

POMOC PSYCHOLOGICZNA Z PERSPEKTYWY POLEK I POLAKÓW

Wnioski z badań
ilościowych i
jakościowych dla
specjalistek i
specjalistów zdrowia
psychicznego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister
Nauki



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

© Copyright by Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2026

Opracowanie merytoryczne:

Instytut Psychologii PAN
ul. Jaracza 1 00-378 Warszawa

Zespół autorski:

Paulina Bagrowska, Łukasz Gawęda, Marta Marchlewska,
Dominika Adamczyk, Marta Rogoza, Zuzanna Molenda,
Aleksandra Furman, Grzegorz Pochwatko, Maciej Grzeszczuk

Skład i opracowanie graficzne:

Paulina Bagrowska

Sposób cytowania:

Bagrowska, P., Gawęda, Ł., Marchlewska, M., Adamczyk, D., Rogoza, M., Molenda, Z.,
Furman, A., Pochwatko, G., Grzeszczuk, M. (2026). Pomoc psychologiczna z
perspektywy Polek i Polaków. Wnioski z badań ilościowych i jakościowych dla
specjalistek i specjalistów zdrowia psychicznego. Instytut Psychologii Polskiej
Akademii Nauk.

Publikacja jest udostępniona na www.zdrowie.psych.pan.pl

na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0

Treść licencji jest dostępna na stronie:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Sfinansowano ze środków Ministra Nauki
w ramach zadania zleconego pod nazwą
***Pierwsza część programu badawczo-interwencyjnego:
Psychologia dla społeczeństwa***
(UMOWA Nr MNiSW/2024/DAP/223)



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister
Nauki

Zespół projektowy	05
Wprowadzenie	06
Rozdział 1. Informacje o badaniach i raportach	07
Opis przeprowadzonych badań	08
Poprzednie raporty	09
Rozdział 2. Pomoc psychologiczna z perspektywy Polek i Polaków	10
Wprowadzenie	11
Obraz specjalistów/-ek zdrowia psychicznego	12
Postawy wobec korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej	16
Bariery związane z korzystaniem z profesjonalnej pomocy psychologicznej	19
Przekonania o osobach korzystających z profesjonalnej pomocy psychologicznej	21
Różnice międzygrupowe w postrzeganiu profesjonalnej pomocy psychologicznej	22
Główne wnioski z badań dla specjalistek i specjalistów zdrowia psychicznego	23
Podsumowanie	27

ZESPÓŁ PROJEKTOWY

Nasz zespół tworzą badaczki i badacze z Instytutu Psychologii PAN, którzy łączą różne podejścia – od psychologii społecznej i politycznej, przez psychologię osobowości, aż po perspektywę kliniczną. W naszej pracy wykorzystujemy zarówno badania jakościowe, jak i ilościowe oraz nowoczesne analizy statystyczne. Dzięki interdyscyplinarnej perspektywie możemy kompleksowo badać, jak Polki i Polacy postrzegają pomoc psychologiczną, a następnie opracowywać oparte na dowodach raporty oraz kampanie społeczne. Na podstawie prowadzonych badań naukowych opracowujemy innowacyjne interwencje społeczne, których celem jest inicjowanie refleksji i zmiany postaw.

W projekcie **Psychologia dla Społeczeństwa** analizujemy nastawienia wobec psychologii i korzystania ze wsparcia psychologicznego, a następnie przekładamy wyniki badań na konkretne działania – kampanię zachęcającą Polki i Polaków do większej otwartości i gotowości w sięganiu po pomoc specjalistów.



dr Paulina Bagrowska



**dr hab. Łukasz Gawęda,
prof. IP PAN**



**dr hab. Marta Marchlewska,
prof. IP PAN**



dr Dominika Adamczyk



dr Marta Rogoza



dr Zuzanna Molenda



dr Aleksandra Furman



dr Grzegorz Pochwatko



mgr inż. Maciej Grzeszczuk

WPROWADZENIE

Niniejszy raport powstał z myślą o Was, czyli specjalistkach i specjalistach zdrowia psychicznego, dysponujących rozbudowaną wiedzą teoretyczną i praktyczną w zakresie udzielania profesjonalnej pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i/lub psychiatrycznej. Jego celem nie jest więc wskazywanie, *jak* udzielać pomocy, ani zastępowanie wiedzy wyniesionej ze szkoleń i superwizji. Zamiast tego, raport proponuje dopełnienie tej perspektywy o punkt widzenia osób, do których pomoc jest kierowana - dorosłych Polek i Polaków - oraz próbę uchwycenia, jak z ich perspektywy wygląda szeroko rozumiana "pomoc psychologiczna".

W oparciu o dwa badania ilościowe oraz pogłębione wywiady jakościowe przyglądamy się temu, jak pomoc psychologiczna, psychoterapeutyczna i psychiatryczna jest rozumiana, oceniana i przeżywana przez osoby badane. Analizujemy poziom wiedzy na temat zawodów pomocowych, zakresu ich kompetencji i metod pracy, a także przekonania dotyczące psychologii i psychoterapii oraz sceptycyzm i myślenie spiskowe związane z działaniem specjalistek i specjalistów zdrowia psychicznego. Opisujemy najczęściej doświadczane bariery związane z korzystaniem z pomocy (wewnętrzne, społeczne, systemowe), postawy wobec diagnozy i stygmatyzacji, a także różnice w tych obszarach związane z płcią, wiekiem, wykształceniem oraz sytuacją społeczno-ekonomiczną. **Raport koncentruje się więc na pytaniu: *jak profesjonalna pomoc psychologiczna wygląda z perspektywy osób, które z niej korzystają lub mogłyby z niej skorzystać, ale tego nie robią?*** Przedstawione w danym raporcie wyniki obejmują jedynie wycinek szerszego materiału badawczego. Raport koncentruje się na wnioskach szczególnie istotnych z perspektywy praktyki klinicznej, natomiast pozostałe wyniki - w tym bardziej szczegółowe analizy statystyczne i tematyczne - zostały omówione w poprzednich, opublikowanych przez nas raportach.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu wnioski mogą stanowić punkt wyjścia do refleksji nad tym, jak w codziennej praktyce uwzględniać perspektywę dorosłych Polek i Polaków - ich wyobrażenia na temat diagnozy, lęk przed stygmatyzacją, normy samodzielnego radzenia sobie, poziom wiedzy psychologicznej oraz bariery powstrzymujące przed skorzystaniem z pomocy psychologicznej. Mamy nadzieję, że spojrzenie od strony "odbiorców / odbiorczyń" będzie dla Państwa użytecznym uzupełnieniem codziennej wiedzy klinicznej i inspiracją do dalszych działań na rzecz zwiększania dostępności i akceptowalności profesjonalnej pomocy psychologicznej.



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

1

**INFORMACJE
O BADANIACH
I RAPORTACH**

BADANIA I RAPORTY

W ramach projektu **Psychologia dla Społeczeństwa**, przeprowadzono do tej pory trzy badania, na podstawie których powstały również trzy raporty. Informacje zawarte w niniejszym, czwartym raporcie, oparte są na wynikach owych badań, a bardziej szczegółowe informacje dotyczące przywoływanych statystyk lub cytatów z wypowiedzi osób badanych, można znaleźć we wspomnianych, opublikowanych wcześniej raportach.

Poniżej znajduje się krótki opis i metodologia przeprowadzonych badań, a na kolejnej stronie można znaleźć odnośniki do wcześniej opublikowanych raportów.

