



Γιατί ένα τέτοιο Συμπόσιο WHY SUCH A SYMPOSIUM olympias.uoi.gr/32635 & [doi:heal.uoi.12442](https://doi.org/10.26268/heal.uoi.12442)
Ο δρόμος ως το Συμπόσιο TOWARDS THE SYMPOSIUM olympias.uoi.gr/32632 & [doi:heal.uoi.12439](https://doi.org/10.26268/heal.uoi.12439)
Πρόγραμμα PROGRAM olympias.uoi.gr/32633 & [doi:heal.uoi.12440](https://doi.org/10.26268/heal.uoi.12440)
Ομιλίες (121 βίντεο) ORAL PRESENTATIONS (121 videos) <https://www.youtube.com/@1-706/videos>
ΠΡΑΚΤΙΚΑ PROCEEDINGS olympias.uoi.gr/32634 & [doi:heal.uoi.12441](https://doi.org/10.26268/heal.uoi.12441)
Απολογισμός: Ήμουν κι εγώ εκεί! REPORT: I WAS THERE! olympias.uoi.gr/33342 & [doi:heal.uoi.13058](https://doi.org/10.26268/heal.uoi.13058)

Παρόν άρθρο THIS PAPER olympias.uoi.gr/33208 & [doi:10.26268/heal.uoi.12963](https://doi.org/10.26268/heal.uoi.12963). **EN** Summary follows

Πόσο Μεστά Πρέπει να Ζούμε; ¹

Ιωάννα Μπιτσαβά,² Θωμάς Τούλης,² Αντζυ-Μ. Παλαιολόγου²

Τμήμα Ψυχολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Περίληψη

Η καθολική επιθυμία των ανθρώπων να εγγίξουν ένα ‘υγιές’, ‘ομαλό’, αίσιο, καθυστερημένο και, ει δυνατόν, ανώδυνο τέλος σπάνια συνάδει με τις αντιφατικές πραγματικότητές τους, συχνά αποκαλυπτικές για άκρως ανθυγιεινές συμπεριφορές που, πλειστάκις, έως και επισπεύδουν το τέλος. Ανασκόπηση της κλασικής κλινικής ψυχολογικής βιβλιογραφίας περί θανάτου και ευρύτερα, κλινικής, ιατρικής ψυχολογίας και ψυχολογίας της υγείας, θεολογίας, κοινωνικής ψυχολογίας και φιλοσοφίας, δείχνει εκτεταμένη διεπιστημονική συναίνεση για την αντίφαση αυτή, μα και σωρεία μεθοδολογικών δυσκολιών, όταν ο στόχος είναι να δοθεί ερευνητικά, η ακριβέστερη δυνατή περιγραφή αυτού, που εκ πρώτης μοιάζει αυτονόητο –εάν, δηλαδή, είναι καν εφικτό να: α) εντοπιστούν ερευνητικές παράμετροι, που να οδηγούν σε επαρκή ερμηνεία και διαχείριση του ευαίσθητου ζητήματος του αναπόδραστου, όπως προς μια (γαλήνια) ετοιμότητα ενόψει θανάτου ή/και β) επιλυθούν οι σχετικές αντιφάσεις των Προσώπων ανάμεσα στις θεωρίες τους και την ίδια την πραγματικότητά τους. Υποτέθηκε ότι αυτές καταρτίζονται σε δύο "επίπεδα" όπου θα ανιχνεύεται η θεμέλια αντίφαση, με το μύχιο υπεμφανές να προβλέπει και να ευνοεί πολυδιάστατη ευεξία, ενώ το εμφανές να εγκυμονεί μείζονες επισφάλειες, έως υπονόμηση της υγείας, ενόσω οι πραγματιστικές πτυχές της ζωής θα αντανakλούσαν κυρίως ό,τι τεκταίνεται στο δεύτερο, μα θα αποσκοπούσαν τελικά στις διατάξεις του πρώτου.

Επιδόθηκαν σε δείγμα N=248 ψυχομετρικά εργαλεία που αξιολογούν: 1.θέσεις έναντι θανάτου, 2.εγγενή-vs-εξωγενούς οροθεσίας Υγείας, 3.ενδεχόμενες κλινικές ψυχολογικές οχλήσεις, και 4.μετα-γνωσιακούς δείκτες για προσωπικές προτεραιότητες προόδου –με τους τελευταίους να είναι το μέσο για να εντοπιστούν καίριες εκδοχές της εαυτο-δομής, δια των οποίων η μελέτη διακρίνει λειτουργικές πτυχές

¹ 29-4-2017 18:00-19:30 Συνεδρία: Σ8 Γλυκιά η ζωή κι ο θάνατος μαυρίλα. **Ομιλία** 1η: [YouTube=7GARvacoU_A](https://www.youtube.com/watch?v=7GARvacoU_A) 17:57. **Άρθρο**: υποβολή 27-10-2022· αποδοχή 31-10-2022· κρίση από ομότεχνους (peer review) όχι. Αν οι **σύνδεσμοι** στην κορυφή αυτής της σελίδας δεν λειτουργούν: > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελίδα 21: υποσημείωση 6.

Πώς να **αναφέρετε** αυτό το άρθρο: Μπιτσαβά Ι, Τούλης Θ, Παλαιολόγου Α-Μ. «Πόσο Μεστά Πρέπει να Ζούμε;». Στο: «Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε; (ΠΠΠ). Πρακτικά 1ου Διεπιστημονικού Συμποσίου, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 28-30 Απριλίου 2017. ISBN 978-960-233-288-7». Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, αποθετήριο Ολυμπιάς. 7 Απριλίου 2024. Άρθρο Σ81: σς 16. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33208>. [http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12963](https://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12963).

² **Μπιτσαβά**: BA, BSc, Dip., MScPsy, MScMedStress, MAPF. Ψυχολόγος, Εκπαιδευτικός Α΄θμιας. ioannabit@yahoo.gr. **Τούλης**: BA, BScPsy, MScPsy. Ψυχολόγος, Εκπαιδευτικός Β΄θμιας, Θεραπευτής HardySurge-MDTP. tomtoulis@yahoo.gr. **Παλαιολόγου**: BA, Dip, MA, PhD, PD. Κλινική Ψυχολογία-Ψυχοπαθολογία-Ψυχοθεραπεία, Τηλε-Συμβουλευτική & Ιαματική Ηθική. Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. angelpaleo@uoi.gr. **Περισσότερα** στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ στο τέλος.

ανάμεσα σε μία, έως και ερασιθανή επιρρέπεια και σε αντίθετές της, ευαγείς διαθέσεις προς την ιδέα του θανάτου.

Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις ερευνητικές προσδοκίες, επαλήθευσαν τη ζωτική ισχύ ζωντάνιας εξ Εαυτού, και την αξία του ΜΠ3, προσφέροντας ευκρινείς αποκρίσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν. Επιφανειακά, ανησυχητικές αντιφάσεις ενέπλεκαν όντως ερασιθανείς τάσεις στο σκεπτικό των Προσώπων του Δείγματος στις θέσεις Υγείας, και συνέδεαν ψυχοπαθολογία-vs-θανάτου. Αλλά στην ανάγνωση υπό τον Εαυτό οι ροπές αυτές ανετράπησαν: αντ' αυτών, αναδείχθηκαν σταθερότερες και σαφέστερες κατευθύνσεις ζωντάνιας, εξουδετερώνοντας αναζητήσεις σχετικά με το 'Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε'. Διότι κατορθώνοντας αποκάλυψη εγγενών στρατηγικών σύνολης Υγείας το θέμα περιέρχεται στο 'Πόσο Μεστά Πρέπει να Ζούμε'.

Λέξεις-κλειδιά: πόσο μεστά πρέπει να ζούμε, ανθυγιεινές ερασιθανείς συμπεριφορές, εαυτός, ετοιμότητα θανάτου, ψυχοπαθολογία-θανάτου, αυτοδιαχείριση, RHHI-24, DAP-R, SA-45, PPPI-MATII, θάνατος με αξιοπρέπεια, αθανασία, μακροζωία, θάνατος πριν την ώρα του, θάνατος στην ώρα του, θάνατος μετά την ώρα του, καλός θάνατος, ευθανασία, κακός θάνατος, δυσθανασία, πρόωρος θάνατος, μετάωρος θάνατος, πώς πρέπει να ζούμε, ΠώΠΖ, πότε πρέπει να πεθαίνουμε, ΠΠΠ, γιατί πρέπει να πεθαίνουμε, ΓΠΠ.

How fulfilled Should We Live? ³

Ioanna Bitchava,⁴ Thomas Toulis,⁴ Angie-M. Palaiologou⁴

Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Abstract

Individuals' desire to eventually reach a "healthy", "smooth", dignified, "pleasant", delayed and, if possible, painless death, rarely matches their contradictory realities, which reveal quite unhealthy lifestyles and behaviours that can often expedite the end. A review of the classical clinical psychological literature on death, as well as broad clinical, health and medical psychology, theology, social psychology and philosophy works, shows an extensive interdisciplinary consensus for this contradiction, and a host of methodological difficulties, when the aim is to provide as accurate as possible a description of what commonly seems self-evident –i.e., if it is even possible to: 1.adequately identify research parameters that will lead to a comprehensive interpretation and management of individual perceptions of the inevitable, such as (serene) readiness for death and/or 2.resolve the pertinent contradictions of Persons between their health-vs-death theories and their very own factuality. It was hypothesized that the Persons' theories are drafted at two different "levels" where the fundamental contradiction is detected, with the internal, covert level anticipating and favouring multidimensional wellbeing, while the other, the overt, openly shown outwards, would contain most risks up to undermining health, while at the same time the factual aspects of life would predominately reflect what happens in the latter, but would still aim ultimately at the provisions of the former.

³ 29-4-2017 18:00-19:30. Session: S8 *Sweet the life and blackness the death*. **Speech 1:** [YouTube=7GARvacoU_A](#) 17:57. **Paper:** submitted 27 Oct 2016· accepted 31 Oct 2023· no peer reviewed. If the **links** at the top of the first page do not work: > Top of the 1st page: PROCEEDINGS: page 22: footnote 10.

Cite this article: Bitchava I, Toulis Th, Palaiologou A-M. «How fulfilled Should We Live?». In: «When Should We Die? (WnSWD). *Proceedings of the 1st Interdisciplinary Symposium. University of Ioannina, Greece, April 28-30, 2017. ISBN 978-960-233-288-7*». University of Ioannina Publications, Olympias repository. April 7, 2024. Paper S81: ps 16. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33208>, <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12963>.

⁴ **Bitchava:** BA, BSc, Dip., MScPsy, MScMedStress, MAPF. PhD Candidate on Clinical Psychology, ioannabit@yahoo.gr. **Toulis:** BA, BScPsy, MScPsy. Psychologist, Educator, Therapist on HardySurge-MDTP. tomtoulis@yahoo.gr. **Palaiologou:** BA, Dip, MA, PhD, PD. Clinical Psychology-Psychopathology-Psychotherapy, Tele-Mentoring, Clinical & Healing Ethics & Deontology. Assist. Prof., Ioannina University. angelpaleo@uoi.gr. **More:** APPENDIX at the end.

To these goals, in a sample of N=248, psychometric tools were used to evaluate: 1. death perceptions, 2. internal-vs-external health locus of control, 3. potential clinical psychological signs as well as 4. meta-cognitive indicators of *personal progress priorities* -these being the vehicle for revealing key-versions of the structure of the Self, through which the study pinpoints and differentiates amongst functional facets of a, even death-flirtatious trend, and its opposites, e.g., of a serene approach of individuals to the idea of death.

The results confirmed the research expectations, verified the 'vital vitality' of the Self, and the PPPI value, also offering clear responses to the questions raised. On the surface, disturbing contradictions involved death-flirtatious trends in the thinking of the Sample members regarding Health, and linked psychopathology-vs-death. But under the Self, these trends were reversed: instead, firmer and clearer vibrancy directions emerged, neutralizing the question 'When Should We Die'. Achieving to consolidate Self strategies, the issue becomes: 'How fulfilled Should We Live'.

