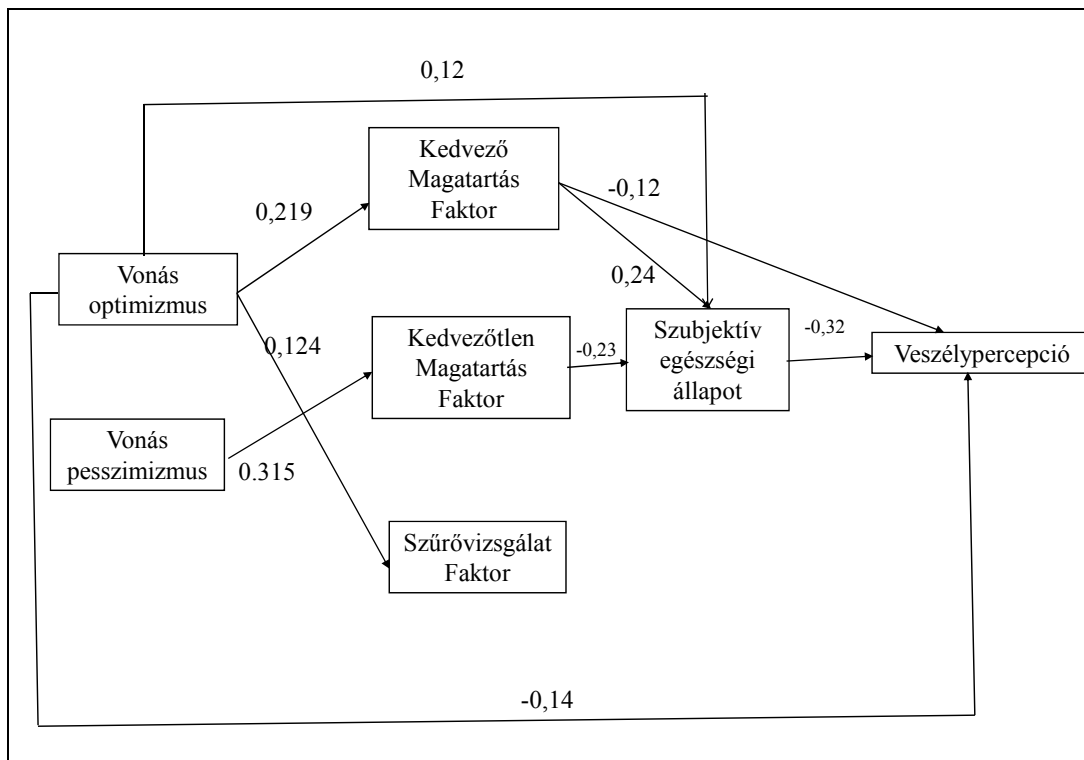


**5. Ábra** A hipotetikus modell

A statisztikai elemzés során útmodell – elemzést (Székelyi – Barna, 2002) végeztünk. Az útmodell elemzés előtt faktoranalízis segítségével faktorokba rendeztük (ld. 12. Melléklet). A faktoranalízis nyomán 3 faktorba rendeztük az egészségre nézve kedvező és az egészségre nézve káros magatartásmintákat. Az első faktort az alkoholfogyasztás és a dohányzó magatartás terhelte (*Egészségre Nézve Káros Magatartás Faktor*). A második faktort a testedzés, a biztonságos szexuális élet és a tudatos étkezés (*Egészségre Nézve Kedvező Magatartás Faktor*). A harmadik faktort a szűrővizsgálatokon való részvétel (*Szűrővizsgálatok Faktor*). A szűrővizsgálatokon való részvétel és az egészségre nézve kedvező magatartások külön faktorba rendeződését a minta életkori sajátosságai magyarázhatják: fiatal életkoruk miatt igen ritkán vesznek részt szűrővizsgálaton.

Az eredmények jobb megértése érdekében férfiaknál és nőknél külön vizsgáltuk a regressziós kapcsolatokat. Elsőként a vonás optimizmus és vonás pesszimizmus alapján jósltuk a 3 nagy faktort. Ezután a szubjektív egészségi állapot szintjét becsljük az egészségmagatartás faktorok, az optimizmus és pesszimizmus alapján. Végül a veszélypercepciót becsljük az összes többi változó alapján.

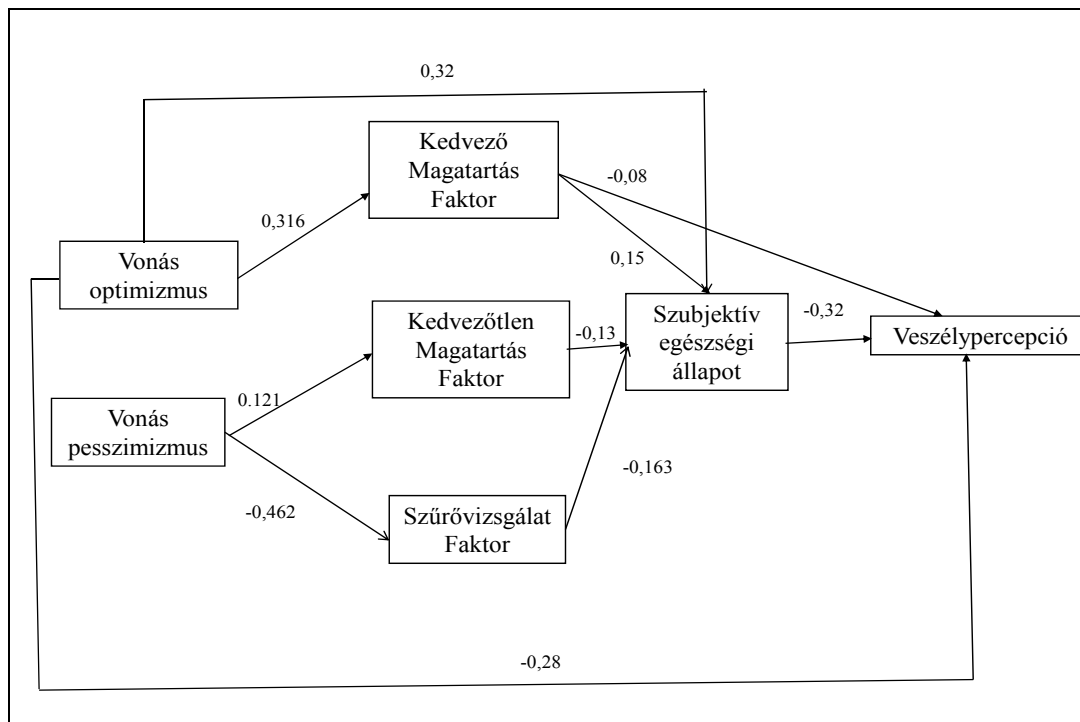
A férfi vizsgálati személyeknél talált szignifikáns hatásokat a 6. Ábra tünteti fel.