OPIS PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

Badanie 1

- **Badanie I** (ilościowe) zostało przeprowadzone w formie ankiety online, z wykorzystaniem metody CAWI (Computer Assisted Web Interview), na ogólnopolskim panelu badawczym. Celem badania było uzyskanie danych od reprezentatywnej próby dorosłych Polek i Polaków, dobranych ze względu na płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania.
 - Próba badawcza objęła w sumie **647** osób, w tym 48% kobiet i 51.5% mężczyzn.
 - Osoby badane były w wieku od 18 do 99 lat, a średnia wieku wyniosła prawie 49 lat.
 - Osoby badane udzieliły odpowiedzi na liczne pytania kwestionariuszowe, mierzące, m.in. funkcjonowanie psychospołeczne, objawy różnych zaburzeń psychicznych, postawy wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej, bariery i motywacje związane z korzystaniem z pomocy psychologicznej, poziom postrzeganej i zinternalizowanej stygmatyzacji, i inne.

Badanie 2

- **Badanie II** (ilościowe) zostało przeprowadzone w formie wywiadów z udziałem ankietów, z wykorzystaniem metody CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Podobnie jak w Badaniu I, celem badania było uzyskanie danych od licznej, reprezentatywnej próby dorosłych Polek i Polaków, dobranych ze względu na płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania.
 - Próba badawcza objęła w sumie **1104** osoby, w tym 48% kobiet i 51.5% mężczyzn.
 - Osoby badane były w wieku od 18 do 97 lat, a średnia wieku wyniosła nieco ponad 49 lat.
 - Osoby badane udzieliły odpowiedzi na podobne pytania jak w Badaniu I, natomiast w miejsce ankiety online, odpowiedzi udzielane były - w większości - ustnie, w obecności ankietów.

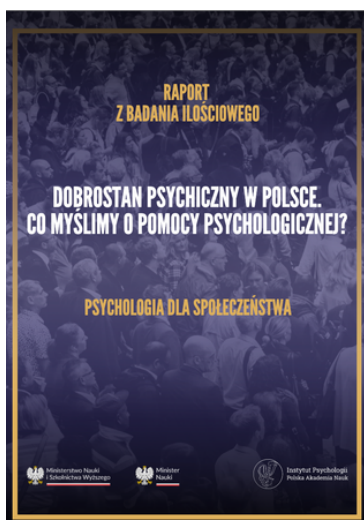
Badanie 3

- **Badanie III** było badaniem jakościowym, przeprowadzonym w formie pogłębionych, trwających około 1h, wywiadów indywidualnych online (In-Depth Interviews). Celem tego badania było pogłębione zrozumienie motywów i barier korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej. W tym badaniu, próba została dobrana w sposób celowy, tj. 16 wywiadów przeprowadzono z osobami, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystały z pomocy psychologicznej, z czego 8 osób oceniło to doświadczenie pozytywnie, a 8 negatywnie, oraz 8 wywiadów przeprowadzono z osobami, które nigdy nie korzystały z takiej pomocy, chociaż doświadczały trudności w zakresie zdrowia psychicznego. Zadbano również o zróżnicowanie płci, wieku, dochodu i miejsca zamieszkania.
 - Próba badawcza objęła w sumie **24** osoby, w tym 50% kobiet i 50% mężczyzn.
 - Osoby badane były w wieku od 18 do 49 lat, a średnia wieku wyniosła nieco ponad 33 lata.
 - Osoby badane udzieliły odpowiedzi na pytania dotyczące, m.in. korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej, barier i motywacji związanych z korzystaniem z pomocy psychologicznej, własnych doświadczeń, wiedzy z zakresu pomocy psychologicznej, wyobrażeń i oczekiwań związanych z pomocą psychologiczną.

BADANIA I RAPORTY

POPZREDNIE RAPORTY

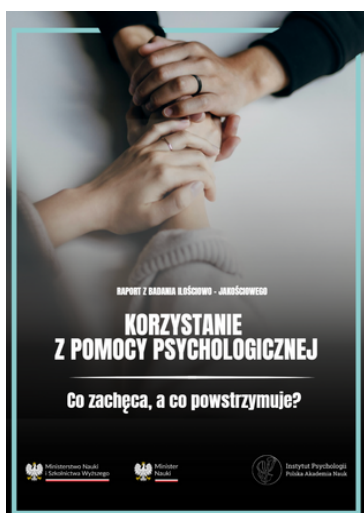
Zeskanuj kod QR aby
otworzyć raport



Marchlewska, M., Rogoza, M., Adamczyk, D., Molenda, Z., Bagrowska, P., Gawęda, Ł., Pochwatko, G., Grzeszczuk, M. (2024).

Dobrostan psychiczny w Polsce. Co myślimy o pomocy psychologicznej? Raport z badania ilościowego "Psychologia dla społeczeństwa".

Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.



Adamczyk, D., Furman, A., Marchlewska, M., Rogoza, M., Molenda, Z., Bagrowska, P., Gawęda, Ł., Pochwatko, G., Grzeszczuk, M. (2025). **Korzystanie z pomocy psychologicznej. Co zachęca, a co powstrzymuje? Raport z badania ilościowo – jakościowego.** Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.



Marchlewska, M., Rogoza, M., Furman, A., Adamczyk, D., Molenda, Z., Bagrowska, P., Gawęda, Ł., Pochwatko, G., Grzeszczuk, M. (2025). **Status społeczno-ekonomiczny a psyche: Jak miejsce w społeczeństwie kształtuje postawy wobec wsparcia psychologicznego. Raport segmentacyjny. Analiza wyników badania ilościowego i jakościowego.** Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.



2

**POMOC
PSYCHOLOGICZNA
Z PERSPEKTYWY
POLEK I
POLAKÓW**

WPROWADZENIE

Korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej często związane jest z poprzedzającym, złożonym procesem decyzyjnym, podczas którego potrzeba zmiany i nadzieja na otrzymanie wsparcia przeplatają się z lękiem, wstydem i poczuciem, że poradzimy sobie sami. Zdobywanie informacji na temat własnego stanu psychicznego z różnych źródeł, rozmowy z ludźmi różniącymi się podejściem do korzystania z pomocy, poszukiwanie odpowiedniego specjalisty, wizyty umówione i odwołane tuż przed ich rozpoczęciem. **Z perspektywy praktyka/-czki często widzimy tylko moment, w którym osoba w końcu pojawia się na spotkaniu. Z perspektywy klienta/-tki - jest to często finał długiego, wewnętrznego procesu, który nie kończy się w momencie umówienia wizyty, ani nawet po przyjeździe na pierwszą sesję terapeutyczną.** Zrozumienie zatem perspektywy człowieka, który stoi przed decyzją o skorzystaniu, lub już korzystającego ze wsparcia psychologicznego, może stanowić niezwykle ważne źródło wiedzy dla osób udzielających profesjonalnej pomocy psychologicznej - psychologów i psycholożek, psychoterapeutów i psychoterapeutek, psychiatrów i psychiaterek, a także osób wykonujących inne zawody pomocowe.

W tym rozdziale skupimy się właśnie na tej *mniej jawnej* części drogi, przez którą może przechodzić osoba potrzebująca wsparcia psychologicznego. Bazując na wynikach przeprowadzonych badań, obejmujących reprezentatywne próby populacji dorosłych Polek i Polaków, przyjrzymy się wybranym barierom i motywacjom związanym z korzystaniem z profesjonalnej pomocy psychologicznej; wiedzy osób badanych na temat dostępnych form wsparcia, ale też - bardziej ogólnie - dotyczącej zawodu psychologa, psychoterapeuty i psychiatry; a także obrazowi samych specjalistów i specjalistek zajmujących się udzielaniem pomocy psychologicznej z perspektywy potencjalnych osób potrzebujących. Zaprezentowanym wynikom towarzyszyć będą wybrane, przykładowe wypowiedzi osób badanych, uzyskane w trakcie indywidualnych, pogłębionych wywiadów, zebranych w ramach badania jakościowego. Całość zostanie opatrzona komentarzem pracowniczek i pracowników Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk, zawierającym główne wnioski dla specjalistów i specjalistek zdrowia psychicznego, łącząc w ten sposób podejście naukowe z klinicznym - praktycznym.

