

## PERSONLIGHED OG SYGDOM

Erik Lykke Mortensen

*I artiklen diskuteres sammenhængen mellem personlighed og fysisk sygdom. Først omtales de vigtigste metodeproblemer inden for området, og det påpeges, at sikre konklusioner om sammenhængen mellem personlighed og sygdom kun kan drages på basis af prospektive longitudinelle undersøgelser af raske personer. Dernæst diskuteres forskellige modeller, der kan forklare mulige sammenhænge mellem personlighed og helbred: symptom- og sygdomsadfærd, sundhedsrelateret adfærd, individets forarbejdning af stress, individets fremprovokering af stress, og endelig en mulig relation mellem personlighed og konstitutionelle dispositioner. Fem-faktor modellen beskriver personligheden ved fem overordnede personlighedsdimensioner: neuroticisme, introversion-extroversion, samvittighedsfuldhed, fjendtlighed-venlighed, og intelligens. Sammenhængen mellem hvert af disse personlighedstræk og helbred diskuteres på basis af udvalgt litteratur, og det konkluderes, at der er en sandsynlig sammenhæng mellem depressiv indstilling og sygdom og mellem fjendtlighed og sygdom.*

Inden for psykosocial medicin og sundhedspsykologi beskæftiger man sig med psykologiske og sociale faktorerets betydning for både udvikling og forløb af sygdomme. Der er imidlertid tale om to forskellige problemstillinger: de psykosociale faktorer, som har betydning for udvikling af f.eks. hjertelidelser, er ikke nødvendigvis de samme faktorer, som har betydning for forløbet af en hjertelidelse, når først den er opstået. Det er f.eks. muligt, at stressende belastninger udløser et hjertetilfælde, medens depression og håbløshed spiller en væsentlig rolle for forløbet af sygdommen. Kendskab til en sygdoms ætiologi siger derfor ikke nødvendigvis noget om, hvilke behandlinger der har en gavnlige effekt på sygdomsforløbet.

I det følgende vil jeg udelukkende beskæftige mig med personlighedstræk som risikofaktorer, d.v.s. deres betydning som årsager eller medvirkende årsager til udvikling af sygdomme. Personlighed og personlighedsafvigelse spiller naturligvis en væsentlig rolle ved mange psykiske

lidelser. Denne problemstilling falder imidlertid uden for rammerne af denne artikel, hvor der – traditionelt sundhedspsykologisk – fokuseres på somatiske sygdomme.

Den mest 'indholdstomme' definition af personlighed siger blot, at personlighed er individets varige psykiske egenskaber, som viser sig ved karakteristiske adfærds- og reaktionsmønstre i forskellige situationer. Personlighed vedrører således de psykiske egenskaber, som er relativt situationsuafhængige og derfor viser sig i mange forskellige situationer og på forskellige tidspunkter.

Teorier om sammenhænge mellem personlighed og helbred antager således, at visse 'indre' psykiske egenskaber medfører en øget risiko for at udvikle bestemte lidelser. Teorier om sammenhænge mellem ydre belastninger og helbred antager, at ydre påvirkninger og belastninger medfører øget risiko for at udvikle bestemte lidelser. Eksempler på den første type af teorier er den klassiske psykosomatik, hvor man fra en psykoanalytisk synsvinkel beskæftigede sig med 'psykosomatiske' lidelser som mavesår, forhøjet blodtryk m.m. Eksempler på den anden type af teorier er antagelser om, at belastende livsbegivenheder eller arbejdsforhold medfører stress, som igen medfører øget risiko for visse sygdomme eller lidelser.

De to synsvinkler er naturligvis ikke nødvendigvis modstridende, idet det f.eks. meget vel kan være, at ydre belastninger især medfører en øget risiko for sygdomsudvikling hos individer med særlige personlighedskarakteristika. I det følgende vil jeg imidlertid udelukkende fokusere på personlighedsfaktorens betydning for udviklingen af somatiske lidelser.

Man kan interessere sig for personlighed fra en almenpsykologisk eller en differentialpsykologisk synsvinkel. Klassiske retninger inden for personlighedspsykologien anlægger primært en almenpsykologisk synsvinkel. Det gælder f.eks. psykoanalyse, social indlæringsteori og humanistisk personlighedspsykologi, idet disse teoridannelser måske nok sigter mod principielle forklaringer på, hvorledes individuelle forskelle opstår, men ikke sigter mod detaljerede beskrivelser af individuelle forskelle og deres betydning for individets livsforløb (jf. McCrae & Costa, 1990).

Det er på denne baggrund, man skal forstå, at de klassiske retninger ikke har spillet nogen stor rolle inden for det forskningsfelt, hvor man beskæftiger sig med empiriske undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og helbred. Det er nemlig en forudsætning for at kunne undersøge, om en personlighedsfaktor er en helbredsmæssig risikofaktor, at man er i stand til med en rimelig grad af præcision at beskrive variationen i en befolkning med hensyn til både personlighed og helbred. Man har derfor i højere grad ladet sig inspirere af trækpsykologien, idet udgangspunktet for personlighedsmodeller inden for dette område netop har været studiet af individuelle forskelle og anvendelse af psykometriske metoder til at beskrive variation mellem individer. McCrae & Costa definerer således *personlighedstræk* som 'dimensions of individual dif-

ferences in tendencies to show consistent patterns of thoughts, feelings, and actions' (McCrae & Costa, 1990, p. 23).

Det er mit indtryk, at der her i landet er et begrænset kendskab til både moderne trækpsykologi og til det forskningsområde, som beskæftiger sig med personlighed og helbred. Der synes også at være et begrænset kendskab til relevante metoder inden for disse områder, og det er uheldigt, ikke mindst fordi overbevisende dokumentation for psykologiske og sociale faktorerers helbredsmæssige betydning er en forudsætning for, at tidens interesse for sundhedspsykologi og psykosocial medicin bliver mere end en døgnflue.

Det er på denne baggrund, at jeg har valgt først at diskutere metodeproblemer inden for området og forskellige typer af hypoteser om sammenhænge mellem personlighed og helbred. Dernæst vil jeg kort beskrive den mest fremtrædende personlighedsmodel inden for moderne trækpsykologi og ud fra denne model beskrive en række eksempler på undersøgelser af personlighed som risikofaktor.

## Metode-problemer

Vanskelighederne ved at dokumentere psykologiske og sociale faktorerers betydning for sygdomsudvikling undervurderes ofte. Dette er ikke mindst tilfældet inden for de områder af sundhedsvidenskaben, hvor der er ringe tradition for befolkningsundersøgelser og anvendelse af moderne epidemiologiske metoder. Det gælder sundhedspsykologi, og det fremgår f.eks. også af Thomas Niensens (1994) oversigt, at en betydelig del af forskningen i sammenhænge mellem psyke og cancer er præget af metodologiske svagheder.

For så vidt angår forskning vedrørende sammenhænge mellem personlighed og helbred gør der sig en række metodologiske vanskeligheder gældende:

*Personligheds-modeller:* Det er velkendt, at personlighedspsykologiens historie er præget af næsten lige så mange divergerende opfattelser af personlighed, som der er teoretikere inden for området. Lærebøger og indføringer i personlighedspsykologi indeholder ofte historisk orienterede oversigter over de forskellige teoretikeres opfattelser (et godt dansk eksempel er Marquart & Koester, 1997). Der er ingen tvivl om, at denne psykologi-historiske tradition har forsinket udviklingen af en forsknings-tradition, som sigter mod at indsamle kumulativ viden om sammenhænge mellem personlighed og helbred.

Et væsentligt formål med denne artikel er netop at påpege, at der inden for den empiriske personlighedsforskning så småt er ved at være konsensus om en basal personlighedsmodel, og at der sideløbende hermed er udviklet en systematisk forskning, som belyser sammenhænge mellem

personlighed og helbred. Der er således ingen tvivl om, at vi idag har en langt større empirisk viden om sammenhænge mellem personlighed og helbred, end da Friedman & Roseman for cirka fyrre år siden beskrev type A som en risikofaktor for hjerte-kar sygdomme (Friedman & Roseman, 1959).

*Måle-tekniske problemer:* De fleste dataindsamlingsmetoder inden for personligheds-psykologien er mindre pålidelige og valide end f.eks. intelligestests og andre kognitive tests. Dette gælder de såkaldte 'objektive' metoder, uanset om der er tale om selvrapportering eller observatør-ratings, og en omfattende litteratur dokumenterer, at det i endnu højere grad gælder de fleste projektive metoder (jf. McCrae & Costa, 1990). Upræcise personlighedstests medfører støj, der i praksis vil gøre det vanskeligere at dokumentere sammenhænge mellem personlighed og helbred, medens validitets-problemer kan give anledning til systematisk bias i vurderingen af sådanne sammenhænge.

*Psykiske tilstande:* Et udtryk for personlighedstests manglende præcision er det forhold, at resultaterne af personlighedstests sædvanligvis ikke alene afhænger af individets varige psykiske egenskaber, men også af individets aktuelle og situationsbestemte tilstand. Det betyder blandt andet, at visse personlighedstræk ikke kan måles uafhængigt af f.eks. krisetilstande og de hermed forbundne svingninger i sindstilstand. I velgennemførte prospektive undersøgelser vil deltageres aktuelle tilstand påvirke resultaterne af de anvendte personlighedstests som tilfældig støj, der eventuelt medfører, at sammenhænge mellem varige personlighedstræk og helbred undervurderes. Det er et alvorligere problem, hvis en undersøgelse er tilrettelagt således, at deltageres aktuelle psykiske tilstand kan være påvirket af den sygdom, som undersøges. Dette kan nemlig medføre systematisk bias og fejlagtige tegn på sammenhæng mellem personlighed og sygdom.

