

DRUHY OSOBNOSTÍ SPOJOVANÉ SE ZDRAVÍM

*Virginia DRESCH, Violeta CARDENAL-HERNÁEZ,
Marta APARICIO-GARCÍA*

Abstrakt: *Záměr:* Cílem této práce je analyzovat vztahy mezi osobností a zdravím společně s cílem identifikování druhu osobností, které buď poskytují ochranu, nebo způsobují větší náchylnost v oblasti zdraví jednotlivců.

Metody: vzorek výzkumu zahrnuje 300 zúčastněných (150 žen a 150 mužů) pocházejících z městské oblasti Porto Alegre-RS, Brazílie. Ukazatele, které byly v tomto šetření použity: osobnost, tělesné zdraví (zdravotní problémy a vlastní chápání zdraví), psychické zdraví (úzkost, sebeúcta, osobní uspokojování).

Výsledky: obě korelativní analýzy, stejně tak i analýzy odlišných záměrů, odhalily statisticky významné asociace mezi stupni osobnosti, spojené s pozitivním vlivem na zdraví jednotlivce: Požitkářský, Aktivně se přizpůsobující, Vnějškově zaměřený, Hledající výzvy, Společenský/otevřený, Sebejistý/prosazující se a Dominantní/mající přehled o zdravotním stavu, zatímco vlastnosti: Vyhybání se bolesti, Pasivně úslužný, Vnitřně soustředěný, Řídící se pocity, Nespolečenský/ustupující, Stísněný/váhající, Netradiční/nekonformistický, Podřizující se/poddajný a Nespokojený/stěžující si jsou spojovány s narušeným zdravím.

Závěr: špatně se přizpůsobující osobnost, definovaná sklony k pasivnímu prožívání negativních pocitů, s nestabilním zázemím a citovou nestabilitou, sklony k potlačování těchto emocí při společenských interakcích (které jsou vyznačovány izolací, podřizováním a nejistotou), podporují předpoklady pro narušené zdraví a, v některých případech, i výskyt a rozvoj nemocí. Na druhé straně jsou takové osobnostní styly, které jsou spojovány s dobrým zdravím a vyznačovány skutečností, ve kterých jsou životní situace zdolávány s optimismem a odhodláním, aktivně se řeší, na ostatní se člověk obrací pouze z důvodu informovanosti, udržují se zdravé mezilidské vztahy, a to vše je založeno na sebejistotě.

Klíčová slova: *osobnost, zdraví, Millon.*

Úvod

V případě zájmu výzkumných pracovníků o vytyčení vlivů osobností na lidské zdraví nejedná se o současné či nedávno vzniklé téma. Jedná se o záležitost trvající již 2000 let, s počátky zakořeněnými ve starém Řecku ve studiích Galeno. Nicméně výzkum-

né postupy – podporované bio-psychologicko-sociálním modelem, Psychologie zdraví, Lékařství v oblasti chování – již poskytly jistou evidenci pocházející z nedávných let.

Na první pohled není asociace specifických chorob (kardiovaskulární, rakovina, astma a další) se specifickými vlastnostmi osobnost natolik zřejmá (Friedman a Booth-Kewley, 1987). Navíc, ačkoli analýza nastiňuje teorii, že osobnost může hrát roli během vývoje a průběhu nemoci (zejména ve vztahu k chronickým onemocněním), je tato evidence relativně slabá. Bruchon-Schweitzer a Quintard (2001) se domnívají, že je tomu tak díky skutečnosti, kdy jsou analyzované kategorie osobností příliš globální a heterogenní (chování typu A, osobnost typu C, charakterové prvky a další). Zdá se, že mnohem více specifické citově-poznávací vlastnosti (odpor, zlost, optimismus a další) jsou jasným rizikovým či ochranným faktorem zdraví, jak se pokusíme prezentovat níže.

