

KOCKÁZATBECSLÉS SERDÜLŐKORBAN

EGYIK VIZSGÁLATUNKBAN SERDÜLŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSOKKAL kapcsolatos kockázat-értékelését kíséreltük meg feltérképezni. A kockázat általánosan fogalmazva két komponensből áll: veszteségek vagy negatív kimenetek *valószínűségéből* és *súlyosságából* (Plight, 1996). A ma forgalomban levő kockázattal kapcsolatos elméletek döntő többsége az egészségmagatartás *döntésmo­delljén* (Edwards, 1954) alapulnak.

Így Fishbein és Ajzen (1975) „*ésszerű cselekvésmélete*” szerint a cselekvési intenciók az attitűdök és a szociális normák függvényei. Az attitűd ebben az esetben a viselkedési alternatívák negatív és pozitív kimeneteinek valószínűségi értékelését jelenti.

Ugyancsak a döntési paradigmából indul ki az „*egészség hiedelem modell*” (health belief model, Janz és Becker, 1984), amely figyelembe veszi a speciális egészségügyi problémának való „*kitettséget*” és *sebezhetőséget*, a probléma észlelt súlyosságát, a probléma elhárításául szolgáló akció észlelt negatív és pozitív következményeit, valamint ezt a viselkedési akciót kiváltó specifikus jelzéseket (pl. tünetek, a tömegkommunikáció vagy egy egészségfejlesztési kampány).

Weinstein (1988) „*előfeltételezés adaptációs folyamata*” szintén a döntési modellt alkalmazza és azokkal a lépésekkel foglalkozik, amelyeket az egyén tesz egy preventív viselkedési akció véghezvitele előtt. Az egyén olyan előfeltételezéseket tesz, melyek az egészségére veszélyes kockázat percepciójával kapcsolatosak (fennáll-e a specifikus kockázat, ez mennyire jelentős, erre mennyire fogékony az egyén; majd ezután kerül sor a viselkedési akcióra; méghozzá annak függvényében, hogy az egészségre nézve negatív következményű esemény súlyosabb-e, mint a preventív akció hatékonysága és költsége).

E modellek igen lényeges eleme tehát a kockázat észlelése. Mint ahogy később erre kitérünk, az emberek többsége hajlamos bizonyos *tipikus hibákat* elkövetni a kockázat becslésekor; továbbá amíg általában a kockázatok relatív nagyságát megfelelően becsüli, a kockázat(ok) abszolút nagyságát hibásan értékeli (Plight, 1996 összefoglalójában).

Vizsgálatunkban éppen ezért a kockázat(ok) becslését helyeztük a középpontba: a döntési modell különböző variációi alapján feltételeztük, hogy a kockázat észlelése és súlyosságának, illetve valószínűségének becslése kiemelkedő fontosságú a *preventív magatartások tervezésében*. A preventív magatartás tervezése itt kétféle értelemben is szerepel: az egyik értelmezés az egyénről szól, aki a viselkedését tervezi, a másik pedig a preventív intervenció tervezőjéről szól, arról, hogy egy ilyen program során a célpopuláció tagjai részéről milyen egyéni különbségekre és „*hibás*” észlelésekre kell számítani.

A kockázatos viselkedések köréből azokat a jelenségeket és helyzeteket próbáltuk leírni szinten megragadni, amelyek társadalmi veszélyessége, egyre növekvő előfordulási gyakorisága, az egyes ember életére gyakorolt hatása jelentős: a fiatalok

droghasználattal és szexuális étellel kapcsolatos kockázatokról kialakuló vélekedését. A fiatalok kockázatbecslésének megismeréséhez egy speciális percepció torzítást, az *irreális optimizmus* jelenségét (Tversky és Kahnemann, 1974; Weinstein 1980; Scheier és Carver, 1985, 1987) állítottuk a középpontba.

A jelenség röviden úgy írható le, hogy az emberek indokolatlanul, irracionális módon úgy vélik, hogy a számukra kellemetlen események velük kisebb valószínűséggel fognak megtörténni, mint másokkal, a jók viszont nagyobb. Ha ez így van, joggal gondolhatjuk, hogy az ilyesfajta vélekedés kockázatosabb viselkedéseket „engedélyez” számukra, mint az a hozzáállás, hogy baj történhet.