*Helbredsmål:* Det er væsentligt at være opmærksom på de problemer, som knytter sig til måling af helbred. Forskningen har vist forskellige sammenhænge mellem personlighed og henholdsvis subjektive og objektive helbreds-indikatorer, og det er naturligvis uhyre væsentligt at være opmærksom på, om et personlighedstræk har sammenhæng med symptomer og klager eller med 'objektiv' sygelighed eller dødelighed (Stone & Costa, 1990).

*Undersøgelser-design:* Inden for moderne sundhedsvidenskab er det almindeligt accepteret, at risikofaktorerers helbredsmæssige betydning bedst kan dokumenteres i prospektive, longitudinelle befolkningsundersøgelser. Dette gælder også dokumentation for personlighedstræk og andre psykiske faktorer som årsag til sygdom, da det er en afgørende forudsæt-

ning, at det kan konstateres, at de pågældende personlighedstræk er til stede inden sygdommens udbrud.

Ikke desto mindre er en del undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og specifikke sygdomme af retrospektiv karakter, idet man undersøger potentielt helbredsrelevante faktorer i livshistorien hos patienter, som allerede har udviklet den lidelse, man er interesseret i. Medmindre der er mulighed for at sammenligne med tilsvarende data for en kontrolgruppe, er det naturligvis på basis af dette design uhyre vanskeligt at drage slutninger om livshistoriske faktorerens betydning for udviklingen af sygdommen.

Inden for epidemiologien anvendes retrospektive designs, hvor patienter og kontrolpersoner systematisk sammenlignes (jf. den såkaldte case-control metode). I disse undersøgelser vil man imidlertid ofte have adgang til offentlige registre eller forskningsdatabaser med prospektivt registrerede livshistoriske oplysninger. Er der tale om egentlig retrospektiv indsamling af livshistoriske oplysninger (ved f.eks. interviews eller spørgeskemaer), vil de ofte være upålidelige. Det gælder i særdeleshed oplysninger vedrørende et individs personlighed. Vi er simpelthen ikke i besiddelse af metoder, som gør det muligt at indsamle nogenlunde pålidelige oplysninger vedrørende et individs personlighed på et tidligere tidspunkt i tilværelsen. Den slags oplysninger vil i sagens natur være usikre og ofte præget af systematisk bias. Man må således gå ud fra, at patienters eller pårørendes beskrivelse af fortiden – herunder beskrivelse af den 'præmorbid' personlighed – vil være præget af den syges aktuelle helbredstilstand.

Ikke sjældent gennemføres undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og sygdom som tværsnitsundersøgelser, hvor en patientgruppes resultater på en personlighedstest sammenlignes med en kontrolgruppes. En indlysende svaghed ved dette design er naturligvis, at personligheden hos syge individer kan være præget af sygdomsbevidsthed, psykologiske og sociale konsekvenser af sygdommen, og måske af sygdommens indvirkning på hjernens funktion. Selv om sygdommen og individets aktuelle tilstand måske ikke direkte ændrer den syges personlighed, vil besvarelser af interviews og personlighedstests alligevel ofte være påvirket af sygdommen.

På denne baggrund vil det i virkeligheden være overraskende, hvis man ikke ved alvorlige sygdomme finder forskelle på personlighedstests mellem patienter og en kontrolgruppe. De forskelle, man eventuelt finder, vil det i praksis være uhyre vanskeligt at fortolke, og man vil på dette grundlag ikke sikkert kunne tillægge personlighedsforskelle mellem de to grupper betydning for sygdommens opståen. Man risikerer simpelt hen at forveksle sygdommens konsekvenser med dens årsag.

Pålidelige undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og hel-

bred kan derfor kun gennemføres ved først at indsamle oplysninger om personligheden hos en population af raske individer og dernæst gennem mange år at registrere sygdomstilfælde i populationen. En række forhold gør det imidlertid nødvendigt i denne type af prospektive, longitudinelle undersøgelser at undersøge væsentligt større populationer, end det er almindeligt inden for psykologien:

1) Selv hyppige sygdomme er forholdsvis sjældne inden for realistiske størrelser på undersøgelsespopulationer og realistiske opfølgingsperioder. Det betyder blandt andet, at det i mange tilfælde kun vil være muligt, at undersøge sammenhænge mellem personlighedstræk og udbredte sygdomme som cancer og hjerte-kar lidelser. Cancer er som bekendt en stor gruppe af meget forskellige lidelser, og det er nok baggrunden for, at personlighed og hjerte-kar sygdomme er det mest systematisk undersøgte område.

2) De fleste sygdomme har multi-faktoriel ætiologi, og personlighed vil kun være en blandt mange faktorer, som har betydning for udviklingen af en given sygdom. Der er f.eks. mange andre væsentlige biofysiske og psykosociale risikofaktorer for hjerte-kar lidelser, og det er naturligvis essentielt, at man tager højde for disse faktorer, når man ønsker at vurdere personlighed som risikofaktor (et forhold, der nok i nogen grad er blevet overset inden for klassisk psykosomatik).

3) Måle-tekniske problemer medfører støj, idet resultaterne af de fleste personlighedstests ikke alene er et udtryk for varige individegenskaber, men også er påvirket af individets aktuelle tilstand. Støjen gør blandt andet, at det ofte vil være nødvendigt at undersøge store populationer for statistisk sikkert at kunne dokumentere sammenhænge mellem personlighed og helbred.

Undersøgelser af store populationer indebærer naturligvis store omkostninger, og det betyder, at det i sådanne undersøgelser oftest kun er realistisk at anvende personlighedstests af selvrapporteringstypen. Undersøgelserne kan derfor i praksis kun fokusere på den helbredsmæssige betydning af generelle personlighedstræk – i modsætning til f.eks. kliniske studier, hvor man i højere grad kan fokusere på personlighedens dynamik eller på samspillet mellem individ og omgivelser. Økonomiske hensyn medfører også tit en mere eller mindre firkantet operationalisering af kliniske begreber. Fortrængning bliver f.eks. til 'følelsesfortrængning' (Nielsen, 1994), som operationaliseres ved lave scores på en angstskala (Taylor, 1953) og høje scores på en 'social desirability' skala (Crowne & Marlowe, 1964).

En dansk undersøgelse af international kvalitet er undersøgelseerne af Glostrup 1914-kohorten. Knap 700 individer fra denne kohorte besvarede MMPI-testen som 50-årige (Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory), og de er derefter fulgt med hensyn til sygelighed og dødelighed i næsten 30 år. Resultaterne har vakt international interesse (Barefoot

et al., 1995; Barefoot & Schroll, 1996), selv om den psykiatrisk orienterede MMPI – set med moderne øjne – ikke er en ideel test at anvende på en normalpopulation. Testen har imidlertid vist sig nyttig, fordi den består af over 400 spørgsmål, og man derfor har haft mulighed for at aflede skalaer, som i normalbefolkningen måler helbredsrelevante personlighedstræk.

## Forklarings-modeller

Forskning i personlighed og helbred berører naturligvis 'sjæl-legeme' problematikken. Det er imidlertid min opfattelse, at man på forskningens nuværende stadium med fordel kan se bort fra de mere principielle sider af dette spørgsmål. Fra en praktisk synsvinkel kan 'psyken' og centralnervesystemet opfattes som to sider af samme sag, og 'psykosomatiske lidelser' kan opfattes som tilstande, hvor egenskaber ved eller processer i centralnervesystemet medfører sygdomme i andre organer (eller i selve nervesystemet). Det falder uden for denne artikels rammer at beskrive, hvorledes centralnervesystemet direkte eller indirekte kan påvirke andre organer. I stedet henvises til Thomas Niensens oversigt (1994) og til Contrada et al. (1990) for eksempler på fysiologiske modeller for sammenhænge mellem personlighed og helbred.

Det er foreløbig en meget stor forskningsopgave at undersøge, hvilke sygdomme der overhovedet er psykosomatiske i denne betydning. En del af denne opgave vedrører netop problematikken omkring personlighed og helbred. I en bestemt henseende synes det lettere at dokumentere sammenhænge mellem helbred og personlighed, end det er at dokumentere sammenhænge mellem helbred og faktorer som f.eks. socialt netværk eller sundhedsadfærd: enkeltstående, akutte påvirkninger af en risikofaktor antages sædvanligvis ikke at medføre sygdom. Dette gælder f.eks. en risikofaktor som rygning, hvor man ikke regner med, at kortvarig, voldsom rygning medfører sygdom, men at rygning gennem mange år efterhånden kan medføre lidelser som lungekræft eller hjerte-kar lidelser. Tilsvarende antager de fleste modeller, at adfærdsmæssige, sociale og psykologiske faktorer skal påvirke individet gennem en længere periode for at indløbe en væsentlig helbredsrisiko (alvorlige livsbegivenheder som f.eks. en ægtefælles død medfører vedvarende ændringer i individets livsvilkår og er tilsyneladende helbredsskadelige, jf. f.eks. Martikainen & Valkonen, 1998). Prospektive forløbsundersøgelser gennemføres imidlertid oftest med et meget begrænset antal observationstidspunkter, og det betyder, at ændringer i f.eks. et individs sociale netværk eller sundhedsvaner ikke nødvendigvis registreres. Det kan medføre, at de empirisk observerede sammenhænge mellem disse faktorer og helbred ikke giver et reelt indtryk af deres helbredsmæssige betydning.