Dalším vysvětlením rozporuplnosti mezi vlastnostmi a onemocněními může být obsaženo ve skutečnosti, že konfigurace osobnostní proměnlivosti zde nejsou brány v úvahu (Vollrath a Torgensen, 2002). Například, určitý jednotlivec není pouze introvertem, emocionálně stálý, či nezodpovědný – všechny tyto vlastnosti jej charakterizují simultánně.

V každém případě, všechny informace nasvědčují tomu, že nepřizpůsobivá osobnost je náchylná zejména k vývoji různých onemocnění, buď kardiovaskulárních či jiných (Friedman a Booth-Kewley, 1987). To vysvětluje skutečnost, že neuróza (a její další denominace, jako negativní vlivy, negativní citová označení a další) je v těchto studiích velmi proměnlivá. Vysoké skóre neurózy představují výrazná vzájemná propojení mezi velkým množstvím nemocí ve většině předchozích studií (Christensen et al., 2004, Smith a Zautra, 2002). Dokonce i v případech, v nichž by se dalo hovořit o špatně se přizpůsobujících osobních proměnách, nacházíme mnoho studií, které spojují horší zdraví s chováním typu A (Booth-Kewley a Friedman, 1987) a jeho aspekty (např. odpor: Neuman, Waldstein, Sollers, Thayer a Sorkin, 2004; a zlost: Bleil, McCaffery, Muldon, Sutton-Tyrrel a Manuck, 2004), s osobností typu C (Termoshok, 1987) a s osobností typu D (Denollet, Vaes a Brutsaert, 2000; Pedersen, Middel, 2001; Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens a Erdman, 2004). Na druhé straně adaptivita osobnosti prochází většími proměnami – optimismus je hlavním znakem (Mathews, Raikkonen, Sutton-Tyrrell a Kuller, 2004) – pozitivní citová označení (Cohen, Doyle, Turner, Alper a Skoner, 2003) či těžkosti (Dolbier et al., 2001) jsou přičítány lepšímu zdraví.

Nicméně ačkoli se může osobnost jevit jako přímo spojovaná s proměnlivostí či jako zprostředkovatel (Pedersen, Middle a Larsen, 2002) nemocí či chování považované za zdravotně riskantní, teoretická stavba jeho interpretací (Friedman a Booth-Kewley, 1987) zde stále chybí. Nejvíce užívané faktoriální modely poskytují charakterizaci objektů, ale žádné efektivní principy, které by mohli napomoci při interpretaci, což znamená, že získané informace nejsou příliš výstižné.

V tomto kontextu se tato studie pokouší analyzovat vztahy mezi osobností a zdravím z různých perspektiv. Věříme, že tento přístup může přinést vysvětlení propojení mezi těmito dvěma faktory, ačkoli nezkoumáme izolované proměny osobnosti, ale spíše osobnostní styly dané modelem Theodora Millona (Millon, 2003). Tento model dovoluje tvorbu přesnějších analýz rysů osobnosti, než je tomu v případě, kdy by byla použita velká seskupení proměnlivosti společně s pokusy o teoretické zařazení pro jejich interpretaci.

Metody

Respondenti

Skupina obsahovala 300 subjektů (150 mužů a 150 žen) ve věku od 27 do 65 let ($M = 39,98$, $SD = 9,32$) s různou úrovní vzdělání. Všichni respondenti pocházeli z městské oblasti Porto Alegre (Federální stát Rio Grande do Sul, Brazílie) a ze středních vrstev – důvodem byla možnost kontroly nad vlivem mezi sociálně ekonomickými vrstvami, který by zde mohl figurovat.

Nástroje

Osobnost byla měřena podle Millon Index druhu osobnosti – MIPS (Millon, 1994, 2004), který byl přeložen a upraven pro brazilské účely v rámci předchozí studie (Dresch, Sánchez-López a Aparicio-García, 2005).