**6. Ábra** Útmodell – elemzés a szignifikáns eredmények feltüntetésével (férfiaknál)(Kedvező Magatartás Faktor: testedzés, biztonságos szexuális élet, tudatos étkezés; Kedvezőtlen Magatartás Faktor: alkoholfogyasztás, dohányzás; Szűrővizsgálat Faktor: a szűrővizsgálatok száma)

A vonás optimizmus szignifikáns prediktora volt a Kedvező Magatartás Faktornak és a Szűrővizsgálat Faktornak. A vonás pesszimizmus szignifikánsan előre jelezte a Kedvezőtlen Magatartás Faktort. A Kedvező Magatartás faktor pozitívan, a Kedvezőtlen Magatartás Faktor negatívan kapcsolódott a szubjektív egészségi állapothoz. A szubjektív egészségi állapot és a vonás optimizmus magasabb szintje alacsonyabb szintű veszélypercepciót jósolt be az egészségügyi problémákkal kapcsolatban.

A női vizsgálati személyekre vonatkozó adatokat a 7. Ábra tartalmazza.



**7. Ábra** Útmodell – elemzés a szignifikáns eredmények feltüntetésével (nőknél) (Kedvező Magatartás Faktor: testezés, biztonságos szexuális élet, tudatos étkezés; Kedvezőtlen Magatartás Faktor: alkoholfogyasztás, dohányzás; Szűrővizsgálat Faktor: a szűrővizsgálatok száma)

A női válaszadóknál a vonás optimizmus erősebb bejósolója volt a Kedvező Magatartás Faktornak és a szubjektív egészségi állapotnak, mint a férfiaknál. Szemben a férfiakkal, a nők esetében a vonás optimizmus nem volt prediktora a Szűrővizsgálat Faktornak. A vonás pesszimizmus erős negatív prediktora volt a Szűrővizsgálat Faktornak (és gyengébb prediktora volt a Kedvezőtlen Magatartás Faktornak, mint a férfiak esetén). A Szűrővizsgálat Faktor negatív prediktora volt a szubjektív egészségi állapotnak.

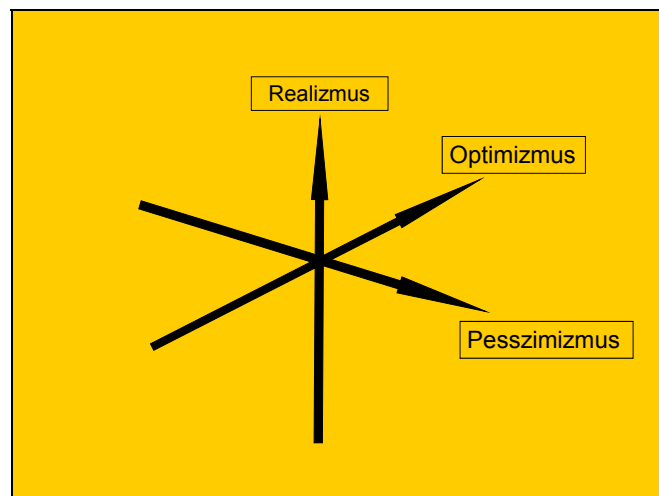
Össességében úgy tűnik, hogy a magas vonás pesszimizmus elsősorban férfiaknál jelent veszélyeztető tényezőt az egészségre nézve káros magatartásokra vonatkozóan. A vonás optimizmus nőknél jobb prediktora az egészségre nézve kedvező magatartásoknak.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeim szerint a vonás optimizmus és vonás pesszimizmus egymástól részben független konstrukciónak tekinthetők. Erre utalnak mind az elővizsgálat eredményei, mind pedig az, hogy a fő vizsgálati fázisban az optimizmus és pesszimizmus eltérő korrelációs mintázatot mutatott az egyes változókkal kapcsolatban. Ezen eredményünk megfelel az optimizmuskutatás újabb eredményeinek (Peterson, 2000; Kubzansky és mtsai, 2004; Benyamini, 2005) és arra mutat, hogy bizonyos személyek bizonyos helyzetekben egyszerre bírhatnak pozitív és negatív, „hedonikusan gazdag” jellegű elvárásokkal. Ez a jelenség beilleszthető Cacioppo és munkatársai (1999) az érzelmi rendszerre vonatkozó elméletébe, miszerint az érzelmi rendszer nem bipoláris kontinuumként, hanem „kétváltozós térként” konceptualizálható. Ebben a rendszerben a pozitív és negatív érzelmek megjelenhetnek

reciprok módon (ami a leggyakoribb) egymástól függetlenül aktiválódhatnak, illetve lehetőség van az együttes aktivációra (koaktiváció) és a koinhibícióra is.

Ennek fényében indokoltnak tűnik Schwarzer (1999) egészségmagatartásra vonatkozó modelljének kiegészítése. Schwarzer (1999) a leegyszerűsítő „optimizmus versus realizmus” dichotóm felfogással, egymástól független dimenzióként képzei el az optimizmust és a realizmust. Eredményeink - és az optimizmuskutatás legfrissebb eredményei alapján – indokoltnak tűnik a pozitív és negatív elvárások egymástól független dimenzióként való kezelése (8. Ábra). Ezzel együtt az optimizmus és a realitáshoz való hűség nem tekinthető független dimenziónak. Idézzük itt fel Armor és Taylor (1998) gondolatát, miszerint az optimista elvárások soha nem távolodnak el annyira a realitástól, hogy „bajba sodorják” a személyt.



