

HELENA SĘK*, ŁUKASZ D. KACZMAREK**, MICHAŁ ZIARKO***

Wiedza naukowa a praktyka społeczna na przykładzie psychologii zdrowia: O dyscyplinie naukowej na zakręcie

Wprowadzenie

Pomiędzy wiedzą naukową a praktyką społeczną zachodzą obustronne relacje. Naukowcy reagują na nowe zjawiska, podejmując próby ich systematycznego opisu, wyjaśnienia i opracowania interwencji, które mogą korzystnie zmieniać obecny stan rzeczy. Zgromadzona w ten sposób nowa wiedza przenika do społeczeństwa kanałami formalnymi (np. poprzez szkolenia, interwencje itp.) i nieformalnymi (np. przez media popularnonaukowe, media społecznościowe itp.). Obie strony mają żywotny interes we współpracy. Naukowcy chcą nie tylko zaspokajać własną ciekawość świata oraz realizować potrzeby hubrystyczne, wzmagające poczucie własnej wartości (Tokarz, 1998), lecz również pragną zajmować się tematami wartościowymi i użytecznymi społecznie. Z kolei odbiorcy wiedzy naukowej chcą otrzymywać użyteczne narzędzia pozwalające nie tylko lepiej zrozumieć świat i cieszyć się znajomością prawdy, lecz również podejmować bardziej skuteczne działania korygujące lub wzbogacające codzienne życie.

W niniejszym opracowaniu przedstawiamy kilka refleksji na temat relacji między wiedzą naukową a praktyką społeczną na przykładzie psychologii zdrowia. Odnosząc się do konkretnych przykładów, zwracamy uwagę na kilka ogólnych problemów, które mogą komplikować wzajemne przenikanie się nauki i praktyki. Jako naukowcy koncentrujemy się na wyzwaniach znajdujących się pod stroną nauki. Psychologia zdrowia może stanowić dobre studium przypadku dla tego rodzaju ogólnych zjawisk, ponieważ wyodrębniła się jako dziedzina nauki i praktyki właśnie w wyniku wyraźnych potrzeb społecznych i aktywności ruchów społecznych (Heszen, Sęk, 2007; Murray, 2017). Jednym z głównych paliw zasilających rozwój psychologii zdrowia we współczesnej postaci jest tzw. transformacja epidemiologiczna, czyli narastanie przewlekłych i dotkliwych chorób cywilizacyjnych, zwłaszcza układu krążenia i chorób nowotworowych (Wysocki, Sakońska, Car, 2005). O ile w krajach rozwijających się zdrowie populacji powiązane jest głównie z ogólnym standardem życia, o tyle w krajach rozwiniętych główną rolę zaczęły

* Prof. dr hab. Helena Sęk, em. profesor Instytutu Psychologii UAM (e-mail: shecel@amu.edu.pl);

** dr hab. Łukasz Dominik Kaczmarek, Instytut Psychologii UAM; *** dr hab. Michał Ziarko Instytut Psychologii UAM

pełnić bardziej złożone czynniki psychospołeczne, takie jak lęk, depresja, wsparcie społeczne czy też zakres kontroli w pracy itp. (Kopp, Skarbski, Szkely, 2002). Stąd oczekiwania społeczeństwa, jak również medycyny, kierowane wobec psychologów, aby opisać i zrozumieć to nowe negatywne zjawisko i zaproponować skuteczne metody jego kontroli.

Podjęcie tej problematyki jest też ważne właśnie w tym momencie, w którym wielu psychologów zdrowia zaczyna opuszczać entuzjazm i pojawiają się coraz liczniejsze głosy samokrytyczne dotyczące psychologii zdrowia jako całości (Łuszczynska, 2017), bądź wybranych teorii wykorzystywanych w psychologii zdrowia, które jeszcze do niedawna miały status teorii wiodących (Sniehotta, Pesseau, Araújo-Soares, 2014). Jeszcze na początku lat 90. ubiegłego wieku w swym ośmiokrotnie już wznawianym podręczniku psychologii zdrowia Edward Sarafino pisał entuzjastycznie o potencjale psychologii zdrowia i jej bliskości z praktyką oraz codziennym doświadczeniem: „Obszar psychologii zdrowia jest ogromnie ekscytujący, częściowo dlatego, że odnosi się do życia osób, które go studiują, oraz życia ludzi, których studenci znają lub z którymi będą pracować w przyszłości. Ten obszar badań jest również ekscytujący, ponieważ jest tak bardzo nowy, a naukowcy reprezentujący wiele różnych dyscyplin odnajdują fascynujące i ważne związki między psychologią i zdrowiem” (Sarafino, 1990, s. 7). Również Sheridan i Radmacher (1992) spostrzegali psychologię zdrowia jako kierunek rewolucyjny na tle podejścia biomedycznego, którego wartość kwestionował, i przypisywali jej rolę niemalże mesjańską, która „oddzieli ziarno od plew” (s. 8) i ukształtuje nowy paradygmat (Sheridan, Radmacher, 1992, za: Murray, 2014). Po ćwierćwieczu natomiast coraz częstsze są głosy krytyczne, wyrażające rozczarowanie, np. „Kumulująca się w ostatniej dekadzie wiedza może być interpretowana jako wskazująca na kryzys, słabość lub nieadekwatność psychologii zdrowia, uprawianej zgodnie z dominującymi paradygmatami”. (Łuszczynska, 2017, s. 1). Wśród tych stanowisk są i głosy pośrednie wyrażające przekonanie, że psychologia zdrowia, owszem, boryka się z problemami, jednakże nie są to problemy specyficzne dla psychologii zdrowia, lecz kwestie wspólne dla wszystkich empirycznych dyscyplin stosowanych (Sniehotta, 2017, informacja osobista).