Keywords: *how fulfilled should we live, RHHI-24, DAP-R, SA-45, PPPI-MDTP, unhealthy behaviors, self, death readiness, psychopathology of death, self-management, death with dignity, immortality, longevity, premature death, death before its time, death in its time, death after its time, good death, efitanassia, euthanasia, bad death, dysthanassia, premature death, postmature death, how should we live, HSWL, when should we die, WnSWD, why should we die, WySWD.*

μάταιος ὁ λέγων δεδιέναι τὸν θάνατον οὐχ ὅτι λυπήσει παρὼν,
ἀλλ' ὅτι λυπεῖ μέλλον. ὁ γὰρ παρὼν οὐκ ἐνοχλεῖ,
προσδοκώμενον κενῶς λυπεῖ.
Ἐπικούρου Επιστολή προς Μενουκέα, 125⁵

Εισαγωγή

Απαρέγκλιτα, οι κλινικές μελέτες περί το αναπότρεπτο (Horenstein & Heimberg, 2020· Stillion & Attig, 2014· McCause, 1995) και εργασίες όμορων κλάδων (Ly et al., 2019· Solomon et al., 2004) συντείνουν διαχρονικά στο ότι τα Πρόσωπα προσμένουν, προσβλέπουν σε, ακόμη και προσεύχονται για, έναν 'υγή', 'ομαλό', αίσιο, 'αξιοπρεπή', 'καλό', 'ευχερή', καθυστερημένο, και, ει δυνατόν, ανώδυνο θάνατο. Εν πλώ ζωής, ωστόσο, πλείστα Πρόσωπα εμπλέκονται σε πλείστες ερασιθεαίες πρακτικές, που τον επισπεύδουν (Levine, 2022· Davidson et al., 2021· Santosa et al., 2021· Harrington et al., 2010a,b). Αποκλειστικά για τα Πρόσωπα που πραγματιστικά δεν τον αντικρίζουν άμεσα, η σκληρή αυτή αντίφαση βασίζεται σε αλληγορικά εδραιωμένες, αλλόκοτες 'αποφάσεις θανάτου', η τραχύτητα των οποίων υπερβαίνει την πρόδηλη ετυμηγορία τους για την ασφάλειά τους (May et al., 2015). Διαμέσου ενδο-ατομικών αλληλοαναιρέσεων ανάμεσα σε εκπεφρασμένες προσδοκίες για εύκολο τέλος και αντιθετικές πρακτικές τους, τα Πρόσωπα ενδέχεται άδηλα (Keeney, 2008) να προεκτείνουν *ίδια* θνησιγενή κριτήρια στις τύχες και *τρίτων* γύρω τους – των οποίων το νήμα ζωής εξαρτάται, όχι σπάνια, από το προφίλ τέτοιων αμφίρροπων αποφάσεων.

Τούτο δεν πιθανολογείται απλώς. Συμβαίνει. Παρατηρείται, όταν Πρόσωπα λαμβάνουν (ταχείες) αποφάσεις δι' εαυτόν, άδηλα-ή-πρόδηλα αφορώσες και τρίτους, όπως σε: απόκτηση νόμιμης άδειας οπλοχρησίας (Girodo 2007)· νομιμοποιημένη ευθανασία σε αγνοούντες α-σθενείς (Kim et al., 2016)· αθέμιτες, αποτρόπαιες τρομοκρατικές επιθέσεις (Twin-Towers, Charlie-Hebdo), οδήγηση οχημάτων υπό μέθη-επείρεια, κ.ο.κ. Παρατηρείται και σε ιδιουσυστασιακά δυσδιάκριτες διαπροσωπικές διαμοιβές, όταν Πρόσωπα εκδραματίζουν χειρισμούς του *άλλου* υπό ακραίες συγκυρίες, ως, λ.χ., απόκρυψη μιας τερματικής νόσου εκ συγγενών τους από πάσχοντες ή συγκάλυψη πληροφοριών μεταξύ πενθούντων συντρόφων επί απώλειας τέκνου: τότε, έως και καλοπροαίρετες συμπεριφορές (αλληλο)προστασίας, στην

⁵ αφελής όποιος φοβάται θάνατο, όχι επειδή θα θλιβεί όταν έρθει, αλλ' επειδή υποφέρει ανώφελα στη σκέψη τού ότι θα έρθει.

πράξη λειτουργούν αντιθετικά, αποβαίνοντας επίφοβες για αυτή, τη ζωή του υπό προστασίαν άλλου (Stroebe et al., 2013). Εκεί, όπου ο θάνατος έφθασε εγγύς, μα και χωρίς να απειλεί ευθέως τους πλιγνέντες, κοινές αποφάσεις αλληλο-προστασίας ίσως εγκρύπτουν αντιφάσεις επαπειλητικές στη ζωτική ασφάλεια των συμβαλλομένων. Τέτοιες δύστηνες εκδοχές οριοθετούν ένα διευρυμένο τοπίο εξεργασίας εν γένει αθέατων και ανεπεξέργαστων θνησιγενών ροπών, κρούοντας κώδωνα κινδύνου για τις υποκείμενες αποφάσεις. Υπατες επικινδυνότητες εγείρονται όταν αυτή, η ίδια η κατάσταση διανοίας των Προσώπων για τον Εαυτό τους εγκαθιστά μεταφορικά ερασιθανείς τάσεις, ενόσω αυτές αντιβαίνουν στο οντολογικό πνεύμα βίου τους.

Βέβαια, τέτοια προφίλ δεν εμπίπτουν στις ισχύουσες κλινικές ταξινομίες (Caspi & Moffitt, 2018), κι αυτό, σε συνδυασμό με το ως άνω τοπίο περιπλοκών-‘ντόμινο’, που επηρεάζουν πολλαπλασιαστικά τρίτους, διογκώνει τις δυσκολίες κατάταξης και τελικά κατανόησης των σχετικών ενδοπροσωπικών αντιφάσεων. Επειδή τεκμαίρεται (Palaiologou, 2016) ότι τα Πρόσωπα τείνουν πράγματι επί μακρῶ – ‘*φασικά*’ – να τηρούν με αυστηρή συνέπεια συνολικές τους θέσεις, *συμπεριλαμβανομένης της πιστής τήρησης και των αντιφάσεών τους* για το άτομό τους, αλλά και για τρίτους γύρω τους (Παλαιολόγου, 2021), όσα ελαφρυντικά ‘*ασύνειδου*’ ή, πολύ ορθότερα, απλώς *ανεπίγνωστου* χειρισμού κι εάν κατοχυρωθούν, πάντως, τις τοποθετήσεις στο αμείλικτα ζωτικό ζήτημα θανάτου, προσωπικού και αλλότριου ομού, καθορίζουν τελικά οι διαχειριστικές αποφάσεις *Ζωής* που έχουν *ιδιογραφικά* λάβει (Keeney, 2008), με *λειτουργικά δρώσες* τις εσωτερικές αντιφάσεις που αυτές μπορεί να εγκλείουν. Στοιχειοθετείται λοιπόν υψηλή σημαντικότητα στο να διερευνηθούν θέσεις θανάτου στα Πρόσωπα, δεδομένης της εμβέλειας κριτηρίων, αποφάσεων και επιρροών τους στη Ζωή για το διανθρώπινο δίκτυο.

Ενόσω όμως κλινικές μελέτες περί θανάτου συνομολογούν γενικευμένες προσδοκίες για άνοση, ακαταπόνητη, ευαγή, μακάρια αποβίωση, με συνταίριασμα της προσμονής με ερασιθανείς ροπές, εντούτοις, φαίνεται να υπολείπονται *ερμηνειών* για τις προφανώς αντίρροπες δυναμικές που ευνοούν θανάσιμα ανθ-υγιεινές τάσεις (May et al., 2015· WHO 2014). Μόνο μικρή πρόοδος σημειώνεται επίσης στον εντοπισμό κυρίαρχων παραμέτρων που δύνανται καθοριστικής συνέργειας στην αιτιοπαθогένεση του φαινομένου (Sartorius, 2018). Επιπλέον, πληθώρα μεθοδολογικών δυσκολιών προβάλλει, όταν οικείες προσεγγίσεις ελέγχονται επιστημολογικά (Gire, 2014· Büssing, 2010). Διότι οι συνήθεις τακτικές Ψυχομετρίας έχουν εξελίξει μονομέρεια επιδεικνύοντας μαθηματικά μοντέλα που αφορμώνται από, και αφικνούνται σε περιγραφικές, τελικά, αποτυπώσεις, παρά (σ)τον κριτικό έλεγχο των Παραδειγμάτων λειτουργίας τους (Bredström, 2019· Jarvie, 2017· Palaiologou, 2014a).

Δύο μείζονες κατευθύνσεις προεξάρχουν στις μελέτες περί θανάτου. Α. Οι μονοδιάστατες, ενίοτε θρησκευτικόμορφης χροιάς (Kwee, 2012), αναζητούν δείκτες διαθέσεων περί θανάτου *per se*, ‘*φωτογραφίζοντας*’ εκδοχές, εξαρτώμενες κυρίως από δημογραφικά στοιχεία του εκάστοτε δείγματος (MacLeod et al, 2016). Β. Οι λοιπές, πάλι περιγραφικές, χρησιμοποιούν μέτρα κατεξοχήν συμπεριφορικού βεληνεκούς, σε *ad hoc* συμπιλήματα μεταβλητών, εξαρτώμενων κυρίως από εργαλειακά χαρακτηριστικά της εκάστοτε κλίμακας (Abdel-Khalek, 2011). Ακριβέστερα, απαντούν: Α. καθαυτό κλινικές μελέτες επί αγωνιών θανάτου σε δείγματα είτε ήδη προχωρημένης ηλικίας (Bektas et al., 2017) είτε ήδη νοσούντα ή/και προ- & μετ-εγχειρητικής κατάστασης (McCanse, 1995· Hintistan et al., 2016) – έκθετες να διακινδυνεύουν όλες τις παρεπόμενες ηθικές-και-δεοντολογικές αδυναμίες, Β. ομόλογές τους, βασικά επιδημιολογικού εύρους, που προειδοποιούν για επισπείσεις του επικείμενου λόγω θνησιγενών συμπεριφορών (Chen et al., 2017) – σε χάραξη πολιτικών χρήσιμες, μα απόμακρες από αναζητήσεις συνολικών αιτίων. Άμφω, ελέγχουν μεταβλητές ευκαιριακά συνδεδεμένες με, και όχι σημασιακά συνδεδεμένες αγωνίες θανάτου. Έτσι, ανιχνεύονται ψυχολογικές μεταβλητές, όπως ετοιμότητα περί ή άγχος θανάτου, που όμως *άπτονται μόνον οριακά* του ζητουμένου: διότι, ενδεχομένως, Πρόσωπα δεν διέπονται διόλου από ‘*άγχος*’ ή ‘*ετοιμότητα*’ γι’ αυτόν... Παράλληλα, *η φύσει και θέσει καταστασιακή φόρτιση*, λ.χ., γηραιών, δειγμάτων α-σθενών, πενθούντων (Boelen, 2011) ή δειγμάτων συμβούλων-αρωγών σε θέματα θανάτου (Russac et al 2007), υπονομεύει την αξιοπιστία πορισμάτων. Αυτά, αντανακλούν επίσης συνάψεις από μεταβλητές *ομοίας τάξεως* προς το, νοούμενο ως εξωγενές, άγχος, ανάλογα αντιληπτές ως εξωγενούς επιρροής/πίεσης, έτσι συντείνοντας σε συγχύσεις μάλλον αντί ευκρίνειας ζητουμένου ή αποτελέσματος. Ερευνούν, λοιπόν, εξωγενείς στρεσογόνες ή/και αγχογόνες: περιβαλλοντικές πιέσεις, επιρροές κοινωνιολογικού τύπου, όπως πολιτισμικές κληροδοτήσεις ή καθεστώτα ανατροφής/εκπαίδευσης (Jong et al., 2017· Carr, 2011), φυσική κατάσταση επί διαγνωστικών

επιβαρύνσεων (Anvar et al., 2012) ή δείκτες θρησκευτικότητας (Kwee, 2012). Οι τελευταίοι, μάλιστα, δεν διασφαλίζονται από δείγματα που έχουν οπωσδήποτε εσωτερικεύσει νοήματα θεολογικής διδασχής τους κατόπιν *ίδιαις*, αυθεντικής κριτικής επεξεργασίας, οπότε φιλτράρουν δυνάμει παραμορφωτικά ό,τι υποκειμενικά νοούν ‘άγχος θανάτου’. Άρα, αναφύονται επισφαλείς ερμηνείες των απορρεόντων δεικτών –πάντα, χωρίς αναγωγές σε *άλλης τάξης, εγγενείς, άρα σταθερότερες, αιτιακές παραμέτρους*, να διαφώτιζαν σημαντικά το πεδίο και να απέφευγαν ασύμφορες περιγραφικές περιπέτειες.