Personlighed vedrører per definition varige, semi-permanente egen-

skaber ved det voksne individ, og disse egenskaber kan altså ikke ændres som f.eks. individets sociale miljø eller individets motionsvaner. Den relative stabilitet af personlighedstræk betyder, at det med henblik på at undersøge sammenhænge mellem personlighed og helbred i princippet er tilstrækkeligt at følge en population, som i en forholdsvis ung alder (før sygdomme og helbredsskavanker bliver hyppige) har besvaret relevante personlighedstests.

Den relative stabilitet af personlighedstræk er efterhånden dokumenteret (McCrae & Costa, 1990), og det er måske det vigtigste grundlag for overhovedet at antage, at personlighed kan have væsentlig helbredsmæssig betydning. I de fleste situationer afhænger individets adfærd og psykiske tilstand ganske vist af den konkrete situation, og personligheden spiller kun en mindre rolle inden for denne ramme. Til gengæld påvirker personligheden individets adfærd og psyke gennem hele tilværelsen, og personlighedstræk, som indebærer en helbredsrisiko, kan påvirke helbredet gennem årtier.

Dertil kommer, at individet ikke blot passivt påvirkes af det psykologiske og sociale miljø, men i høj grad aktivt vælger og skaber sit eget miljø (jf. teorier og resultater inden for nyere adfærds-genetisk forskning, (Scarr & McCartney, 1983; McGue et al., 1993)). Det er derfor muligt, at personlighedens helbredsmæssige betydning ikke mindst skal forstås på baggrund af sammenhænge mellem personlighed og ydre betingelser som f.eks. arbejdsforhold, socialt netværk og livsbegivenheder.

Det følgende er en kort oversigt over hovedtyper af forklaringer på sammenhænge mellem personlighed og helbred (jf. Smith & Gallo, in press). Det er på ingen måde hensigten at redegøre nærmere for de forskellige forklaringsmodeller eller deres indbyrdes forhold. Formålet er udelukkende at give et overblik over de forskellige typer af forklaringer.

*1. Sammenhæng mellem personlighed og symptom-/sygdomsadfærd:* Det antages, at der i virkeligheden ikke er sammenhæng mellem personlighed og kroppens fysiske tilstand. Det er snarere sådan, at personligheden har betydning for individets opfattelse af kropslige fornemmelser og tilbøjelighed til at opfatte og rapportere symptomer. Der er altså i virkeligheden tale om, at sammenhænge mellem personlighed og sygdom opfattes som pseudosammenhænge, der kan bortforklares.

Denne forklaringsmodel understreger behovet for at skelne mellem subjektive og objektive helbredsmål og for at inkludere begge typer af helbredsmål i undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og helbred.

*2. Sammenhæng mellem personlighed og sundhedsrelateret adfærd:* Det antages, at der kun er tale om en indirekte sammenhæng mellem personlighed og kroppens fysiske tilstand. Der er en sammenhæng mellem personlighed og individets adfærd, herunder adfærd, som fysisk påvirker



kroppens helbredstilstand (f.eks. kostvaner, tobak- og alkoholvaner, motionsvaner).

Ifølge denne forklaringsmodel kan sammenhænge mellem personlighed og sygdomme forstås ved biofysiske påvirkninger af kroppens organer. Der er altså ikke tale om psykosomatiske lidelser, hvis man ved 'psykosomatiske sygdomme' forstår det forhold, at egenskaber ved eller processer i centralnervesystemet medfører sygelige tilstande i andre organer. Da man ofte interesserer sig for personlighed som en 'psykosomatisk faktor', ser man i dataanalyser rutinemæssigt bort fra den variation i helbred, som skyldes associationen mellem personlighed og sundhedsrelateret adfærd. Der kan derfor være grund til at understrege, at det er helt urimeligt at se bort fra sammenhænge mellem personlighed og sundhedsrelateret adfærd ved en samlet vurdering af personlighedsfaktorens betydning for sundhed og sygdom gennem livsforløbet.

*3. Sammenhæng mellem personlighed og individets forarbejdning af stressende begivenheder og påvirkninger:* Det antages, at personligheden har betydning for både individets oplevelse af belastende påvirkninger og for de mestrings- eller copingstrategier, som typisk anvendes. Ifølge denne opfattelse er det ydre belastninger og deraf fremkaldte stressreaktioner, som indebærer en helbredsrisiko. Den egentlige patogene faktor er kroppens stressreaktioner, og personlighed kan være en risikofaktor, fordi disse reaktioner blandt andet afhænger af individets personlighed.

Ifølge denne model spiller personlighedsfaktorer en forholdsvis indirekte rolle for individets helbred. At dømme efter gængse lærebøger i sundhedspsykologi er modellen en udbredt implicit eller eksplicit forudsætning for megen tænkning omkring psykosociale forhold og helbred. I f.eks. Sarafinos (1994) lærebog behandles stressreaktioner særdeles grundigt, medens personlighedsfaktorer kun omtales sporadisk. I Kaplan et al (1993) bruges der dog cirka 20 sider af ialt 500 sider på personlighedsfaktorer.

Den utilstrækkelige omtale af personlighedsfaktorer er ikke mindst påfaldende på baggrund af den relativt udførlige omtale af coping- eller mestringsmekanismer. Det må nemlig antages, at kun habituelle tendenser til at anvende bestemte coping-mekanismer har varig helbredsmæssig betydning. Sådanne habituelle tendenser er naturligvis et aspekt ved individets personlighed, og de synes også at hænge meningsfuldt sammen med bestemte personlighedstræk (jf. f.eks. Amirkhan et al., 1995, McCormick et al., 1998).

*4. Sammenhæng mellem personlighed og art eller omfang af belastninger:* Det antages, at visse personlighedstyper er tilbøjelige til at fremkalde eller udsætte sig for belastende oplevelser og livsbegivenheder. Denne forklaringsmodel er beslægtet med den foregående, idet stressreaktioner anses for den afgørende patogene faktor, og personlighed som

risikofaktor skal forstås på denne baggrund.

Det forhold, at en del af variationen i livsvilkår er associeret med genetisk varians, synes at bekræfte hypoteser om sammenhænge mellem personlighed og belastninger i det psykologiske og sociale miljø (Plomin & Bergeman, 1991; Plomin et al., 1990). Dertil kommer imidlertid, at sammenhænge af denne karakter virker plausible for flere af de personlighedstræk, som synes at være af helbredsmæssig betydning (Smith & Gallo, in press).

*5. Sammenhæng mellem personlighed og konstitutionelle dispositioner:* Det antages, at genetiske faktorer eller tidlige påvirkninger disponerer til særlige fysiologiske reaktionsmønstre (f.eks. voldsomme stress-reaktioner), og at disse reaktionsmønstre disponerer individet til både at udvikle bestemte sygdomme og at udvikle en særlig personlighedstype. Ifølge denne forklaring er der kun tale om en korrelation mellem personlighed og sygdom, men ikke tale om en kausal relation.

En forudsætning for denne model er naturligvis dokumentation for arvelige faktors betydning for personlighedsudviklingen. Det er derfor væsentligt, at genetiske faktorer synes at kunne forklare 30-50 procent af variationen i de overordnede personlighedsdimensioner, som er i fokus i moderne trækteori (Bouchard, 1994; Brody & Ehrlichman, 1998). Fra visse udviklingspsykologiske synsvinkler kan dette virke overraskende, men spørgsmålet er, om det ikke netop er plausibelt for komplekse individuelle egenskaber, som antages at udvikles på basis af et samspil mellem biologiske forudsætninger og det omgivende miljø (det ville have været mere overraskende, hvis arvelige faktorer kunne forklare under 10 procent eller over 90 procent af variationen).

De forskellige alternative forklaringer på sammenhænge mellem personlighed og helbred udelukker naturligvis ikke hinanden. Tværtimod er det sandsynligt, at de alle i et vist omfang beskriver mekanismer, som faktisk har betydning for sammenhænge mellem personlighed og helbred. Den videnskabelige opgave består derfor næppe i at vælge mellem de forskellige forklaringsmodeller, men snarere i at beskrive den relative betydning af de forskellige modeller i relation til specifikke helbredsrelevante personlighedstræk.

### **Fem-faktor modellen**

Sædvanligvis skelner man mellem personlighedstræk og specifikke vaner som f. eks. spisevaner, rygevaner etc. Personlighedstræk beskriver generelle tendenser til at føle og handle på karakteristiske måder. De kan imidlertid både beskrive forholdsvis konkrete følelser eller handletendenser og beskrive overordnede brede personlighedsdimensioner, som

sammenfatter en række konkrete træk. En 'udadvendt' person kan f.eks. beskrives som social, imødekommende, varm og livlig, medens en 'følelsesmæssig ustabil' person kan beskrives med træk som ængstelighed, anspændthed, nedtrykthed etc. Mange modeller beskriver således personlighedens hierarkiske opbygning fra de mest specifikke vaner og situationsafhængige reaktionsmønstre til de mest overordnede personlighedsdimensioner.