Pojawiający się rozdźwięk ogólnych stanowisk świadczy o tym, że psychologia zdrowia osiągnęła kolejny kamień milowy na drodze liczącego ponad trzy dekady dynamicznego rozwoju. Jest to „punkt kontrolny”, podobny do przełomu środka życia w cyklu rozwoju człowieka, w którym rozwijający się człowiek musi stonować młodzieńczy entuzjazm i towarzyszące mu przekonanie o własnej omnipotencji na rzecz bardziej wyważonej oceny możliwości własnych i warunków funkcjonowania oraz stawianych przed nim wymagań. Psychologia zdrowia wymaga zatem pogłębionej refleksji nad sensem (celami i wartościami) oraz narzędziami teoretycznymi i metodologicznymi, które mogą ten sens realizować.

Rodowód psychologii zdrowia

W refleksji nad celami i wartościami niezmiernie pomocny może być powrót do punktu wyjścia, czyli do celów i wartości, które motywowały powstanie dyscypliny. W przypadku psychologii zdrowia formalne wyodrębnienie i ustanowienie zadań nastąpiło w roku 1978, gdy w Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym powstała Sekcja Psychologii Zdrowia. W swych pracach Joseph Matarazzo (1980, 1982), współtwórca psychologii zdrowia, podkreślał, że psychologia zdrowia korzysta z naukowego, oświatowego i praktycznego wkładu psychologii jako odrębnej dziedziny do rozwiązywania problemów promocji i utrzymywania zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia oraz ulepszania systemu opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej. W związku z tym zadania psychologii zdrowia dotyczą nie tylko medycyny, ale obejmują swym zasięgiem najważniejsze obszary życia i działalności człowieka oraz ważne systemy społeczne, takie jak rodzina, szkoła czy miejsca pracy i także środowisko naturalne (Marteau, Johnston, 1987). Do rozwoju psychologii zdrowia przyczyniły się również przemiany zachodzące w medycynie i potrzeby nauk medycznych w sferze humanizacji, a także niewydolność oraz koszty opieki zdrowotnej. Wiedza psychologiczna na temat zdrowia powstaje wszakże w ramach współpracy psychologów z przedstawicielami różnych dziedzin medycyny. Ma to również swoje uzasadnienie historyczne, ponieważ uważa się, że prekursorami psychologii zdrowia były medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna i psychologia medyczna (Heszen, Sęk, 2007).

Dla rozwoju psychologii zdrowia ważne wydarzenia miały miejsce w ostatnich latach XX wieku. W roku 1986 odbyła się Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, na której uchwalono konstytucję promocji zdrowia. Jednym z fundamentów psychologii zdrowia stała się problematyka promocji zdrowia. Posiada ona rodowód pragmatyczny, powstała bowiem jako wynik dyskusji interdyscyplinarnej, która zapoczątkowała ruch społeczny, określający promocję zdrowia jako proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania (Karta Ottawska, 1994). W ujęciu tym istotą promocji zdrowia jest taka działalność, która inicjuje i utrzymuje procesy społeczne sprzyjające podnoszeniu i szerzeniu zdrowia jako wartości i sprzyjające zaangażowaniu wszystkich ludzi w troskę o tę wartość. Określono wówczas zadania realizowane w tym nurcie, takie jak: budowanie prozdrowotnej polityki państwa, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu i reorientacja służby zdrowia. W ruchu na rzecz promocji zdrowia dominował zdecydowanie model socjoekologiczny (Słońska, 1994). Włączenie się psychologii do tego obszaru nauki i praktyki społecznej wymagało i nadal wymaga zasadniczej reinterpretacji wiedzy o zachowaniach zdrowotnych i uwarunkowaniach tej formy aktywności człowieka w języku i koncepcjach psychologii (Sęk, 1997; Heszen, Sęk, 2007).

Innym ważnym wydarzeniem było powstanie także w 1986 roku Europejskiego Towarzystwa Psychologii Zdrowia (*European Health Psychology Society* – EHPS). Wielu psychologów polskich uczestniczy w działalności tego towarzystwa, zwłaszcza w jego corocznych konferencjach, publikuje swoje prace w czasopiśmie afiliowanych przy EHPS. Sekcja Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego stała się z kolei organizacją zrzeszającą polskich psychologów zdrowia na przestrzeni ostatnich 25 lat. Sekcja Psychologii Zdrowia blisko współpracuje z EHPS w płaszczyźnie organizacyjnej i badawczej, czego wyrazem jest udział członków SPZ w strukturach EHPS, udział w konferencjach organizowanych przez EHPS oraz publikowanie w czasopiśmie naukowych sygnowanych przez EHPS.

Fundamenty wiedzy psychologicznej o zdrowiu i dobrostanie

Tworzenie teoretycznej, psychologicznej wiedzy o zdrowiu wiąże się w sposób istotny ze społecznym wyzwaniem i oświadczeniem Światowej Organizacji Zdrowia, że zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Ważne w tym ujęciu jest przekonanie, że zdrowie jest nie tylko brakiem choroby lub niedomagania oraz to, że zdrowie jest nie tylko zjawiskiem somatycznym, lecz również ma wymiar psychiczny oraz społeczny. Tym samym już w definicji WHO z roku 1948 podkreślono konieczność tworzenia pozytywnych kategorii dla zdrowia oraz wyjścia poza model biomedyczny i uznania, że zdrowie trzeba rozważać w kilku obszarach: fizycznym, psychicznym i społecznym.

W złożonym procesie konstruowania wiedzy o zdrowiu nawiązywano też do różnych modeli zdrowia – biomedycznego, holistyczno-funkcjonalnego i socjoekologicznego. Każdy z tych modeli powstałych poza psychologią (w naukach medycznych i socjologii) należało zreinterpretować i w nowym rozumieniu wykorzystać w badaniach psychologicznych (por. Sęk i in., 1992; Sęk, 1997).