**8. Ábra** Az optimizmus, pesszimizmus és a realitáshoz való hűség, mint három viszonylag független dimenzió

A 8. Ábra alapján azt mondhatjuk, hogy az optimizmus – pesszimizmus mindenfajta kombinációja (koaktiváció, koinhibíció, reciprok aktiváció és egymástól független aktiváció) társulhat reális, illetve irreális elvárásokhoz.

Elővizsgálatunk során az optimizmus és pesszimizmus konstruktumok 3, egymástól elkülöníthető faktorát mutattuk ki. Az első faktorba a diszpozicionális jellegű elvárások kerültek, a másodikba a szorongáscsökkentés szolgálatában álló, tudatos stratégiaként funkcionáló defenzív pesszimizmus, a harmadikba a fenyegető ingerek előfordulási valószínűségére vonatkozó irreális optimizmus (ami, mint a vizsgálatomból kiderült, nem tekinthető teljesen irreálisnak: helyesebb lenne a reális veszélypercepció megnevezés).

Az optimizmus konstruktumok egymástól való megkülönböztetése alapvető fontosságú, ha intervenciós módszerekkel akarjuk befolyásolni egy adott személy optimizmusát, pesszimizmusát. Az egyes optimizmus konstruktumok eltérő mértékben változtathatóak és az alkalmazott intervenciós technika sikerét az is nagymértékben



befolyásolhatja, hogy az az optimizmus növelését vagy a pesszimizmus csökkentését tűzi – e ki céljául.

Kutatásom (illetve az elővizsgálat) egyik célja volt feltárni a kapcsolatot az egyes optimizmus konstruktumok és megküzdési formák közt. Eredményeim megfelelnek az optimizmuskutatás vonatkozó eredményeinek. A vonás optimizmus az aktív, adaptív megküzdési formákhoz kapcsolódik. Ezzel szemben a vonás pesszimizmus negatívan kapcsolódott az aktív megküzdés és pozitívan a figyelem eltereléshez, illetve a feladáshoz. A pesszimizmus figyelem eltereléssel (és negatív érzelmekkel) mutatott kapcsolata magyarázhatja a pesszimizmus és dohányzás közti kapcsolatot.

### **A „hedonikusan gazdag elvárások” protektív szerepe**

Az egészséges étkezéssel és a biztonságos nemi élettel kapcsolatban megmutatkozott a „hedonikusan gazdag elvárások” – azaz az optimizmus és pesszimizmus együttes jelenlétének – protektív szerepe: azok étkeztek a legtudatosabban és azok védekeztek legnagyobb valószínűséggel, akik egyszerre mutattak magas optimizmust és magas pesszimizmust. Ugyanezt az eredményt kapta Benyamini (2005) arthritisben szenvedő betegeknél: az optimista és pesszimista elvárások együttes jelenléte járt együtt a legmagasabb szintű fájdalom – kontrolláló megküzdéssel.

Benyamini (2005) az optimizmus és pesszimizmus együttes jelenlétét többfajta modell segítségével magyarázza. A defenzív pesszimizmussal (Norem és Cantor, 1986) jellemezhető személyeket például egyszerre jellemezheti magas (defenzív) pesszimizmus és magas optimizmus (korábbi sikereik alapján) a LOT – on (Scheier és Carver, 1985). Másrészt Wallston (1994) *óvatos optimista* fogalma azokra a személyekre vonatkozik, akik optimista elvárásokat fogalmaznak meg és ennek megfelelően viselkednek, ugyanakkor elismerik annak a reális lehetőségét, hogy negatív dolgok is történhetnek velük. Valójában igen kevés ember tekinthető valódi pesszimistának: azon személyek legtöbbször, akik alacsony optimizmusszintűnek tekinthetőek, általában a skála középső tartományába esnek – épp ezért inkább „realistának” tekinthetőek. Benyamini (2005) összegzése szerint azon személyek alkalmazzák a legadaptívabb megküzdési stratégiákat, akik optimista elvárásaik mellett elfogadják, hogy negatív események is történhetnek velük.

Feljebb már utaltunk Cacioppo és munkatársai (pl. Cacioppo és mtsai; 1999; Larsen és mtsai, 2003) modelljére (Értékelőtér Modell, *Evaluative Space Model*), mely szerint egymástól független értékelő folyamatok értékelik a pozitív és negatív ingereket. Az értékelő folyamatok ilyen jellegű konceptualizálása lehetővé teszi a koaktivációt, azaz az együttes aktivációt. Ez a koaktiváció Larsen és munkatársai (2003) szerint negatív események esetén lehetővé teszi az adaptív megküzdést (értelemtalálást és elköteleződés). Elképzelése szerint akkor találhatunk értelmet a negatív eseményekben, ha a negatív érzelmekkel együtt megjelennek a pozitív érzelmek is.

### **Az optimizmus adaptivitása – mikor hasznos az optimizmus és mikor nem?**

Az optimizmuskutatás egyik – elméleti áttekintésünkben többször is felmerült – kérdése – az optimista elvárás adaptivitása, hasznossága. Eredményeink alapján igaznak tűnik Norem és Chang (2002) figyelmeztetése, miszerint a helyzet bonyolultabb annál, semminthogy azt mondhatnánk, hogy „az optimizmus hasznos” és „a pesszimizmus káros”. Doktori kutatásom eredményei arra utalnak, hogy (1) mind az optimizmusnak, mind a pesszimizmusnak megvan a potenciális *előnye* és *ára* és (2) ezek az előnyök, illetve hátrányok a *kontextustól* függenek.