OBRAZ SPECJALISTÓW/-EK ZDROWIA PSYCHICZNEGO

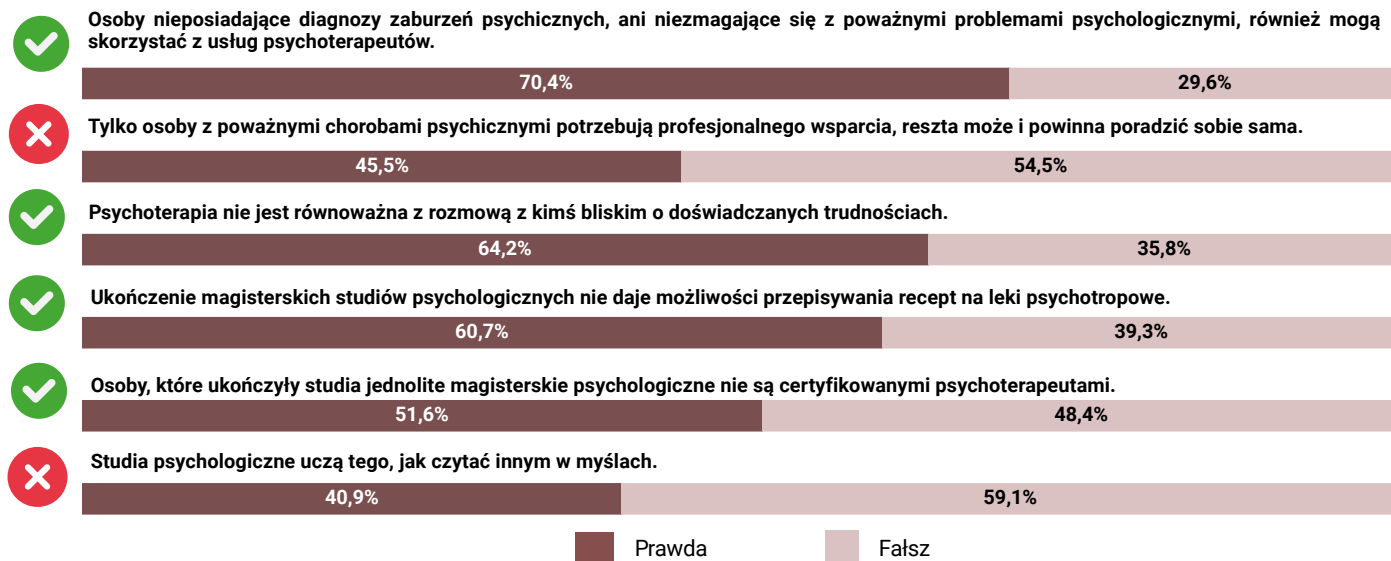
Kim jest psycholog, psychoterapeuta i psychiatra?

„Generalnie psychiatra to jest taki troszeczkę większy kaliber, bo to już jest typowo lekarz, który się zajmuje cięższymi przypadkami (...) jakaś czasami farmakologia, jakieś takie grubsze sprawy, jakiś szpital. Psychoterapeuta i psycholog, to ja bym im dał taki znak równości – bardziej do ciebie trafia poprzez rozmowę, przez jakąś perswazję, jakieś omawianie tematów, analizowanie twojej przeszłości.

Mężczyzna, 38 lat

W ramach przeprowadzonych badań (1 i 2), obejmujących reprezentatywne próby dorosłych Polek i Polaków, zadaliśmy osobom badanym kilka pytań dotyczących ich przekonań na temat psychologii i pomocy psychologicznej. Podczas badania jakościowego (3), poprosiliśmy również o próbę zdefiniowania zawodu psychologa, psychoterapeuty i psychiatry.

Wyniki (2) pokazały, że obok w pełni trafnych definicji zawodów pomocowych, istnieje również wiele niejasności i trudności w rozróżnieniu wykształcenia, kompetencji i obszarów pomocy, głównie pomiędzy psychologiem i psychoterapeutą. Poniższy wykres wskazuje na skalę błędnych przekonań wokół tego tematu: **45.5% uważa, że tylko osoby z poważnymi chorobami psychicznymi potrzebują profesjonalnego wsparcia; 35.8% uważa, że psychoterapia jest równoważna z rozmową z kimś bliskim; 39.3% uważa, że studia psychologiczne dają możliwość przepisywania recept na leki psychotropowe; 48.4% uważa, że osoby, które ukończyły studia psychologiczne są też certyfikowanymi psychoterapeutami; w końcu, 40.9% osób uważa, że studia psychologiczne uczą czytania w myślach.**



Skala błędnych przekonań, m.in. utożsamianie psychoterapii z rozmową z bliską osobą, przypisywanie psychologom możliwości wystawiania recept czy "czytania w myślach", a także mylenie wykształcenia psychologicznego z certyfikacją psychoterapeutyczną, pokazuje, że nadal **znaczna część populacji może mieć zniekształcony obraz pracy specjalistów zdrowia psychicznego.**

Dla praktyki klinicznej może to oznaczać potrzebę systematycznej psychoedukacji: jasnego komunikowania swoich kompetencji i ograniczeń, wyjaśniania różnic między rolami psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów oraz aktywnego korygowania mitów i błędnych przekonań podczas kontaktu z pacjentami/-tkami, ich rodzinami oraz w przestrzeni publicznej.

Brak takiej wiedzy może opóźniać zgłaszanie się po pomoc, zniechęcać do korzystania z psychoterapii i prowadzić do nierealistycznych oczekiwań wobec specjalistów/-ek.

OBRAZ SPECJALISTÓW/-EK ZDROWIA PSYCHICZNEGO

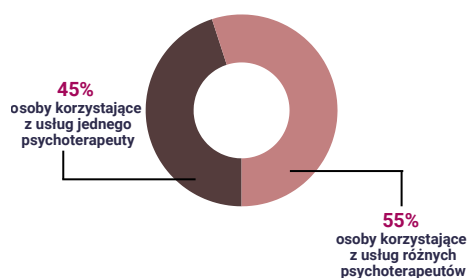
Korzystanie z pomocy psychologicznej

“Psychoterapeuta może się specjalizować w jakimś konkretnym rodzaju psychoterapii. Bo różne są psychoterapie, no i on może być wyspecjalizowany w jakimś konkretnie. No i jest tak nastawiony na długotrwałą współpracę na przykład z pacjentem.