W krytykowanym przez psychologów zdrowia modelu biomedycznym definiuje się zdrowie w sposób zobiektywizowany jako stan braku choroby, który cechuje się znormalizowanym przebiegiem funkcji biologicznych, co jest zależne od wyposażenia genetycznego i struktury organizmu. Stan choroby pozostaje całkowicie pod kontrolą lekarza profesjonalisty, który stosując specjalistyczne metody „naprawia organizm”. W ujęciu holistyczno-funkcjonalnym (przełomowy dla psychologów zdrowia model biopsychospołeczny) zdrowie wyraża się we wzajemnej relacji, jaka zachodzi pomiędzy strukturami funkcjonalnymi człowieka oraz pomiędzy człowiekiem i jego środowiskiem. Jest to proces stałego dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia. O poziomie zdrowia decydują zasoby człowieka (biologiczne, psychiczne i społeczne) oraz wymagania otoczenia. W tym modelu wyróżnione miejsce przypada świadomej aktywności podmiotu, który promuje i ochrania zdrowie oraz uczestniczy w procesie

leczenia choroby. Podobne podejście zaprezentowali socjologowie w modelu socjoekologicznym zdrowia, będącym podstawą działań promujących zdrowie (Słońska, 1994). Stosuje się w nim pojęcie hierarchii systemów, w myśl którego każdy podsystem jest częścią ogólniejszego i pozostaje z nim we wzajemnych związkach. Bardzo ważnym założeniem tego modelu jest, że człowiek posiada własne pojęcie zdrowia i że każdy człowiek nadaje znaczenie zdrowiu w swoim codziennym życiu.

W oparciu o cechy modelu biomedycznego i holistyczno-funkcjonalnego stworzono założenia teoretyczne dla Skali Przekonań Zdrowotnych, która pozwala określić udział przekonań wpisujących się w każdy z tych modeli w prywatnych przekonaniach o zdrowiu. Badania wykazały, że w świadomości jednostkowej dominują przekonania z modelu holistyczno-funkcjonalnego (Sęk, 1997), które mają też znaczenie dla intencji podejmowania zachowań zdrowotnych (Ziarko, 2006).

Istotny wkład do odkrywania tajemnicy zdrowia wniósł Antonovsky (1995), tworząc model salutogenetyczny nawiązujący do wiedzy o mechanizmach stresu psychologicznego. W modelu tym zakłada się, że człowiek spotykając się z wymaganiami życia, dostraja się do wyzwań tak, aby zachować dynamiczną równowagę procesów życiowych na pewnym optymalnym dla funkcjonowania poziomie. Zdrowie jest więc procesem stałego reagowania na wymagania celem zachowania lub przywrócenia pewnego poziomu organizacji, który też bywa nazywany poziomem dynamicznej równowagi zewnętrznej i wewnątrz systemu. Antonovsky (op. cit.) stworzył więc w toku odkrywania kluczowych czynników prozdrowotnych procesualną koncepcję zdrowia. Podsumowując zasadnicze analizy teoretyczne na temat zdrowia można stwierdzić, że: a) zdrowie jest dobrem osobistym i społecznym określanym obiektywnie i subiektywnie, b) zdrowie jest zdolnością do realizacji potencjałów fizycznych, psychicznych i społecznych, c) poziom (stan) zdrowia zależy od dynamicznego równoważenia możliwości, potrzeb, wymagań i aktywności własnej podmiotu, d) zdrowy człowiek zaspokaja potrzeby, realizuje cele, wypełnia zadania życiowe, przezwycięża trudności i tworzy więzi (Sęk, 2017).

Wśród znaczących obszarów wiedzy istotnej dla psychologii zdrowia są koncepcje teoretyczne i liczne badania nad wsparciem społecznym (Sęk, 2003; Sęk, Cieślak, 2004). Jest to wiedza w miarę spójna i trafna teoretycznie oraz metodologicznie.

Tematy wiodące i zapomniane

Na tle przedstawionych powyżej fundamentalnych założeń można rozpatrywać zakres rzeczywistej realizacji celów udokumentowanej w postaci publikacji naukowych. Na przestrzeni lat na świecie powstało wiele nowoczesnych podręczników. Mają one istotne znaczenie dla wyznaczania naukowego statusu tej dziedziny (Heszen, Sęk, 2007; Kaptein, Weinman, 2004; Sarafino, 2009). Analiza treści podręczników psychologii zdrowia jest bogatym źródłem informacji o tym, w jakim stopniu psychologia zdrowia

jest obszarem badań wrażliwym i responsywnym wobec aktualnych problemów społecznych (Murray, 2014). Ogólną ideą stanowiącą motyw integrujący większość podręczników jest rozwijanie perspektywy biopsychospołecznej na podstawie krytyki modelu biomedycznego (Murray, 2014). W miarę upływu czasu analiza perspektywy biopsychospołecznej rozszerzała się od samej idei, jej uzasadnienia i roli do perspektywy wypełnionej treścią badań empirycznych pozwalającej spójnie integrować gromadzone ustalenia.