## IRODALOM

- ARMOR, D.A., TAYLOR, S.E. (1998) Situated optimism: specific outcome expectancies and self – regulation. In: Zanna, M.P. (szerk.) *Advances in experimental social psychology*. Academic, New York 309 – 379.
- ASPINWALL, L.G., TAYLOR, S.E. (1992) Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989 – 1003.
- ASPINWALL, L., RICHTER, L., HOFFMAN, R.R. (2002) Understanding how optimism works: an examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. In: Chang, E.C. (2002) *Optimism and pessimism. Implications for theory, research, and practice*. American Psychological Association, Washington, 217 – 239.
- BENYAMINI, Y. (2005) Can high optimism and high pessimism co – exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, 38, 1463 – 1473.
- CARVER, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- CLARKE, V.A., LOVEGROVE, H., WILLIAMS, A., MACHPERSON, M. (2000) Unrealistic optimism and the Health Belief Model. *Journal of Behavioral Medicine*. 23 (4), 367-376.
- CHANG, E.C., MAYDEU–OLIVARES, A., D'ZURILLA, T.J. (1997) Optimism and pessimism as partially independent constructs: relations to positive and negative affectivity and psychological well – being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433 – 440.
- CACIOPPO, J.T., BERNTSON, G.G. (1999) The Affect System Has Parallel and Integrative Processing Components: Form Follows Function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (5), 839-856
- DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSEN, R.J., GRIFFIN, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- FREDRICKSON, B.L. (1998) What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300 – 319.
- GILTAY, J.E., GELEIJNSE, J.M., ZITMAN, F.G., HOEKSTRA, T.S., EVERT G. (2004) Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1126-1135.
- HATCHETT, G.T., PARK, H.L. (2004) Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36, 1755 – 1769.
- HART, K.E., HITTNER, J.B. (1995) Optimism and pessimism: associations to coping and anger – reactivity. *Personality and Individual Differences*, 19, 827 – 839.
- KUBZANSKY, L.D., KUBZANSKY, P.E., MASELKO, J. (2004) Optimism and pessimism in the context of health: bipolar opposites or separate constructs? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (8), 943-956.
- LARSEN, J.T., HEMENOVER, S.H., NORRIS, C.J., CACIOPPO, J.T. (2003) Turning adversity to advantage: on the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. In: Aspinwall, L.G., Staudinger, U.M. (szerk.) *A psychology of human strengths*. APA, Washington, 211 – 227.
- LINLEY, P.A., JOSEPH, S. (2004) Toward a theoretical foundation for positive psychology in practice. In: : Linley, P.A., Joseph, S. (szerk.) *Positive psychology in practice*. Wiley, New Jersey, 713 – 731.
- MARSHALL, G.N., WORTMAN, C.B., KUSULAS, J.W., HERVING, L.K., VICKERS, R.R. (1992) Distinguishing optimism and pessimism: relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067 – 1074.

- MILAM, J.E., RICHARDSON, J.L., MARKS, G., KEMPER, C.A., MCCUTCHAN, A.J. (2004) The roles of dispositional optimism and pessimism in HIV disease progression. *Psychology and Health*, 19, 167-181.
- NOREM, J.K., CANTOR, N. (1986) Defensive pessimism: harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1208 – 1217.
- NOREM, J.K. (2002) Defensive pessimism, optimism, and pessimism. In: Chang, E.C. (ed) *Optimism and pessimism*. APA, Washington, 77 – 100.
- NOREM, J.K., CHANG, E.C. (2002b) A very full glass: adding complexity to our thinking about the implications and applications of optimism and pessimism research. In: Chang, E.C. (szerk.) *Optimism and pessimism*. APA, Washington, 347 – 356.
- PETERSON, C. (2000) The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55 (1), 44-55.
- ROBINSON-WHELEN, S., KIM, C., MACCALLUM, R.C., KIECOLT-GLASER, J.K. (1997) Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6), 1345-1353.
- SELIGMAN, M.E.P., CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- SCHEIER, M.F., CARVER, C.S. (1985) Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219 – 247.
- SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J.K., CARVER, C.S. (1986): Coping and stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257 – 1264.
- SCHEIER, M.F., MATTHEWS, K.A., OWENS, J.F., MAGOVERN, G.J., LEFEBVRE, R.C., ABBOTT, R. A., CARVER, C.S. (1989) Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024 – 1040.
- SCHWARZER, R. (1999) Self – regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 115 – 127.
- SHEN, B., MCCREARY, C.P., MYERS, H. F. (2004) Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 39-62.
- SNYDER, C.R., HARRIS, C., ANDERSON, J.R., HOLLERAN, S.A., IRVING, L.M., SIGMON, S.T., YOSHINOBU, L., GIBB, J., LANGELLE, C., HARNEY, P. (1991) The will and the ways: development and validation of an individual – differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570 – 585.
- SNYDER, C.R., SYMPSON, S.C., MICHAEL, S.T., CHEAVENS, J. (2002) Optimism and hope constructs: variants on a positive expectancy theme. In Chang, E.C. (2002) *Optimism and pessimism. Implications for theory, research, and practice*. American Psychological Association, Washington, 101 – 127.
- SNYDER, C.R., LOPEZ, S.J. (2002) The future of positive psychology: a declaration of independence. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (szerk.) *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, 751 – 769.
- SZÉKELYI M., BARNA I. (2002) *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Typotex Kiadó, Budapest.
- SZONDY M., DIENES E., KOVÁCS K. (2005) A diszpozicionális és a szituációs optimizmus hatása börtönkörnyezetben. *Alkalmazott Pszichológia*, 7 (3), 125 – 138.
- SZONDY M. (2005) Optimizmus és egészségmagatartás: A pozitív elvárások segítik vagy gátolják az egészségmagatartást? *Pszichológia* 25 (4), 367 – 379.
- SZONDY M. (2006b) Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61 (4), 617 – 636.

- WALLSTON, K.A. (1994) Cautious optimism vs. cockeyed optimism. *Psychology and Health*, 9, 201 – 203.
- WEINSTEIN, N.D. (1980) Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806 – 820.