Inden for trækpsykologien findes der imidlertid en britisk og en amerikansk tradition. De kendes fra den klassiske intelligensforskning, hvor Spearman var fortaler for en bred overordnet intelligensfaktor, medens Thurstone – og mange senere amerikanske forskere – har arbejdet med en række mere konkrete og snævert definerede kognitive faktorer (se f.eks. Thorpe, 1970). Tilsvarende inden for personlighedsforskningen, hvor Eysenck i mange år repræsenterede den britiske tradition med to overordnede, brede personlighedstræk, medens Cattell repræsenterede den amerikanske tradition med 16 personlighedstræk.

Cattell og Eysenck har imidlertid begge påpeget, at de beskrev personlighedstræk på forskellige niveauer, og Cattell (1965) illustrerede relationen mellem sine 16 træk og Eysencks to overordnede dimensioner, Neuroticisme og Extroversion (se også Eysenck & Eysenck, 1985). Cattell inkluderede blandt sine 16 træk en begavelsesfaktor, medens Eysenck naturligvis også anerkender intelligens som en væsentlig individegenskab. Hans klassiske teori kan derfor opfattes som en tre-faktor model, som med introduktionen af Psykoticisme-faktoren blev til en fire-faktor model (Eysenck & Eysenck, 1975 og Eysenck, 1997).

Ved brug af Eysencks personlighedstest har der imidlertid ofte vist sig psykometriske problemer med Psykoticisme-skalaen, idet man har kunnet se en tendens til, at skalaen spaltedes i to dele (dette gælder også den danske version af testen, Mortensen et al., 1996). Digman (1990) påpegede imidlertid, at de to komponenter i P-skalaen kunne fortolkes som henholdsvis en samvittigheds-dimension og en fjendtlig-venlig dimension, og at Eysencks model i så fald ville være i overensstemmelse med flere generationers britisk og amerikansk faktor-analytisk forskning baseret på både selvrapporterings-instrumenter og observatør-ratings (forskellige modeller med mange konkrete personlighedstræk har nok i virkeligheden skjult det forhold, at der efterhånden var bred enighed om personlighedens hoveddimensioner).

Dermed var man nået til fem-faktor modellen, som beskriver personlighedens struktur ved fem brede, overordnede personlighedsdimensioner ('the big five'): Neuroticisme, introversion-extroversion, samvittighedsfuldhed, fjendtlighed-venlighed og intelligens. Hver af de fem dimensioner opfattes som omfattende en række mere konkrete personlighedstræk, og netop derved forener modellen britisk og amerikansk tradition.

Det skal tilføjes, at der i en del amerikanske fremstillinger af den hi-

historiske udvikling vedrørende fem-faktor modellen lægges mere vægt på amerikansk forskning, og at Eysencks bidrag derfor fremgår mindre klart (f.eks. Brody & Ehrlichman, 1998). Derved kan man få det indtryk, at der alene er tale om en faktor-analytisk funderet model. Det er imidlertid ikke tilfældet, idet en væsentlig fortjeneste ved fem-faktor modellen netop er, at den integrerer store dele af den eksperimentelle og observationelle forskning, som er baseret på Eysencks model.

Fem-faktor modellen danner nu ramme om en væsentlig del af den empiriske personlighedsforskning, selv om der stadig er mange uafklarede spørgsmål (jf. f.eks. den kritiske diskussion af modellen i Block, 1995). Der er f.eks. bred enighed om, at neuroticisme og extroversion er de to mest veletablerede personlighedsdimensioner, men alligevel diskuteres de to dimensioners natur stadig (se f.eks. Jensen et al., in press). Det gælder i endnu højere grad intelligensfaktoren, når den betegnes som intellektuel åbenhed og beskriver en holdning til verden (i modsætning til det traditionelle intelligensbegreb, som fokuserer på intellektuel kapacitet).

Fem-faktor modellen er blevet kritiseret for at være teoriløs. De fem faktorer får imidlertid mere og mere konkret indhold på grund af den meget betydelige internationale forskning, som er baseret på modellen. Det er f.eks. allerede på nuværende tidspunkt gennem tvillingeundersøgelser dokumenteret, at genetiske faktorer har væsentlig betydning for udviklingen af individforskelle på de fem overordnede personlighedsdimensioner (Bouchard, 1994, Brody & Ehrlichman, 1998).

Der er naturligvis udviklet flere personlighedstests baseret på modellen. Den mest kendte er Costa & McCraes (1992), som i den reviderede udgave betegnes NEO-PI-R (NEO står for neuroticism, extroversion og openness). Testen udmærker sig ved at kunne anvendes til både selvrapportering og observatør-ratings, og den er oversat til en række sprog. Herhjemme udgiver Dansk Psykologisk Forlag snart en dansk version af testen, som allerede anvendes i forskningssammenhæng.

Med den tidligere version af testen er der gennemført undersøgelser af retest-stabilitet med 6-årige retestintervaller (McCrae & Costa, 1990). Om end stabilitets-koefficienterne ikke helt er på linie med det, man f.eks. finder med en intelligens-test som WAIS (Mortensen & Kleven, 1993), ligger de for fire af de fem faktorer på omkring 0,80. For så vidt angår de overordnede personlighedsdimensioner synes der således at være tale om en betydelig stabilitet, hvilket er en forudsætning for, at personlighedstræks helbredsrelevans kan dokumenteres i prospektive studier med opfølgingsperioder på flere årtier.

## **Personlighedstræk og helbred**

På trods af de mange uløste spørgsmål er fem-faktor modellen en nyttig ramme, som blandt andet kan bruges til at få overblik over empiriske undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og helbred (jf. Marshall et al., 1994). Derfor tager den følgende gennemgang udgangspunkt i de fem overordnede personlighedsdimensioner. Den helbredsmæssige betydning af hver dimension diskuteres på baggrund af eksempler på prospektive undersøgelser, men det skal understreges, at der på ingen måde er tale om en systematisk oversigt over den foreliggende forskning. Eksemplerne er overvejende hentet fra forskning i sammenhænge mellem personlighed og hjerte-kar lidelser, idet der vedrørende cancer henvises til Thomas Niensens fremragende oversigt over forskningen i sammenhænge mellem psyke og cancer (Nielsen, 1994).

## Neuroticisme

Eysenck beskriver neuroticisme som mangel på følelsesmæssig stabilitet. Et individ, som ligger højt på neuroticisme, beskrives som ængstelig, deprimeret, anspændt, plaget af skyldfølelse, lav selvfølelse og humørsvingninger (en anden betegnelse for neuroticisme er 'negative affectivity', jf. Watson & Clark, 1984). De vigtigste komponenter i neuroticisme er angst og depressiv indstilling, og det er derfor væsentligt at skelne mellem angst og depression som varige, men normale individegenskaber, og akutte, kliniske tilstande præget af angst eller depression (Smith & Gallo, in press). Den følgende diskussion fokuserer på neuroticisme som personlighedsdimension.

En række undersøgelser har vist en sammenhæng mellem neuroticisme og somatiseringstendens. Især synes angstkomponenten i neuroticisme at have sammenhæng med klager over fysiske symptomer, men ikke med objektivt helbred, hvilket er et eksempel på sammenhæng mellem personlighed og symptomadfærd. Watson & Pennebaker (1989) mener faktisk, at somatiseringstendens er så tæt forbundet med neuroticisme, at somatisering bør betragtes som et integreret aspekt af dette personlighedstræk.

Spørgsmålet er derfor om neuroticisme eller komponenter ved dette overordnede træk udelukkende har relation til symptomadfærd, eller om der også kan konstateres sammenhænge med objektive helbredsmål. Det vil man forvente ud fra den kendte sammenhæng mellem selv vurderet helbred og objektive helbredsindikatorer (se f.eks. Møller et al., 1996). Der er da også i flere undersøgelser konstateret en sammenhæng mellem depression og dødelighed hos hjertepatienter (Barefoot et al., 1996), og der foreligger undersøgelser, hvor der er konstateret sammenhænge mellem depressiv indstilling og risiko for udvikling af hjertesygdom. Herhjemme har John Barefoot undersøgt denne sammenhæng på basis af

Glostrup 1914-kohorten. Resultaterne viser en sammenhæng mellem depressiv indstilling og både hjertelidelser og total dødelighed (Barefoot & Schroll, 1996). I andre undersøgelser har man fundet en relation mellem selvrapporteret depression og risikoen for at udvikle hjertesygdomme (Ford et al., 1998) og ligeledes mellem selvrapporterede symptomer på angst og depression og risiko for at udvikle forhøjet blodtryk (Jonas et al., 1997).

En del forskning har i de senere år beskæftiget sig med relationen mellem pessimisme eller håbløshed og helbred. Pessimisme er beslægtet med depressiv indstilling, og relationen til neuroticisme kan måske forklare de sammenhænge, som er fundet mellem pessimisme og symptom- og sygdomsadfærd. I nyere undersøgelser har man endvidere fundet sammenhænge mellem håbløshed og dødelighed samt risiko for hjertelidelser og cancer (Everson et al., 1996).