Pro měření duševního zdraví byly použity následující nástroje: a) úzkost: brazilská verze (Dresch, 2007) Inventory of Situations and Responses – ISRA (evidence situací a odpovědí) (Miguel-Tobal a Cano-Vindel, 2002), b) sebeúcta: brazilská verze (Dresch, 2007) Rosenberg's Self-Esteem Scale – RES (Rosenbergova stupnice sebeúcty) (Roseberg, 1965) a c) osobní uspokojení: deseti bodový žebříček typu Likert, ve kterém respondenti označili stupeň jejich osobní spokojenosti.

K posouzení tělesného zdraví byly použity následující nástroje: a) fyzické důvody: čtyřstupňový žebříček typu Likert se šestnácti fyzickými důvody typickými pro běžnou populaci (např. bolesti hlavy, bolesti zad, zvedání žaludku, atd.) a b) zdraví dle vlastního vnímání: deseti bodový stupnice typu Likert, na které jednotlivci sami ohodnotili svůj stav.

Soustava zvaná „Global Health Index“ (Všeobecný Zdravotní Index) byla vykalulována přidáním výsledků tělesného zdraví a mentálního zdraví. Výsledky zahrnující tělesné zdraví jsou výsledky sečtených soustav „fyzické důvody“ a „zdraví dle vlastního vnímání“. Výsledky duševního zdraví jsou pak získány součtem soustav „úzkost“, „sebeúcta“ a „osobní spokojenost“. Směry položek, které měří úzkost (ISRA), a fyzické příčiny se změnily. Vyšší výsledek týkající se Všeobecného Indexu Zdraví znázorňují lepší zdravotní stav.

Postupy

Nástroje byly zpracovány během jednohodinového sezení, ve které byly skupiny s počtem do 20 účastníků povolány k účasti na základě předem poskytnutého souhlasu. Studie byla autorizována Komisí Výzkumné etiky sídlící na univerzitě Centro Universitário Feevale v Brazílii. Technika datové analýzy je popsána ve výsledcích.

Výsledky

Abychom mohli analyzovat osobnost, která je v přímém spojení se zdravím, bylo třeba nejprve vykalulovat osobní korelační koeficient mezi Všeobecným Indexem Zdraví a MIPS stupnicí. Zvážili jsme pouze poměr $p < 0,0001$, tak aby byl stanoven objem účinnosti, dle následujícího souladu definovaného Cohenem (1977) pro vědecké chování: $r = 0,10 \leftrightarrow d = 0,20$ (malý poměr účinnosti), $r = 0,30 \leftrightarrow d = 0,50$ (příměrný poměr účinnosti), $r = 0,50 \leftrightarrow d = 0,80$ (vysoký poměr účinnosti). V tabulce 1 jsou popsány vztahy mezi Všeobecným Zdravím a MIPS stupnicí.

MIPS stupnice	Všeobecný Index Zdraví		
	<i>r</i>	<i>p</i>	Velikost vlivu
1A – Požitkářský	0,54	0,000	vysoký
1B – Vyhýbající se bolesti	-0,58	0,000	vysoký
2A – Aktivně se přizpůsobující	0,33	0,000	příměřený
2B – Pasivně úslužný	-0,46	0,000	příměřený
3A – Sebedopřávající si	0,19	0,003	-
3B – Pečující o druhé	-0,17	0,007	-
4A – Vnější zaměřený	0,32	0,000	příměřený
4B – Vnitřně zaměřený	-0,34	0,000	příměřený
5A – Reálný/rozumný	-0,02	0,697	-
5B – Představivý/intuitivní	-0,16	0,012	-
6A – Řídící se myšlenkami	0,13	0,046	-
6B – Řídící se pocity	-0,28	0,000	nízký
7A – Hledající výzvy	0,22	0,001	nízký
7B – Hledající inovace	-0,02	0,806	-
8A – Nespolečenský/samotářský	-0,37	0,000	příměřený
8B – Společenský/otevřený	0,36	0,000	příměřený
9A – Stísněný/váhavý	-0,49	0,000	příměřený
9B – Sebejistý/prosazující se	0,39	0,000	příměřený
10A – Netradiční/nekonformistický	-0,27	0,000	nízký
10B – Svědomitý/konformistický	0,10	0,119	-
11A – Podřizující se/poddajný	-0,47	0,000	příměřený
11B – Dominantní/mající přehled	0,21	0,001	nízký
12A – Nespokojený/stěžující si	-0,38	0,000	příměřený
12B – Spolupracující/souhlasný	-0,13	0,037	-