A serdülő korosztály kockázatvállalási hajlandósága a mindennapi életből is ismert. Tudjuk, hogy a fiatalok könnyebben bonyolódnak a felnőttek szerint veszélyes vagy kockázatos viselkedésformákba. Az irodalmi adatok arra is jelzéssel szolgálnak, hogy ezeket a viselkedésformákat a felnőttekénél kevésbé kockázatosnak tartják. Csak utalunk Finn és Bragg (1986, idézi Gardner, 1993) eredményeire, melyek szerint a fiatal férfiak kevésbé ítélik veszélyesnek a videón bemutatott autóvezetési jeleneteket, mint idősebb társaik.

A serdülők nagyobb kockázatvállalási hajlandósága az *irreális optimizmus* jelenségével összefüggésben is tárgyalható. A Tversky és Kahnemann (1974) által megfogalmazott „sebezhetetlenségi illúzió” vagy „irreális optimizmus” (Weinstein, 1980) heurisztika szerint az emberek túlzottan és tulajdonképpen megalapozatlanul bíznak abban, hogy a dolgok számukra kedvezően alakulnak; úgy vélik, hogy a rossz dolgok inkább másokkal, a jók inkább saját magukkal történnek meg. Ez az optimizmus azonban megalapozatlan, irreális, hiszen pontos valóságpercepció, illetve gondolkodás esetén az emberek válaszainak átlaga átlagos lenne esélyeik megítélése során.

A szociálpszichológiai és általános lélektani irodalomból számos olyan jelenséget ismerünk, amelyek beleillenek a kockázatbecsléssel kapcsolatos „torzítások” fogalmi keretébe. Slovic (1972) arra mutat rá, hogy a hétköznapi ember intuitív statisztikus módjára hozza meg ítéleteit, azaz valószínűségi döntéseit jellegzetes torzítások jellemzik: egyedi esetekből általános következtetéseket von le, valószínűségi ítélet meghozása során túlzott jelentőséget tulajdonít a memóriában közvetlenül hozzáférhető információknak (Tversky és Kahnemann, 1971), az előzetes hipotézisét támogató ítéletet hoz, saját ítéleteiben indokolatlanul bízik, a nagyobb gyakorisággal előforduló tényezőket nagyobb súllyal veszi latba, mint az egyedieket.

Adódó feltételezés tehát, hogy a valóság, illetve saját esélyeink irreálisan optimista megítélése az *énvédő (elhárító)*, illetőleg a *stresszel megbirkózás (coping)* mechanizmusaival is összefüggésbe hozható. Az emberi elme a külső vagy belső fenyegetésekre meghatározott működésmóddal: elhárító avagy védekező mechanizmusokkal reagál. Ezért elképzelhető, hogy az irreálisan optimista esélymegítélések hátterében egy „velem ez nem történhet meg” jellegű tagadás húzódik. Lazarus és Folkman (1984) modelljének segítségével azt mondhatjuk, hogy a vizsgálat során, amikor a személy azzal a kérdéssel szembesül, hogy milyen esélye van arra, hogy valamely kedvezőtlen esemény megtörténjen vele, beindulnak az anticipációs szakaszra jellemző megküzdési (coping) folyamatok: a tagadás („nem, ez nem lehet igaz”), a minimalizálás („nincs nagy esélye, nem is olyan súlyos”) és az optimizmus.

Ezen a ponton meg kell jegyeznünk, hogy az újabb megközelítések szerint az *optimizmusnak* kitüntetett szerepe van a betegségekkel való megküzdésben és a pszichológiai jó közérzet meghatározásában (Taylor és Brown, 1988), sőt, egyenesen azt mondhatjuk, hogy a pszichológiában évtizedes bölcsességnek számító álláspont, amely szerint a lelki egészség feltétele, illetve sarokpontja a realitás pontos észlelése, megdőlni készül, hiszen a normál emberi percepcióban és gondolkodásban óriási mennyiségű torzítás és illúzió mutatható ki. Ezen a gondolati fonalon haladva az irreális optimizmus pozitív erőforrásnak tekinthető, mert pozitív érzelmi állapothoz segít és bizakodóvá tesz.