Συλλήβδην, οι πολλές περί τον θάνατο εξετάσεις ολισθαίνουν συστηματικά στο *κυκλικό σφάλμα λήψεως του ζητουμένου* (*petitio principii*). Λύσεις δεν μοιάζει να φέρουν οι ποιοτικές προσεγγίσεις – πιθανότατα επειδή ανιχνεύσεις περί θανάτου σε συνεντεύξεις διαμεσολαβούνται άδηλα από απόψεις συνεντευξιαστών για αυτόν. Λύσεις όμως καθυστερούν πρωτίστως διότι, δίχως τη συνεξέταση σημασιών άλλης τάξης, με *εαυτοκεντρική εμβάθυνση*, το αντικείμενο έρευνας παγιδεύεται, όπως ένα καλλίτεχνο γλυπτό σε έκθεση φωτογραφίας.

Σχηματίζεται, επομένως, ελλιπής εικόνα, οριζόντιας, επιφανειακής και επιλεκτικής ανάγνωσης από βολικά υποσύνολα των πλείστων παραμέτρων, που μόνον εικοτολογικά (Kesebir & Pyszczynski, 2012) ερμηνεύουν αχανείς ποικιλίες εξατομικευμένων αντιλήψεων-θανάτου (Yalom, 2008). Αίολες αυτές, αντιμετωπίζονται *απατηλά*: από αγωνίας σε αποφυγή και άρνηση, από παθητικής αποδοχής έως απέλπιδος πρόκρισής του ως διεξόδου ή/και εξιδανικευμένου ‘θέρετρου’ αζωίας, από αταραξίας έως επιπόλαιης αδιαφορίας ή/και αναλγησίας στην επικείμενη επέλασή του. Εργαλείο, που ανιχνεύει κατάλληλα αυτό το φάσμα Θεωριών Θανάτου, αξιοποιείται εδώ.

Ποια είναι όμως η φυσιογνωμία των ελεύθερων γνωστής άμεσης απειλής Προσώπων, που θα έκλιναν σε ποιες εκ των ‘επιλογών επί θανάτου’, η οποία παραμένει ακόμη αδιερεύνητη και αδιευκρίνιστη; Θα προσδιορίζονταν επαρκώς, εάν τα Πρόσωπα σκιαγραφούνταν έναντι κριτηρίων ψυχοπαθολογίας, ώστε, πέραν αγχώδους γενικολογίας, να αποσαφηνιζόταν ποιες επιρρέπειες, προς ποιες όψεις θανάτου θα είλκαν πρόσφορους σχεδιασμούς κλινικής πρόληψης; Εδώ περιλαμβάνεται κλίμακα επί μείζονος εύρους κλινικών οχλήσεων σε κυρίαρχα σημεία ψυχοπαθολογίας. Αλλά αυτές οι μετρήσεις δεν αρκούν.

Αγκυρωμένη σε ομοιοτέλετες μετρήσεις, μ’ όλη της τη σπουδή, η Έρευνα ουσιαστικά παραβλέπει ότι ο θάνατος είναι τελικά ζήτημα πολύ πιο προσωπικό. Πράγματι, προσμετρήσιμες θέσεις θανάτου είναι ίσως όσες και τα Πρόσωπα. Τούτο περιπλέκεται δραματικά, εάν συνυπολογίζονταν προστιθέμενα προσωπικά κριτήρια, ύφη και κίνητρα (Stillion & Attig, 2014). Ακόμη όμως κι εάν τα συνέλεγε, η Έρευνα θα εγκλωβιζόταν σε μετρήσεις και συμπερασμούς όμοιας τάξης, οπότε πάλι, θα παρέμεναν αδιόρατα εκείνα, τα *ιδιογραφικώς* σημαίνοντα προσδιοριστικά και προβλεπτικά ποιοτικά στοιχεία, τα τόσο κρίσιμα για ασφαλείς μελλοντικές προβολές –ύπατη ερευνητική κατάκτηση στον ευκτικό κατάλογο των επιστημονικών επιτυχιών. Στην τροχιά των προσωπικών ‘προτιμήσεων’ προς τις θεωρήσεις θανάτου, ένας κάπως σταθερότερος δείκτης είναι οι θεωρήσεις Υγείας. Αυτών επιλαμβάνονται κι αυτές υλοποιούν τα Πρόσωπα καθημερινά, δηλαδή προλαμβάνοντας θάνατο. Υπόκεινται, βεβαίως, σε εξωγενείς επιρροές, συνιστούν αφ’εαυτού τους δυνάμει αγκυγόνες πηγές, ενώ επίσης παραπέμπουν στις προαναφερθείσες επίφοβες εκδραματίσεις αντιφάσεων που καταντούν ερασιθανείς. Ωστόσο, είναι σχετικά διαρκέστερες θεωρητικές κατασκευές, σχεδόν αυταπόδεικτα προσδιοριστικές πρακτικών Υγείας. Καίτοι ‘οριζόντιες’ υποκειμενικές εκτιμήσεις ετοιμότητας για *πραξιακή εμπλοκή* στην περιφρούρηση της προσωπικής φυσικής Υγείας, πάντως, ικανοποιούν δυνάμει ένα εκκρεμούν καίριο ερώτημα: πέρα, και, ιδεωδώς, πριν εμφανιστούν όποιες οργανικές επιβαρύνσεις, ποιες εντυπώσεις ετοιμότητας προς επιδίωξη φυσικής Υγείας μπορεί να παρωθούν ποιες εντυπώσεις περί θανάτου; Εργαλείο, που εξετάζει Θεωρίες Υγείας Προσώπων, συγκαταλέγεται στα εδώ ερευνητικά μέσα. Αλλ’ ούτε αυτή η διάσταση αρκεί.

Μολονότι έντονα ιδεακό, αφηρημένο, υπαρξιακό, και κατ’ ουσίαν μη-ον τη παρουσία ζωής, το αξίωμα του θανάτου μένει να εξετάζεται τυπικά ελλιπώς ως προς την υφή του, μέσω ελέγχων αβαθούς σκεπτικού, που δεν του αρμόζει: Σε συνεπειοκρατικά χρηστικό κλοιό, κυρίαρχου του πραγματισμού, επιλέγονται επιδερμικές μεταβλητές, αναπαράγοντας εφήμερες πρακτικές Υγείας. Κίνδυνος φαυλότητας ελλοχεύει πάλι επειδή: 1. ‘φωτογραφίζεται’ ένα *ρευστό* παροντικό προφίλ Προσώπων (Solomon et al 2004), παρότι συνιστά προϊόν πρότερων και συνάμα εξελισσόμενων, εγγενών, άρα άδηλων διεργασιών, που σχεδόν *απαρέγκλιτα* διαλανθάνουν την ερευνητική προσοχή. 2. παραλείπονται βαθύτεροι ανθρώπινοι προβληματισμοί για, λ.χ. υπαρξιακή πίστη, ορθότητα κινήτρου, συνειδησιακή βεβαιότητα επιλογών,

έλλογη προαγωγή εναλλακτικών προοπτικών προσωπικής βελτίωσης (Büssing, 2010). Στην πραγματικότητα, αυτοί διαμεσολαβούν λειτουργώντας υποδόρια στη διαμόρφωση θεωριών ζωής-και-θανάτου. Η μελέτη προσωπικών τακτικών δεν αποπερατώνεται στις εμφανείς τους όψεις. Παράβλεψη αυτής της αδήριτης αληθείας οδηγεί σε αδιέξοδες αναγνώσεις και μετριάζει εξόχως την οργάνωση επιστημονικών κριτηρίων για συγκροτημένες εκτιμήσεις, αποτιμήσεις και λύσεις βάθους. Αποτυγχάνει έτσι να εντοπίσει κυρίαρχες παραμέτρους υπεμφανούς προσδιορισμού τού *είναι*, οντολογικά –αλλιώς, θα διαθέταμε ήδη εφαρμόσιμες λύσεις. Βάσει του αυτονόητου, πως αναμφίβολα υπό οντολογικούς όρους εν ζωή κυφορούνται οι όποιες θεωρίες θανάτου, το δύσβατο θέμα εγκαλεί χρήση επάξιων εργαλείων, που θα πλεονεκτούσαν απέναντι σε στενές καταριθμήσεις απρόσωπων σταδίων (Cott 2011) ή σε κοινά μέτρα προσωπικότητας, που έως σήμερα παράγουν μετέωρα μάλλον αποτελέσματα (Drapeau et al., 2016). Έξοδος από αδιεξόδων φαίνεται να επιτυγχάνεται ωραία, όταν τα εκάστοτε συνδεδεμένα τον θάνατο συνεξεταστούν με συνδεδεμένες ζωή θεμέλιες οντότητες του Εαυτού. Διότι οντολογικά η διαχείριση θεμάτων θανάτου υπερβαίνει ξεκάθαρα το *προσωπικό*. Η έρευνα εγγίζει έτσι κατώφλι ανακατευθύνσεων και προκλήσεις αναθεώρησης των παλαιών Παραδειγμάτων πλοήγησής της, ώστε να εγκολπώσει τροπολογίες, μέσα από τις οποίες θα προάγει υπεμφανείς, σταθερότερες ποιότητες προαποφασισμένης αυτοδιαχείρισης (vs.ετεροκαθορισμού), με σαφή εμπρόθετο προσανατολισμό στη σύνολη *εαυτοκεντρική Υγεία*.

Αφού τις εν ζωή αποφάσεις περί την ζωή ορίζουν οι θέσεις κάθε Προσώπου χωριστά για την εσχατιά της, το ερώτημα αναφαίνεται επιτακτικό: *Ποιες ποιότητες Προσώπων θα τείνουν να προκρίνουν ποια κριτήρια ζωής*, ώστε να ενεργοποιούν νουνεχώς πορίσματά τους για τον θάνατο; Δηλαδή: *Ποιες ποιότητες Προσώπων θα ευνοούσαν ποιες αποφάσεις ζωής-και-θανάτου*; Και, κατ' επέκταση: *Πώς θα διευκολύνονταν στα Πρόσωπα ζωτικά ενήμερες αποφάσεις*, ώστε το φάσμα θανάτου να λάμβανε ορθότερες διαστάσεις, με δραστική ελάττωση τουλάχιστον των ανώφελων αγωνιών του, σε μία λειτουργική αρχιτεκτονική ζωής;

Μέθοδος και Υλικό

Με επιφανειακή δειγματοληψία ευκολίας εντοπίστηκαν N=248 Πρόσωπα –158 γυναίκες, 90 άνδρες, 19-39 ετών– μετέχουσες-μετέχοντες σε σεμινάρια κ τυπικά μαθήματα διαφόρων Σχολών στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων σε βάθος έτους (2015-2016), όπως αναγγέλλονταν στον επίσημο Ιδρυματικό ιστότοπο. Κοινό χαρακτηριστικό των μελών του δείγματος: ενδιαφέρον παρακολούθησης μεταδόσεων ακαδημαϊκού περιεχομένου. Στο πέρας κάθε εισήγησης, ενημερώνονταν, συμπλήρωναν φόρμα συναίνεσης και συστοιχία ερωτηματολογίων που περιγράφονται ακολούθως. Η στατιστική επεξεργασία έγινε μέσω SPSSv21 & Office-Excel (IBM 2011). Κρίθηκε σκόπιμη εδώ η παράθεση των δεικτών από τις συσχετίσεις αποκλειστικά, λόγω της σημασιακής σπουδαιότητάς τους για πολλές, ευθέως ιαματικές, εφαρμογές.

Θεωρίες Θανάτου [Death Attitude Profile Revised (DAP-R)]

Αναθεωρημένο εργαλείο 32 στοιχείων που απαντώνται σε 7βάθμια κλίμακα Likert. Δομεί σειρά δηλώσεων για θεωρητικές κατασκευές περί θανάτου σε 5 υποκλίμακες ικανοποιητικής εσωτερικής αξιοπιστίας. Δείκτες Cronbach's Alpha σημειώνονται στη συνοδό παρένθεση καθεμίας, με πρώτη τιμή την από τους δημιουργούς (Wang et al., 1994) και δεύτερη από την εδώ επίδοση: *Αγωνία/Άγχος Θανάτου* (.86/.70), *Αποφυγή/Άρνηση Αναλογισμού* του (.88/.88) ως επικείμενου, *Αποστασιοποιημένη Αποδοχή* του (.65/.60) ως αναπόδραστου, με αλυπία, απάθεια ή αναληγσία έναντι έλευσής του, *Αναμονή Μεταθανάτιας Απόλαυσης* (.97/.85), συνώνυμη με μία αίσθηση ευδαιμονίας/αγαλλίασης κατά την αναπόληση του επέκεινα και *Απόδραση/Απαλλαγή μέσω Θανάτου* (.84/.72), ως διεξόδου από τα δεινά της ζωής.