#### **A DOKTORI TÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ PUBLIKÁCIÓK ÉS ELŐADÁSOK JEGYZÉKE**

- SZONDY M. (2002). A célok szerepe az egészségmegőrzésben. *Tudomány és Lélek*, 5 (6). 36 – 51.
- SZONDY M. (2004a) A szubjektív jóllét és a törekvések kapcsolata késő serdülőkorban. *Alkalmazott Pszichológia*, 6 (4), 53 – 72.
- SZONDY M. (2004b) Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5 (4), 301 – 319.
- SZONDY M., DIENES E., KOVÁCS K. (2005) A diszpozicionális és a szituációs optimizmus hatása börtönkörnyezetben. *Alkalmazott Pszichológia*, 7 (3), 125 – 138.
- SZONDY M. (2005) Optimizmus és egészségmagatartás: A pozitív elvárások segítik vagy gátolják az egészségmagatartást? *Pszichológia* 25 (4), 367 – 379.
- FORRAI Z., SZONDY M., FÉL T., ALMÁSI J. (2005) A Mercilon (20 µg EE – 150 µg DSG tartalmú fogamzásgátló tablettá) hatása a szubjektív jóllétre 35 év alatti nőkben. Nyílt, multicentrikus utánkövetés. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 68, 137 – 142.
- SZONDY M. (2006) A megbocsátás pszichológiája: kialakulása, hatásai és fejlesztése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 15 – 34.
- SZONDY M. (2006) Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61 (4), 617 – 636.
- SZONDY M. (2007) Válasz Füzéki Bálint reflexiójára. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (2), 173 – 176.
- SZONDY M. (2007) Anyagi helyzet és boldogság: kapcsolat individuális és nemzetközi szinten. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (4), 291 – 307.
- SZONDY M. (2007) A megbocsátásra való hajlam korrelátumai: kapcsolata a szociodemográfiai jellemzőkkel, az optimizmussal és a boldogsággal. *Pszichológia*, 27 (3), 221 – 239.

#### **Konferencia előadások/poszterek**

- SZONDY M. (2003) *A Szubjektív Boldogság Skála validitás - és reliabilitásvizsgálata*. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság II. Tesztfórumán (Budapest, 2003. február 16.)
- SZONDY M., DIENES E., KOVÁCS K. (2005) *A diszpozicionális és a szituációs optimizmus hatása börtönkörnyezetben*. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság Kriminálpszichológiai Szekciójának ülésén.
- SZONDY M., DIENES E., KOVÁCS K. (2005) *The Prison – Specific Optimism Scale: A validation study*. Előadás az ECPA (European Conference of Psychological Assessment) VIII. konferenciáján (Budapest, 2005. szeptember 3.)
- SZONDY M. (2006) *Megbocsátás: egy lehetséges másodlagos prevenció stratégia interperszonális konfliktusok áldozatainál?* Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) XVII. Országos Tudományos Nagygyűlésén. (Budapest, 2006. május 25.)
- SZONDY M., KOVÁCS K., DIENES E. (2006) *A szubjektív jóllét személyiségbeli meghatározói: a Big Five vonások és a vonás optimizmus hatása az élettél való elégedettség, a pozitív és*

- a negatív érzelmek szintjére.* Poszter a Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) XVII. Országos Tudományos Nagygyűlésén. (Budapest, 2006. május 27.)
- KOVÁCS K., SZONDY M., HARRACH A. (2006) *Börtönpopuláció és civil populáció motivációs rendszerének összehasonlító vizsgálata a Reiss Profil segítségével.* Poszter a Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) XVII. Országos Tudományos Nagygyűlésén. (Budapest, 2006. május 26.)
- SZONDY M., KALAMÁR H. (2006) The possible role of Positive Youth Development (PYD) programs in the prevention of drug use. Poszter az *Epidemiology and Social Effects of Drug – taking in the Visegrad Four Countries* nemzetközi konferencián (Nyíregyháza, 2006.november 16 – 17.)

### **Recenzió**

- SZONDY M. (megjelenés alatt) Recenzió McCullough és mtsai (2005) 'Megbocsátás' című művéről. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*

# OPTIMISM, PESSIMISM, HEALTH AND HEALTH BEHAVIOUR

Doctoral dissertation

## GOALS OF THE STUDY

### Introduction

The goal of my doctoral study was to inspect the effect of optimism and pessimism on physical and mental health. The theoretical basis of my dissertation was the 'applied positive psychology'. According to the scholars of positive psychology the science of psychology neglected for a long time the research of positive mental processes (Snyder and Lopez, 2002). As an effect of the tragic events of history psychology became „victimology”: it stressed human suffering (Seligman and Csíkszentmihályi, 2000). Positive psychology tries to compensate this negative emphasis. Positive psychology is an „umbrella – term” which means the reasearch of *positive subjective feelings*, *positive personality traits* and *positive institutions* (Seligman and Csíkszentmihályi, 2000).

According to Linley and Joseph (2004) „applied positive psychology is the application of positive psychology research to the facilitation of optimal functioning” (p. 4.). The integration of applied positive psychology and health psychology seems very fruitful. The „*positive health psychology*” is still in its infancy. So far health psychology focused on negative incentives such as perceived vulnerability. However new researches show that positive traits (e.g. optimism) are better predictors of health behaviour than negative informations.

### Optimism and pessimism constructs

Scheier and Carver (1985) introduced the concept of *dispositional optimism* and *dispositional pessimism*. They define dispositional optimism as generalized positive expectation toward the future.

Snyder and colleagues (1991) defined *hope* as a cognitive construct which focused on goal attainment. Its two components are agency (goal-directed determination) and pathways (planning of ways to meet goals).

*Defensive pessimism* (Cantor et al, 1986) is a cognitive strategy. People with high level of anxiety tend to have very low level of expectations before challenges. As a contrast the use of *strategic optimism* means to focus on possible positive outcomes

### Optimism and mental health

Optimism is in intimate connection with most of the components of mental health. Szondy and colleagues (2005) review the connection of optimism and pessimism with coping mechanism. Optimists tend to use more active, problem – focused coping, while pessimists prefer the emotion – focused coping. If the situation is uncontrollable, the optimists tend to use adaptive emotion – focused coping. Dispositional optimism are strongly connected to subjective well-being, to high level of positive affect (Szondy et al., 2005).