Az irreális optimizmus és az általános (diszpozicionális) optimizmus közötti kapcsolat kézenfekvőnek tűnik. Taylor és Brown (1988) más illúziókhöz hasonlóan ugyanezt tételezi az irreális optimizmusról is: a pozitív illúziókat olyan, az *ént szolgáltató torzításoknak* (self serving bias) tartja, amelyek a mentális egészség, az adaptív megküzdési stratégiák alkalmazásának és a produktív munkára való képességnek az esélyét növelik. Kutatási adatokra hivatkozva állítják, hogy az irreális optimizmus az optimizmushoz hasonlóan fokozza a teljesítményt, a kreatív kapacitást, az önértékelést, az általános elégedettséget és az adaptív megküzdési (coping) mechanizmusok előnyben részesítését.

Englander, Faragó és Slovic (Faragó, 1993) vizsgálataiból tudjuk, hogy a kockázatoság mértékének megítélésében jelentős szerepet játszanak a *kockázat észlelt jellemzői* (döntési környezet). Eredményeik szerint például magyar kísérleti személyeknél a kockázat „rettegettségének” (mennyire fél tőle) és ismertségének mértéke pozitívan korrelált a kockázatoság megítélésével, vagyis a „rettegett” és „ismert” kockázatokot a magyar kísérleti személyek nagyobbak ítélték. Az amerikai kísérleti személyek ezzel szemben az ismeretlenséget tartották kockázatotnövelő tényezőnek.

A döntéshozó egyén oldaláról nézve számos vizsgálat jelzi, hogy bizonyos *személyiségjellemzők* együtt járnak az irreális optimizmussal. Ilyen a fokozott *kontrollhit*, amikor is az emberek úgy gondolják, hogy az események számukra kedvező kimeneteléhez ők maguk is hozzájárulnak. Weinstein (1980) kimutatta, hogy minél inkább kontrollálhatónak ítéli a kísérleti személy a megítélendő eseményt, dolgot (saját maga által kontrollálhatónak), annál nagyobb valószínűséggel fogja egyben úgy is gondolni, hogy másoknál nagyobb eséllyel kerüli el azt. Taylor és Brown (1988) szerint a jobb esélyekbe vetett hithez hasonlóan a kontrollhit is együtt jár a jobb alkalmazkodással, pozitívabb, életképesebb megküzdési stratégiák alkalmazásával.

Vizsgálatunkat arra a gondolatra alapoztuk, hogy a serdülők kockázattal kapcsolatos speciális vélekedéseinek megismerése használható szempontokat ad az egészségvédelem és a prevenció tervezése és kivitelezése számára.

Kérdésfelvetés

A serdülő korosztályt célozva a következő kérdésekre kerestünk választ: 1. megmutatkozik-e körükben az esélyek (kockázati és nem kockázati esélyek) reális becslésének e torzítása; 2. mutatkozik-e különbség a pozitív és negatív kimenetek megítélésében; 3. van-e különbség az esélyek becslésében akkor, ha az „átlagos fiatalokhoz”, vagy ha a „hasonló korú barátaimhoz, haverjaimhoz” kell hasonlítani saját esélyüket; 4. a serdülő populációnál megmutatkozó irreális optimizmus összefüggésbe hozható-e a kockázatpercepció szempontjából fontosnak tekinthető kör-

nyezettel, a megítélendő dolog tulajdonságaival (*kockázatjellemzők*: a megítélt dolog jellemző vonásai), illetve az ítéletalkotó *személy* jellegzetességeivel: belső kontroll attitűddel (tehát, hogy ő maga képes saját viselkedését befolyásolni), aktív megküzdési (coping) stratégiákkal, az általános optimizmussal – majd ezek után a különféle droghasználati és szexuális viselkedések megjelenési formáira adott ítéleteket vizsgáltuk; 5. a fiatalok mennyire tartják kockázatosnak a kábítószer-használat különféle formáit, a szexuális kielégülés különféle módjait, illetve a szexuális kapcsolatot drogos, illetve alkoholos állapotban.

Módszerek

Az irreális optimizmus jelenségének vizsgálatára Weinstein (1988) nyomán kérdőívet szerkesztettünk, melyben a vizsgálati személyeknek 14 dolgot kellett megítélniük abból a szempontból, hogy véleményük szerint azok a hozzá hasonló korú fiatalokhoz képest velük kisebb, nagyobb vagy egyenlő valószínűséggel fognak megtörténni életük során. A tizennégy kérdésből tíz negatív eseményre vonatkozott, aminek bekövetkezése a válaszoló számára káros, hátrányos, négy pedig pozitívra, olyanra, ami a válaszoló számára előnyös, kedvező.