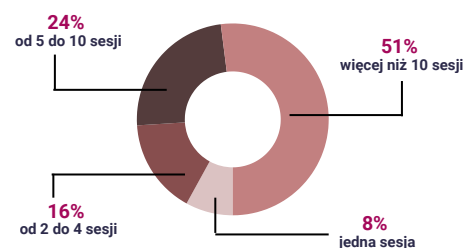
Kobieta, 28 lat

W pierwszym przeprowadzonym badaniu (n = 647), zapytaliśmy osoby badane o to, czy kiedykolwiek korzystały z usług psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry, w celu otrzymania pomocy psychologicznej. Wyniki pokazały, że 27% Polek i Polaków kiedykolwiek korzystało z usług psychologa, 12% korzystało z usług psychoterapeuty, a 24% korzystało z usług psychiatry. Osoby korzystające z psychoterapii zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na kilka dodatkowych pytań, dotyczących ich doświadczeń. Większość osób (55%) korzystała z usług różnych psychoterapeutów w ciągu życia, najczęściej były to spotkania stacjonarne (81%), trwające więcej niż 10 sesji (51%). Przeważającym nurtem psychoterapeutycznym był poznawczo-behawioralny (34%), ale **aż 22% osób badanych nie wie, w jakim nurcie odbywała się ich psychoterapia.**

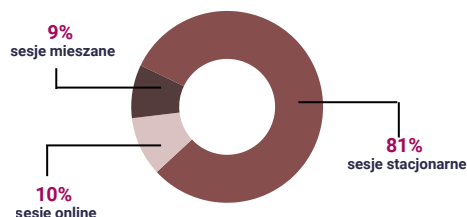
Korzystanie z usług psychoterapeutycznych: jeden psychoterapeuta czy różni specjaliści?



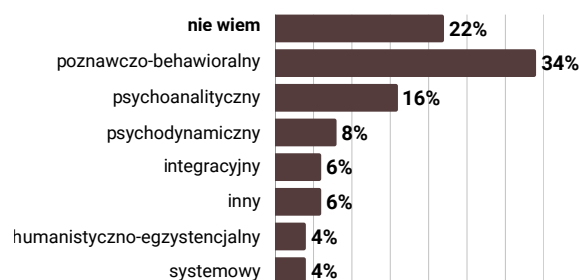
Liczba odbytych sesji psychoterapeutycznych w ciągu całego życia



Forma sesji terapeutycznych



Nurt terapeutyczny



Wyniki pokazują, że **22% osób korzystających z psychoterapii nie wie, w jakim nurcie odbywa się ich terapia.** Choć pacjent/-ka nie musi orientować się we wszystkich podejściach terapeutycznych, w praktyce wiele osób staje przed koniecznością wyboru odpowiedniego nurtu, a internet jest pełen informacji - często sprzecznych i nie do końca prawdziwych. Jeśli pacjent/-ka nie zna podstawowych założeń podejścia, w którym pracuje jego/jej terapeuta/-ka, proponowane zadania lub techniki mogą wydawać im się przypadkowe lub "bez sensu", a styl pracy - niedopasowany. Jednocześnie mogą nie mieć świadomości, że istnieją inne nurty, o odmiennych technikach i formach pracy.

Z perspektywy praktyki klinicznej warto więc: wprost nazwać podejście terapeutyczne i krótko omówić jego główne założenia; sprawdzać, na ile pacjent/-ka rozumie, na czym polega proponowana forma pracy; zachęcać do zadawania pytań o różne nurty i dostępne opcje pomocy; wyjaśniać cel poszczególnych etapów terapii, takich jak wywiad diagnostyczny, kontrakt terapeutyczny, zadania domowe czy monitorowanie objawów.

Takie działania mogą wzmacniać sprawczość pacjenta/-tki, sprzyjać zaangażowaniu w proces terapeutyczny i zmniejszać ryzyko przedwczesnego zniechęcenia się do psychoterapii jako formy pomocy.

OBRAZ SPECJALISTÓW/-EK ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Termometry uczuć wobec specjalistów/-ek zdrowia psychicznego i lekarzy/-ek różnych specjalizacji

„Jakkolwiek to nie zabrzmiałoby, dla mnie psychiatra to bardziej taki lekarz, a psycholog to taki dobry duch.”

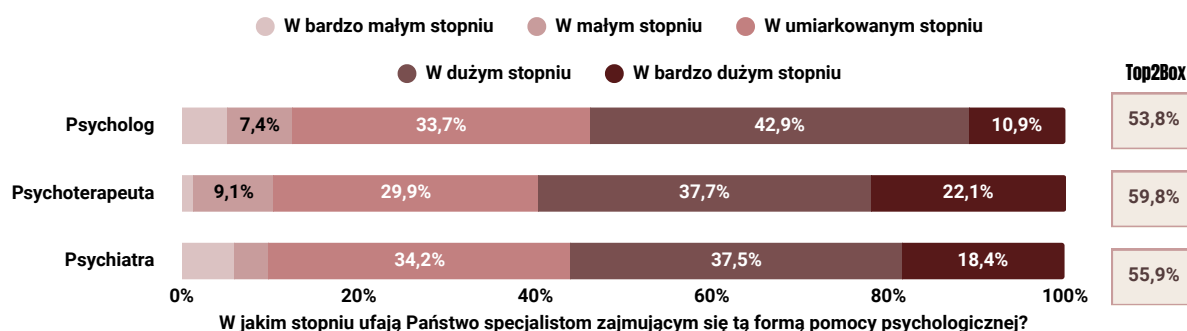
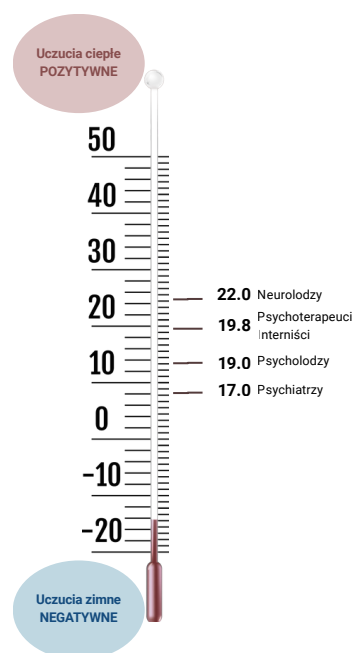
Mężczyzna, 25 lat

W badaniu pierwszym, osoby badane zostały poproszone o określenie temperatury swoich uczuć wobec pewnych grup, wśród których znaleźli się neurologi, interniści, psychoterapeuci, psycholodzy i psychiatry. *Termometr uczuć* obejmował uczucia zimne (negatywne), neutralne oraz uczucia ciepłe (pozytywne), określane na skali od -50 do 50.

W naszym badaniu, najwyższa średnia ocena uczuć została przypisana neurologom ($M = 22.0$), a także - trochę niżej - internistom ($M = 19.8$), psychoterapeutom ($M = 19.8$) i psychologom ($M = 19.0$). Z prezentowanych grup, nieco mniej pozytywne uczucia deklarowane były wobec lekarzy psychiatrów ($M = 17.0$).

Osoby, które zadeklarowały korzystanie z usług psychologa (27%), psychoterapeuty (12%) lub psychiatry (24%) w ciągu życia, poprosiliśmy również o określenie stopnia zaufania wobec specjalistów zajmujących się daną formą pomocy.

Wyniki pokazały, że osoby korzystające z usług psychologów, psychoterapeutów lub psychiatrów wykazują podobny poziom zaufania wobec wszystkich wymienionych zawodów pomocowych, przy czym **największy poziom zaufania - określany jako duży lub bardzo duży - zaobserwowano w stosunku do psychoterapeutów (59.8%)**. Duży lub bardzo duży poziom zaufania zadeklarowało 53.8% osób wobec psychologów oraz 55.9% wobec psychiatrów.



Wyniki wskazują, że **specjaliści/-stki zdrowia psychicznego są generalnie postrzegani/-ne pozytywnie, choć nieco mniej "ciepło" niż lekarze innych specjalizacji**, a psychiatry wciąż budzą odrobinę mniej pozytywne emocje niż inni specjaliści. Jednocześnie, wśród osób, które realnie korzystały z pomocy psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry, poziom zaufania do wszystkich tych zawodów jest relatywnie wysoki i stosunkowo wyrównany. Sugeruje to, że **bezpośredni kontakt ze specjalistą/-ką zdrowia psychicznego może skutecznie przełamywać stereotypy i obawy obecne w szerszej populacji**.