## **Optimism and physical health**

The level of optimism is a good predictor of physical health (Szondy, 2006b). The optimists have less symptoms measured both subjectively (Aspinwall and Taylor, 1992) both objectively (Scheier és mtsai, 1989). Optimism generally goes with better immune functions (with the exception of the presence of uncontrollable stressors) (Milam és mtsai, 2004), faster rate of recovery (Scheier és mtsai, 1989) and lower mortality rate (Giltay et al., 2004).

There are several factors influencing the positive connection between optimism and health. The optimists have less stressors, evaluate them differently and cope with them differently than pessimists. The level of optimism influences the health behavior and sickness behavior. Finally is it possible that a third variable, the neuroticism influences the connection between optimism and health.

## **QUESTIONS OF THE STUDY**

1. Our first goal was to clear the connection between optimism and pessimism constructs.
2. The systematic research of the connection between optimism and coping.
3. The systematic research of the connection between optimism and subjective well-being.
4. The systematic research of the connection between optimism and health behaviour.

## **I. STUDY: THE CONNECTION OF OPTIMISM AND PESSIMISM WITH SATISFACTION WITH LIFE AND COPING**

### **Sample**

In our first study the sample size was 164. The average age was 21,24 year (SD: 3,88 year).

### **Questionnaires**

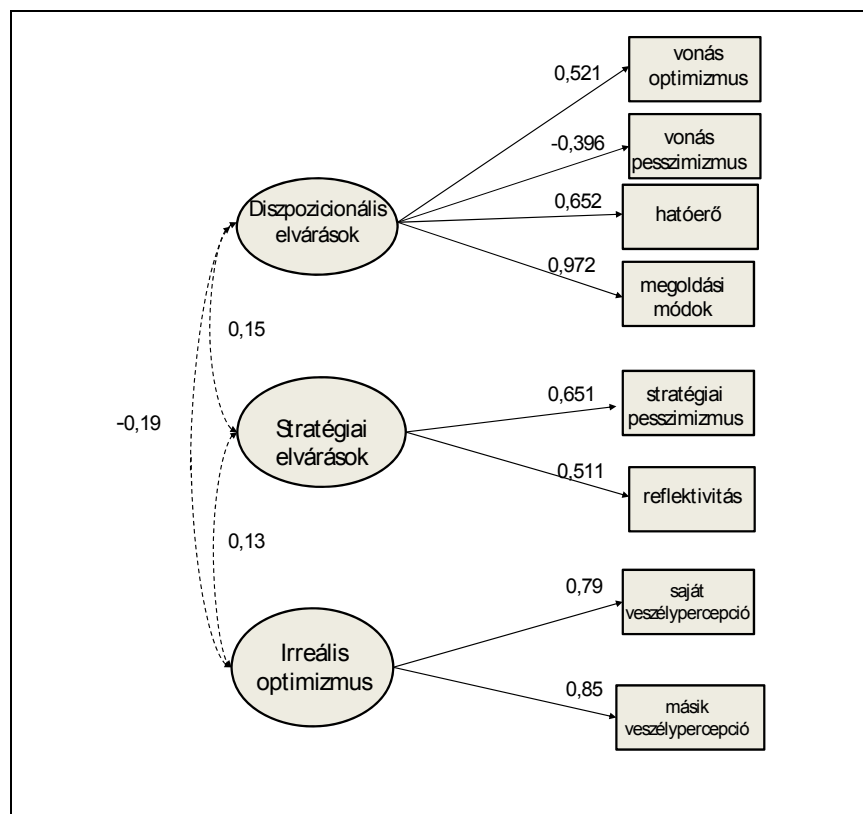
- *Life Orientation Test* (LOT) (Scheier and Carver, 1985)
- *Revised Defensive Pessimism Questionnaire* (R-DPQ) (Norem, 2002)
- *Hope Scale* (HS) (Snyder et al, 1991)
- Unrealistic optimism
- *Satisfaction With Life Scale*, (SWLS) (Diener et al, 1985)
- *Brief COPE* (Carver, 1997)



## Results

Our results show the relative independence of dispositional optimism and dispositional pessimism. The two-factor model of Life Orientation Test showed better fit to the data than the one – factor model. The goodness – of – fit indicators of two – factor model are:  $\chi^2 = 86,02$ ; CFI = 0,974; RMSEA = 0,147.

The confirmatory factoranalysis of optimism constructs showed 3 independent factors: Dispositional Expectations, Strategic Expectations and Unrealistic Optimism (1. Diagram).



**1. Diagram** The three – factor model of optimism constructs ( $\chi^2 = 46,05$ ,  $p < 0,001$ ; CMIN/DF = 2,709; CFI = 0,991; RMSEA = 0,075)

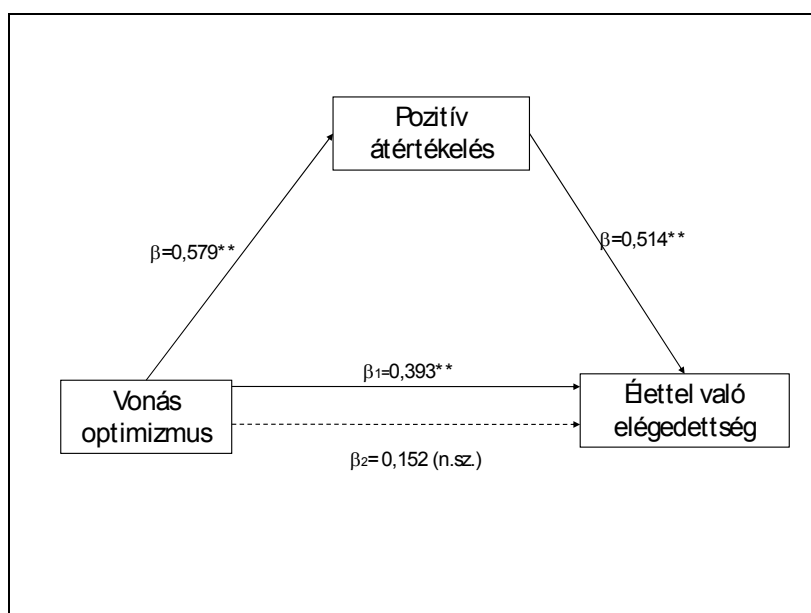
Our results show that optimism is in positive connection with adaptive coping strategies and decreases the probability of maladaptive coping strategies. Dispositional pessimism showed opposite connection to coping.