Tabulka 1 – Vzájemné vztahy mezi stupnicí MIPS a Všeobecným Indexem Zdraví

K potvrzení těchto výsledků jsme porovnali osobní profily skupin extrémistů dle jejich zdravotního stavu (vysoký či nízký). Skupiny s přiřazeným vysokým a nízkým zdravotním stavem byly založeny na základě vyhodnocení kategorií Úzkost, Sebeúcta, Osobní spokojenost, Fyzická nespokojenost a Vlastní vnímání zdraví. Postupy vyžadovaly záznam výsledků, stanovení třech hlavních bodů pro každou proměnlivost dle percentilu: 1–33 (Skupina 1), 34–66 (Skupina 2) a 65–99 (Skupina 3). Dalším krokem bylo přičtení výsledků pěti zaznamenaných proměnlivostí. Na základě toho byly vytvořeny skupiny dle dosažených hodnot s vysokým (0–7), příměřeným (8–11) a nízkým zdravotním statutem (12–15).

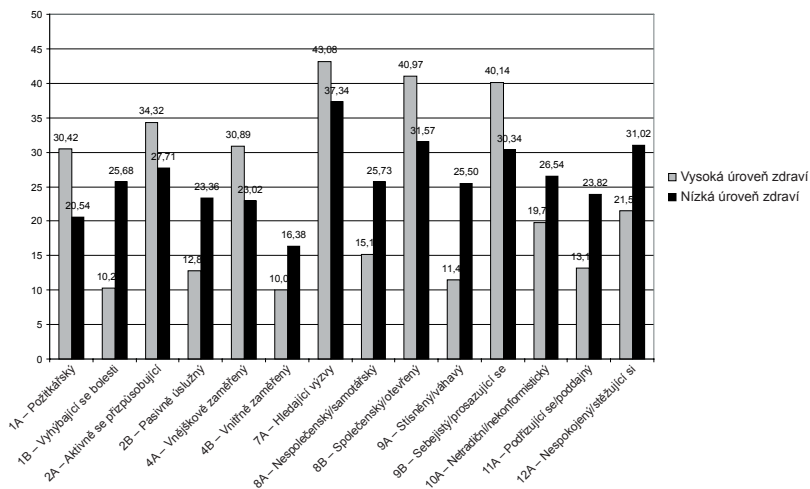
Po vytvoření těchto tří skupin jsme analyzovali osobní rozdíly mezi dvěma skupinami extrémistů, vysoký a nízký zdravotní status, prostřednictvím studentské *t* statisticky a statistiky *d'* byl vypočítán rozsah účinnosti. Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 2.