Znaczącym ograniczeniem jest jednakże koncentracja – niekiedy całkowita – na wymiarze zdrowia somatycznego czy też – w gruncie rzeczy – chorób somatycznych, ich następstw psychologicznych oraz czynników je warunkujących. Na przykład, flagowe czasopismo europejskiej psychologii zdrowia (oficjalne czasopismo EHPS) określa swoje cele i zakres w następujący sposób: „*Psychology & Health* poświęcone jest promowaniu badań i zastosowań wiedzy psychologicznej na temat zdrowia i choroby. Czasopismo publikuje prace na temat psychologicznych aspektów chorób somatycznych, leczenia i zdrowienia; czynników psychospołecznych w etiologii chorób somatycznych; postaw wobec zdrowia oraz zachowań zdrowotnych, włączając w to prewencję; system indywidualnej opieki zdrowotnej a w szczególności komunikację oraz interwencje oparte na wiedzy psychologicznej”. Drugorzędного znaczenia nabierają w takim ujęciu zagadnienia związane z komponentami psychologicznymi oraz społecznymi zdrowia (Heszen, Sęk, 2007). Temat zdrowia somatycznego zdaje się stanowić nieodzowny element analiz w ramach psychologii zdrowia uprawianej w ten sposób, co istotnie zawęża obszar zainteresowań i może być sprzeczne z oczekiwaniami społecznymi na wiedzę wspierającą zdrowie traktowane jako biopsychospołeczna całość.

Tego rodzaju niespójność występuje również w sposobach tworzenia psychologicznych koncepcji zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Dotyczy ona relacji między zdrowiem psychicznym a zdrowiem w ujęciu holistycznym, uwzględniającym wymiar fizyczny (somatyczny), psychiczny i społeczny. Ujawnia się to szczególnie wówczas, gdy psychologia zdrowia włącza do swoich rozważań koncepcje, jakie powstają w ramach psychologii pozytywnej, i pojęcie zdrowia zastępuje pojęciem dobrostanu (Trzebińska, 2008; Keyes, 2002; Keyes, Lopez, 2002).

Jedną z prób konceptualizacji zdrowia psychicznego podjął Keyes (2002). Jego model nosi nazwę „kompletnego zdrowia psychicznego”. Autor ten proponuje, aby równocześnie oceniać poziom zaburzeń psychicznych (podejście patogenetyczne) i poziom zdrowia psychicznego (podejście salutogenetyczne). Uważa on, że subiektywny dobrostan jest zbiorem symptomów zdrowia psychicznego. Zbiór ten składa się z przejawów odzwierciedlających wymiar emocjonalnego funkcjonowania człowieka (hedonistyczny) i przejawów wynikających z wymiarów eudajmonistycznych, na które składają się właściwości psychicznego i społecznego pozytywnego funkcjonowania człowieka.

Poziom pozytywnego zdrowia psychicznego jest sumą jego przejawów na wymiarze emocji, poznawczych procesów psychicznych wynikających z podmiotowych cech osobowości nastawionych na realizację celów i rozwój oraz pozytywny udział w życiu społecznym. Dla tej koncepcji opracowano metody kwestionariuszowe oceniające poziom psychicznego zdrowia. Skróconą postacią tego narzędzia *Mental Health Continuum Short-Form* adaptowano do warunków polskich (Kuraś, Ciecuch, Keyes, 2014). Ciekawe, że w tej koncepcji wykorzystano do tworzenia wymiaru eudajmonistycznego dobrostanu zespół cech tworzących zdaniem Jahody (1958), autorki klasycznej monografii na ten temat, desygnaty pozytywnego zdrowia psychicznego.

Analiza dorobku zgromadzonego w ramach psychologii zdrowia pokazuje, że w odpowiedzi na wyzwania społeczne podejmowano ogólne problemy, takie jak: psychologiczne teorie a praktyka psychologa zdrowia, psychologia zdrowia a kontekst społeczno-kulturowy, zmiany społeczne a wyzwania dla psychologii zdrowia, metodologia badań empirycznych w psychologii zdrowia. Najczęściej powtarzająca się tematyka to psychologia stresu i radzenie sobie a zdrowie, zasoby zdrowotne, osobowość a zdrowie, zachowania zdrowotne, interwencje zdrowotne oraz koncepcje zdrowia i dobrostanu (np. Bandura 1977; Heszen, Sęk 2007; Kaptein, Weinman, 2004; Kaczmarek, 2016; Lazarus, Folkman, 1984; Łuszczynska, 2004; Schwarzer, 1997; Sarafino, 2009; Ziarko, 2006). Ta otwartość i różnorodność kierunków tworzenia teorii i modeli teoretycznych testowanych w badaniach empirycznych stanowi też o złożonych procesach kumulacji wiedzy.

Sądzymy, że warto w związku z tym podejmować kolejne próby refleksji nad teoretycznymi podstawami tej dziedziny i jej zastosowań. Jest to szczególnie istotne w okresie wyzwań, jakie wiążą się z pracami grupy roboczej ds. praktyki opartej na dowodach (APA, 2006). W ramach tego nurtu nastawionego na doskonalenie teoretycznych i empirycznych podstaw praktyki psychologicznej w zakresie zdrowia Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne opublikowało raport (APA, 2006) o zasadach, jakie powinna spełniać praktyka psychologiczna oparta na dowodach - PPOD (*Evidence-Based Practice in Psychology*). Grupa Robocza uzgodniła, że PPOD wynika z integrowania wiedzy o „najlepszych dostępnych wynikach badań z biegłością praktyczną, w kontekście indywidualnych cech klienta, jego preferencji i kultury, z jakiej pochodzi” (APA, 2006, s. 273).

Magma pojęć

Psychologia zdrowia od początku swego istnienia poszukuje nie tylko czynników ryzyka, lecz również czynników ochronnych. Rozwój terminologii w tym obszarze jest dobrym przykładem tego, jak pewne zjawisko (hipotetyczny najważniejszy czynnik psychiczny, sprawiający, że człowiek jest w stanie przeciwstawić się chorobie i utrzymać

zdrowie) może generować dużą liczbę nakładających się pojęć oraz – zupełnie na odwrotnej zasadzie – jak niektóre pojęcia mogą być wieloznacznie rozumiane i wykorzystywane. W pierwszej sytuacji mamy do czynienia z wieloma określeniami tego samego przedmiotu, a w drugim – z wieloma przedmiotami określanymi tym samym (lub prawie takim samym) określeniem. Choć zagadnienie to nie dotyczy bezpośrednio relacji pomiędzy nauką a jej zastosowaniami, to warto się mu bliżej przyjrzeć, ponieważ jest jednym z ważnych zagrożeń dla integralności teorii rozwijanych w ramach psychologii zdrowia.