We measured the connection between optimism constructs and satisfaction with life with linear regression analysis. In the final model (1. Table) the predictors of satisfaction with life was agency, pathways, dispositional optimism, dispositional pessimism and unrealistic optimism.

	Agency	Pathways	Dispositional optimism	Dispositional pessimism	Unrealistic optimism	
	Standard $\beta$					R <sup>2</sup>
Satisfaction with life	0,309***	0,178*	0,189*	-0,221**	-0,136*	0,432

1. Table Optimism constructs as predictors of satisfaction with life (\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$ )

To the better understanding of the results we made a mediation study: we wanted to know if the connection between the optimism construct and satisfaction with life is mediated by coping strategies. The 61% of the connection between dispositional optimism and satisfaction with life is mediated by positive evaluation of the situation (2. Diagram).



2. Diagram Mediation study of the connection of dispositional optimism and satisfaction with life (Sobel-test: 3,281)

## II. STUDY: THE CONNECTION BETWEEN DISPOSITIONAL OPTIMISM, DISPOSITIONAL PESSIMISM, UNREALISTIC OPTIMISM AND HEALTH BEHAVIOUR

### Sample:

683 ss were involved in our second study. The average age in this college sample was 21,94 year (SD: 2,83 year). In the sample we had 261 men (38,2%) and 422 women (61,8%).

## Questionnaires:

- *Life Orientation Test ( LOT) (Scheier and Carver, 1985)*
- unrealistic optimism
- subjective health status
- measures of health behaviour (alcohol consumption, smoking, exercise, diet habits, safe sex)

## Results

Smoking showed only connection with pessimism, not with optimism: high level of pessimism goes with higher probability of smoking (2. Table).

	<i>Never smoked</i>	<i>Quit</i>	<i>1-2 times a month</i>	<i>1-2 times a week</i>	<i>Every day (max 10)</i>	<i>Every day (min 10)</i>	<i>F</i>	<i>sign.</i>
<i>Dispositional optimism</i>	9,984	10,053	10,055	10,614	10,226	9,941	0,880	0,451
<i>Dispositional pessimism</i>	11,672 <sub>a</sub>	11,442 <sub>a</sub>	12,055 <sub>b</sub>	12,012 <sub>b</sub>	12,490 <sub>b</sub>	13,066 <sub>b</sub>	0,561	0,121

**2. Table** *Dispositional optimism, dispositional pessimism and smoking habits*

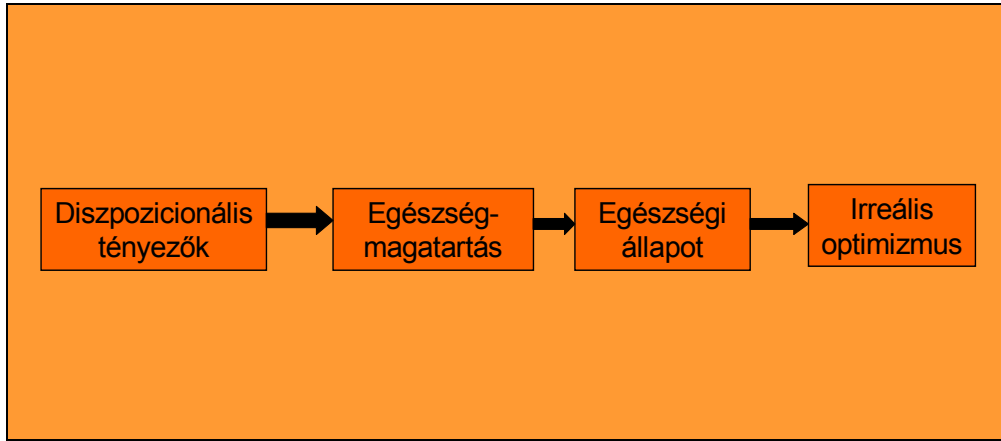
In connection with exercise habits we can see the positive effects of optimism: more optimist people exercise more than the pessimists (3. Table).

	<i>Never</i>	<i>1-2 times a month</i>	<i>At least 2 times a week</i>	<i>At least 3 times a week</i>	<i>F</i>	<i>sign.</i>
<i>N</i>						
<i>Dispositional optimism</i>	2,373 <sub>a</sub>	2,554 <sub>b</sub>	2,541 <sub>b</sub>	2,482 <sub>b</sub>	<b>1,337</b>	<b>0,051</b>
<i>Dispositional pessimism</i>	2,857	3,000	2,970	2,925	0,806	0,491

**3. Table** *Dispositional optimism, dispositional pessimism and the frequency of exercise*

In connection with diet habits we can see the interactive effect of optimism and pessimism: the joint presence of high level of optimism and pessimism goes with healthier eating habits.