MIPS Stupnice	Vysoká úroveň zdraví		Nízká úroveň zdraví		t	p	d	Velikost vlivu
	M	SD	M	SD				
1A – Požitkářský	30,42	4,29	20,54	8,49	790	0,000	1,42	vysoký
1B – Vyhýbající se bolesti	10,23	7,72	25,68	8,85	-10,17	0,000	-1,57	vysoký
2A – Aktivně se přizpůsobující	34,32	7,04	27,71	8,02	4,78	0,000	0,86	vysoký
2B – Pasivně úslužný	12,82	7,12	23,36	8,83	-7,16	0,000	-1,47	vysoký
3A – Sebedopřávající si	22,97	7,54	20,36	6,98	1,98	0,050	-	-
3B – Pečující o druhé	33,36	7,41	35,04	6,63	-1,31	0,191	-	-
4A – Vnějškově zaměřený	30,89	7,49	23,02	7,95	5,60	0,000	0,96	vysoký
4B – Vnitřně zaměřený	10,06	7,09	16,38	5,82	-5,31	0,000	-0,93	vysoký
5A – Reálný/rozumný	20,59	5,01	20,05	4,59	0,61	0,538	-	-
5B – Představivý/intuitivní	18,98	6,80	22,27	6,11	-2,80	0,006	-	-
6A – Řídící se myšlenkami	21,27	8,33	20,45	9,26	0,51	0,608	-	-
6B – Řídící se pocity	28,71	7,94	32,50	8,10	-2,59	0,011	-	-
7A – Hledající výzvy	43,08	9,85	37,34	9,57	3,25	0,001	0,63	přiměřen
7B – Hledající inovace	24,67	7,80	25,38	6,85	-0,53	0,595	-	-
8A – Nespolečenský/samotářský	15,14	8,59	25,73	8,39	-6,87	0,000	-1,14	vysoký
8B – Společenský/otevřený	40,97	10,02	31,57	10,91	4,91	0,000	0,92	vysoký
9A – Stísněný/váhavý	11,44	9,19	25,50	11,02	-7,56	0,000	-1,32	vysoký
9B – Sebejistý/prosazující se	40,14	8,33	30,34	10,58	5,61	0,000	1,03	vysoký
10A – Netradiční/nekonformistický	19,74	6,48	26,54	6,73	-5,65	0,000	0,95	vysoký
10B – Svědomitý/konformistický	45,71	9,10	42,89	7,84	1,84	0,069	-	-
11A – Podřizující se/poddajný	13,15	6,73	23,82	7,94	-7,92	0,000		vysoký
11B – Dominantní/mající přehled	25,23	8,02	22,50	7,17	1,98	0,050	-	-
12A – Nespokojený/stěžující si	21,55	9,55	31,02	6,98	-6,31	0,000	-108	vysoký
12B – Spolupracující/souhlasný	34,09	8,87	35,21	7,96	-0,73	0,463	-	-

Tabulka 2 – Rozdíly v osobnostech mezi skupinami extrémistů jako funkcí statusu zdraví

Data znázorňují, že skupiny s vysokým zdravotním statusem dosáhly vysokých výsledků v žebříčcích Požitkářský (1A), Aktivně se přizpůsobující (2A), Vnějškově zaměřený (4A), Hledající výzvy (7A), Společenský/otevřený (8B), Sebejistý/prosazující se (9B) a Dominantní/mající přehled (11B). Co se týče skupiny s nízkou úrovní zdraví, bylo zjištěno významně vyšší skóre v případech jako Vyhýbání se bolesti (1B), Pasivně úslužný (2B), Vnitřně soustředěný (4B), Řídící se pocity (6B), Nespolečenský/ustupující (8A), Stísněný/váhavý (9A), Netradiční/nekonformistický (10A), Podřizující se/poddajný (11A) a Nespokojený/stěžující si (12A).

V grafu 1 jsou zobrazeny významné rozdíly osobnosti mezi dvěma skupinami extrémistů, s přiměřeným a vysokým rozsahem účinku.



Graf 1 – Rozdíly v osobnosti mezi skupinami extrémistů

Ve schématu 1 jsou uvedeny MIPS stupně osobnosti, které jsou spojeny s vysokou úrovní zdraví, zatímco schéma 2 znázorňuje nízkou úroveň zdraví.

1A – Požitkářský

2A – Aktivně se přizpůsobující

Styly motivace

4A – Vnějškově zaměřený

7A – Hledající výzvy

Styly myšlení

8B – Společenský/otevřený

9B – Sebejistý/prosazující se

Styly chování

11B – Dominantní/mající přehled

	1A	2A	4A	7A	8B	9B	11B
1A							
2A	0,53						
4A	0,56	0,57					
7A	0,42	0,60	0,26				
8B	0,54	0,77	0,78	0,43			
9B	0,60	0,70	0,56	0,44	0,77		
11B	0,27	0,55	0,21	0,14	0,43	0,61	

Poznámka: všechny korelace jsou signifikantní při $p < 0,01$, kromě korelace mezi 11B a 7A, která je signifikantní při $p < 0,05$.