W ostatnich latach wiele dyskusji i badań przeprowadzono nad problematyką *resilience* i *resiliency*, jako warunku zdrowia w wielu kontekstach. Już na poziomie tłumaczenia, autorzy polscy używają w swoich pracach dwóch terminów „prężność” osobowa, psychiczna (Uchnast, 1997, Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008, 2010, Gąsior i in., 2016), i „sprężystość psychiczna” (Kaczmarek, 2011; Kaczmarek i in., 2011). Sposoby konceptualizowania tego zasobu zdrowotnego są jednakże różne, pomimo tego, że wszyscy autorzy nawiązują do twórców tego pojęcia w nurcie badań nad rozwojem osobowości Jacka i Jeane Blocków (Block, Block, 1980; Block, Kremen, 1996). Bywa, że włączają do swoich narzędzi badawczych Skalę Ego-Resiliency (por. Uchnast, 1997) lub korzystają z niej w oryginalnej formie (Kaczmarek, 2011; Sadziak, Wiliński, Wieczorek, 2017), bądź traktują jako inspirację dla konstrukcji własnych narzędzi (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Zespół badający sprężystość psychiczną w oryginalnym ujęciu Blocków definiuje *resiliency* jako powstającą w toku rozwoju dyspozycję warunkującą tendencję do elastycznego radzenia sobie z przeciwnościami i trudnościami, wynikająca ze zdolności dostosowania poziomu kontroli do wymagań sytuacji (Kaczmarek, 2011; Kaczmarek, Sęk, Ziarko, 2011). Tej właściwości towarzyszy oderwanie się od negatywnych doświadczeń (*bounce-back*) oraz gotowość do wzbudzania pozytywnych emocji, które usprawniają procesy poznawcze i aktualizują odmienne sposoby działania, korygują też procesy fizjologiczne (Tugade, Fredrickson, 2004). Elastyczność działania i pozytywne emocje mają więc udokumentowane empirycznie znaczenie prozdrowotne. Z kolei w badaniach nad prężnością psychiczną w ujęciu Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008, 2010) określono ten konstrukt odmiennie: jako złożony zespół cech osobowości powodujący powrót do równowagi psychicznej po niekorzystnych, urazowych doświadczeniach. Ten zbiór zasobów warunkuje mechanizm samoregulacji zawierający elementy poznawcze, emocjonalne i behawioralne, sprzyjający wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu. Do badania prężności psychicznej skonstruowali, w oparciu o szeroko zakrojoną analizę podstaw istniejących narzędzi z zakresu *resilience*, Skalę Psychicznej Prężności -SPP-25, która spełnia wszystkie warunki narzędzia psychometrycznego. Jeszcze inne badania nad prężnością (Gąsior i in., 2016) są natomiast oparte na innym modelu teoretycznym

(Haase: za Gąsior i in., 2016), w którym procesy typu resilience są uwarunkowane wspierającymi relacjami rodzinnymi, indywidualnymi kompetencjami rozwojowymi i kompetencjami społecznymi. Te cechy potwierdzono w analizie czynnikowej wyników z Kwestionariusza do Oceny Prężności – KOP-26 i, co ciekawe, stwierdzono istotne pozytywne zależności między różnymi sposobami pomiaru zasobów typu *resilience* i innych zasobów zdrowotnych typu poczucie koherencji i wsparcie społeczne. Wiedza gromadzona pod hasłem *resilience* jest więc nie tylko wielowątkowa, ale też wieloznaczna, co znacznie utrudnia orientację w problematyce. Jest to o tyle znaczące, że w literaturze pojawiało się już wiele podobnych pojęć, które również aspirowały do uchwycenia hipotetycznego wiodącego czynnika odporności psychicznej, takie jak twardość czy hardość (*hardiness*; Kobasa, 1979) lub poczucie koherencji (Antonovsky, 1995).

Warunkiem uzasadnionego, naukowego stosowania wiedzy i narzędzi badań jest dokładne rozumienie zróżnicowania pojęciowego i teoretycznych konstruktów oraz odmienności istniejących narzędzi badawczych. Pewną próbą dotarcia do centrum tych zasobów i fundamentów zdrowia są być może nowe koncepcje na temat elastyczności psychicznej (*flexibility*; Kashdan, Rottenberg, 2010). Jest to jednakże propozycja integracji, w której wrzenie pojęć próbuje się studzić dorzuceniem kolejnego pojęcia, co w gruncie rzeczy może być dolewaniem oliwy do ognia. Warto jednakże zauważyć, że praca Kashdana i Rottenberga (2010) wprowadzająca pojęcie elastyczności psychicznej zyskała niemalże 800 cytowań (dane wg Google Scholar) w ciągu 8 lat od publikacji. Można to potraktować jako wskaźnik dużego wpływu na rozwój nauki, a tym samym dowód na to, że tego rodzaju porządkujące i integrujące pojęcia są w nauce potrzebne.