Negatív eseményként drogfüggőséget, autóbalesetet, nemkívánt terhességet, alkoholizmust, drogtuladagolást, AIDS-et, rákot, influenzát, öngyilkosságot, utcai balesetet, pozitívként pedig a kortársaknál jobb életszínvonal elérését, az átlagosnál hosszabb élettartamot, az elkövetkezendő öt-tíz évben a kortársaknál kevesebb egészségügyi problémát, valamint a nem válok el tételt vettük.

A lista eseményeinek bekövetkezési valószínűségét két szempontból ítéltettük meg a vizsgálati személyeinkkel: az átlagos fiatalokhoz mérve és saját barátaikhoz mérve. A kockázatjellemzők megítélésekor a lista tételeit kellett megítélniük a következő bontásban: a tíz negatív tételt abból a szempontból, hogy véleményük szerint azok mennyire megelőzhetőek, félelmesek, valószínűek, súlyos kimenetelűek, szégyellni valók, a négy pozitív tételt pedig abból a szempontból, hogy melyik mennyire előidézhető a kitöltő által, mennyire örömteli, valószínű, előnyös és büszkeségre jogosító. A vizsgálati személyek hétfokú skálán hozták meg ítéletüket.

A kockázatjellemzőket úgy válogattuk, hogy a „rettegettség” (nálunk: félelmes, súlyos kimenetelű) és „ismertség” (nálunk: ismert a kitöltő által) dimenzióin túl a kontrollhittel kapcsolatos tulajdonság (megelőzhető) és a külvilág megítélését vagy a felettes én funkciót idéző „szégyellnivaló” tulajdonság is képviselve legyen. A pozitív tételeknél a „rettegettség” faktort pozitív változatával helyettesítettük („örömteli”, „előnyös”). A kontrollhittel kapcsolatos kockázatjellemzőként pozitív eseményeknél az „előidézhető a kitöltő által” szerepelt, míg a külvilág mint viszonyítási pont figyelembevételét a „büszkeségre jogosító” képviselte.

A külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára Rotter kérdőívét használtuk (Phares, 1984), amely arra keresi a választ, vajon az egyén szerint ő maga vagy külső tényezők határozzák meg viselkedését. A stresszel való megküzdési (coping) mechanizmusokat Scheier és Carver (1987) kérdőívének segítségével mértük fel. A diszpozicionális optimizmus (konkrét helyzettől független optimizmus) vizsgálatára Scheier és Carver (1987) Life Orientation Test-jét (LOT) használtuk.

Végezetül a különféle droghasználati és szexuális szokásokkal kapcsolatos kockázatosági ítéletekről: vizsgálati személyeinknek a következő droghasználati módok-

kal kapcsolatban kellett hétfokú skálán ítéletet alkotniuk: mennyire tartják kockázatosnak a droghasználatot, a droghasználatot szájon át, a droghasználatot orron keresztül, valamint injekciós formában. A szexuális kapcsolat vonatkozásában a szexuális kielégülés, behatolással, óvszerrel, szexuális kielégülés behatolással, óvszer nélkül, szexuális kielégülés behatolás nélkül változatokat kellett hétfokú skálán megítélniük kockázatosság szempontjából. Harmadikként a befolyásolt állapotban létesített szexuális kapcsolat vonatkozásában kellett megítélniük, mennyire tartják kockázatosnak a szexuális kapcsolatot akkor, ha ők maguk alkoholos állapotban vannak, akkor, ha a partnerük alkoholos állapotban van, ha ők maguk drogos állapotban vannak, ha partnerük van drogos állapotban, ha mindketten alkoholos állapotban vannak, illetve, ha mindketten drogos állapotban vannak.

Eredmények

Irreális optimizmus. Eredményeink egyértelműen jelzik az irreális optimizmus jelenlétét: nem jelenik meg az influenza, az utcai baleset, és a nem válik el tételek esetében. Weinstein (1980) eredményeihez hasonlóan az irreálisan optimista „világszemlélet” pozitív és negatív tételek vonatkozásában egyaránt megmutatkozik, a diákok saját esélyeiket kedvezőbbnek ítélik másokéinál. A torzítás mértéke azonban különbözik a negatív és a pozitív tételek esetében. A különbséget tovább árnyalja egy másik eltérés: az „átlagos másikhoz” és a „baráthoz” történő hasonlítás.