Der er foreslået flere forklaringer på sammenhænge mellem depressiv indstilling og helbred: Det er f.eks. muligt, at sammenhængen formidles via sundhedsrelateret adfærd, idet individer, som har en depressiv eller pessimistisk indstilling, måske har et højere forbrug af alkohol og tobak. Neuroticisme er muligvis også associeret med stærkere stress-reaktioner på belastninger og mindre hensigtsmæssige coping-strategier (over en fire års opfølgingsperiode fandt man en sammenhæng mellem håbløshed og progression af arteriosklerose, jf. Everson et al., 1997). Det er også muligt, at individer, som ligger højt på dette træk, er tilbøjelige til selv at fremprovokere belastende begivenheder og livsomstændigheder (Smith & Gallo, in press).

Antonovsky beskrev f.eks. 'sense of coherence' som en funktion af både individ og omgivelser (jf. Saly, 1995). Individfaktoren kan imidlertid være et udtryk for mere eller mindre varige individegenskaber, og det kan ikke overraske, at 'sense of coherence' har relation til neuroticisme (jf. Gibson & Cook, 1996), og at man derfor også finder sammenhænge med subjektivt helbred (f.eks. Due & Holstein, 1998).

En række undersøgelser har søgt at dokumentere en sammenhæng mellem depression og risiko for cancer-udvikling. Det er imidlertid ikke altid klart, om undersøgelserne belyser betydningen af mere eller mindre akut depression eller betydningen af depressiv indstilling som personlighedstræk. Det fremgår endvidere af Thomas Nielsens oversigt (1994), at prospektive undersøgelser på dette område har givet en række modstridende resultater.

Eysenck har foreslået en nærmest omvendt depression/angst-hypotese, idet han antager en negativ sammenhæng mellem neuroticisme og cancer (se Nias, 1997). Denne hypotese har klart ikke kunnet bekræftes ved empiriske undersøgelser (Nielsen, 1994).

## **Extroversion**

Det extroverte individ beskrives med adjektiver som varm, social, livlig og spontan, medens det introverte individ beskrives som indadvendt, hæmmet og tilbageholdende. Blandt de fem overordnede personlighedstræk har der i sundhedspsykologien været ringe fokus på introversion-extroversion, og der findes meget få undersøgelser, som dokumenterer helbredsmæssige konsekvenser af et individs placering på denne dimension. Dette er påfaldende, fordi der er en sandsynlig – og efterhånden dokumenteret – sammenhæng mellem dette personlighedstræk og karakteren af individets sociale kontakt (Connell & D'Augelli, 1990; von Drass & Siegler, 1997). På baggrund af den omfattende forskning, som dokumenterer den helbredsmæssige betydning af socialt netværk og social isolation, må man derfor forvente en sammenhæng mellem extroversion og helbred (House et al., 1988, Hanson & Östergren, 1995, som præsenterer omfattende dokumentation fra Malmø-området).

På basis af tvillinge-undersøgelser fandt Lichtenstein (1993), at genetiske faktorer – især hos kvinder – synes at spille en rolle for variationen i sociale relationer. Det er nærliggende at antage, at den genetiske indflydelse formidles via individets personlighed, herunder ikke mindst introversion-extroversion. Der er derfor behov for flere undersøgelser af sammenhængen mellem dette personlighedstræk og karakteren af individets sociale netværk og for flere prospektive studier, hvor begge faktorer inddrages. I en nylig undersøgelse fandt man, at både socialt netværk og introversion-extroversion var associeret med risikoen for at udvikle en almindelig forkølelse (Cohen et al., 1997).

Endelig skal Eysencks extroversion-cancer hypotese nævnes. Ifølge denne hypotese skulle extroverte individer have særlig risiko for at udvikle cancer. Det fremgår af Nielsen (1994), at empiriske undersøgelser ikke har kunnet bekræfte antagelsen.

## **Samvittighedsfuldhed**

Individer, som er karakteriseret ved en høj grad af samvittighedsfuldhed, beskrives som ansvarlige, omhyggelige, selv-disciplinerede og pligtopfyldende. Der er for nylig kommet mere fokus på dette personlighedstræk inden for sundhedspsykologien på grund af en efterundersøgelse af knap 1200 individer fra Termans population af højtbegavede (jf. Thorpe, 1970). Med en opfølgingsperiode på mere end 70 år viste det sig, at individer, der i barndommen af forældre og lærere blev beskrevet som samvittighedsfulde, levede længere end mindre samvittighedsfulde individer (Friedman et al., 1993). Man fandt ingen sammenhæng mellem extroversion og neuroticisme vurderet i barndommen og livslængde, men derimod en – noget overraskende – negativ sammenhæng mellem livslængde

de og optimisme og sans for humor.

Det er naturligvis nærliggende at forestille sig, at samvittighedsfulde individer i højere grad retter sig efter sundhedsråd, og at forklaringen på de længere levetider er sundhedsadfærd. Det ser imidlertid ud til, at traditionelle kategorier af sundhedsadfærd kun kan forklare en del af forskellen i levetider (Friedman et al., 1995), og det er muligt, at forskelle med hensyn til mindre oplagt sundhedsrelateret adfærd spiller en rolle. Det virker f.eks. umiddelbart sandsynligt, at samvittighedsfulde individer generelt lever en mere stabil og mindre omskiftelig tilværelse.

Blandt de fem overordnede personlighedstræk er det måske mest naturligt at sætte den såkaldte type C personlighed i relation til samvittighedsfuldhed. Type C beskrives som føjelig og eftergivende over for sociale normer, selvopofrende og hensyntagende, og tilbøjelig til at fortrænge følelser. Det fremgår af f.eks. Thomas Nielsens gennemgang af forskningen vedrørende psyke og cancer, at 'følelsesfortrængning' er det type C træk, som er bedst undersøgt, og som der er mest belæg for at betragte som en risikofaktor for cancer-udvikling (Nielsen, 1994).

## **Fjendtlighed-venlighed**

Dimensionen fjendtlighed-venlighed betegnes ofte med det positivt ladede ord 'agreeableness'. Det er imidlertid det negative aspekt 'hostility', som interessen har samlet sig om inden for sundhedspsykologi og psykosocial medicin. Det hænger sammen med, at fjendtlighed og aggressivitet oprindeligt blev beskrevet som en komponent i den såkaldte type A personlighed, der blev beskrevet som en konkurrence- og præstationsorienteret, fortravlet og utålmodig, samt vredladet og aggressiv personlighedstype (Friedman & Roseman, 1959, som sammenlignede type A med den såkaldte type B, defineret som 'essentially the converse pattern of A').

I den første periode efter introduktionen af type A begrebet tydede en række undersøgelser på, at dette adfærdsmønster var en klar risikofaktor for hjerte-kar lidelser. Efterhånden begyndte der imidlertid at komme undersøgelser, som ikke kunne bekræfte denne sammenhæng, og nyere meta-analyser tyder på, at resultaterne blandt andet afhænger af, om der anvendes observatør-ratings (et struktureret interview) eller et selvrapporterings-instrument ved vurdering af type A adfærdsmønstret. Resultaterne synes også at afhænge af de undersøgte populationer, idet det synes lettere at dokumentere sammenhænge mellem type A personlighed og hjerte-kar lidelse i undersøgelser af brede befolkningsudsnit end i undersøgelser af høj-risiko grupper (Matthews, 1988; Miller et al., 1991).

De modstridende resultater vedrørende sammenhængen mellem type A personlighed og hjerte-kar lidelser gjorde, at man begyndte at interessere sig for de enkelte komponenter i type A adfærdsmønstret (Siegman,



1994). Det viste sig, at fjendtlighed tilsyneladende var den afgørende faktor, idet en række undersøgelser har dokumenteret sammenhænge mellem dette personlighedstræk og både hjerte-kar lidelser og total dødelighed. Begge disse sammenhænge har kunnet bekræftes herhjemme ved undersøgelser af Glostrup 1914-kohorten, hvor den såkaldte 'Cook-Medley Hostility Scale' kan afledes af MMPI fra 50-års undersøgelsen (Cook & Medley, 1954), og hvor der er konstateret sammenhænge med dette personlighedstræk over den næsten 30-årige opfølgingsperiode (Barefoot et al., 1995). Det skal tilføjes, at selv om de fleste studier har vist signifikante sammenhænge mellem hjertelidelser og fjendtlighed, er det langt fra alle (jf. Helmers et al., 1994). Der er en klar tendens til mere konsistente resultater, når der anvendes observatør-ratings af fjendtlighed, men en nyere meta-analyse bekræfter, at der også kan dokumenteres sammenhænge med helbred, når der anvendes skalaer af selvrapport typen (Miller et al., 1996).