Innowacja w psychologii zdrowia

Międzykulturowe badania empiryczne pokazują, że większość ludzi (a w tym zapewne i naukowców) wyznaje optymistyczne przekonania na temat przyszłości, uważa, że ludzie powinni być optymistyczni i to nawet bardziej optymistyczni, niż są (Armor, Massey, Sackett, 2008; Fischer, Chalmers, 2008). Z tego powszechnego optymizmu zdaje się pochodzić przekonanie – bardzo rzadko kwestionowane – że świat może i powinien być lepszy, a jednym z narzędzi do ulepszania świata jest nauka. Tego rodzaju optymistyczna postawa jest paliwem dla gorączki innowacji, która szczególnie nasila się w obecnych czasach. Innowacja to jedno z zasadniczych dla nauki pojęć, które w ostatnich latach jest szczególnie mocno akcentowane i często zestawiane z bezpośrednią użytecznością. W poprzedniej części pracy nawiązaliśmy do rozwiązywania kryzysu przez powrót do podstaw, w tym fundamentalnych założeń i wartości. Proces taki można byłoby nazwać rozwojem odbywającym się na zasadzie wstępującej spirali, tzn. nauka wraca pozornie do punktu wyjścia, ale w rzeczywistości wkracza w ten sposób na wyższy poziom, ponieważ dyscyplina jest bogatsza o wieloletnie doświadczenia. W tym miejscu

natomiast chcielibyśmy zaznaczyć również kierunek bezpośredniego postępu, czyli takich możliwości rozwoju, w którym wkracza się w nowo powstałe obszary rzeczywistości społecznej. Napływ świeżych tematów badawczych może być bardzo ożywczy, choć warto pamiętać, że możliwa jest i ucieczka w nowość, czyli sytuacja, w której poszukiwanie nowości jest jedynie sposobem unikania konfrontacji z problemami fundamentalnymi związanymi ze zdrowiem człowieka.

Jednym z największych wyzwań dla współczesnej psychologii zdrowia jest odnalezienie się w relacji do nowych technologii. Szczególnym przykładem może być tutaj wykorzystanie technologii mobilnych, które w sposób naturalny wkomponowały się w codzienne życie większości ludzi. Najnowsze dane pokazują, że telefon przenośny typu smartfon posiada niemalże połowa osób powyżej 15. roku życia (Czapiński, Panek, 2015). Funkcje smartfonów wykraczają znacznie poza podstawowe funkcje komunikacyjne, ponieważ telefony tego typu umożliwiają uruchamianie różnorodnych aplikacji komputerowych, które wykorzystują technologie geolokacji itp. Z jednej strony smartfony generują nowe zagrożenia dla zdrowia somatycznego, np. sprzyjają zachowaniom ryzykownym (Joseph, Armstrong, 2016) i społecznego, np. mogą być źródłem problemów w relacjach (Roberts, David, 2016). Jednocześnie stwarzają zupełnie niespotykane dotąd w takiej skali możliwości lepszego monitorowania zachowań, np. ilości aktywności fizycznej, ilości i jakości snu. Jest to ważne, ponieważ monitorowanie (trafne określanie tego, jak daleko odbiega się od wyznaczonego celu i jakie się czyni postępy) stanowi jeden z zasadniczych warunków efektywnej regulacji własnego zachowania (Carver, Sheier, 1982).

Upowszechnienie się smartfonów zdynamizowało również rozwój gamifikacji zachowań zdrowotnych, czyli wykorzystanie zachowań zdrowotnych jako elementu rozgrywki w grach komputerowych. Najświeższym przykładem tego typu zjawiska jest gra mobilna Pokémon GO, która zachęciła dziesiątki milionów ludzi na całym świecie – głównie dzieci i młodzież – do większej aktywności fizycznej realizowanej na świeżym powietrzu (Althoff, White, Horvitz, 2016; Kaczmarek, Misiak, Behnke, Dziekan, Guzik, 2017). Badania nad Pokémon GO są też doskonałym przykładem tego, jak psycholodzy zdrowia wykorzystują w badaniach nowe zjawiska o potencjale zdrowotnym.

Te dwa powyższe przykłady sygnalizują, jak ważne jest obserwowanie nowych zjawisk społecznych. Nie jest to z pewnością proste, ponieważ wymaga od badaczy przeorientowania się na nową problematykę kosztem podejmowanych do tej pory tematów. Taka innowacja w karierze naukowej jest zawsze obciążona wysokim ryzykiem niepowodzeń.

Nauka o implementacji wiedzy

Jednym z najczęściej podnoszonych współczesnych problemów psychologii zdrowia jest kwestia skutecznego wdrażania wiedzy naukowej, czyli tzw. implementacja (Łusz-

czyńska, 2017). W szczególności dotyczy to interwencji prewencyjnych lub promujących zdrowie, od których oczekuje się spowodowania istotnych, silnych, długotrwałych i obiektywnych zmian, tj. utraty masy ciała, zwiększenia aktywności fizycznej, regularnego poddawanie się badaniom kontrolnym itp. Pomimo korzyści z efektywnej wymiany informacji na wymiarze „nauka – praktyka” proces wdrażania wiedzy naukowej zachodzi zaskakująco powoli. Szacuje się, że od momentu uznania jakiegoś obszaru badań za priorytetowy (czego wyrazem może być m.in. zwiększenie finansowania badań w danym obszarze) mija średnio około 17 lat do momentu, w którym możliwe stanie się rozpoczęcie praktyki opartej na zgromadzonej w wyniku tego procesu wiedzy (Green, Ottoson, Garcia, Hiatt, 2009). Proces dochodzenia do celu obejmuje takie czasochłonne etapy, jak przeprowadzenie procedur grantowych, prowadzenie badań, publikacja wyników i ich synteza, opracowanie i wdrożenie rekomendacji w ramach praktyki opartej na dowodach. Wszystko to przy założeniu, że proces ten przebiega bez większych zakłóceń. Zasadnicze znaczenie ma oczywiście to, czy dyscyplina, wobec której adresowane jest oczekiwanie społeczne, dysponuje odpowiednimi narzędziami teoretycznymi i metodologicznymi do realizacji pokładanych w nich nadziei.