Graf 1 – Osobnostní škála spojovaná s vysokým stupněm zdraví a korelace mezi škálami

1B – Vyhýbající se bolesti

2B – Pasivně úslužný

Styly motivace

4B – Vnitřně soustředěný

6B – Řídící se pocity

Styly myšlení

8A – Nespolečenský/ustupující

9A – Stísněný/váhavý

10A – Netradiční/nekonformní

11A – Podřizující se/poddajný

Styly chování

12A – Nespokojený/stěžující si

	1B	2B	4B	6B	8A	9A	10A	11A	12A
1B									
2B	0,64								
4B	0,63	0,58							
6B	0,39	0,34	0,01						
8A	0,58	0,54	0,79	-0,06					
9A	0,80	0,65	0,75	0,23	0,63				
10A	0,48	0,43	0,49	0,05	0,46	0,44			
11A	0,74	0,66	0,53	0,36	0,50	0,72	0,47		
12A	0,65	0,45	0,60	0,16	0,54	0,60	0,66	0,60	

Poznámka: všechny korelace byly signifikantní při $p < 0,01$, kromě korelací mezi 4B a 6B, mezi 6B a 8A, mezi 6B a 10A, které byly signifikantní při $p < 0,05$.

Graf 2 – Osobnostní škály spojené s vysokou úrovní zdraví a korelace mezi škálami

Diskuze

Výsledky této studie potvrzují názor Friedmana a Booth-Kewleye (Friedman a Booth-Kewley, 1987), kde se tvrdí, že špatně se přizpůsobující se osobnost definovaná tendencemi k pasivním prožitkům negativních pocitů, v zázemí emocionální nestability a se sklony k potlačení vyjádření těchto pocitů ve společenské interakci (charakterizované izolací, podřizováním a nejistotou), utváří podmínky pro oslabené zdraví a možný výskyt a vývoj různých onemocnění. Tyto základní sklony se shodují charakteristiku vzoru typu C, který je spojován s rakovinou (Termoshok, 1987), a typem osobnosti D, který byl nedávno identifikován a přiřazen nejhorší prognóze spojené s diagnózou kardiovaskulárních onemocnění (Denollet, Pedersen, Middel, Pedersen, Van Domung).

Oproti tomu, osobnostní styl spojený s lepším zdravotním stavem je charakterizován nastíněním života s optimismem a odhodláním – osobnost aktivně se podílející,

obracející se na ostatní pouze z důvodu zdroje informací, udržující si zdravé mezilidské vztahy (vše založeno na sebejistotě).

Jak můžeme vidět v grafech 1 a 2, žebříček prezentuje významné, pozitivní a vysoké korelace, potvrzující prohlášení Vollratha a Togersena (2002) ve smyslu, že lidé nejsou jednou či druhou věcí, ale spíše schématem osobnostních rysů, které je vzájemně charakterizují, což Millon (1994) nazývá stylem osobnosti. Na základě této interpretace doplněné o výsledky této studie by mohlo být řečeno, že existuje sestava rysů osobnosti spojená s lepším či horším zdravotním stavem, což má mezi sebou vzájemnou spojitost.

Na závěr, s přihlédnutím na výsledky, kterých bylo dosaženo, považujeme MIPS jako vhodný nástroj pro analýzu ve vztazích osobnosti a zdraví. Ve třech neopomenutelných oblastech na toto téma nabízí více detailů, co se týče osobnosti. Styly motivace (způsob jakým se člověk slučuje s prostředím), styly myšlení (jak lidé získávají a zpracovávají informace přicházející z jejich prostředí) a styly chování (jakým způsobem člověk komunikuje s ostatními). Teoretické reference, na kterých byl tento model založen, nabízí sérii logických principů, které vysvětlují výsledky objektivních názorů, a jak a proč jsou takové formy adoptovány a co je odlišuje od koncepcí založených na experimentech.