A vizsgálati személy számára kedvezőtlen kimenetek előfordulási valószínűségének becslésekor a hétfokú skála szélső sávjának erőteljesebb használata mutatkozik: az ítéletek átlaga 1,44, amikor az átlagos fiatalokhoz hasonlítják magukat, és 0,87, amikor a saját haverjaikhoz, illetve barátaikhoz. Ezzel szemben a kedvező kimenetek megítélésekor az átlagok respektíve 0,39, illetve 0,3. Abszolút értékben, hiszen a negatív kimenetelű események becslésekor a nullától negatív irányba eltérő választátlagok jeleznek irreális optimizmust (másokhoz képest kisebb az esélyem a rosszra), míg a pozitív eseményeknél a pozitív irányba eltérők (másokhoz képest nagyobb az esélyem).

Kockázatjellemzők. A vizsgált személyek a megítélendő *negatív* eseményeket általában megelőzhetőnek, félelmesnek, súlyosnak, saját magukra nézve nem valószínűnek tartják, a szégyenletesség vonatkozásában álláspontjuk megosztott: csak a drogfüggést, drogtúladagolást és alkoholizmust tartják szégyenletesnek.

Pozitív eseményeknél véleményük úgy alakul, hogy minden megítélendő pozitív eseményt saját maguk által előidézhetőnek, örömtelinek, előnyösnek, büszkeségre okot adónak és saját magukra nézve valószínűnek tartanak.

Azon tételek között, amelyeket saját magukra nézve szignifikánsan valószínűtlenné tartanak, érdekes összefüggéseket fedezünk fel: az AIDS valószínűtlensége a legkisebb (azaz valószínűsége a legnagyobb): a drogfüggés, drogtúladagolás, alkoholizmus, sőt, még a nemkívánt terhesség valószínűtlenségét is nagyobbak ítélik.

Személyiségjellemzők. A belső kontrollal, a diszpozicionális attitűddel és a coping-gal kapcsolatos eredményeink nem támasztják alá ezek összefüggését az irreális optimizmussal és a kockázatbecslés torzításaival (kivéve az aktív megküzdés tényezőjét). Ez tehát azt jelenti, hogy az irreális optimizmus háttérnek tekinthető személyiségjellemzőkkel nem mutatkozik összefüggés. Ez arra utal, hogy a jelenség

mindenkinél felléphet, nincsenek előzetes „feltételei”, nem kíván meg speciális „adottságokat”.

Kockázatosági ítéletek. A szexualitással és az alkohol/droghasználattal kapcsolatos viselkedésekre kérdező tételeknél tapasztalt eredmények azt mutatják, hogy valamennyi viselkedésformát kockázatosnak ítélik, kivéve a szex behatolással, óvszerrel és szex behatolás nélkül. A droghasználat kockázatosabb, mint az alkohol, a szex drogos állapotban kockázatosabb, mint alkoholos állapotban.

Némi kontrollhite enged következtetni a szexuális kapcsolat befolyásolt állapotban: mind drog, mind alkohol vonatkozásában akkor ítélik kockázatosabbnak a befolyásolt állapotban létesített szexuális kapcsolatot, ha ők maguk állnak drog vagy alkohol hatása alatt. Ha a partner, akkor a kockázatot kisebbnek ítélik. A drogos állapot itt is nagyobb kockázatúnak jelenik meg mindkét fél befolyásoltsága esetén, mint az alkoholos állapot.

A kockázatosági ítéletek és az irreális optimizmus mértéke közötti kereszttáblából a *droggal* kapcsolatos összefüggések emelkednek ki. Nevezetesen: a magasabb irreális optimizmus értéket adók kockázatosabbnak ítélik a droghasználatot, a szexet drogos állapotban (akár ő maga drogos, akár a partneré). Az alkohol és a különböző szexuális viselkedések vonatkozásában nem mutatkozik együttjárás az irreális optimizmus mértéke és a kockázatosági ítélet között.

Megbeszélés

A magyar serdülők körében szintén tapasztaltuk az *irreális optimizmus* jelenlétét. A fiatalok a kedvezőtlen események bekövetkeztét általában sokkal kevésbé tartják magukra nézve valószínűnek, azaz *irreális optimizmusuk a kedvezőtlen események* vonatkozásában sokkal erősebb, mint a kedvező események bekövetkezésének becslése során.