Znaczenie implementacji od dawna było podkreślane w podręcznikach poświęconych problematyce interwencji (np. Bartholomew, Parcel, Kok, 2001). Na przykład przytoczeni autorzy (op. cit.), rozwijając wiedzę o implementacji w ramach programów psychologii zdrowia, przedstawiają ją jako składnik szerszego procesu dyfuzji innowacji obejmującego adopcję (decyzję, aby wykorzystać program), implementację (wykorzystanie programu) oraz utrzymanie (Rogers, 1983).

Jeszcze bardziej wieloaspektowo opisuje się problematykę wdrażania interwencji w ramach podejścia RE-AIM (Glasgow, Vogt, Boles, 1999). Analizuje się w nim nie tylko potencjalną skuteczność interwencji (często testowaną w badaniach prowadzonych w mocno kontrolowanych i nienaturalnych warunkach) oraz możliwe efekty uboczne, lecz również zasięg interwencji (część populacji, do której interwencja jest w stanie dotrzeć w realnym świecie) oraz wyżej wymienione elementy opisane w ramach teorii dyfuzji innowacji. Tego rodzaju wieloaspektowe podejście do interwencji pozwala nie tylko określać, a przez to i kształtować, skuteczność interwencji (ujmowanej jako jej potencjał wykazany w idealnych warunkach badań eksperymentalnych), lecz również efektywność interwencji, czyli jej możliwość wywierania rzeczywistego wpływu w życiu codziennym (Cierpiałkowska, Sęk, 2015; Gartlehner, Hansen, Nissman, Lohr, Carey, 2006; Kaczmarek, 2016).

Nauka o implementacji jest również rozwijanym od wielu lat obszarem wiedzy (Green, Ottoson, Garcia, Hiatt, 2009). Pomimo to, psychologia zdrowia być może w niedostatecznym stopniu korzystała z tego rodzaju wiedzy. A zatem wyzwaniem dla psychologii zdrowia na następne lata jest czerpanie z nauki o implementacji dla zrozu-

mienia własnych ograniczeń oraz w nadziei na uwzględnienie w praktyce nowej wiedzy ogólnej, która zostanie wkomponowana w problematykę psychologii zdrowia.

Podsumowanie

Przedstawiony przegląd niesie raczej optymistyczny przekaz. Psychologia zdrowia znajduje się na zakręcie, lecz bliższa analiza jej położenia pokazuje, że nietrudno dostrzec przyczyny tego przesilenia i nie wskazują one na ujawnienie się problemów natury zasadniczej. Z jednej strony przyczyny przesilenia mogą wynikać z niedostatecznego doceniania dorobku przeszłości (np. w kwestii trzymania się oryginalnych celów i wartości, które nie straciły na aktualności), zawężającej problematykę koncentracji na tym, co wydaje się najbardziej pilne (np. choroby somatyczne), a kończąc na ignorowaniu wielu osiągnięć dziedzin pokrewnych oraz uniwersalnej wiedzy o wyzwaniach związanych z rozprzestrzenianiem się innowacji w życiu społecznym. Z drugiej strony psychologia zdrowia, po pokonaniu tych trudności, ma przed sobą interesującą perspektywę dalszego rozwoju, wiodącego w stronę nowych metod i nowych obszarów badawczych, przemieszczając się jeszcze bliżej człowieka jako całości poznawanego w codziennym kontekście jego funkcjonowania.

Literatura

- Althoff T., White R.W., Horvitz E. (2016). *Influence of Pokémon Go on physical activity: study and implications*. Journal of Medical Internet Research 18(12).
- Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- APA (2006). *American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-based practice in psychology*. American Psychologist 61, 271–285.
- Armor D.A., Massey C., Sackett A.M. (2008). *Prescribed optimism: Is it right to be wrong about the future?* Psychological Science 19, 329–331.
- Bandura A. (1977). *Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review 84(2), 191–215.
- Bartholomew L.K., Parcel G.S., Kok G., Gottlieb, N.H., (2001). *Intervention mapping; designing theory- and evidence-based health promotion programs*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Block J.H., Block J. (1980). *The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior*. [W:] W.A. Collins (red.) *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (s. 39–101), New York: Erlbaum.
- Block J., Kremen A.M. (1996). *IQ and Ego-Resiliency: conceptual and empirical connections and separateness*. Journal of Personality and Social Psychology 70, 349–361.
- Carver C.S., Scheier M.F. (1982). *Control theory: A useful conceptual framework for personality – social, clinical, and health psychology*. Psychological Bulletin 92(1), 111.
- Cierpiąkowska L., Sęk H. (2015). *Wyzwania dla psychologii klinicznej w XXI wieku*. Nauka 2, 69–85.
- Czapiński J., Panek T. (red.). (2015). *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i Jakość Życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.