V neposlední řadě mohou být tyto výsledky velmi užitečné pro rozvoj veřejných postupů týkajících se prevence a podpory zdraví (zdraví veřejnosti, zdraví v pracovním kolektivu atd.), stejně tak i pro odborný rozvoj psychologů a sociologů. Vzhledem k tomu, že některé osobnostní styly popsané na začátku této práce mají podíl na úpadku lidského zdraví, psychologové by se mohli do věci vložit s ve prospěch vyjádření emocí uvnitř terapeutických skupin. Například za účelem rozvinutí aktivních strategií, které jsou nezbytné pro jednání v případech nepřízně sociálního okolí. Důležité je zdůraznit, že personální intervence zaměřená na zlepšování statusu zdraví a založená na biopsychosociálních modelech by měla být implementována. Do tohoto procesu by měli být začleněni technici, psychologové, sociologové a další pracovníci, kteří se nacházejí v rozhodujících úlohách ve vývoji zásahových strategií, které jsou zaměřeny na zdraví z pohledu sociální perspektivy.

Po popsání a prodiskutování získaných výsledků bychom rádi zdůraznili, že tato studie nepokrývá celé dané téma a sama představuje některá omezení. První omezení se týká zkoumaných vzorků, beroucí v potaz, že dospělá populace, která se podílela na této studii, pochází ze specifické oblasti Brazílie. Dalším omezení zahrnuje druh provedeného měření, který byl použit pro vyhodnocení subjektů tělesného zdraví (vyjádření stavu dle vlastního vyznání, vlastní ohodnocení zdravotního stavu). V tomto smyslu vy bylo možné v budoucích studiích objektivně měřit tělesné zdraví nad rámec subjektivního měření. Tímto způsobem by bylo možno ověřit: 1. – zda subjektivní hodnocení odpovídá objektivnímu, 2. – zdali jsou či nejsou rysy osobnosti totožné ve vztahu k aplikované zdravotní úrovni. V tomto smyslu by také bylo vhodné naši studii zopakovat, a to včetně klinických vzorků (pacienti s diagnózou kardiovaskulárních, gastrointestinálních, dýchacích a jiných onemocnění), porovnávaje tuto skupinu je s kontrolní skupinou z důvodu toho, aby bylo ověřeno jestli existují rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou podle Millonova modelu.

PERSONALITY STYLES ASSOCIATED TO HEALTH

Abstract: Proposal: the purpose of this paper is to analyze the relationships between personality and health, with the aim of identifying the personality styles that either protect or make individuals' health more vulnerable.

Methods: the sample is made up of 300 participants (150 female and 150 male) of the metropolitan area of Porto Alegre-RS. The variables used were: personality, physical health (health complaints and self-perceived health), as well as psychological health (anxiety, self-esteem, and personal satisfaction).

Results: both correlational analysis and the analysis of differences of means revealed statistically significant associations between the personality scales of Pleasure-Enhancing, Actively-Modifying, Externally Focused, Conservation-Seeking, Gregarious/Outgoing, Confident/Asserting, and Dominant/Controlling with high health status, whilst the scales of personality: Pain-Avoiding, Passively Accommodating, Internally Focused, Feeling-Guided, Asocial/Withdrawing, Anxious/Hesitating, Unconventional/Dissenting, Submissive/Yielding, and Dissatisfied/Complaining are associated with poor health.

Conclusions: a maladapted personality, defined by a tendency to experience negative emotions passively, with a background of emotional instability, as well as a tendency to inhibit these emotions in social interaction (which, in turn, is characterized by isolation, submission, and insecurity), constitutes a fertile field for poor health and, maybe, for the appearance and development of disease. On the other hand, the personalities styles associated with good health are characterized by facing the facts of life with optimism and determination, coping with them actively, resorting to others as a means of information, and maintaining healthy interpersonal relationships, based on self-confidence.

Keywords: personality, health, Millon.