W ramach praktyki klinicznej, warto podkreślić znaczenie nie tylko działań destygmatyzujących i dobrej komunikacji z pacjentem, ale też - w celu utrzymania wysokiego poziomu zaufania i pozytywnego postrzegania zawodów pomocowych - stałego dbania o jakość wykonywanego zawodu, rozwijania kompetencji, podnoszenia kwalifikacji, przestrzegania standardów etycznych i merytorycznych oraz aktywnego budowania spójnego, profesjonalnego wizerunku psychologa, psychoterapeuty i psychiatry w przestrzeni publicznej.

OBRAZ SPECJALISTÓW/-EK ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wiara w teorie spiskowe związane z psychologią i psychiatrią

„ [Psycholog] jest to człowiek, który będzie Ci majstrował w głowie (...) za pomocą mówienia do Ciebie i przekonywania Cię.

Mężczyzna, 47 lat

W badaniu 1, osoby badane zostały poproszone o określenie, jak bardzo zgadzają się lub nie zgadzają się z zaprezentowanymi stwierdzeniami, dotyczącymi teorii spiskowych związanych z psychologią i psychiatrią.

Wyniki pokazały, że:

- 10% Polek i Polaków wierzy, iż działania psychiatrów i psychoterapeutów są szkodliwe, a fakt ten jest ukrywany;
- 10% badanych uważa, że psychiatrzy i psychoterapeuci współpracują w celu ukrycia niebezpieczeństw związanych z leczeniem psychoterapeutycznym i farmakologicznym;
- 10% badanych wierzy, że leki psychotropowe mają za zadanie oglupić społeczeństwo tak, aby łatwiej było nim sterować;
- 9% badanych uważa, że działania psychoterapeutów i psychiatrów pozwalają pewnym grupom ludzi przejąć kontrolę nad rzekomo chorymi osobami;
- 8% badanych wierzy, że porady psychologiczne są celowo zaprojektowane tak, aby osłabić niezależne myślenie;
- 8% badanych wierzy, że terapia psychologiczna ma na celu programowanie ludzi zgodnie z planami pewnych grup;
- 6% badanych uważa, że celem terapii psychologicznej jest kontrolowanie myśli i emocji ludzi, aby byli bardziej posłuszni.

Wyniki pokazują, że choć odsetek osób wierzących w teorie spiskowe dotyczące psychologii, psychoterapii i psychiatrii nie jest większościowy, to nadal pozostaje na stosunkowo wysokim poziomie (od 6 do 10% osób badanych, w zależności od stwierdzenia). Oznacza to, że **część pacjentów może wchodzić w kontakt ze specjalistami zdrowia psychicznego z już ugruntowanym przekonaniem, że pomoc psychologiczna i psychiatryczna jest szkodliwa, a część w ogóle nie będzie chciała z niej skorzystać** - nawet w przypadku takiej potrzeby.

W praktyce, wyniki te podkreślają **konieczność systematycznego niwelowania fałszywych przekonań poprzez przejrzyste informowanie o celach i przebiegu pracy terapeutycznej oraz omawianie możliwych skutków ubocznych leczenia i realnych ograniczeń wpływu specjalisty**. Jasny kontrakt terapeutyczny, gotowość do rozmowy o lękach i wątpliwościach wobec terapii oraz obecność rzetelnej psychoedukacji w przestrzeni publicznej mogą być kluczowe, by zwiększać zaufanie do specjalistów zdrowia psychicznego.

Działania psychiatrów i psychoterapeutów są szkodliwe i fakt ten jest ukrywany.

Top2Box



Psychiatrzy i psychoterapeuci współpracują ze sobą w celu ukrycia niebezpieczeństw związanych ze stosowaniem farmako- i psychoterapii.



Podawanie ludziom leków psychotropowych ma za zadanie oglupić społeczeństwo tak, by było łatwiej nim sterować.



Działania psychoterapeutów i psychiatrów (od psychoterapię po farmakoterapię) pozwalają pewnym grupom ludzi przejąć kontrolę nad rzekomo chorymi osobami.



Porady psychologiczne są celowo projektowane tak, aby osłabić niezależne myślenie.



Terapia psychologiczna ma na celu programowanie ludzi zgodnie z planami pewnych grup osób.



Celem terapii psychologicznej jest kontrolowanie myśli i emocji ludzi, aby byli bardziej posłuszni.



zdecydowanie nie zgadzam się

zdecydowanie zgadzam się

POSTAWY WOBEC KORZYSTANIA Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Otwartość na poszukiwanie profesjonalnej pomocy

“ Wydaje mi się, że na pewno częściej [z profesjonalnej pomocy psychologicznej] korzystają takie osoby, które są świadome tego, że mają problem, temat do przepracowania i to utrudnia im funkcjonowanie w codziennym świecie.

Kobieta, 30 lat

W badaniu 1, poprosiliśmy osoby badane o udzielenie odpowiedzi na dziesięć pytań, mierzących postawy wobec korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej, tj. otwartość na poszukiwanie profesjonalnej pomocy, wartość przypisywana profesjonalnej pomocy psychologicznej i preferencja samodzielnego radzenia sobie z problemami. Wyniki pokazały, że **80% osób badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że w przypadku doświadczania poważnego kryzysu emocjonalnego, psychoterapia byłaby przydatna**. Jednocześnie, **74% badanych uważa, że rozmawianie o problemach z psychologiem wydaje się kiepskim sposobem na pozbycie się problemów emocjonalnych**. Biorąc pod uwagę ilość czasu i pieniędzy związanych z psychoterapią, **53% osób badanych nie jest pewnych, czy przyniosłaby im ona korzyści**.

Badanie 1 (n = 647)

Gdybym przeżywała/przeżywał poważny kryzys emocjonalny, byłabym/byłbym pewien/na, że psychoterapia jest przydatna.

Top2Box



Rozmawianie o problemach z psychologiem wydaje mi się kiepskim sposobem na pozbycie się problemów emocjonalnych.



Biorąc pod uwagę ilość czasu i pieniędzy związanych z psychoterapią, nie jestem pewna/pewien, czy przyniosłaby ona korzyści komuś takiemu jak ja.



nie zgadzam się

raczej się nie zgadzam

raczej się zgadzam

zgadzam się

Wyniki wskazują na ambiwalentne postawy wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej: z jednej strony większość osób uważa, że psychoterapia mogłaby być przydatna, a z drugiej strony duża część badanych nie jest pewna, czy psychoterapia przyniosłaby im realne korzyści.

Dla praktyki klinicznej może to oznaczać, że wielu pacjentów zgłasza się po pomoc do specjalistów z już obecną ambiwalencją: **“to może pomóc, ale nie wiem, czy - biorąc pod uwagę czas i koszty - jest to warte zachodu”**. Rezygnacja z terapii w trakcie procesu nie należy do rzadkości. Warto więc otwarcie rozmawiać z pacjentami o oczekiwaniach i wątpliwościach wobec terapii już na początku kontaktu; edukować na temat mechanizmów działania psychoterapii, tj. dlaczego “rozmowa” z psychologiem lub psychoterapeutą może być skuteczna, co poza rozmową się w niej dzieje; rozmawiać o możliwych korzyściach i ograniczeniach, tj. czas, koszty, realny zakres pomocy i oczekiwanej zmiany.