Másik eredményünk, hogy különbség mutatkozik az „általános másikhöz” és a „baráthoz, haverhoz” viszonyított esélyek becslésekor. Az irreális optimizmus általában gyengébb olyankor, amikor a kérdezettnek a *barátaihoz* kell magát mérnie, mint olyankor, amikor *definiálatlan általános alanyhoz*. Az is megfigyelhető, hogy az eltérés hangsúlyosabb azoknál a tételeknél, amelyek erősebb irreális optimizmust keltenek. A szakirodalom e kétféle összehasonlítás különbözőségére kevésbé hívja fel a figyelmet.

Nemek közötti bontásban a lányok a fiúknál tendenciaszerűen hajlamosabbnak látszanak az irreális optimista ítéletalkotáásra (az eredmény itt nem jelentős mértékű). Az eredmények azt sugallják, hogy az irreális optimizmus valóban együtt jár egy olyasfajta vélekedérendszerrel, amely szerint az egyén irányítani tudja a jövőjét, a félelmesnek és súlyosnak tartott események megelőzhetők, és nem valószínűek rá nézve; a kedvezők ezzel szemben előidézhetők és valószínűek. E tényezőket úgy értelmezhetjük, mint a *kontrollhit* és az *ént szolgáló*, illetve az *egocentrikus torzítások* megjelenését.

A „torzítás” itt arra utal, hogy a többiekénél jobb életszínvonal elérése, az átlagnál nagyobb életkor és jobb egészségi állapot nem biztos, hogy az egyén által előidézhető. Az igaz, hogy saját lehetőségeinkhez vagy adottságainkhoz képest jelentős szerepe van egyéni erőfeszítéseinknek, másokhoz viszonyított élettartamunkban, egészségi állapotunkban azonban a genetikai tényezők legalább ekkora szerepet játszanak.

Figyelemfelhívónak találtuk a *nemkívánt terhességgel* kapcsolatos eredményeket: a fiatalok nagymértékben megelőzhetőnek (helyesen), valamennyire félelmesnek, saját magukkal kapcsolatban szignifikánsan valószínűtlennek tartották, a súlyosság vonatkozásában pedig semlegesen nyilatkoztak. Előfordulási valószínűségét azonban *kisebbre* becsülik (igaz, nem sokkal), mint az *AIDS-ét*. Az *AIDS*-szel kapcsolatban kiemeljük, hogy a fiatalok a drogfüggés, drogtúladagolás, alkoholizmus, sőt, még a nemkívánt terhesség valószínűtlenségét is nagyobbak ítélték, mint az *AIDS-ét* (azaz az *AIDS* „valószínűbb”, hogy velük megtörténik, összehasonlítva a felsorolt tételekkel).

Erre érdemes felfigyelni, hiszen úgy tűnik, hogy a nagy publicitást kapó *AIDS* (valószínűleg a hozzáférhetőségi heurisztika mentén) valószínűbb (bár még mindig valószínűtlen) kimenetelnek tűnik a fiatalok számára, mint a nyilván sokkal realisabb veszélyként fenyegető drogfüggés, alkoholizmus vagy akár nemkívánt terhesség.

Belső kontroll attitűd. A belső kontroll attitűd és irreális optimizmus együttjárására vagy korrelációjára vonatkozó hipotézisünket vizsgálati mintánk eredményei alapján el kell vetnünk. Annak ellenére, hogy az irodalomban is hivatkozott kontrollhit a kockázatjellemzők esetében a mi mintánkon is megmutatkozni látszik, a Rotter-féle belső kontroll attitűd vizsgált mintánkban nem releváns.

Optimizmus. Hasonlóképpen, az irreális optimizmus és a diszpozicionális optimizmus között sincs összefüggés. Ez az eredmény némi gondolkodásra serkent: Scheier és Carver (1987) LOT-ja (Life Orientation Test) általános életszemléletet mér „Hiszek abban, hogy minden rosszban van valami jó” és hasonló kérdések segítségével. A Weinstein nyomán alkotott irreális optimizmus, kérdőívünk támadáspontja ennél jóval kisebb léptékű: csupán a többiekhez viszonyított esélyeink becslését célozza. Úgy látszik, ez független attól, hogy általában mennyire vagyunk optimisták. Ez a kérdőív nem feltétlenül általában vett optimista viszonyulást mér, hanem valószínűségi ítéletekben mutatkozó konzisztens hibát.