- Fischer R., Chalmers, A. (2008). *Is optimism universal? A meta-analytical investigation of optimism levels across 22 nations*. *Personality and Individual Differences* 45, 378–382.
- Gartlehner G., Hansen R.A., Nissman D., Lohr K.N., Carey T.S. (2006). *Criteria for distinguishing effectiveness from efficacy trials in systematic reviews*. Technical Review 12. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gąsior K., Chodkiewicz, J., Cechowski W. (2016). *Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26), konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia*. *Polskie Forum Psychologiczne* 21, 1, 76–92.
- Green L.W., Ottoson J.M., Garcia C., Hiatt R.A. (2009). *Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health*. *Annual Review of Public Health* 30, 151–174.
- Glasgow R.E., Vogt T.M., Boles S.M. (1999). *Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework*. *American Journal of Public Health* 89, 1322–1327.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Joseph, B., Armstrong D.G. (2016). *Potential perils of peri-Pokémon perambulation: the dark reality of augmented reality?* *Oxford Medical Case Reports* 2016(10), omw080.
- Kaczmarek Ł.D. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne. Zachowania intencjonalne a dobrostan*. Poznań: Zys i Ska Wydawnictwo.
- Kaczmarek Ł.D., Misiak M., Behnke M., Dziekan M., Guzik P. (2017). *The Pikachu effect: Social and health gaming motivations lead to greater benefits of Pokémon GO use*. *Computers in Human Behavior* 75, 356–363.
- Kaczmarek Ł., Sęk H., Ziarko M. (2011). *Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie*. *Przegląd Psychologiczny* 54, 1, 29–46.
- Kaptein A., Weinman J. (red.). (2004). *Health Psychology*. Oxford: BBS Blackwell.
- Karta Ottawska (1994). *Zdrowie i promocja zdrowia* [W:] J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), (s. 423–429). Warszawa: Sanmedia.
- Kashdan T.B., Rottenberg J. (2010). *Psychological flexibility as a fundamental aspect of health*. *Clinical Psychology Review* 30, 865–878.
- Keyes C.L.M. (2002). *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*. *Journal of Health and Social Research* 43, 207–222.
- Keyes C.L.M., Lopez S.J. (2002). *Toward a science of mental health: Positive direction in diagnosis and intervention*. [W:] C.R. Snyder, J.S. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 26–44). New York: Oxford University Press.
- Kobasa S.C. (1979) *Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness*. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1–11.
- Kopp M.S., Skrabski A., Szekely A. (2002). *Risk factors and inequality in relation to morbidity and mortality in a changing society*. [W:] Weider, G. (red.) *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*. Amsterdam: IOS Press
- Kuraś D., Ciecuch J., Keyes C.L.M. (2014). *The Polish adaptation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)*. *Personality and Individual Differences* 69, 104–109.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Łuszczynska A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych: dlaczego dobre chęci nie wystarczają*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łuszczynska A. (2017). *Wyzwania dla psychologii zdrowia: badania bliżej praktyki*. Wykład plenarny wygłoszony na XI Konferencji Psychologii Zdrowia nt. Psychologia zdrowia w zmienia-

- jącym się świecie. Zagrożenia i wyzwania. Poznań, 12–14 maja 2017. Organizator: Instytut Psychologii UAM, Sekcja Psychologii Zdrowia PTP.
- Marteau T.M., Jonson M. (1987). *Health psychology. The danger of neglecting psychological models*, Bulletin of the British Psychological Society 40, 82–96.
- Matarazzo J.D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*. American Psychologist 35, 807–817.
- Matarazzo J.D. (1982). *Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology*. American Psychologist 37, 1–14.
- Murray M. (2014). *Social history of health psychology: Context and textbooks*. Health Psychology Review 8(2), 215–237.
- Murray M. (2017). *The pre-history of health psychology in the United Kingdom: From natural science and psychoanalysis to social science, social cognition and beyond*. Journal of Health Psychology, journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105317705879.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008). *Skala Pomiaru Prężności Psychiczej SPP-25*. Nowiny Psychologiczne 3, 39–56.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). *Osobowość: stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Roberts J.A., David M.E. (2016). *My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners*. Computers in Human Behavior 54, 134–141.
- Rogers E.M. (1983). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Sadziak A., Wiliński W., Wieczorek M. (2017). *Ego-resiliency the female students of the University School of Physical Education in Wrocław-pilot study*. Journal of Education, Health and Sport 7(2), 207–221.
- Sarafino E.P. (1990). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Schwarzer R. (1997). *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*. [W:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia* (s. 175–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk H. (1997). *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. [W:] Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.). *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń* (s. 34–55). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sęk H. (2003). *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*. [W:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.) *Zasoby osobiste a społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17–32). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk H. (2017). *Modele zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej – problemy i dylematy wzajemnych relacji*. [W:] D. Danielewicz (red.) *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii*. Warszawa: Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Sęk H., Ściagała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A. (1992). *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. Przegląd Psychologiczny 35, 3, 351–363.
- Sęk H., Cieślak R. (2004/2011). *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. [W:] H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sheridan C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Słońska Z. (1994). *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1, 37–52.

- Sniehotta F.F., Presseau, J., Araújo-Soares V. (2014). *Time to retire the theory of planned behaviour*. *Health Psychology Review* 8, 1–7.
- Tokarz A. (1998). *Motywacja hubrystyczna i poznawcza jako dominanty systemu motywacji do pracy naukowej*. *Przegląd Psychologiczny* 41, 121–134.
- Trzebińska E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Tugade M.M., Fredrickson B.L. (2004) *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experience*. *Journal of Personality and Social Psychology* 86, 320–333.
- Uchnast Z. (1997). *Prężność osobowa: Empiryczna typologia i metoda pomiaru*. *Roczniki Filozoficzne* 45, 4, 27–51.
- Wysocki M.J., Sakowska I., Car J. (2005). *Miary obciążeń zdrowotno-społecznych – nowe mierniki sytuacji zdrowotnej ludności*. *Przegląd Epidemiologiczny* 59, 125–134.
- Ziarko M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

Scientific knowledge and social practice in health psychology: A discipline at the crossroads

Health psychology was founded as a response to social needs for better understanding and regulation of psychological aspects of biological, mental, and social well-being. Despite initial enthusiasm and optimism in its early days, three decades of development yielded results that are disappointing to many scholars in terms of health psychology practical meaning. Thus, in this paper we review several challenges for health psychology. We believe that health psychology might benefit from revival of aims and values that distinguished the discipline at its onset such as bio-psycho-social perspective that has been narrowed to somatic illness in recent days. Second, more integration is needed in theory and terminology to eliminate overlapping concepts labeled with different names. Furthermore, social practice would benefit from greater responsiveness of health psychologists to new technologies. Finally, health psychology is likely to derive benefits from more general well-established perspectives on diffusion of innovation in social practice. We conclude that health psychology as a practice-related scientific discipline is likely to regain its initial momentum once these problems are solved and novel areas of scientific exploration are identified.

Key words: health psychology, social practice, innovation, implementation