Som forklaring på sammenhængen mellem fjendtlighed og helbred har man stort set interesseret sig for alle de forklaringsmodeller, der er beskrevet ovenfor: sundhedsrelateret adfærd synes kun at være en del af forklaringen, selv om man bl.a. har fundet, at individer, som scorer højt på fjendtlighed, f.eks. ryger og drikker mere end andre (Siegler, 1994). Flere eksperimentelle undersøgelser viser, at højt-scoringe individer reagerer psykofysiologisk voldsommere end lavt-scoringe i provokerende situationer (Houston, 1994), og det viser sig, at højt-scoringe er tilbøjelige til at opleve omgivelserne mere konfliktyldte og belastende. De beskriver samtidig et mindre tilfredsstillende socialt netværk, og det er muligt, at der både er tale om en særlig måde at fortolke og reagere på belastende situationer og samtidig en tilbøjelighed til netop at skabe og fremprovokere belastende livsomstændigheder. Dette gælder muligvis også andre komponenter i type A personlighedsmønstret, idet type A individer reagerer psykofysiologisk voldsommere end type B individer i konkurrence-betonede situationer (Smith & Gallo, in press). Endelig har man hos individer, som scorer højt på fjendtlighed, fundet et lavere niveau af neurotransmitteren serotonin. Dette har været fremført som forklaring på både udviklingen af fjendtlighed og på hermed associerede psykofysiologiske reaktionsmønstre i belastende situationer (Williams 1994, 1995). Det lave serotonin-niveau kan i princippet være genetisk betinget eller skyldes tidlige opvækstvilkår, idet individer, som ligger højt på fjendtlighed, er tilbøjelige til at beskrive deres opvækstmiljø som koldt og præget af tvang og aggressioner (Smith & Gallo, in press).

Det fremgår, at der er mange uløste spørgsmål vedrørende den helbredsmæssige betydning af både type A og fjendtlighed. Problemerne er til dels af metodisk karakter, idet der har vist sig ringe overensstemmelse mellem instrumenter baseret på henholdsvis selvrapport og observatør-ratings. Som nævnt har dette muligvis haft en afgørende betydning for de modstridende resultater vedrørende type A, medens man for så vidt an-

går fjendtlighed synes at kunne bekræfte helbredsrelevansen med både selvrapportering og observatør-ratings.

Sammenhænge mellem helbred og den MMPI-afledte 'Cook-Medley' fjendtligheds-skala synes at være et ganske robust fund, som Barefoot et al. (1983) f.eks. kunne demonstrere i et studium af kun 255 læger og med en 25-års opfølgingsperiode. Det rejser imidlertid spørgsmål om denne skalas psykometriske struktur og dens empiriske relation til personlighedstests baseret på fem-faktor modellen. Skalaen synes at bestå af fem komponenter: Kynisme, fjendtlig oplevelse af medmennesker, aggressive reaktioner, fjendtlige følelser og tilbagetrækning fra sociale situationer. En undersøgelse af sammenhænge mellem disse komponenter og NEO-personlighedstesten viste, at alle komponenter korrelerede negativt med NEO-venlighed (agreeableness), og at der derudover især fandtes signifikante korrelationer med en fjendtlighedsskala, som i NEO-testen er en delskala under neuroticisme (Barefoot et al., 1989). Ifølge denne undersøgelse synes Cook-Medley skalaen således at indeholde komponenter af to overordnede personlighedsdimensioner: Fjendtlighed-venlighed og neuroticisme. Dette svarer til andre analyser af fjendtlighed, hvor man har skelnet mellem på den ene side det at udtrykke fjendtlige holdninger og aggressive reaktioner, og på den anden side det at opleve følelser af vrede (Smith, 1994). Det sidste anses for at være tættere forbundet med neuroticisme.

Komponent-analyse af Cook-Medley skalaen rejser naturligvis også spørgsmål om, hvilke komponenter der er mest helbredsrelevante. At dømme ud fra resultaterne for Glostrup 1914-kohorten synes det især at dreje sig om kynisme, fjendtlige følelser og fjendtlig oplevelse af medmennesker, men et amerikansk studium pegede også på aggressive reaktioner (Barefoot et al., 1996; Barefoot et al., 1989). En kynisk, negativ opfattelse af omverdenen parret med fjendtlige og aggressive følelser synes således at være en væsentlig risikofaktor for både hjerte-kar lidelser og total dødelighed.

## **Intelligens**

Holdningsaspektet ved intellektuel funktion betegnes oftest 'åbenhed'. Det karakteriseres ved adjektiver som nysgerrig, original, fantasifuld samt åbenhed over for nye oplevelser, ideer og værdier. Der findes tilsyneladende næsten ingen undersøgelser af mulige sammenhænge mellem intellektuel åbenhed og helbred. En undersøgelse viser dog en sammenhæng mellem nysgerrighed og 5-års overlevelse hos ældre (Swan & Carmelli, 1996).

Den sundhedspsykologiske litteratur er ligeledes karakteriseret ved en påfaldende mangel på undersøgelser af og diskussioner af mulige sammenhænge mellem intellektuel kapacitet og helbred. Dette er så meget

mere påfaldende, fordi korrelationen mellem social status og intelligens er høj, og fordi et stort antal undersøgelser dokumenterer en markant sammenhæng mellem social status og sygelighed og dødelighed (Kaplan & Keil, 1993). De såkaldte Whitehall studier fokuserer på sammenhænge mellem job-status og helbred hos britiske embedsmænd (Marmot et al., 1991; Stansfeld & Marmot, 1995). Intelligens er ikke registreret, men man må gå ud fra, at korrelationen mellem job-status og intelligens i denne population er meget høj, og det gælder måske i endnu højere grad de mange studier, som anvender uddannelse som status-index (korrelationen mellem uddannelse og intelligens er ofte i størrelsesordenen 0.60-0.70, jf. f.eks. Mortensen et al., 1989)

Intelligensforskelle kan således være en del af forklaringen på sammenhængen mellem helbred og sociale forhold, og det er givet, at det i mange undersøgelser ville være meget vanskeligt at adskille den helbredsmæssige betydning af intellektuel funktion fra betydningen af social status. Den eneste grund til, at det ikke er blevet åbenbart, er utvivlsomt det forhold, at der forholdsvis sjældent gennemføres intelligens-testning som led i større befolkningsundersøgelser.

Det er i denne forbindelse værd at bemærke, at sammenhænge mellem sociale stratifikationer og helbred kan konstateres i vidt forskellige samfund. Begavelse er netop en faktor, som må formodes at have sammenhæng med sociale stratifikationer uanset de sociale og kulturelle forskelle, der måtte findes mellem forskellige samfund. Den er derfor af særlig interesse som potentiel forklaring på sammenhænge mellem helbred og socialstatus.

Man kan forestille sig mere eller mindre direkte sammenhænge mellem intellektuel kapacitet og helbred: Det er muligt, at der er en sammenhæng mellem intelligens og sundhedsrelateret adfærd, og det er ligeledes muligt, at der i mange samfund er en sammenhæng mellem begavelse og materielle vilkår af helbredsmæssig betydning (jf. korrelationen mellem social status og intelligens).

Terman fandt i sine studier af højtbegavede, at de højt begavede var fysisk veludviklede, og at deres sundhedstilstand var over middel (jf. Thorpe, 1970). Genetisk selektion kan være baggrunden for en korrelation mellem begavelse og helbred, men en sammenhæng kan også forklares ved det forhold, at både begavelse og helbred påvirkes af opvækstvilkår. Endelig kan man forestille sig komplekse psykologiske sammenhænge – f.eks. at kognitiv og intellektuel udvikling påvirker andre sider af personlighedsudviklingen, som mere eller mindre direkte har helbredsmæssig betydning.

Intelligens er en uhyre stabil individegenskab i størstedelen af voksenalderen, men hos ældre individer ses efterhånden et fald i visse intellektuelle funktioner. Det ser ud til, at ændringer i intellektuel kapacitet kan være en indikator for ændringer i den almene helbredstilstand. I flere undersøgelser af ældre har man nemlig fundet en tidsgradient, således at der

ses den største tilbagegang i intellektuelle funktioner hos individer, som dør kort tid efter intelligensundersøgelsen (Mortensen & Kleven, 1993).

### **Samspil mellem personlighedstræk**

Man må gå ud fra, at de helbredsmæssige konsekvenser af et bestemt personlighedstræk for det enkelte individ vil afhænge af andre sider af personligheden, og at det derfor grundlæggende er urealistisk at fokusere på hver enkelt af de fem overordnede dimensioner. Fra dette perspektiv er det sandsynligt, at man ville finde mere markante sammenhænge mellem personlighed og helbred, hvis man i højere grad i befolkningsundersøgelser kunne tage hensyn til samspillet mellem forskellige sider af personligheden. Dette vil dog i mange tilfælde forudsætte større undersøgelsespopulationer.

Fremskridt med hensyn til viden om samspil mellem personlighedstræk forudsætter, at der er nogenlunde enighed om de dimensioner, der skal fokuseres på. Det skal derfor påpeges, at en del af de sundhedspsykologiske begreber og tests har en vis arbitrær og ad hoc præget karakter. I mange tilfælde har de enkelte forskergrupper valgt at fokusere på formodede helbedsrelevante sider af personligheden uden i øvrigt at redegøre for de pågældende personlighedstræks status i forhold til basale personlighedsdimensioner. Det kan derfor ikke overraske, at mange af de afledte skalaer ikke har nogen klar relation til f.eks. fem-faktor modellen. Marshall et al. (1994) fandt således, at skalaer for 'locus of control', 'self-esteem' og 'life-purpose' tilsyneladende var multi-dimensionelle, idet de havde væsentlig sammenhæng med flere af de fem overordnede dimensioner.