Stresszel való megküzdés (coping). A vizsgált megküzdési stratégiák (tervezés, kompetitív tevékenységek elnyomása, szociális támasz keresése, aktív megküzdés, tagadás, mentális kikapcsolódás, elfogadás, ventillálás, pozitív reintegráció, vallás, viselkedéses kikapcsolódás, mérsékelt megküzdés) közül kettő bizonyult összefüggésben látszani az irreális optimizmus mért szintjével.

Az érzelmi ventillációnál nyolc százalék, az aktív megküzdésnél (copingnál) három százalékos összefüggést találtunk. Adataink a Lazarus-féle megküzdési elmélethez illeszthetők: stresszkiváltó eseménynél érzelmi reakció (a megküzdés itt: az érzelmek kiengedése), majd problémaközpontú megküzdés (itt aktív megküzdés: „Arra koncentrálok erőmet, hogy tegyek valamit a problémával kapcsolatban.”) Scheier és Carver (1987) a diszpozicionális optimizmus vonatkozásában számol be hasonló mintázatról. Ez az eredmény illeszkedik az irreális optimizmus Taylor és Brown (1988) által leírt lelki egészségvédő funkciójához.

Kockázatos magatartások. A szexuális viselkedésekkel és az alkohol/droghasználattal kapcsolatos magatartásokkal összefüggésben megállapíthatjuk, hogy az esélyek irreálisan optimista becslése a kockázatok becslésével nem mutat szisztematikus összefüggést. Úgy látszik azonban, hogy az erős reakciókat kiváltó dolognál (drog) van együttjárás, mégpedig olyan, hogy akik nagyobb kockázatúnak ítélik, azok hajlamosabbak úgy gondolni, hogy velük kisebb valószínűséggel történnek meg a negatív események, mint másokkal.

Hipotézis szinten felvethető, hogy a droggal összefüggő viselkedési kockázatok súlyosságának és valószínűségének együjtjárása arra utal, hogy az így kialakuló irreális optimizmus nem készít fel a droggal történő esetleges találkozásra és annak reális veszélyeire.

Következtetések. Eredményeinket a sikerrel kecsegtető egészségbefolyásolási kommunikáció vagy a sikeres prevenció összefüggésében értelmezzük. A kedvezőtlen események előfordulási valószínűségével kapcsolatban optimista torzítás jellemzi a fiatalokat: úgy gondolják, ezek inkább másokkal történnek meg, mint velük magukkal (drogfüggés, alkoholfüggés, AIDS, nemkívánt terhesség, öngyilkosság, autóbaleset, rák). Ugyanakkor felismerik, hogy ezek súlyos és félelmes dolgok, valószínűségi becslésük azonban akkor is torz, amikor nem másokhoz kell viszonyítaniuk saját esélyeiket, hanem csak azt kell megítélniük, milyen valószínű, hogy ezek velük megtörténjenek.

A drogtúlادagolás, drogfüggés, öngyilkosság, alkoholizmus, nemkívánt terhesség és AIDS egyaránt nem valószínű lehetőségként jelenik meg, fontosnak tartjuk azonban hangsúlyozni, hogy elutasításuk szerkezete, erőssége irreális: a drogfüggést, alkoholizmust, öngyilkosságot, de még a nemkívánt terhességet is kisebb valószínűségűnek ítélik, mint azt, hogy AIDS-et kapnak. A tömegkommunikációban nagy súlyt kapó AIDS a hozzáférhetőségi heurisztika alapján valószínűbbnek tűnik számukra, mint a rohamosan terjedő drog, a szinte népbetegségnek számító alkoholizmus és öngyilkosság, illetve mint a nemkívánt terhesség.

Véleményünk szerint egy hatékony prevenció program számol a percepció e torzításaival és a reális esélyekre hívja fel a figyelmet, leszámolva ugyanakkor a „sebezhetetlenségi illúzióval”: mindenki úgy gondolja, „veszélyesek ezek a dolgok, de velem nem történnek meg”. Csak mindig mással!? Ez logikai bakugrás. Nem lehet mindenki a másik. Az egyik másik mi vagyunk.