Κλινικές Οχλήσεις [Symptom Assessment-45 (SA-45)]

Αποτελεί μετεξέλιξη κατά βράχυνση των κλασικών εκδοχών SCL-90 & SCL-90-R (Derogatis et al., 1973· 1994). Είναι σύντομη αλλά διεξοδική κλίμακα αξιολόγησης ευρείας συμπτωματολογίας. Αξιοποιείται για έλεγχο κλινικών σημείων, διαμόρφωση διαγνώσεων, και ανάπτυξη σχεδίων θεραπείας. Καταριθμεί 9 διαστάσεις ψυχοπαθολογίας, ο βαθμός όχλησης εκ των οποίων σημειώνεται σε 5βάθμια

Likert. Τιμές Cronbach's Alpha καθεμίας παρατίθενται όπως παραπάνω: *Ψυχωτικά Στοιχεία* (.74/.60), *Παρανοϊκός Ιδεασμός* (.78/.73), *Φοβικό Άγχος* (.82/.82), *Άγχος* (.74/.75), *Εχθρότητα* (.85/.85), *Καταθλιπτικόμορφο Σημεία* (.87/.82), *Διαπροσωπική Ευαισθησία* (.85/.83), *Ιδεο-Ψυχαναγκασμός* (.81/.69) και *Σωματοποίηση* (.80/.80). Ψυχομετρικές αποτιμήσεις έχουν δώσει ικανοποιητική αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, δομικής, συντρέχουσας και διακρίνουσας εγκυρότητας (Derogatis, 1994· Sandin et al., 2008).

Θεωρίες Υγείας [Revised Health Hardiness Inventory-24 (RHHI-24)]

Αναθεωρημένη (Gebhardt et al., 2001) σύμπτυξη της Κλίμακας Σθεναρότητας Υγείας (Abraham, 1993), 24 στοιχείων επί 5βάθμιας Likert. Ανιχνεύει πεποιθήσεις ετοιμότητας Προσώπων να εμπλακούν σε πρακτικές διασφάλισης ιδίως Φυσικής Υγείας. Διαμορφώνει 4 υποκλίμακες ικανοποιητικής αξιοπιστίας: *Αξία Υγείας* (.74/.87), για τη σημασία που αποδίδει κανείς στην Υγεία του, *Πίστη Εσωτερικού Ελέγχου της* (.62/.50), και *Πίστη Εξωγενούς Ελέγχου της* (.59/.36), για πεποιθήσεις περί αυτοδύναμης ή αντίθετα, εξωγενώς προσδιορισμένης, κινητοποίησης ή αδράνειας προς διαφύλαξή της, και *Εντυπώσεις Αντιληπτής Ισχύος επ' αυτής* (.59/.67), για αποτύπωση του κατά πόσο φρονεί κανείς πως προσωπικές του θεωρήσεις Υγείας κυριαρχούν ή μη στις εκβάσεις της (εκτενής ανάλυση απαντά στους Smith et al 1995). Προσφέρεται και εναλλακτική διαχείριση ανάγνωσης και επεξεργασίας της κλίμακας, σε 3 όψεις: *Δυναμισμός Διεκδίκησης Υγείας* (.82/.55) κατ' αντανάκλαση πεποιθήσεων προσωπικού Ελέγχου επ' αυτής, *Διαθέσεις Διαγωγής Υγείας* (.61/.61) προς εμπέδωση προσπαθειών ενίσχυσής της και πρακτικές Δεσμεύσεις για Διατήρησή της (.70/.49).

Ερωτηματολόγιο Εαυτού: Μεταγνωσιακές Προτεραιότητες-Προσωπικής-Προόδου-ΜΠ³ [Personal-Progress-Priorities Idiography (PPPI)]

Απαρτίζεται από 50 δηλώσεις που επιδέχονται αποκρίσεις σε 5βάθμια Likert. Αποτυπώνει μεταγνωσιακά εγκαθιδρυμένες υπεμφανείς αποφάσεις για ευαγή αυτοδιαχείριση και αυτοαποδοτικότητα. Αντλεί απευθείας από τον ποιοτικά και ποσοτικά αποτυπωμένο Λόγο >19,000 Προσώπων καταχωρισμένο σε 28-ετή δεδομένα διαπολιτισμικού εύρους. Αποτελεί διάμεσο ορόσημο μετεξέλιξης μελετών της μίας των εδώ συγγραφέων σε σύμπραξη με τον S.Maddi (1977) στην πρώτη ιστορικά (Paleologou 1992) ιχνηλασία *Ευρωστίας* (όρο αντίρροπο ανθεκτικότητας) σε κλινικά προφίλ. Σύγκειται από 3 κρίσιμους συντελεστές των ουσιοδέστερων οντοτήτων του βίου: *Έλεγχος* (Εμπρόθετη Ευρωστία), *Έλξη* (Ενθουσιώδη Ευεξία), *Ευθύνη* (Ενεργό Ευελιξία). Συναριθμώντας τη ζωτική αξονική *Ενεργό Εξέλιξη*, εκπληρώνουν την ύπατη-4^η *ιδιογραφική* συγκρότηση του Εαυτού, καταρτίζοντας μοναδικούς συμπερασμούς στην Ιστορία της Ψυχολογίας για το γνήσιο ποιόν του. Η κλίμακα κυρώνει διαχρονικά: δομική, παραγοντική, διακρίνουσα και προβλεπτική εγκυρότητα (Paleologou, 2014a· 2014b· Paleologou&Dellaporta, 2009a· Paleologou, 1998). Προσφέρει ικανοποιητικούς δείκτες αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων ($r=.77-.82$) και εσωτερικής συνοχής ($\alpha=.82-.98$), όπως και εδώ, με Έλεγχο: .86, Έλξη: .83, Ευθύνη: .83, και Συνολικό Δείκτη Εαυτού ΜΠ³: .84.

Στον εδώ σχεδιασμό, το ΜΠ³ κρίθηκε καταλληλότερο μεταγενέστερων εκδοχών του, καθώς εξυπηρετεί αναλογισμό των οριζουσών του ιδίως προς το Θεωρίες Υγείας (RHHI-24) – εμπνευσμένο επίσης από το έργο S. Maddi, αλλ' ιστορικά αφημένο ιδεολογικώς αμετάβλητο. Ήδη, εξαιτίας της εδώ συνεπίδοσής τους, προέκυψαν νέες επαληθεύσεις συντρέχουσας εγκυρότητας αμφοτέρων. Ασφαλώς, ποιοτικά διαφέρουν άρδην, όπως οι ίδιοι οι δημιουργοί του αναγνωρίζουν (Gebhardt et al., 2001) και όπως τεκμαίρεται και από την εδώ μη-συγκλίνουσα σχέση τους προς τις λοιπές υπό διερεύνηση μεταβλητές.

θάνατος οὐδὲν πρὸς ἡμᾶς, ἐπειδήπερ ὅταν μὲν ἡμεῖς ὦμεν, ὁ θάνατος οὐ πάρεστιν· ὅταν δὲ ὁ θάνατος παρῇ, τότε ἡμεῖς οὐκ ἐσμέν· οὔτε οὖν πρὸς τοὺς ζώντάς ἐστιν οὔτε πρὸς τοὺς τετελευτηκότας.

Επίκουρου Επιστολή προς Μενουκέα, 125⁶

⁶ ο θάνατος είναι ένα τίποτα –όσο υπάρχουμε, είναι απόν· όταν είναι παρών, τότε εμείς δεν υπάρχουμε: επομένως, θάνατος δεν υφίσταται είτε για τους ζωντανούς είτε για τους τελευτήσαντες...

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις ερευνητικές προσδοκίες, επαλήθευσαν τη ζωτική ισχύ ζωντάνιας εξ Εαυτού, την αξία του ΜΠ³ και προσέφεραν ευκρινείς αποκρίσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν. Επιφανειακά, ανησυχητικές αντιφάσεις ενέπλεκαν όντως ερασιθανείς τάσεις στο σκεπτικό των Προσώπων του Δείγματος στις θέσεις Υγείας και συνέδεαν ψυχοπαθολογία-vs-θανάτου. Αλλά στην ανάγνωση υπό τον Εαυτό οι ροπές αυτές ανετράπησαν: αντ' αυτών αναδείχθηκαν σταθερότερες και σαφέστερες κατευθύνσεις ζωντάνιας.

Θεωρίες Υγείας-vs-Θανάτου (Πίνακας 1):

Όπως αναμενόταν, *Αγωνία Θανάτου* και *Αποφυγή Αναλογισμού* του ενίσχυσαν έντονα πεποιθήσεις *Εξωγενούς Ελέγχου Υγείας*. Οπωσδήποτε, αποδυνάμωσαν: δραστικά εντυπώσεις *Αντιληπτής Ισχύος* επ' αυτής και, ηπιότερα, *Δυναμισμού Διεκδίκησης* της. Ήδη, όμως, αναφαίνεται αντίφαση, καθώς η *Αποφυγή*, ως δυνάμει 'λύση' *Αγωνίας*, κανονικά δεν θα είχε κοινούς ενισχυτές με αυτήν. Ακόμη και στη γνωστή, παλαιά, φθαρμένη υπόθεση, αμφοτέρως, εφόρμηση-και-απόδραση (*fight-vs-flight*) λειτουργούν ...αγχολυτικά και υποβοηθούν ανάληψη, όχι κατάλυση του αυτοελέγχου. Επιβεβαιώθηκε η δυσμενής ισχυροποίηση *Διαθέσεων Υγιούς Διαγωγής* και πρακτικών *Δεσμεύσεων Διατήρησης Υγείας* εν ονόματι επενδύσεων στην ενδόμυχη *Αναμονή Απολαύσεων* μεταθανατίως (sic). Αυτές, παραδόξως, συνδέθηκαν δυναμικά και με εντυπώσεις περί *Εξωγενούς Ελέγχου*. Η διττή αναντιστοιχία εδώ έγκειται στο ότι η ανάληψη δράσεων Υγείας εκλαμβάνεται ως εξωγενώς προσδιορισμένη εν *αναμονή* μετατελεύτιας αγαλλίασης. Απροσδόκητη υπήρξε η θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση των *Διαθέσεων Υγιούς Διαγωγής* με την *Απαλλακτική 'ιδιότητα'* του θανάτου ως βέλτιστης διεξόδου από την οδυνηρή ζωή (sic). Ομοίως, η κύρωση *Αξίας Υγείας* μόνο συναρτήσει *Αποστασιοποιημένης Αποδοχής του Άφρευκτου*. Αυτή τονώνει: *Δυναμισμό Διεκδίκησης*, *Διαθέσεις Υγιούς Διαγωγής*, και τις *Πίστεις Εσωτερικού Ελέγχου Υγείας* (sic). Όπως θα φανεί μετέπειτα, οι αντιφάσεις αυτές είναι ασταθείς και ανατρέπονται υπό τον Εαυτό.

Πίνακας 1. Θεωρίες Υγείας - Θεωρίες Θανάτου

ΘΕΩΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ vs ΘΕΩΡΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΠΟΙΕΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣ ΕΠΙΔΙΩΞΗ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΩΘΟΥΝ ΠΟΙΕΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙ ΘΑΝΑΤΟΥ;							
[N=248]	Αξία Υγείας	Πίστη για Έσω Έλεγχο Υγείας	Πίστη για Εξωγενή Έλεγχο Υγείας	Εντυπώσεις Αντιληπτής Ισχύος επί Υγείας	Δυναμισμός Διεκδίκησης Υγείας	Διαθέσεις Διαγωγής Υγείας	Δεσμεύσεις Διατήρησης Υγείας	
Αγωνία- Άγχος Θανάτου	,025	-,037	,137**	-,125**	-,108*	,021	,067	
	,578	,408	,003	,005	,015	,649	,138	
Αποφυγή / Άρνηση Αναλογισμού του	,035	-,044	,129**	-,191**	-,121**	,046	,062	
	,431	,331	,004	,000	,006	,323	,168	
Αποστασιοποιημένη Αποδοχή του ως Αναπόδραστο	,140**	,167**	-,141**	,066	,106*	,120*	,086	
	,002	,000	,002	,147	,018	,012	,058	
Αναμονή Απόλαυσης μετά Θάνατον	,087	-,001	,190**	-,007	,044	,097*	,135**	
	,051	,990	,000	,873	,323	,037	,003	
Απόδραση-Απαλλαγή μέσω Θανάτου	,068	-,034	,083	-,042	-,059	,116*	,086	
	,134	,455	,072	,351	,187	,014	,058	

******. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *****. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Ειλημμένες κατά ζεύγη, οι συνάφειες αυτής της ενότητας εμφανίστηκαν σημασιολογικά αντίρροπες. Έτειναν, επομένως, ήδη να: 1.επιβεβαιώνουν την ενδο-προσωπική εναντιολογία στις θεωρίες Υγείας-vs-Θανάτου και 2.σκιαγραφούν εν μέρει τη φυσιογνωμία μελών του Δείγματος: Πίστεις Εσωτερικού Ελέγχου και αποφασιστικότητα δραστηριοποίησης στην προφύλαξη Υγείας τους παραδόξως ευνοούν ιεραρχικά: ΑποστασιοποιημένηΑποδοχή, μεταφυσική απαντοχή αλλ' ατυχώς και, ερασιθανώς, επιζήτηση Απαλλακτικής Απόδρασης από τα εγκόσμια.