Man må håbe, at man fremover i højere grad vil være opmærksom på sammenhængen mellem personlighedspsykologisk grundforskning og de begreber og instrumenter, der anvendes i undersøgelser af sammenhænge mellem personlighed og helbred.

### **Konklusion**

Relationen mellem personlighed og helbred vedrører et basalt spørgsmål: Er der bestemte psykiske egenskaber, som medfører en forhøjet risiko for, at individet udvikler bestemte sygdomme?

For så vidt gælder hjerte-kar lidelser synes svaret at være bekræftende for personlighedsdimensionen venlig-fjendtlig. Det er sandsynligt, at det også er tilfældet for depressiv indstilling og andre aspekter ved neuroticisme. Trods en omfattende litteratur og mange undersøgelser er der imidlertid mange uafklarede spørgsmål. Det hænger blandt andet sammen med, at alt for mange undersøgelser inden for området – på grund af

forkert design eller for små undersøgelses-populationer – rejser flere spørgsmål, end de besvarer.

Det er uheldigt ikke mindst fordi forskning i personlighed og helbred ofte opfattes som et 'alternativt' eller i hvert fald som et 'blødt' område. Der er derfor ikke brug for mange småundersøgelser, som antyder forskellige mulige sammenhænge. Derimod er der brug for omfattende og solide undersøgelser, som gør det muligt at drage utvetydige konklusioner om sammenhænge – eller mangel på sammenhænge – mellem personlighedstræk og helbred. Den relativt homogene befolkning og de omfattende offentlige registre giver særligt gode muligheder for at gennemføre sådanne undersøgelser her i landet. Man må derfor håbe, at fremtidige befolkningsundersøgelser i højere grad, end det hidtil har været tilfældet, vil fokusere på personlighed.

Der er i de sidste fyre år gennemført mange befolkningsundersøgelser, og der ingen tvivl om, at Danmark kunne have været et foregangsland i udforskning af sammenhænge mellem personlighed og helbred – det viser f.eks. MMPI-undersøgelserne af Glostrup 1914-kohorten. Det er imidlertid karakteristisk, at danske psykologer hidtil har vist ringe interesse for at udnytte befolkningsundersøgelserne til at undersøge psykologiske faktoreres helbredsrelevans. Det skyldes muligvis en manglende forståelse for, at omfattende prospektive forløbsundersøgelser af raske personer er en forudsætning for at dokumentere, at psykologiske faktorer kan være risikofaktorer for en eller flere lidelser.

Diskussionen er måske gået for meget på, om psykiske faktorer overhovedet spillede en rolle for sygdomsudvikling. Det har blandt andet betydet, at man har samstillet evidens fra prospektive befolkningsundersøgelser med forløbsundersøgelser af syge individer (jf. Thomas Niensens bog om psyke og cancer). Hvis der skal ske fremskridt i vores viden om psyke og helbred, er det imidlertid nødvendigt, at der tilrettelægges undersøgelser, som kan besvare mere specifikke spørgsmål. Selv når den helbredsmæssige betydning er veldokumenteret – som det synes at være tilfældet med fjendtlighed – er der en lang række ubesvarede spørgsmål: Der er naturligvis behov for at forstå de helbredsskadelige sammenhænge mellem personlighedstræk og fysiologiske reaktionsmønstre. Derudover er det væsentligt at have kendskab til sammenhænge mellem personlighedstræk og sundhedsrelateret adfærd, sammenhænge mellem personlighedstræk og psykologiske og fysiologiske reaktioner på belastninger og at have kendskab til udviklingen af det pågældende personlighedstræk (herunder også kendskab til genetiske- og miljøfaktorer, som medfører variation mellem individer med hensyn til det pågældende træk). Endelig er der et væsentligt behov for mere viden om samspillet mellem køn, personlighed og helbred. Det er f.eks. nærliggende at få den mistanke, at beskrivelsen af type A og type C har sammenhæng med det forhold, at de fleste undersøgelser af personlighed og hjertelidelser er baseret på mænd, mens de fleste undersøgelser af personlighed og cancer er

baseret på kvinder med brystkræft.

Til slut skal det påpeges, at det ikke alene er væsentligt at forstå samspillet mellem forskellige sider af personligheden, men også at have kendskab til samspillet mellem personlighed og andre psykologiske og sociale faktorer, som påvirker individets helbred: Social stratifikation, helbredsbelastende arbejde, social isolation og belastende livsbegivenheder. Det er ikke mindst vigtigt på baggrund af den forskning, som tyder på, at genetiske faktorer spiller en rolle for individuelle forskelle vedrørende tilsyneladende miljøbetingede livsbetingelser som f.eks. de livsbegivenheder, individet kommer ud for. Dette kan næsten kun forstås således, at genetiske faktorer har betydning for personlighedsudviklingen, som til gengæld spiller en væsentlig rolle for de miljøbetingelser, individet skaber gennem tilværelsen – eller at personligheden i det mindste spiller en væsentlig rolle for individets oplevelse af og reaktioner på omgivelserne.

Personligheden er således en medvirkende årsag til de ydre omstændigheder, som direkte belaster individet og fremkalder fysiologiske stress-reaktioner. Det er måske dens mest afgørende betydning for individets helbred.

#### LITTERATUR

- AMIRKHAN, J. H., RISINGER, R. T. & SWICKERT, R. J. (1995): Extraversion: A »hidden« personality factor in coping? *Journal of Personality Research*, 63, 189-212.
- BAREFOOT, J. C., DAHLSTROM, W. G. & WILLIAMS, R. B., Jr. (1983): Hostility, CHD-Incidence, and Total Mortality: A 25-Year Follow-up Study of 255 Physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- BAREFOOT, J. C., DODGE, K. A., PETERSEN, B. L., DAHLSTROM, W. G. & WILLIAMS, R. B., Jr. (1989): The Cook-Medley Hostility Scale: Item Content and Ability to Predict Survival. *Psychosomatic Medicine*, 51, 46-57.
- BAREFOOT, J. C., HELMS, M. J., MARK, D. B., BLUMENTHAL, J. A., CALIFF, R. M., HANEY, T. L., O'CONNOR, C. M., SIEGLER, I. C. & WILLIAMS, R. B., Jr. (1996): Depression and Long-Term Mortality Risk in Patients with Coronary Artery Disease. *American Journal of Cardiology*, 78, 613-617.
- BAREFOOT, J. C., LARSEN, S., VON DER LIETH, L. & SCHROLL, M. (1995): Hostility, Incidence of Acute Myocardial Infarction, and Mortality in a Sample of Older Danish Men and Women. *American Journal of Epidemiology*, 142, 477-484.
- BAREFOOT, J. C. & SCHROLL, M. (1996): Symptoms of Depression, Acute Myocardial Infarction, and Total Mortality in a Community Sample. *Circulation*, 93, 1976-1980.
- BLOCK, J. (1995): A Contrarian View of the Five-Factor Approach to Personality Description. *Psychological Bulletin*, 117, 187-215.
- BOUCHARD, T., Jr. (1994): Genes, Environment, and Personality. *Science*, 264, 1700-1701.
- BRODY, N. & EHRlichMAN, H. (1998): *Personality Psychology: The Science of*

- Individuality*. New Jersey: Prentice Hall.
- CATTELL, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Middlesex, England: Penguin Books.
- COHEN, S., DOYLE, W. J., SKONER, D. P., RABIN, B. S. & GWALTNEY, J. M. (1997): Social Ties and Susceptibility to the Common Cold. *JAMA*, 277, 1940-1944.
- CONNELL, C. M. & D'AUGELLI, A. R. (1990): The Contribution of Personality Characteristics to the Relationship Between Social Support and Perceived Physical Health. *Health Psychology*, 9, 192-207.
- CONTRADA, R. J., LEVENTHAL, H. & O'LEARY, A. (1990): Personality and Health. I: *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp 638-669). New York: Guilford Press.
- COOK, W. W. & MEDLEY, D. M. (1954): Proposed Hostility and Pharisaic-Virtue Scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- COSTA, P. T., JR. & MCCRAE, R. R. (1992): *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- CROWNE, D. & MARLOWE, D. (1964): *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. New York: Wiley.
- DIGMAN, J. M. (1990): Personality structure: Emergence of the five factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- DUE, E. P. & HOLSTEIN, B. E. (1998): »Sense of Coherence«, socialklasse og helbred i en dansk befolkningsundersøgelse. *Ugeskrift for Læger*, 160, 7424-7429.
- EVERSON, S. A., GOLDBERG, D. E., KAPLAN, G. A., COHEN, R. D., PUKKALA, E., TUOMILEHTO, J. & SALONEN, J. T. (1996): Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58, 113-121.
- EVERSON, S. A., KAPLAN, G. A., GOLDBERG, D. E., SALONEN, R. & SALONEN, J. T. (1997): Hopelessness and 4-Year Progression of Carotid Arteriosclerosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 17, 1490-1495.
- EYSENCK H. J. & EYSENCK, M. W. (1985): *Personality and Individual Differences. A Natural Science Approach*. New York & London: Plenum Press.
- EYSENCK H. J. & EYSENCK, S. B. G. (1975): *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. Sevenoaks, Kent: Hodder and Stoughton Educational.
- EYSENCK, S. B. G. (1997): Psychoticism as a dimension of personality. I: H. NYBORG (Ed.): *The Scientific Study of Human Nature. Tribute to Hans J. Eysenck at eighty* (pp. 107-121). Oxford: Elsevier Science.
- FORD, D. E., MEAD, L. A., CHANG, P. P., COOPER-PATRICK, L., WANG, N. & KLAG, M. J. (1998): Depression Is a Risk Factor for Coronary Artery Disease in Men. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1422-1426.
- FRIEDMAN, H. S., TUCKER, J. S., SCHWARTZ, J. E., MARTIN, L. R., TOMLINSON-KEASEY, C. & CRIQUI, M. H. (1995): Childhood Conscientiousness and Longevity: Health Behaviors and Cause of Death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-703.
- FRIEDMAN, H. S., TUCKER, J. S., TOMLINSON-KEASEY, C., SCHWARTZ, J. E., WINGARD, D. L. & CRIQUI, M. H. (1993): Does Childhood Personality Predict Longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176-185.
- FRIEDMAN, M. & ROSEMAN, R. H. (1959): Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*, 169, 1286-1296.
- GIBSON, L. M. & COOK, M. J. (1996): Neuroticism and sense of coherence. *Psychological Reports*, 79, 343-349.
- HANSON, B. & ÖSTERGREN, P. O. (1995): Social Networks and Health: Theories and Empirical Evidence from Malmö, Sweden. I: E. L. MORTENSEN & J. EGSGAARD (Eds.), *Netværk & Sundhed/Social Networks and Health* (pp. 52-82). Københavns Sundhedsvæsen, Sundhedsministeriet og Hovedstadens Syge-