POSTAWY WOBEC KORZYSTANIA Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

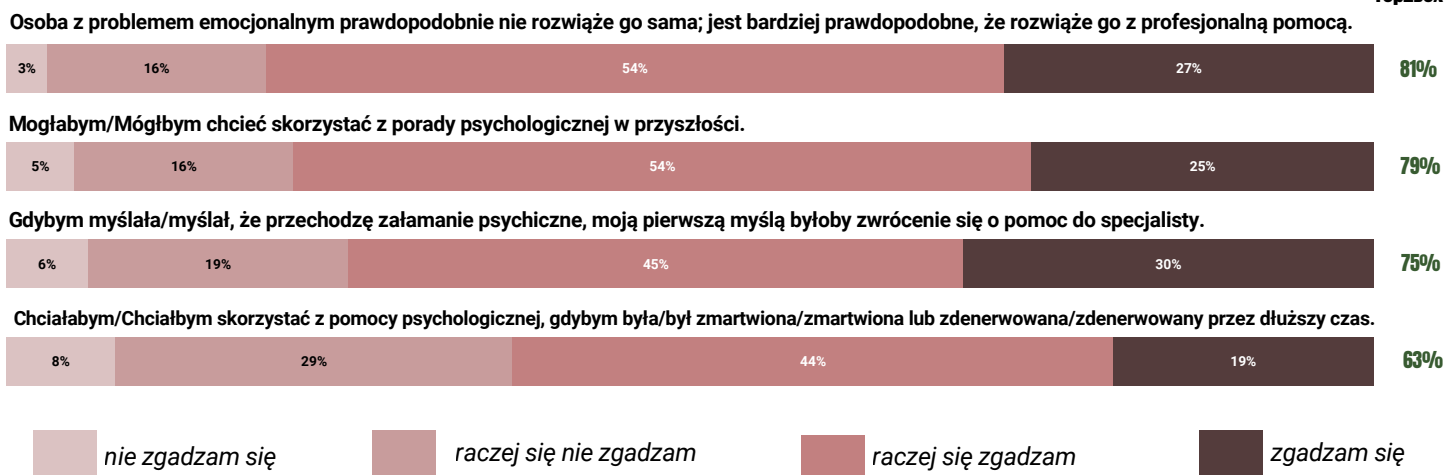
Wartość przypisywana profesjonalnej pomocy psychologicznej

“To nie są spektakularne zmiany, ale no jakieś drobne na pewno, (...) jakieś takie niebiczowanie się myślami, czy coś takiego, tylko raczej, żeby się skupić na wsparciu samego siebie.

Kobieta, 30 lat

Wyniki pokazały, że **81% osób badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że osoba z problemem emocjonalnym prawdopodobnie nie rozwiąże go sama** i bardziej prawdopodobne jest, że rozwiąże go z profesjonalną pomocą. Większość, bo **79% osób badanych, twierdzi, że mogliby chcieć skorzystać z porady psychologicznej w przyszłości**, a zwrócenie się o pomoc do specjalisty w przypadku załamania psychicznego byłoby pierwszą myślą dla **75% Polek i Polaków**. Jednocześnie, aż **37% osób badanych raczej nie chciałoby skorzystać z pomocy psychologicznej gdyby były zmartwione lub zdenerwowane przez dłuższy czas**.

Badanie 1 (n = 647)



Podobnie jak w przypadku otwartości na poszukiwanie profesjonalnej pomocy, ambiwalencja towarzyszy również wartości przypisywanej pomocy psychologicznej. **Z jednej strony większość badanych uważa, że problemy emocjonalne trudniej rozwiązać samodzielnie niż z pomocą specjalisty i deklaruje gotowość do skorzystania z porady psychologicznej w przyszłości. Z drugiej strony, znaczny odsetek Polek i Polaków nie chciałby skorzystać z pomocy psychologicznej, nawet wtedy, gdyby przez dłuższy czas odczuwał niepokój.**

Wyniki mogą sugerować **potrzebę akcentowania wczesnego korzystania z pomocy psychologicznej - nie tylko w sytuacji poważnego kryzysu zdrowia psychicznego**. Warto normalizować zgłaszanie się po wsparcie już na etapie przedłużającego się stresu czy obniżonego nastroju; podkreślać, że terapia nie jest wyłącznie “ostatnią deską ratunku”, lecz także formą profilaktyki zdrowia; zwracać uwagę na wczesne sygnały przeciążenia u pacjentów zgłaszających się z innymi problemami (np. somatycznymi) i zachęcać do rozważenia konsultacji psychologicznej.

POSTAWY WOBEK KORZYSTANIA Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Preferencja samodzielnego radzenia sobie z problemami

“ Mówienie przez moją mamę, że jak sobie samemu nie poradzisz, to nikt ci nie pomoże i to wszystko leży w twojej głowie, i to, że ty masz jakieś problemy, to jest tylko i wyłącznie twoja wina, więc tutaj nie szukaj dziury w całym, do jakiego specjalisty będziesz chodzić w ogóle...”

Kobieta, 47 lat

Wyniki pokazały, że aż **75% osób badanych podziwia ludzi, którzy są gotowi poradzić sobie ze swoimi problemami i lękami bez szukania profesjonalnej pomocy**. Ponadto, **42% osób uważa, że ludzie powinni sami rozwiązywać swoje problemy**, a korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej powinno być ostatecznością. Około **34% Polek i Polaków wierzy, że problemy osobiste i emocjonalne zwykle rozwiązują się same**.

Badanie 1 (n = 647)

Podziwiam ludzi, którzy są gotowi poradzić sobie ze swoimi problemami i lękami bez szukania profesjonalnej pomocy.

Top2Box



Ludzie powinni sami rozwiązywać swoje problemy, zatem skorzystanie z porady psychologa powinno być dla nich ostatecznością.



Problemy osobiste i emocjonalne, jak większość rzeczy w życiu, zwykle rozwiązują się same.



nie zgadzam się

raczej się nie zgadzam

raczej się zgadzam

zgadzam się

Wyniki sugerują **silne społeczne przywiązanie do idei samodzielnego radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi**. Znaczna część osób badanych podziwia osoby, które radzą sobie same - bez profesjonalnego wsparcia, a także wierzy, że problemy emocjonalne zwykle rozwiązują się same.

Dla specjalistów zdrowia psychicznego może to oznaczać, że **opór wobec korzystania z pomocy może wynikać nie tylko ze stygmy, ale także z pozytywnie wartościowanej normy "samowystarczalności"**. Warto więc normalizować korzystanie z pomocy jako przejaw odpowiedzialności i troski o siebie, a nie "słabości"; podkreślać, że samodzielne próby radzenia sobie mogą współistnieć i uzupełniać korzystanie z profesjonalnego wsparcia; oraz uświadamiać negatywne koszty długotrwałego "czekania, aż samo przejdzie". Samodzielne radzenie sobie może być również powodem rezygnacji z procesu terapeutycznego w trakcie jego trwania.

BARIERY ZWIĄZANE Z KORZYSTANIEM Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

“Czasami są ludzie, którzy nie mają nawet świadomości, że coś się z nimi źle dzieje i nie wiedzą, że można by pójść do psychologa, do psychiatry, na psychoterapię i sobie pomóc żyć lepiej.

Kobieta, 46 lat

Badanie 1 pokazało, że aż **54%** dorosłych Polek i Polaków, z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego, *kiedykolwiek* myślało o skorzystaniu z usług psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry. Jednocześnie, zaledwie **38%** osób zadeklarowało faktyczne skorzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej w ciągu życia.

W celu poznania najczęstszych barier związanych z korzystaniem z pomocy psychologicznej, zadaliśmy osobom badanym pytania, dotyczące różnych czynników, które mogły powstrzymać, opóźnić lub zniechęcić je (w ogóle - nieznacznie - trochę - bardzo) przed skorzystaniem lub kontynuowaniem korzystania z pomocy psychologicznej.