Κλινική Όχληση Ψυχοπαθολογίας και Θάνατος (Πίνακας 2):

Το 90,3% (N=224) του Δείγματος παρουσίασε αναμενόμενη απουσία ή μόνον ήπια επίπεδα Κλινικής Όχλησης από ψυχοπαθολογικών σημείων. Μόνον ένα 9,7% (N=24) εμφάνισε κατά τι σοβαρότερες, μα όχι ακραίες Κλινικές Όχλησεις (2,07-3,2 επί maximum 4). Επομένως, τα ευρήματα ψυχοπαθολογίας *per se* εκλήφθηκαν επιφυλακτικά, ως ευκρινώς ενδεικτικά για υποκλινικές τάσεις. Στο φόντο αυτό:

Αυξημένες *Αγωνίες Θανάτου* πυροδότησαν *Κλινικές Οχλήσεις* εκτός *Ιδεοψυχαναγκασμού* και *Εχθρότητας*— ενόσω εξηρμένες σκέψεις *Απόδρασης-δια-Θανάτου* από τον μάταιο τούτο κόσμο τις ευνόησαν όλες. Καίτοι λιγότερες και ασθενέστερες, οι συνάψεις *Κλινικών Οχλήσεων* με αδημονία *μεταθανάτιας ευδαιμονίας* παρακολούθησαν τις προηγούμενες. Προτού επισημανθεί ξανά ασυμβατότητα, υπενθυμίζεται η γενικευμένη ισχύς της ψυχοσωματικής ανακύκλωσης (Ursin & Eriksen, 2010) άρα συνδυασμένα, τα ευρήματα κόμισαν νέα αντίφαση: τάχα, *φόβος θανάτου* δεν εξυπακούεται επιθυμία για ζωή, αντί αποζήτηση *Απαλλαγής* από αυτήν; Σημειωτέον, αυξημένη *Διαπροσωπική Ευαισθησία* εμβαπτίστηκε σε σκέψεις θανάτου εν είδει *καταφυγίου*, με αντιφατικές νύξεις: τη παρουσία τρίτων, *Άγχος-Θανάτου* και *Αποφυγή-Αναλογισμού του*(sic) εντάθηκαν, ενώ δεν αποκλείστηκε, μα ενισχύθηκε η αναζήτηση *Απαλλακτικής Απόδρασης* από τα εγκόσμια άχθη. Η επαφή με τον άλλον δυναμιτίζει τη νηφαλιότητα όσων βιώνουν κλινικώς άβολα τη διαπροσωπικότητα. Ο άλλος μοιάζει να ‘έξωθει’ σε σκέψεις θανάτου, αντιληπτός ως έως και απειλητικός, με αλληγορικά θανάσιμο τρόπο—ένδειξη, αισθητή ως επιβεβαίωση των πορισμάτων των Stroebe et al. (2013).

Πίνακας 2. Κλινική Όχληση Ψυχοπαθολογίας και Θάνατος

N=248	Αξία Υγείας	Πίστη για Έσω Έλεγχο Υγείας	Πίστη για Εξωγενή Έλεγχο Υγείας	Εντυπώσεις Αντιληπτής Ισχύος επί Υγείας	Δυναμισμός Διεκδίκησης Υγείας	Διαθέσεις Διαγωγής Υγείας	Διαμορφωμένες Διατηρήσεις Υγείας	ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΑΥΤΟΥ	ΕΞΩ ΕΑΥΤΟΥ	ΕΥΘΥΝΗ ΕΑΥΤΟΥ	ΕΑΥΤΟΣ ΣΥΝΟΛΩΣ ΥΔΕ ΜΑΤΙ
Αγωνία- Άγχος Θανάτου	,025 ,578	-,037 ,408	,137** ,003	-,125** ,005	-,108* ,015	,021 ,649	,067 ,138	-,065 ,144	-,124** ,005	-,009 ,837	-,081 ,066
Αποφυγή- Άρνηση Αναλογισμού του	,035 ,431	-,044 ,331	,129** ,004	-,191** ,000	-,121** ,006	,046 ,323	,062 ,168	-,141** ,002	-,204** ,000	-,129** ,004	-,203** ,000
Αποστασιοποιημένη Απόδοξη του Αναπόδραστο	,140** ,002	,167** ,000	-,141** ,002	,066 ,147	,106* ,018	,120* ,012	,086 ,058	,046 ,307	,055 ,222	,005 ,919	,045 ,308
Αναμονή Απόλαυσης μετά Θάνατον	,087 ,051	-,001 ,990	,190** ,000	-,007 ,873	,044 ,323	,097* ,037	,135** ,003	-,088* ,047	-,107* ,016	,052 ,242	-,065 ,136
Απόδραση-Απαλλαγή μέσω Θανάτου	,068 ,134	-,034 ,455	,083 ,072	-,042 ,351	-,059 ,187	,116* ,014	,086 ,058	-,179** ,000	-,137** ,002	-,061 ,174	-,175** ,000
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).											
Αξία Υγείας	➤ Στο ΡΟΖ ΠΛΑΙΣΙΟ οι συσχετίσεις μεταξύ θέσεων για τον θάνατο και α) ΠΕΠΟΙΘΗΣΙΑΚΩΝ και β) ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ υποκαλύπτουν απεικονίσεις περί εξωγενούς ελέγχου της Υγείας και καταλύουν πιστεύσεις ισχύος επί αυτής. Μα για την απορρόπηση εξ αυτών δυσκολία, μόνος μηχανισμός επιλογής μοιάζει η Αποφυγή . Άκρως αντιστοίχια, κάθε προοπτική ανάκαμψης του Έσω προσδιορισμού ελέγχου της φυσικής κατάστασης εξυπακούεται σύνδεση της Υγείας μόνο με την παθητική αδράνεια έναντι του θανάτου ως αναπόδραστο. Πολυπλή κλίση. Ακόμη δυσμενέστερα, στο (β) πεδίο η γενικευμένη αμβλύνση ισχύος των συσχετίσεων διηρώ διακριτή διατήρηση του δυναμισμού στην εδραίωση Υγείας, οι επιδόσεις για την επιδίωξη της οποίας ενεργοποιούνται μόνο στατιστικά, στη βάση μιας εξαναγκασμένης αμφιβολίας για το πού τον θάνατο. Δεσμεύσεις για τη διατήρηση Υγείας θα προκύψουν μόνον υπό σπάν ενδόμυχων αναστατώσεων αποδοχής του τέλους και δη με ΑΝΟΧΗ σε εκδοχές θεώρησής του ως διεξόδου απόδρασης από τα τυχόν δεινά της ζωής (!).							,161** ,000	,130** ,004	,081 ,070	,170** ,000
Πίστη για Έσω Έλεγχο Υγείας	➤ Στο ΚΟΚΚΙΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ οι σχέσεις ανάμεσα στις θέσεις επί θανάτου & τις Πυρηνικές Οντότητες που ο ΕΑΥΤΟΣ συγκροτεί ιεραρχικά και μετουσιώνει σε Στρατηγικές Σύνολης Υγείας. Αδιαμφισβήτητη η αντιθετική τοποθέτηση σε κάθε υπεκφυγή για θέματα θανάτου: Αθέμιτη κι ανατρεπτικά ακατάληπτη η αγωνία του, μα ΑΠΟΛΥΤΩΣ αδύνατη και η αποφυγή αναλογισμού του, ΑΔΙΑΦΟΡΗ η αποδυνάμωση δια τυχόν αποδοχής του ως αναπόδραστο, ΑΚΥΡΗ η αμφιβολία ή ασάφεια ενόψει του και ΑΠΑΝΩ ασυμβατά απαράδεκτη η αναπαράστασή του ως διόθεν απαλλακτικής απόδρασης από τα (ενοπάρκεια) αδιέξοδα της ζωής.							,147** ,001	,091** ,044	,105* ,020	,165** ,000
Πίστη για Εξωγενή Έλεγχο Υγείας	➤ Στο ΓΑΛΑΖΙΟ ΠΛΑΙΣΙΟ οι συνάψεις ανάμεσα σε α) ΠΕΠΟΙΘΗΣΙΑΚΕΣ και β) ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ Απόψεις Υγείας (σε κυριολ.) και Εαυτοκεντρικές Στρατηγικές Σύνολης Υγείας αποτυπώνουν τρόπον τινά το αυτονόητο: α) την εύλογα υψηλή ανταποκρισιμότητα των ίδιων των κλιμάκων και β) τη συγκλινούσα εγκυρότητα αμφοτέρων							-,151** ,001	-,186** ,000	-,014 ,755	-,154** ,001
Εντυπώσεις Αντιληπτής Ισχύος επί Υγείας								,288** ,000	,182** ,000	,288** ,000	,311** ,000
Δυναμισμός Υγείας								,226** ,000	,116** ,009	,234** ,000	,258** ,000
Διαθέσεις Διεκδίκησης Υγείας								,149** ,002	,180** ,000	,100* ,032	,192** ,000
Δεσμεύσεις Διατήρησης Υγείας (κυριολ.)								,085 ,000	,087 ,072	,103* ,000	,103* ,000

Ιδωμένες συγκριτικά, οι εννοιολογικά ‘αντικανονικές’ συνάψεις αυτής της ενότητας έδειξαν ότι ενόψει αισθητών *Κλινικών Οχλήσεων* η ‘παραφιλολογία’ *Θανάτου* συρρικνώνεται και πολώνεται σε δύο μόνον όψεις, *Αγωνίας* κι *Απαλλακτικής αποδήμησης*. Λόγω πόλωσης ξεκαθαρίζουν το τοπίο, έστω, σε σκληρή ‘ασπρόμαυρη’ εικόνα, μα γι’ αυτό με ευκρινέστερες αποχρώσεις των επιρροειών στα υπό σκιαγράφηση Πρόσωπα: προ ρεαλιστικότερων δυσκολιών *ψυχικής όχλησης*, επικεντρώνονται στις επικρατέστερες ‘έγνοιες θανάτου’, όπως αυτές εγκατοικούν στο σκεπτικό τους. Σύνάμα, η ισχύς των συναφειών ενέχει θεραπευτική αξία. Διότι είναι η φαύλα αναπαραγωγή *Αγωνιωδών-vs-Αποδημητικών* ροπών που οφείλει να διαρραγεί σε ιδεώδεις σχεδιασμούς στρατηγικών πρόληψης—εάν αυτοί ευαγγελίζονταν ενδελέχεια. Αλλά πώς; Λύσεις διαφαίνονται ακολούθως.

Εαυτός έναντι Θεωριών Θανάτου, Υγείας και Κλινικών Οχλήσεων (Πίνακες 3^α, 3^β και 3^γ)

Όπως πάντα (Paleologou, 2014a,b, 2009a, 2009b), κανένα δημογραφικό στοιχείο του Δείγματος δεν συσχετίστηκε με τις οντότητες Εαυτού, καταξιώνοντας έτσι τον δυναμισμό τους υπεράνω καταστατικών περιστολών. Συνολικά, οι οντότητες Εαυτού διαμόρφωσαν ζωηρές, νοήμονες, μαζικές, άρα σημασιακά ισχυρές σχέσεις υψηλής στατιστικής σημαντικότητας και δη επιλεκτικά προς μεταβλητές σημαίνουσας αξίας για ποιοτική διαγωγή βίου, απορρίπτοντας επουσιώδεις, και *κατευθύνοντας σε πρόσβαση στις ουσιώδεις*: δόμησαν σχέσεις κάθετα αρνητικές με *Θεωρίες-Θανάτου* και *Κλινικές Οχλήσεις*, και αποφασιστικά θετικές προς επίλεκτες μεταβλητές *Θεωριών Υγείας* που σηματοδοτούν *Έσω Προσδιορισμό* και αυτενέργεια διαχείρισής της. Η επέμβαση Εαυτού εξουδετέρωσε τις επιφανειακά

πλανώμενες, σημασιακά παραπλανητικές σχέσεις με αβερές επόψεις του προσωπικού σκεπτικού, διόρθωσε τις αντιφάσεις προσέχοντας επιούσιες επιλογές και τονίζοντας επιλογές ουσίας, και συγκρότησε άμεσα ιαματικό οδηγό ορθά ζωτικών αποφάσεων.