- husfællesskab.
- HELMERS, K. F., POSLUSZNY, D. M. & KRANTZ, D. S. (1994): Associations of hostility and coronary artery disease: A review of studies. I: A. W. SIEGMAN & T. W. SMITH (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 67-96). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- HOUSE, J. S., LANDIS, K. R. & UMBERSON, D. (1988): Social relationships and health. *Science*, 241, 540-45.
- HOUSTON, B. K. (1994): Anger, Hostility, and Psychophysiological Reactivity. I: A. W. SIEGMAN & T. W. SMITH (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 97-116). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- JENSEN, H. H., LILLEBÆK, T., MORTENSEN, E. L. & JENSEN P. (in press): The dimensions of personality. The relation between the models of Eysenck and Cloninger. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*.
- JONAS, B. S., FRANKS, P. & INGRAM, D. D. (1997): Are Symptoms of Anxiety and Depression Risk Factors for Hypertension? *Archives of Family Medicine*, 6, 43-49.
- KAPLAN, G. A. & KEIL, J. E. (1993): Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature. *Circulation*, 88, 1973-1998.
- KAPLAN, R. M., SALLIS, J. F., JR. & PATTERSON, T. L. (1993): *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- LICHTENSTEIN, P. (1993): *Genetic and environmental mediation of the association between psychosocial factors and health*. Stockholm: Gotab Tryckeri.
- MARMOT, M. G., SMITH, G. D., STANSFELD, S., PATEL, C., NORTH, F., HEAD, J., WHITE, I., BRUNNER, E. & FEENEY, A. (1991): Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387-1393.
- MARQUART, J. E. & KOESTER, T. (1997): Personlighedspsykologi. I: T. KOESTER & K. FRANDSEN (Eds.), *Introduktion til Psykologi* (pp. 243-333). København: Frydenlund.
- MARSHALL G. N., WORTMAN, C. B., VICKERS, R. R., JR., KUSULAS, J. W. & HERVIG, L. K. (1994): The Five Factor Model of Personality as a Framework for Personality-Health Research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 278-286.
- MARTIKAINEN, P. & VALKONEN, T. (1998): Do education and income buffer the effects of death of spouse on mortality? *Epidemiology*, 9, pp. 530-534.
- MATTHEWS, K. (1988): Coronary Heart Disease and Type A Behaviors: Update on and Alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- MCCORMICK, R. A., DOWD, E. T., QUIRK, S. & ZEGARRA, J. H. (1998): The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addictive Behaviors*, 23, 497-507.
- MCCRAE, R. R. & COSTA, P. T., Jr. (1990): *Personality in Adulthood*. New York & London: The Guilford Press.
- MCGUE, M., BOUCHARD, T. J., JR., IACONO, W. G. & LYKKEN, D. T. (1993): Behavioral Genetics of Cognitive Ability: A Life-Span Perspective. I: R. PLOMIN & McCLEARN, G. E. (Eds.): *Nature, Nurture and Psychology*, (pp. 59-76). Washington, DC: American Psychological Association.
- MILLER, T. Q., SMITH, T. W., TURNER, C. W., GUIJARRO, M. L. & HALLET, A. J. (1996): A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-48.
- MILLER, T. Q., TURNER, C. W., TINDALE, R. S., POSAVAC, E. J. & DUGONI, B. L. (1991): Reasons for the Trend Toward Null Findings in Research on Type A Behavior. *Psychological Bulletin*, 110, 469-485.
- MORTENSEN, E. L. & KLEVEN, M. (1993): A WAIS longitudinal study of cognitive development during the life span from ages 50 to 70. *Developmental Neuropsychology*, 9, 115-130.



- MORTENSEN, E. L., REINISCH, J. M. & SANDERS, S. A. (1996): Psychometric Properties of the Danish 16PF and EPQ. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 221-225.
- MORTENSEN, E. L., REINISCH, J. M. & TEASDALE, T. W. (1989): Intelligence as measured by the WAIS and a military draft board group test. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 315-318.
- MØLLER, L., KRISTENSEN, T. S. & HOLLNAGEL, H. (1996): Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 423-428.
- NIAS, D. K. B. (1997): Psychology and Medicine. I: H. NYBORG (Ed.): *The Scientific Study of Human Nature. Tribute to Hans J. Eysenck at eighty* (pp. 92-106). Oxford: Elsevier Science.
- NIELSEN, T. (1994): *Psyke og cancer*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- PLOMIN, R. & BERGEMAN, C. S. (1991): The nature of nurture: Genetic influence on »environmental« measures. *Behavioral and Brain Sciences*, 14, 373-427.
- PLOMIN, R., LICHTENSTEIN, P., PEDERSEN, N., MCCLEARN, G. E. & NESSELROADE, J. R. (1990): Genetic Influence on Life Events During the Last Half of the Life Span. *Psychology and Aging*, 5, 25-30.
- SAGY, S. (1995): Sense of coherence and its relevance to health. I: E. L. MORTENSEN & J. EGSGAARD (Eds.), *Netværk & Sundhed/Social Networks and Health* (pp. 28-39). Københavns Sundhedsvæsen, Sundhedsministeriet og Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- SARAFINO, E. P. (1994): *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- SCARR, S. & McCARTNEY (1983): How People Make Their Own Environments: A Theory of Genotype -> Environments Effects. *Child Development*, 54, 424-435.
- SIEGLER, I. C. (1994): Hostility and Risk: Demographic and Lifestyle Variables. I: A. W. SIEGMAN & T. W. SMITH (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 199-214). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- SIEGMAN, A. W. (1994): From type A to hostility and anger: Reflections on the history of coronary-prone behavior. I: A. W. SIEGMAN & T. W. SMITH (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 1-22). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- SMITH, T. W. (1994): Concepts and Methods in the Study of Anger, Hostility and Health. I: A. W. SIEGMAN & T. W. SMITH (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- SMITH, T. W. & GALLO, L. C. (in press): Personality Traits as Risk Factors for Physical Illness. I: A. BAUM, T. REVENSON & J. SINGER (Eds): *Handbook of Health Psychology*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- STANSFELD, S. & MARMOT, M. (1995): Social Class, Inequality and Health. I: E. L. MORTENSEN & J. EGSGAARD (Eds.), *Netværk & Sundhed/Social Networks and Health* (pp. 101-114). Københavns Sundhedsvæsen, Sundhedsministeriet og Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- STONE, S. V. & COSTA, P. T., Jr. (1990): Disease-prone personality or distress-prone personality? I: H. S. FRIEDMAN (Eds.), *Personality and Disease* (pp. 178-200). New York: John Wiley & Sons.
- SWAN, G. E. & CARMELLI, D. (1996): Curiosity and mortality in aging adults: a 5-year follow-up of the Western Collaborative Group Study. *Psychology and Aging*, 11, 449-53.
- TAYLOR, J. A. (1953): A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-90.
- THORPE, H. (1970): *Intelligensforskning og intelligensprøver*. København: J. H. Schultz Forlag.
- VON DRASS, D. D. & SIEGLER, I. C. (1997): Stability in extraversion and aspects of social support at midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72,

- 233-41.
- WATSON, D. & CLARK, L. A. (1984): Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- WATSON, D. & PENNEBAKER, J. W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- WILLIAMS, R. B., Jr. (1994): Basic Biological Mechanisms. I: A. W. SIEGMAN & T. W. SMITH (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 117-126). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- WILLIAMS, R. B., Jr. (1995): Psychosocial Factors in Health and Disease: What do we know, what can we do?. I: E. L. MORTENSEN & J. EGSGAARD (Eds.), *Netværk & Sundhed/Social Networks and Health* (pp. 138-157). Københavns Sundhedsvæsen, Sundhedsministeriet og Hovedstadens Sygehusfællesskab.