Poniżej znajdują się wybrane czynniki oraz procent osób badanych, które te bariery okazały się powstrzymywać, opóźniać lub zniechęcać przynajmniej *trochę* lub *bardzo*.



BARIERY ZWIĄZANE Z KORZYSTANIEM Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

„To jest męczące bardzo. I na przykład łatwiej jest nic nie mówić i gdzieś tak się zagrzewać w kocu niż iść do kogoś i zacząć mówić o trudnych rzeczach. Ktoś może się bać po prostu, i taki lęk go ogarnia, że mógłby pójść gdzieś do obcej osoby i to zacząć opowiadać. I na przykład bałby się takiej w ogóle sytuacji, że jak to by wyglądało, czy by zadawała jakieś trudniejsze pytania, albo, nie wiem, tego płaczu może by się bał. Nie wiem.

Kobieta, 28 lat

Wyniki badań - zarówno ilościowych (1 i 2), jak i pogłębionych wywiadów w ramach badania jakościowego (3) - wskazały na szereg różnych barier zniechęcających lub opóźniających decyzję o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej przez dorosłe Polki i Polaków. Na podstawie uzyskanych danych, udało nam się opisać bariery najczęściej deklarowane (kluczowe), a także te rzadsze, choć nadal o istotnym znaczeniu klinicznym. **Wyróżniliśmy bariery wewnętrzne, bariery związane z wiedzą i wyobrażeniami dotyczącymi pomocy psychologicznej, bariery o charakterze społecznym i bariery systemowe.**

Wyniki pokazały, że **bariery systemowe, związane z wysokimi kosztami lub długim czasem oczekiwania na wizytę, stanowią często istotną barierę** - 48% osób badanych zadeklarowało, że *trochę* lub *bardzo* powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił je przed skorzystaniem z profesjonalnej pomocy psychologicznej brak możliwości poniesienia związanych z tym kosztów finansowych. Niemniej jednak, **wśród najczęściej wskazywanych barier, znalazły się czynniki wewnętrzne, związane z przekonaniami o sobie i swojej sytuacji, a także te dotyczące wiedzy i wyobrażeń o profesjonalnej pomocy psychologicznej oraz dotyczące obaw społecznych.**

- Dla **54%** Polek i Polaków, istotnym czynnikiem powstrzymującym przed skorzystaniem z pomocy psychologicznej była **chęć samodzielnego rozwiązania problemu**. Co więcej, **44%** osób badanych zadeklarowało iż wierzy, że **problem sam się rozwiąże**, a **34%** badanych uważała, że **nie ma problemu**. Ponadto, aż **47%** osób badanych powstrzymała **niechęć do mówienia o swoich uczuciach, emocjach lub myślach**.
- W przypadku **44%** osób badanych, istotną barierą były **obawy dotyczące dostępnych metod leczenia** (np. skutków ubocznych leków psychotropowych); dla **34%** badanych była to obawa, że korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej może **zmniejszyć szanse przy ubieganiu się o pracę**; **35%** Polek i Polaków nie miała pewności, **gdzie można udać się po profesjonalną pomoc**; **38%** osób badanych blokowała **niechęć do umieszczania informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym w dokumentacji medycznej**.
- Ważną częścią okazały się również być obawy o ocenę społeczną: **35%** osób badanych obawiało się, że mogą być **postrzegani jako "wariaci"**, **35%** badanych zadeklarowało **poczucie zażenowania lub wstydu**, a **36%** Polek i Polaków obawiało się, że mogą być **postrzegani jako osoby słabe**.

Wyniki pokazują, że decyzja o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej jest hamowana przez **kombinację barier systemowych, wewnętrznych i społecznych** - przy czym to nie tylko koszty i ograniczona dostępność, ale przede wszystkim przekonania o sobie ("*muszę poradzić sobie sam/-a*", "*problem sam się rozwiąże*", "*właściwie nie mam problemu*"), niechęć do mówienia o swoich emocjach oraz obawy przed oceną społeczną i konsekwencjami formalnymi odgrywają kluczową rolę.

Dla specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym może oznaczać to, że samo **zwiększenie dostępności usług - mimo że niezwykle istotne - może nie wystarczyć**. Potrzebne są równoległe działania, takie jak: wzmacnianie języka normalizującego korzystanie z pomocy; praca nad obrazem terapii jako bezpiecznej i poufnej; rzetelna psychoedukacja dotycząca metod leczenia (w tym farmakoterapii); jasne informowanie o kwestiach dokumentacji i poufności; oraz ułatwianie nawigacji po systemie ("*gdzie i do kogo mogę się zgłosić*").

Specjaliści/-stki zdrowia psychicznego są tu nie tylko osobami udzielającymi pomocy, ale mogą być również "*rzecznikami zmiany*" - redukującymi wstyd, lęk przed stygmatem, błędne przekonania i obawy, które często powstrzymują pacjentów zanim jeszcze trafią do gabinetu.

PRZEKONANIA O OSOBACH KORZYSTAJĄCYCH Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Rola zinternalizowanej stygmatyzacji

„Szczególnie u facetów to może być takie że: co Ty, nienormalny jakiś jesteś, że do psychologa idziesz?

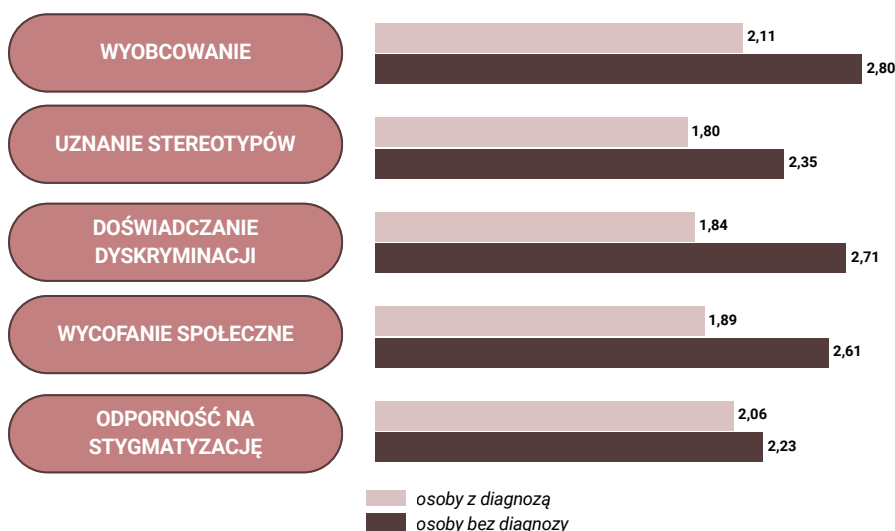
Mężczyzna, 38 lat

W ramach przeprowadzonych badań, poprosiliśmy również osoby badane (n = 647) o udzielenie odpowiedzi na pytania, mierzące zinternalizowaną stygmatyzację chorób i zaburzeń psychicznych (Boyd i in., 2014). Osoby, które zadeklarowały otrzymanie diagnozy jakichkolwiek zaburzeń psychicznych w ciągu życia, proszone były o odpowiedzi zgodne z ich własnym doświadczeniem. Osoby, które nigdy nie były zdiagnozowane, proszone były o wyobrażenie sobie, co by było, gdyby chorowały psychicznie.