Ειδικότερα, κατά σειρά των σημαντικών ενδείξεων, προέκυψε αδιαμφισβήτητη αντιθετική τοποθέτηση του Εαυτού σε κάθε εγγύτητα προς αν-ώφελη ενασχόληση με *άφορα* θέματα θανάτου. Ο Εαυτός ορίζει:

- αθέμιτη κι ανατρεπτικά ακατάληπτη την *Αγωνία Θανάτου* –ανατρεπτικά, διότι μόνο μέσω Έλξης τον περιεργάζεται,
- απολύτως αδιανόητη έως προσβλητική και την *Αποφυγή Αναλογισμού του* ως αναπόδραστον: εκπονεί την ιδέα του, μα με εντατικό λογισμό, κι όχι ‘φοβικά’, όπως στις λοιπές υπό εξέταση περιστάσεις –ίσως εδώ βρίσκει επίσης νόημα μια εμβριθής, νοήμων αποστασιοποίηση, αφού:
- αδιάφορη, όλως ασύμβατη, άρα απορριπτέα ως άχρηστος κάθε αβαθή *Αποδοχή του* με τυχόν *Αποστασιοποίηση* –δεν αρκεί μια αόριστη αναγόρευσή του ως *αναπόδραστον* για να αδράξει κανείς απροβλημάτιστα αφορμές συμβάσεων απλής επιβίωσης: απαιτείται κάθετη αντιμετώπιση των πιο ακραίων αντιλήψεων θανάτου, που σκιάζουν πιο ανησυχητικά το ανθρώπινο σκεπτικό
- άκυρη για τα έμβια και άσχετη, άρα απρόσδεκτη κάθε αναπόληση αναχωρητικής αγαλλίασης σε άφιξή του
- απλώς απαράδεκτη την αποφευκτική αναπαράστασή του ως (δήθεν) *Απαλλακτικού* από τα (εαυτοκεντρικώς νοούμενα ανεδαιφικά) αδιέξοδα της ζωής.

Πίνακες 3^α, 3^β και 3^γ. Εαυτός έναντι Θεωριών Θανάτου, Υγείας και Κλινικών Οχλήσεων

N=248	Αγωνία/ Άγχος Θανάτου	Αποφυγή / Άρνηση Αναλογισμού του	Αναμονή Απόλαυσης μετά Θάνατον	Απόδραση / Απαλλαγή μέσω Θανάτου	Πίστη για Έσω Έλεγχο Υγείας	Πίστη για Εξωγενή Έλεγχο της Υγείας	Εντυπωσιές Αντιληπτής Ισχύος επί Υγείας	Δυναμισμός επί Υγείας (κυριολ.)	ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΑΥΤΟΥ	ΕΛΞΗ ΕΑΥΤΟΥ	ΕΥΘΥΝΗ ΕΑΥΤΟΥ	ΕΑΥΤΟΣ ΣΥΝΟΛΗΣ ΥΔΕ ΜΑΤΙ
Ψυχικά Στοιχεία	,091*	-,043	,046	,121**	-,061	,034	-,087	-,082	-,171**	-,041	-,124**	-,138**
	,044	,350	,313	,008	,184	,461	,059	,072	,000	,369	,006	,002
Παρανοϊκός Ιδεασμός	,138**	,047	,104*	,151**	-,099*	,118*	-,138**	-,141**	-,227**	-,155**	-,126**	-,205**
	,002	,298	,021	,001	,031	,011	,002	,002	,000	,001	,005	,000
Φοβικό Άγχος	,140**	,046	,105*	,111*	-,136**	,057	-,208**	-,159**	-,153**	-,143**	-,137**	-,163**
	,002	,320	,022	,018	,004	,230	,000	,001	,001	,002	,003	,000
Άγχος	,116*	,059	,044	,145**	-,072	,057	-,182**	-,160**	-,191**	-,156**	-,230**	-,255**
	,011	,200	,339	,002	,121	,225	,000	,000	,000	,001	,000	,000
Εχθρότητα	,005	,049	,049	,109*	-,110*	,027	-,194**	-,215**	-,223**	-,082	-,233**	-,260**
	,917	,282	,273	,017	,017	,552	,000	,000	,000	,072	,000	,000
Καταθλιπτικό- μορφο Στοιχείο	,168**	,059	,053	,178**	-,043	,050	-,136**	-,128**	-,251**	-,123**	-,229**	-,256**
	,000	,185	,238	,000	,346	,278	,003	,004	,000	,006	,000	,000
Διαπροσωπική Ευσαιθησία	,111*	,118**	,060	,177**	-,011	-,051	-,152**	-,094*	-,270**	-,188**	-,193**	-,247**
	,013	,008	,180	,000	,805	,266	,001	,037	,000	,000	,000	,000
Ιδεο- Ψυχαναγκασμός	,072	-,012	,095*	,164**	-,125**	,027	-,219**	-,210**	-,264**	-,004	-,159**	-,188**
	,108	,793	,035	,000	,007	,561	,000	,000	,000	,924	,000	,000
Σωματοποίηση	,210**	,111*	,092*	,160**	-,073	,061	-,207**	-,190**	-,163**	-,112*	-,126**	-,174**
	,000	,014	,041	,000	,115	,191	,000	,000	,000	,014	,006	,000
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	,132**	,051	,087*	,192**	-,100*	,029	-,204**	-,193**	-,264**	-,128**	-,234**	-,270**
	,002	,247	,047	,000	,024	,524	,000	,000	,000	,004	,000	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Ο Εαυτός εξετάζει ορισμένες μόνο *Θεωρίες Θανάτου* προς επάξια διαχείρισή τους: οι κορυφαίες στρατηγικές του οντότητες, *Ελέγχου* και *Έλξης*, αναλαμβάνουν κυρίαρχο έργο επεξεργασίας, ενόσω η *Ευθύνη* ενεργοποιείται μόνο για να απεμπολεί τις άγονες αγωνίες. Για τις *Θεωρίες Υγείας*, όσο περισσότερο τα Πρόσωπα συντονίζονται στον Εαυτό, τόσο εντονότερα και στοχαστικότερα μεστώνουν οι επικοδομητικές προαποφάσεις του ενίσχυσής της. Υπενθυμίζεται πως η *Αξία Υγείας* υπό την φλόγαρη κατασκευή *Θεωριών Υγείας* αποκτούσε νόημα αποκλειστικά δι’ απαθών αποστάσεων από της θνητότητας: τώρα, με παρέμβαση Εαυτού, ανακτά τη διευρυμένη σημασία της. Κι εάν οι συνδέσεις *ψυχοπαθολογικών σημείων* με σκέψεις περί συνταρακτικής *θνητότητας* απεικόνισαν ‘ασπρόμαυρη’ εικόνα, εδώ πλέον ο Εαυτός την αναβαθμίζει σε έγχρωμη. Διότι διεξοδικά, μέσω των βαρυτήτων των συναφειών, ήδη αποσαφηνίζει *προέλευση*, διευθετεί εσωτερικές *προτεραιότητες* και κατευθύνει

ρυθμιστικά την ιαματική προσέγγιση όλων, μα όλων, των *Κλινικών Οχλήσεων* στον καμβά των ιαματικών επιτυχιών.

Έτσι τα εδώ ευρήματα προσφέρουν απαντήσεις στα κρίσιμα ερωτήματα που τέθηκαν.

Συζήτηση

Αναδυόμενες συγχύσεις και ερασιθανείς αντιφάσεις στις θεωρητικές κατασκευές των Προσώπων για όψεις *Θανάτου*, *Υγείας* και *Κλινικών Οχλήσεων* ψυχοπαθολογίας περιορίστηκαν στην πρωτοταγή επιφανειακή ανάγνωση των συσχετίσεων. Με εμβάθυνση, όμως, επιτευχθείσα δευτεροταγώς, κατ' αντιπαράσταση προς τις οντότητες του Εαυτού, σημειώθηκε στροφή προσοχής, έμφασης, και προσήμων στις ανά χείρας μεταβλητές. Φανερώθηκε έτσι πως, υποκάτω την εμφανή προσωπική καθημερινή κοινόχρηστη επικοινωνία κοινότυπων παραδοχών, *υπ-άρχει* ένας άλλος, υπεμφανής εαυτοκεντρικός Λόγος, πλήρης εκλεπτυσμένων σημασιών: 1. ανατρέπει τις φαινομενικές προσωπικές εναντιολογίες, 2. διασκεδάζει ομιχλώδεις επιδερμικές αμφιβολίες, 3. αποκαλύπτει τη θεμελιωδέστερη ολοζώντανη εγγενή προαπόφαση εστιασμού στις ουσιώδεις όψεις των προκείμενων θεματικών. Έτσι, αντί ακύρωσης σε στείρες ερασιθανείς σκέψεις, 4. ανακατευθύνει στη χάραξη λειτουργικής αρχιτεκτονικής προοπτικών, με σαφή αποβλεπτικότητα ποιοτικής διαγωγής.

Να γιατί με παρέμβαση Εαυτού αναπτερώνονται ελπίδες για τις προοπτικές Προσώπων, που, ενώ φαντάζουν ισχνές, ωστόσο, ενέχουν τη δυναμική ισχυρής ανάκαμψης.

Να και γιατί οι αναντίρρητα αξιόλογες *θεωρητικές κατασκευές*-Kelly (1955/1991) αφηγούνται μόνον απατηλές τροπολογίες επιφανείας του προσωπικού σκεπτικού: Διότι θεμελιακά εξαρτούν ανάρμοστα το Πρόσωπο από τον *άλλον* όσο η κατασκευή τους αποδίδεται σε ανάγκη επικοινωνίας μαζί του, έτσι παραμελώντας και φιμώνοντας τον κραταίο ενδόμυχο Λόγο, που εδώ αποκαλύπτεται με συνεπή ερευνητική επαλήθευση (Paleologou 2001, 2009, 2014a,b). Ασφαλέστατα η *διαπροσωπική επαφή* αποτελεί καίρια έποψη, συνώνυμη, όχι όμως και ταυτόσημη ζωής. Πέραν των εδώ ενδείξεων για τουλάχιστον αμφιθυμική υποδοχή της, ανοίγει απειλητικά ασκούς Αιόλου σε ισχυρούς ανέμους από πλείστες *άκριτα αποδεκτές σημασίες*, που υιοθετούνται προχείρως, πλημμελώς, ίσως αφελώς, εξαιτίας αντιστοίχως πλείστων φαινομενικά ανελαστικών πιέσεων κατά τη διεξαγωγή της (ταχύτητα, βραχύτητα, υποχρέωση, σαφήνεια, συναίνεση, καθωσπρεπισμός...). Περαιτέρω, επιτρέπει ισχυρά *ρεύματα ετεροκαθορισμού*, που συμπαρασύρουν σε ομογενοποίηση κατανόησης διάφορες δημοφιλείς, 'θερμές' σημασίες (θάνατος, νόσος, μοναξιά, έλεγχος, άγχος, θυμός, φόβος, επιβίωση...). Στις δίνες τους θέματα ουσίας εκτοπίζονται, ενώ επουσιώδη δέχονται ανώσεις, θολώνοντας την ευθυκρισία και ωθώντας μάλλον σε συμβιβασμούς με ευκόλως κοινόχρηστα πρότυπα, παρά εξατομικευμένους στοχασμούς εναλλακτικών εκτιμήσεων σημασιодότησης. Αλλά τα εαυτοκεντρικά σημαίνοντα δεν παύουν ισχύ. Μένουν μόνο δυσδιάκριτα έως επανεγκαθίδρυσής τους όπως εδώ.