A prevenció egyik módszerül kínálkozik a kortárs hatások beszámítása, a kortársak bevonása (a „barátok, haverok” említésénél a vizsgálati személyek realisabban ítélték meg esélyeiket). Ebben az esetben már nemcsak egyéni kockázatokról beszélhetünk, hanem a kockázatészlelés egy szociális/kulturális kontextusba ágyazódik (Rhodes, Stimson és Quirk, 1996).

Az irreális optimizmus figyelembe vételével egy prevenció program hatásának értékelésekor elkerülhetjük azt a hibát, hogy ezt a vizsgálati eredményt (amely valóban egy percepció torzítás) a prevenció sikerének tudjuk be.

Fischhoff (1989) nyomán rendkívül fontosnak tartjuk olyan programok kidolgozását, amelyek arra tanítják a serdülőket, hogy a különféle döntési környezetekben az életükkel és egészségükkel kapcsolatos kérdésekben megtanuljanak a döntésemélet nyelvén gondolkodni (nekem az a fontos, hogy...; objektíve ennyi esélyem van, hogy... legyek. Mik szólnak mellette, mik ellene. Mit tudok tenni stb.). Még jobb, ha a kommunikáció a hatékony viselkedés bemutatását és kipróbálását, begyakorlását is célba veszi, hiszen a pusztán információközlésre szorítóköző intervenció programok hatékonysága kicsi (Dryfoos, 1993). Arra bátoríthatjuk a prevenció programok oktatóit, hogy emeljék ki az érzelmi reakciókban és az aktív megküzdésben rejlő lehetőségeket, éppen a kockázatbecsléssel kapcsolatos torzítások ellensúlyozására.

IRODALOM

- DRYFOOS, J. G.: *Common components of successful interventions with highrisk youth*. In: Bell NJ és Bell RW (szerk.): *Adolescent risk taking*. Sage Publications, London, 1993. pp. 131-148.
- EDWARDS, W. (1954): *The theory of decision making*. In: *Psychological Bulletin*, 1993/51. sz. pp. 380-417.
- FARAGÓ K.: *Kockázatpercepció és kockázatkommunikáció*. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1993.
- FISCHOFF, B.: *Adolescent decision making. Report on research, 1988/1989*. Carnegie Mellon University, 1989.
- FISHBEIN, M. – AJZEN, I.: *Beliefs, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA, AddisonWesley, 1975.
- GARDNER, W.: *A life span rational choice theory of risk taking*. In: Bell, N. J. – Bell, R. W. (szerk.): *Adolescent risk taking*. Sage Publications, London, 1993. pp. 66-84.
- JANZ, N. – BECKER, M.: *The Health Belief Model: A decade later*. In: *Health Education Quarterly*, 1984/11. sz. pp. 1-47.
- LAZARUS, R. S. – FOLKMAN, S.: *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York, 1984.
- PHARES, E. J.: *Kontrollhely*. In: Szakács F. (összeáll.): *Személyiséglélektan. Szöveggyűjtemény IV. kötet*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1984. pp. 101-152.
- PLIGHT, J. VAN DER: *Risk perception and self-protective behavior*. In: *European Psychologist*, 1996/1. sz. pp. 33-43.
- RHODES, T. – STIMSON, G. V. – QUIRK, A.: *Sex, drugs, intervention, and research. From the individual to the social*. In: *Substance Use and Misuse*, 1996/3. sz. pp. 375-407.
- SCHEIER, M. F. – CARVER, C. S.: *Dispositional optimism and physical wellbeing. The influence of generalized outcome expectancies on health*. In: *Journal of Personality*, 1987/55. sz. pp. 169-210.
- SCHEIER, M. F. – CARVER, C. S.: *Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies*. In: *Health Psychology*, 1985/3. sz. pp. 219-247.
- SLOVIC, P. (1972): *From Shakespeare to Simon: Speculations and some evidence about man's ability to process information*. In: *Research Bulletin* 1972/2. sz.
- TAYLOR, S. E. – BROWN, J. D. (1988): *Illusion and well being: A social psychological perspective on mental health*. In: *Psychological Bulletin*, 1988/103. kötet, pp. 193-210.
- TVERSKY, A. – KAHNEMAN, D.: *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. In: *Science*, 1974/185. kötet, pp. 1129-1131.
- WEINSTEIN, N. D.: *Unrealistic optimism about future life events*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980/5. sz. pp. 806-820.
- WEINSTEIN, N. D. (1984): *Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility*. In: *Health Psychology*, 1984/5. sz. pp. 431-457.