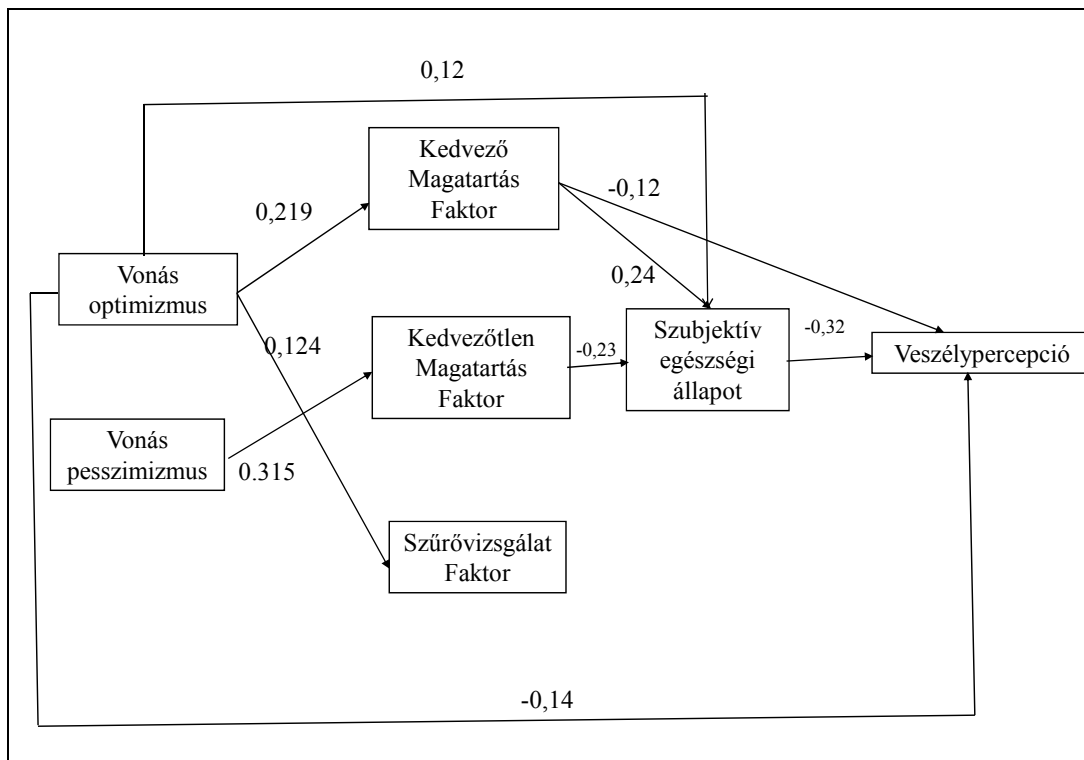
In my dissertation I used a model in which the dispositional factors (dispositional optimism and dispositional pessimism) effect the health behaviour. The health behaviour – and the dispositional factors – effect the subjective health status. The health status influences the level of unrealistic optimism concerning the health problems (3. Diagram).



**3. Diagram** *The hypothetic model*

To use our model pathway analysis was used (Székelyi and Barna, 2002). Before the pathway analysis the factors of health behaviour were analysed by factoranalysis. The first factor is the *Harmful Behaviour Factor* (alcohol, smoking), the second is *Favorable Behaviour Factor* (exercise, safe sex, healthy diet), the third is *Screening Factor* (use of screening possibilities).

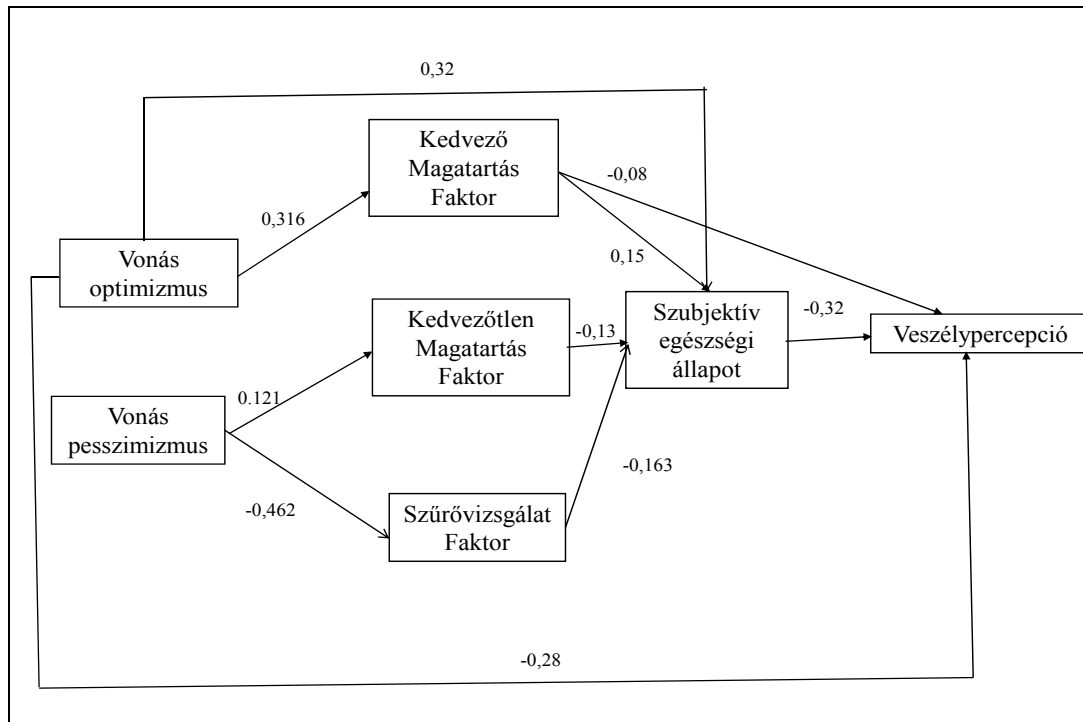
We studied the men and women results apart. The significant results found in the men sample can be found in the 4. Diagram.



**4. Diagram** Pathway analysis with the significant results (men sample)

Dispositional optimism was a good predictor of Favorable Behaviour Factor and Screening Factor. Dispositional Pessimism was a significant predictor of Harmful Behaviour Factor. Benevolent Behaviour Factor showed positive, Harmful Behaviour showed negative connection with subjective health status.

The result of women can be found in 5. Diagram.



**5. Diagram** Pathway analysis with the significant results (women sample)

In the women sample dispositional optimism was a stronger predictor of Favorable Behaviour Factor and subjective health status than in the men sample. As a contrast of the men sample, the dispositional optimism was not significant predictor of Screening Factor. The dispositional optimism was strong predictor of Screening Factor.