Οι εδώ θεματικές προσεγγίστηκαν με εργαλεία δύο 'ταχυτήτων'. Τα 3 διερεύνησαν προσωπικές θεωρητικές κατασκευές για *Υγεία*, *Θάνατο* και *Κλινικές Οχλήσεις*, διατυπωμένα με φράσεις καθολικής συναίνεσης για το νόημά τους –ρискάροντας να είναι αυτό, το, ει μη τετριμμένο, πάντως ικανά κατευθυντικό νόημα, που θα ωθούσε στην άνευ εμβάθυνσης αποδοχή του, άρα σε 'εύκολες' καταφατικές αποκρίσεις. Το εργαλείο Εαυτού, όμως, αρθρώνεται με φράσεις από *αχανή* ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα των ίδιων των Προσώπων, με τη σύστοιχη παραγοντική σύγκλιση να έχει επαληθευτεί να αποκρυσταλλώνει το νευρωνικό ίχνος του γνήσιου Λόγου των Προσώπων αυτών, *απαλλαγμένο* από παραπομπές σε 'θερμές', ευθέως αναγνωρίσιμες, στερεοτυπικές ταξινομίες κοινόχρηστης σημασιοδότησης. Η αλλαγή προσήμων, βαρυτήτων και επιλεκτικότητας στις σχέσεις μεταξύ μεταβλητών υπό τις οντότητες Εαυτού διαθέτει νοήμονα ερείσματα, που προσδίδουν σιγουριά στη μελέτη αφενός για τις προταθείσες σημασίες, όπως μετουσιώνονται σε δυναμικές κατευθυντήριες προς τη Σύνολη Υγεία, αφετέρου για την αξία του εργαλείου ΜΠ³. Διότι με τέτοια διακρίνουσα ισχύ βάσει εξασφάλισης των εδώ ενδείξεων αποδεικνύεται επάξιο για βιώσιμες προσεγγίσεις ενίσχυσης στρατηγικών ζωής, επειδή δύναται να αφουγκραστεί τον Εαυτό προς: 1. διασταύρωση σημασίας κλινικών σημείων, 2. εκλέπτυνση διαγνωστικού έργου, 3. ιεράρχηση ιαματικών προτεραιοτήτων και 4. οργάνωση αποδοτικού ιαματικού προγραμματισμού με γνώμονα το εξατομικευμένο προφίλ των Προσώπων.

Συμπέρασμα

Αξιωματικά, η Υγεία συνυφαίνεται πρώτιστα με αποκλειστικά εξατομικευμένες αποφάσεις για ετοιμότητα ζωής και αίσια διατήρησή της, πολύ προτού ελλιμενιστεί σε, όχι σπάνια, άγονες αγωνίες ή σπασμωδικές εμπλοκές περί θανάτου. Εξαιτίας κατεξοχήν άκριτης ή βιαστικής ανοχής στον ετεροκαθορισμό της προσοχής τους, τα Πρόσωπα συχνά παρακάμπουν την ωραιότερη προτεραιότητα φροντίδας τους για σύνολη Υγεία, παρότι διαθέτουν εγγενώς τη μεθοδολογία μέριμνάς της, αφού προδιαγράφεται εαυτοκεντρικά να εκλεπτύνουν σημασιακές, αρθρώνοντας συνεπώς στρατηγικές επιδιώξεις για ποιοτική και δη κοινωφελή μακροβιότητα. Αντ' αυτής, απορροφώνται σε αντιπαραγωγικές περι-θανάτιες σκέψεις, και, σαν σε δίνη, σε αυτό που χαρακτηρίστηκε: ερασιθανείς συμπεριφορές. Ότι αυτές απορρυθμίζουν τη σκέψη τους, αποσυντονίζοντας τη θεμέλια παραγωγική αλληλουχία: ευρωστία-ευεξία-ενεργότητα, τη μόνη που εκπληρώνει νοήμονα διαγωγή τους, προδίδεται με τις αντιφατικές αποκρίσεις στα εδώ πρωτοταγή ευρήματα. Αλλά η δευτεροταγής εμβάθυνση, υποκάτω την ειωθώσα ετεροκαθορισμένη σύμβαση αποδοχής εξωγενών δοτών εκτιμήσεων, έδειξε τον *υπ-άρχοντα* ακμαίο, εαυτοκεντρικό Λόγο. Αυτός δύναται να ανασχηματίσει παγιωμένες αντιλήψεις προς καινοτόμους αποδοτικούς ιαματικούς σχεδιασμούς. Η μεθοδολογία Εαυτού βοηθά να διαβούμε το κατώφλι των αναγκών ερευνητικών και θεραπευτικών ανακατευθύνσεων και να ανταποκριθούμε στις χρονίζουσες προκλήσεις προς αναθεώρηση των παλαιών παραδειγμάτων πλοήγησής μας, ώστε να ενστερνιστούμε μεταρρυθμίσεις προς όφελος των Προσώπων για σαφή εμπρόθετο προσανατολισμό στη σύνολη *εαυτοκεντρική* Υγεία. Διότι, όταν τα Πρόσωπα αντικρίσουν τις ίδιες τους τις 'δύο ταχύτητες' αυτοδιαχείρισης και εγνωσμένα αναδομήσουν τις προτεραιότητές τους με βάση τον πραγματικό ενδότερο οδηγό τους προς ενεργό εξέλιξη, τότε, παρακολουθώντας τα εδώ ευρήματα, θα στραφούν ενδυναμωμένα στην ουσιώδη αυτοαποτελεσματικότητα εν ζωή, με εξατομικευμένα συμφέροντα κινήσεων. Η κλινική πράξη μπορεί να επωφεληθεί από τα εδώ εργαλεία αποκρυπτογράφησης του υπεμφανούς λόγου των Προσώπων, η συνείδηση του οποίου εκ μέρους τους θα έχει έτσι αισθητά καταλύσει μείζον μέρος αγωνιών για το 'πότε πρέπει' να αποδημούν, αφού θα παγιώσουν με αυτοπεποίθηση βίο μεστό, εγνωσμένα προσανατολισμένο στο 'πώς τούς αρμόζει να ζουν'.

Ευχαριστίες

Στα μέλη του Δείγματός μας, που κατέστησαν την έρευνα αυτή εφικτή, και στον Πρύτανή μας, Γεώργιο Δήμου, που, ένα έτος μετά, υπερέβη τα ανυπέρβλητα και κύρωσε διεξαγωγή Σεμιναρίων ΕΣΕ ως προέκταμα των εδώ ευρημάτων.

Συμβολή Συγγραφέων

Στην Ιωάννα Μπιτχαβά οφείλεται η κοπιώδης καταχώριση των δεδομένων, η διεκπεραίωση της βιβλιογραφικής έρευνας και στατιστικής επεξεργασίας και σημαίνουσα συμβολή στο ερμηνευτικό και κειμενικό περιεχόμενο. Στον Θωμά Τούλη η ανάλυση επαγωγικών υπολογισμών, η κατάρτιση εναλλακτικών πινάκων και ερμηνευτική συμβολή. Εποπτεία και επιμέλεια διενεργήθηκαν από την Α.-Μ. Π. Παλαιολόγου τόσο για το άρθρο όσο και για την παρουσίαση.

Συγκρουόμενα Συμφέροντα

Αποποίηση τυχόν συγκρουομένων ενδιαφερόντων: Το πρωτότυπο αυτό δημοσίευμα δεν εμπίπτει σε οιονδήποτε απαγορευτικό ή συγκρουσιακό περιορισμό, αλλ' απεναντίας συνιστά πρόσκληση συνεργασιών στο πεδίο της Πρότυπης Μεθοδολογίας Εαυτού σε ερευνητικά έργα με οραματισμό την προώθηση στη *Μεταγνωσιακή* Εποχή.

Βιβλιογραφία

1. Abraham, D. (1993) Construct validation of the Health Hardiness Inventory. *Dissertations International*, 54:481.
2. Abdel-Khalek, A. M. (2011). *The death distress construct and scale*. Omega 64:171-184.
3. Anvar, M., Javadpour, A. & Mohammad, S. (2012). Assessing death anxiety and its correlates among severe medically ill in-patients. *Shiraz E-Medical Journal*, 13(3):122-127.

4. Bektaş, H., Körükcü, Ö., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Undercover fear of elderly people in nursing home: Death anxiety and depression. *Journal of Human Sciences*, 14(1):587-597.
5. Boelen, P. (2011). Personal goals and prolonged grief disorder symptoms among bereaved people. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18:439-444.
6. Bredström, A. (2019). Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision. *Journal of Medical Humanities*, 40: 347-363.
7. Büssing, A. (2010). The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 8:832-841.
8. Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9): 831-844.
9. Carr, D. (2011). Racial differences in end-of-life planning: Why don't Blacks and Latinos prepare for the inevitable? *Omega: The Journal of Death and Dying*, 63:1-20.
10. Chen, J.; Xiang, H.; Jiang, P.; Yu, L.; Li, F.; Wu S.; Fu, X.; Liu, Y.; Zhao, X. & Sun, X. (2017). The Role of Healthy Lifestyle in the Implementation of Regressing Suboptimal Health Status among College Students in China: A Nested Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14:240-257.
11. Corr, C.A. (2011). Strengths and limitations of the stage theory proposed by Elisabeth Kübler-Ross. In: K.J. Doka & A.S. Tucci (Eds). *Beyond Kübler-Ross: New perspectives on dying, death, and grief*, Washington, DC: Hospice Foundation of America, pp. 3-16.
12. Davidson, K.W., Krist, A.H., Tseng, C.W. et al. (2021). Incorporation of social risk in US preventive services task force recommendations and identification of key challenges for primary care. *JAMA*, 326(14): 1410-1415.
13. Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
14. Derogatis, L.R.; Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9:13-28.
15. Drapeau, C.W.; Cerel, J. & Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death Studies*, 40:165-171.
16. Gebhardt, W.A., van der Doef, M.P. & Paul, L.B. (2001). The Revised Health Hardiness Inventory (RRHI-24): psychometric properties and relationship with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, 16:579-592.
17. Gire, J. (2014). How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. *Online Readings in Psychology and Culture*, 6(2). <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1120>
18. Girodo, M. (2007). Personality and cognitive processes in life and death decision making: An exploration into the source of judgment errors by police special squads. *International Journal of Psychology*, 42(6):418-426.
19. Harrington, J.M.; Perry, I.J.; Lutomski, J.E.; Fitzgerald, A.P.; Shiely, F.; McGee, H.; Barry, M.M.; Van Lente, E.; Morgan, K. & Shelley, E. (2010a). Living longer and feeling better: healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. *European Journal of Public Health*, 20:91-95.
20. Harrington, J.M.; Perry, I.J.; Lutomski, J.E.; Fitzgerald, A.P.; McGee, H.; Barry, M.M.; Batty, G.D. & Huxley, R; Gale, C.R. (2010b). Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. *Archives of Internal Medicine*, 170:711-718.
21. Hintistan, S., Cilingir, D., & Pekmezci, H. (2016). Assessment of death anxiety among medical and surgery clinics patients of a teaching hospital. *Journal of Pakistan Medical Association*, 66(7): 823-828.
22. Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 81: 101894.
23. Iarvie, I. (2017). Popper's Philosophy and Methodology of Social Science. In: G. Strokes & J. Shearmur (Eds.), *The Cambridge Companion to Popper* (pp. 284-317). Cambridge: Cambridge University Press.
24. IBM Corp. (2011). *IBM SPSS statistics for windows*. V.20.0, Armonk, NY: IBM.
25. Jong, J.; Ross, R.; Philip, T.; Chang, S.H.; Simons, N. & Halberstadt, J. (2017). The religious correlates of death anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain & Behavior*, 1-17.

26. Keeney, R. L. (2008). Personal Decisions: The Leading Cause of Death. *Operations Research*, 56(6):1335-1347.
27. Kelly G.A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs*. Routledge, London.
28. Kesebir, P., & Pyszczynski, T. (2012). The role of death in life: Existential aspects of human motivation. In: R.M. Ryan (Ed.). *The Oxford Handbook of Human Motivation*. New York, NY: Oxford University Press. pp. 43-64.
29. Kim, S.Y.H.; De Vries, R.G. & Peteet, J.R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73:362-368.
30. Kwee, M. G. T. (2012). Relational Buddhism: A psychological quest for meaning and sustainable happiness. In: P. T. P. Wong (Ed.). *The human quest for meaning*. 2nd ed. pp. 249-276. New York, NY: Routledge.
31. Latha, K.S.; Sahana, M.; Mariella, D.; Subbannayya, K. & Asha, K. (2013). Factors related to life satisfaction, meaning of life, religiosity and death anxiety in health care staff and students: A cross sectional study from India. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 12(2): 1-7.
32. Levine G. N. (2022). Psychological Stress and Heart Disease: Fact or Folklore? *American Journal of Medicine*, 135(6): 688-696.
33. Ly, T., Diaz-Santos, M., Campbell, L., Kuhn, T. & Bookheimer, S. (2019). Death Anxiety and Financial Decision-Making in Aging: A Study from the Human Connectome Project Aging (HCP-A). *Innovation in Aging* 3(1): 907.
34. MacLeod, R.; Crandall, J.; Wilson, D. & Austin, P. (2016). Death anxiety among New Zealanders: the predictive role of gender and marital status. *Mental Health, Religion & Culture*, 339-349.
35. Maddi, S. R. (1977). The psychology of possibility. *Lakehead University Review*, 9: 87-93
36. May, A.M.; Struijk, E.A.; Franssen, H.P.N.; Onland-Moret, C.; de Wit, G.A.; Boer, J.M.A.; van der Schouw, Y.T.; Hoekstra, J.; Bueno-de-Mesquita, H.B.; Peeters, P.H.M. & Beulens, J.W.J. (2015). The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC Medicine*, 13(1):39-48.
37. McCauley, R.P. (1995). The McCauley Readiness for Death Instrument (MRDI): A Reliable and Valid Measure for Hospice Care. *The Hospice Journal*, 10(1):15-26.
38. Paleologou, A. (1992). *Changes in the Psychological Profile of Angina Pectoris Male Patients*. Doctorate, Clinical Psychology Department, School of Medicine. U.K.: Victoria University of Manchester.
39. Paleologou, A.-M. & Dellaporta, A. (2009α). Personal time aspects of e-use-taxed Hellenic medical lab-staff necessitate Hardiness support. 14th International Symposium-Health Information Management Research-ISHIMR. Evaluation & Implementation of e-Health and Health Information Initiatives: International Perspectives.
40. Paleologou, A.-M. & Dellaporta, A. (2009β). Costly e-Errors Correctible by Boosting Hardiness in the Personality Core of Burnt-out Hospital Personnel. 6th WORLD Health-Care Congress WORLD HEALTH ORGANIZATION Europe_2009, Brussels.
41. Palaiologou, A.-M. (2016). Our urgent responsibility: Activation in the Meta-Cognitive Treatment Era, for Granting the Right of Treatment Co-Decisions to Patients towards Meaningful (Psycho-)Therapeutic Vision and Mission Accomplishments. *International Conference Broadcast on Human Rights*.
42. Palaiologou, A. M. P. (2014a). *Ethics Manual on "Empathic Products" – Enabling Intention- & Emotion-Aware Products Under Scrutiny – Suggestions by the MDTP Hardy Surge HYGEIA4E Methodologies: Cutting-edge Paradigm for Clinical and Non-Clinical Considerations on User Safety-Satisfaction-Sophistication*. ITEA 2 Project F U 14005. Brussels, Belgium: ITEA.
43. Palaiologou, A.-M. (2014b). Mental Soundness and Gender Neurobiological Differences. Realizing Health Visions: H4E Solid Plans into Play. Conference with International Participation: Days of Psychology – Psychological Hardiness, Mental Health, Recession, Depression, Social Anxiety, Family Stress, Motherhood & Chronic Illness, Bullying, Vocational Motivation. Athens: ICPS
44. Παλαιολόγου, Α. Μ. Π. (2021). <https://iatro.gr/plasimpo-vs-nosimpo-allergia-allothi-i-aytoyrgia-2/>.
45. Russac R. J.; Gatliff C.; Reece M. & Spottswood D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31:549-561.

46. Sandin, B.; Valiente, R.M.; Chorot, P. & Lostao, L. (2008). SA-45: A brief form of the SCL-90. *Psicothema*, 20(2):290-296.
47. Santosa, A., Rosengren, A., Ramasundarahettige, C., Rangarajan, S., Gulec, S., et al. (2021). Psychosocial Risk Factors and Cardiovascular Disease and Death in a Population-Based Cohort From 21 Low-, Middle-, and High-Income Countries. *JAMA Network Open*, 4(12): e2138920.
48. Smith, M.S., Wallston, K.A. & Smith, C.A. (1995) The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10:51-64.
49. Solomon, S.; Greenberg, J. & Pyszczynski, T. (2004). Lethal consumption: Death-denying materialism. In: T. Kasser & A.D. Kanner (Eds). *Psychology and Consumer Culture*. Washington, DC: American Psychological Association. 127-146.
50. Stillion, J. & Attig, T. (2014). *Death, Dying, and Bereavement Contemporary Perspectives, Institutions and Practices*. Springer.
51. Stroebe, M.S.; Finkenauer, Catrin; Wijngaards, L.D.; Schut, H.A.W.; Van den Bout, J.; Stroebe, W. (2013). Partner-Oriented Self-Regulation Among Bereaved Parents: The Costs of Holding-in Grief for the Partner's Sake. *Psychological Science*, 24(4):395-402.
52. Ursin, H. & Eriksen, H.R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6):877-881.
53. WHO (2014). *GLOBAL STATUS REPORT on Noncommunicable Diseases 2014*. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility.
54. Wong, P.T.P.; Reker, G.T. & Gesser, G. (1994). *Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death*. In: R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis. 121-148.
55. Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ / APPENDIX

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΑ / SHORT CVs

Ιωάννα Μπιτσαβά. BA, BSc, Dip., MScPsy, MScMedStress, MAPF. Ψυχολόγος, Εκπαιδευτικός Α΄θμιας. Σπουδές εν αριστεία: Α. Προπτυχιακές: 1. Π.Τ.Δ.Ε. & 2. Φ.Π.Ψ., ειδίκευση: Ψυχολογία (Υποτροφία ΙΚΥ) & Β. Μεταπτυχιακές: 1. Τομέας Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πρόγραμμα 'Δυσλεξίες-Διαπολιτισμικότητα-Νέες Τεχνολογίες', ειδίκευση: Διαπολιτισμικές Ιδιαιτερότητες στη Μοναξιά και Απόσυρση Προσώπων με Δυσκολίες (Υποτροφία ΙΚΥ), 2. Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Πρόγραμμα 'Επιστήμη του Στρες & Προαγωγή Υγείας', ειδίκευση: Ψυχοπαιδαγωγικές Παρεμβάσεις Αυτοδιαχείρισης & 3. Περί Ψυχής: Πιστοποιημένο Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο από τη Διεθνή Ένωση Συμβουλευτικής, Πρόγραμμα 'Δικαστική Ψυχολογία και Εγκληματολογία', ειδίκευση: Συσχέτιση Ψύχωσης-Εγκλήματος. Νυν Υποψήφια Διδάκτορας Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Πραγματοποιεί έρευνα στη Μεταδιατροφική Ευρωστία Ανόδου (MDTP-HardySurge), επιτελεί έργο Διαχείρισης Στρες και Προαγωγής Υγείας στην Πρότυπη Μετα-γνωσιακή Μεθοδολογία ΥΓΕΙΑ4^E, εισηγείται σε Συνέδρια και δημοσιεύει σε Επιστημονικά Περιοδικά. ioannabit@yahoo.gr.

Ioanna Bitchava. BA, BSc, Dip., MScPsy, MScMedStress, MAPF. PhD Candidate on Clinical Psychology, University of Ioannina Psychology Department. Studies by excellence in both BA's: Pedagogy & Psychology. MScs by Scholarships: Educational Psychology, Medical Health Clinical Psychology & Forensic Psychology & Criminology. Specialisation: Loneliness-Withdrawal, Psychology of Learning Difficulties, Intercultural, Bilingualism, Dyslexia, Informatics; Stress Management & Medical Health Promotion; Clinical Forensics: Psychosis vs Criminality. Publications on Clinical Psychology, Clinical Research & Psychometrics, Therapeutic Philosophy. Psychotherapeutic training: HardySurge-MDTP Model. ioannabit@yahoo.gr.

Θωμάς Τούλης. BA, BScPsy, MScPsy. Ψυχολόγος, Εκπαιδευτικός Β΄θμιας, Θεραπευτής HardySurge-MDTP. Σπουδές: Α. Προπτυχιακές: 1.Φ.Π.Ψ.-Ψυχολογία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2.Τμήμα Ψυχολογίας Πάντειο. Β. Μεταπτυχιακές: Τομέας Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πρόγραμμα 'Δυσλεξίες-Διαπολιτισμικότητα-Νέες-Τεχνολογίες', ειδίκευση: Διαφορικές Μεθοδολογίες Διερεύνησης Φυσιогνωμίας Επαγγελματιών ως προς Δείκτες Ανοχής-Αποδοχής-Απόρριψης Έργου, και τυχόν Κλινικές Επικινδυνότητες. Εργάστηκε επί 4-ετία σε Σ.Μ.Ε.Α.Ε. Ασκεί επί 8-ετία Ψυχοθεραπευτικό & Συμβουλευτικό Έργο σε πεδία Διαχείρισης Εντάσεων, Πένθους & Αυτοαποτελεσματικότητας. Παρέχει Συμβουλευτική Σχεδιασμού, Ψυχομετρίας & Στατιστικής Επεξεργασίας Μελετών Ανθρωπιστικών Επιστημών, συνεισφέρει Τεχνογνωσία σε Ερευνητικά Προγράμματα, διενεργεί Συστηματική Έρευνα Profiling, και εισηγείται σε Επιστημονικά Συνέδρια. tomtoulis@yahoo.gr.

Thomas Toulis. BA, BScPsy, MScPsy. Psychologist, Educator, Therapist on HardySurge-MDTP. Studies: A. Both BA's on Psychology, University of Ioannina & Panteion University, respectively. B. Post-Graduate, MSc Dyslexias-Intercultural-Informatics; Specialty: Differential Research Methodologies in Investigating Helping Professionals, and Indicators of Acceptance-Avoidance-Alienation vis-à-vis Clinical Risks. Experience: 4-year S.M.E.A.E., 7-year High-School Education, 8-year Counselling & Psychotherapy in Stress-Management, Bereavement & Self-Efficacy. Consultant for Research Planning, Psychometrics, Statistical Elaboration of Research Data & Therapy Training. Conducts systematic Profiling Research & Applications. tomtoulis@yahoo.gr.

Αντζυ-Μ. Παλαιολόγου. BA, Dip, MA, PhD, PD. Κλινική Ψυχολογία-Ψυχοπαθολογία-Ψυχοθεραπεία, Τηλε-Συμβουλευτική & Ιαματική Ηθική. Επίκουρη Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Διευθύντρια Κλινικού Εργαστηρίου Σύνολης Υγείας & Μελέτης Εαυτού ΚΕΣΥΜΕ-WHISCL. Διενεργεί 33-ετή πρωτογενή μακροπρόθε-σμη διαπολιτισμική κλινική έρευνα στην εαυτότητα. ©Βέλτιστες Στρατηγικές Σύνολης Υγείας, ©Πρότυπη Μετα-γνωσιακή Μεθοδολογία ΥΓΕΙΑ4^E. M.A.: Keele University-UK, 1. Θυματοποίηση, 2. Διαχείριση Υγείας. Ph.D.: Ιατρική Σχολή Manchester Victoria University-UK, 1. Θύματα Βίας 2. Τερματική Νόσος Post-Doctoral: Brigham Young University-USA, Hardiness. Διαπίστευση σε 4 Σχολές Ψυχοθεραπείας. Έργο σε Ευρώπη, Αμερική, Ισραήλ & Ασία: Εφαρμοσμένη Αγωγή & Αρωγή Προσώπων, Ομάδων, Οργανισμών. Διδακτικές & Υποστηρικτικές δράσεις σε Προ- & Μεταπτυχιακή Ανώτατη Εκπαίδευση & ΔιαΒίου Μάθηση (N≥1.100/έτος). Συγγραφή: 7 βιβλία, ερευνητικά άρθρα, εγχειρίδια κλινικής Πράξης, EU-συγγραφές, οδηγοί ιαματικής Συμβουλευτικής & Αυτοδιαχείρισης. angelpaleo@uoi.gr.

Angie-M. Palaiologou. BA, Dip, MA, PhD, PD. Clinical Psychology-Psychopathology-Psychotherapy, Tele-Mentoring, Clinical & Healing Ethics & Deontology. Assist. Prof., Psychology Department, Ioannina University. Director, Whole Health & Integral Self Clinical Lab-WHISCL. Conducts 33-year basic longitudinal intercultural clinical research on the Self. ©Whole Health Optimal Strategies; Innovative Meta-cognitive Methodologies HEALTH4^E. M.A.: Keele University-UK: 1. Victimisation, 2. Clinical Health Management; Ph.D.: Medical Faculty, Manchester Victoria University-UK: 1. Victims-of-Crime, 2. Terminal Health-Profiles; Post-Doctoral: Brigham Young University-USA: Hardiness. Accredited: 4 Schools of Psychotherapy. Works in Europe, US, Israel & Asia: Individuals, Groups, Organisations, Treatment & Support. Teaching & Training Under- & Post-Graduate Higher Education & LLL (N≥1.100/year). Author: 7books, research articles, clinical Praxis manuals, EU-funded papers, therapeutic guides. angelpaleo@uoi.gr. <https://psychology.uoi.gr/didaskontes/palaiologou-angeliki-maria/>.