Badanym zaprezentowanych zostało 16 stwierdzeń, każde wymagające odpowiedzi na 4-stopniowej skali: od 1 (zdecydowanie nie zgadzam się) do 4 (zdecydowanie zgadzam się). Pytania składały się na pięć podskal, opisujących różne obszary autostygmatyzacji: **wyobcowanie** (np. „Czuję się w świecie niekomfortowo, ponieważ choruję psychicznie” lub „Gdybym chorował/-a psychicznie, czułbym/-abym się w świecie niekomfortowo”), **uznanie stereotypów** (np. „Ludzie chorzy psychicznie są skłonni do przemocy”), **doświadczenie dyskryminacji** (np. „Ludzie ignorują mnie lub traktują mnie poważnie, tylko dlatego, że choruję psychicznie” lub „Gdybym chorował/-a psychicznie, ludzie ignorowałiby mnie lub traktowali mnie poważnie”), **wycofanie społeczne** (np. „Unikam bliskich kontaktów z ludźmi, którzy nie chorują psychicznie, żeby uniknąć odrzucenia” lub „Gdybym chorował/-a psychicznie, unikałbym/-abym bliskich kontaktów z ludźmi, którzy nie chorują psychicznie, żeby uniknąć odrzucenia”) i **odporność na stygmatyzację** (np. „Mogę mieć dobre, spełnione życie, pomimo mojej choroby psychicznej” lub „Gdybym chorował/-a psychicznie, mógłbym/-abym mieć dobre, spełnione życie, pomimo choroby”).

Wyniki pokazały, że **osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych wykazują istotnie wyższy poziom zinternalizowanej stygmatyzacji, w porównaniu do osób z diagnozą.**

Osoby bez diagnozy wykazały istotnie wyższy poziom wyobrazonego wyobcowania, uznania stereotypów, doświadczenia dyskryminacji, wycofania społecznego, a także istotnie niższą wyobrażoną odporność na stygmatyzację (pozycja odwrócona).



Wyniki, zgodnie z którymi to osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych wykazują wyższy poziom zinternalizowanej stygmy niż osoby z diagnozą, sugerują, że samo wyobrażenie o „życiu z diagnozą” jest bardziej niepokojące niż ma to miejsce w rzeczywistości - **największe obawy pojawiają się jeszcze przed drzwiami gabinetu - na etapie lęku przed samą możliwością bycia „osobą chorującą psychicznie”, a nie tylko po diagnozie.**

Dla specjalistów zdrowia psychicznego oznacza to potrzebę pracy nie tylko z objawami, ale też z wyobrażeniami pacjentów na temat diagnozy: eksplorowania tego, jak widzą „osobę z zaburzeniem”, czego się obawiają i jaki wpływ diagnoza może mieć na ich życie. W kontakcie klinicznym ważne może być również takie komunikowanie rozpoznania, które ani nie bagatelizuje realnych lęków, ani nie wzmacnia negatywnych przekonań, lecz pokazuje diagnozę jako narzędzie porządkowania doświadczeń i planowania pomocy, a nie etykietę przekreślającą przyszłość. Praktycznie może to także oznaczać istotność włączania tematu stygmy i lęku przed oceną społeczną do pracy z pacjentem, budowanie narracji o możliwości prowadzenia satysfakcjonującego życia z zaburzeniem oraz korzystanie z doświadczeń osób z diagnozą jako realnej przeciwwagi dla wyobrażonych, negatywnych scenariuszy.

RÓŻNICE MIĘDZYGRUPOWE W POSTRZEGANIU PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Różnice demograficzne i socjo-ekonomiczne

„Głównie dla osób dorosłych, dla naszych rodziców, to bardziej chyba już kwestia taka, że psycholog bardziej się kojarzy właśnie z terapią uzależnień głównie. (...) psycholog no to głównie uzależnienia, alkohol, narkotyki, pomoc domowa, niebieskie karty. (...) żony nie biję, nikt się nade mną nie znęca, nie piję alkoholu, nie palę papierosów. To jest takie - po co mnie to? W czym innym może mi pomóc?

Mężczyzna, 33 lata

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały na różnice w korzystaniu oraz postrzeganiu profesjonalnej pomocy psychologicznej, w zależności od płci, wieku, wykształcenia oraz statusu społeczno-ekonomicznego. W zależności od tych czynników, obserwujemy odmienne zestawy barier, lęków i przekonań. **Kobiety, osoby młodsze, z wyższym wykształceniem i wyższym statusem społeczno-ekonomicznym są bardziej otwarte, lepiej poinformowane, częściej zainteresowane psychologią i mniej sceptyczne. Z kolei mężczyźni, osoby starsze, z niższym wykształceniem oraz o niższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej preferują samodzielne radzenie sobie, przejawiają większą nieufność, wstyd, wyższy poziom sceptycyzmu i większą podatność na myślenie spiskowe.**

PLEĆ

Kobiety korzystają z pomocy psychologicznej częściej niż mężczyźni.
Kobiety prezentują bardziej pozytywne postawy wobec korzystania z pomocy psychologicznej niż mężczyźni.
Kobiety wykazują wyższy poziom zainteresowania psychologią niż mężczyźni.
Mężczyźni prezentują wyższy poziom sceptycyzmu dotyczącego psychiatrii i psychologii niż kobiety.

WYKSZTAŁCENIE

Osoby z podstawowym lub zawodowym wykształceniem wykazują większą preferencję samodzielnego radzenia sobie niż osoby z wykształceniem wyższym.
Osoby z wykształceniem wyższym wykazują wyższy poziom zainteresowania psychologią niż osoby z wykształceniem średnim.
Osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym prezentują wyższy poziom sceptycyzmu niż osoby z wykształceniem średnim lub wyższym.

WIEK

Osoby młodsze wykazują większą skłonność do szukania profesjonalnego wsparcia niż inne grupy wiekowe.
Osoby młodsze wykazują wyższy poziom zainteresowania psychologią niż osoby starsze.
Osoby starsze charakteryzują się mniej pozytywnymi postawami wobec pomocy psychologicznej, w tym większą skłonnością do samodzielnego radzenia sobie w trudnych sytuacjach, niż osoby młodsze.

STATUS SPOŁECZNO-EKONOMICZNY

Osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym zazwyczaj wykazują większą otwartość wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej, mają lepszy dostęp do informacji i usług, oraz częściej postrzegają psychoterapię jako skuteczny sposób radzenia sobie z problemami.
Osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym wykazują bardziej pozytywne postawy wobec pomocy psychologicznej - są bardziej otwarte na skorzystanie z tego typu pomocy, przejawiają więcej ciepłych uczuć w stosunku do specjalistów zdrowia psychicznego, mają większą wiedzę na temat psychologii, dzięki czemu postrzegają psychologów jako bardziej kompetentnych.
Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej wykazują dystans, nieufność lub przekonanie, że korzystanie z pomocy psychologicznej jest oznaką słabości lub powodem do wstydu.
Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym prezentują wyższy poziom sceptycyzmu wobec psychologii oraz większą podatność na myślenie spiskowe dotyczące działań psychologów i psychiatrów.

Wyniki badań pokazują, że **otwartość na pomoc psychologiczną nie jest jedynie kwestią indywidualnej motywacji, lecz odzwierciedla złożone wzorce związane z licznymi zmiennymi.** Nasze wyniki sugerują, że **większy poziom wiedzy psychologicznej sam w sobie jest czynnikiem ochronnym** - zwiększa otwartość na korzystanie z pomocy, ale także sprzyja bardziej krytycznemu, selektywnemu wyborowi specjalistów - co warto wzmocnić, rozwijając rzetelną psychoedukację kierowaną szczególnie do grup o mniejszych zasobach, tak aby wiedza nie tylko zwiększała otwartość, ale też przekładała się na bardziej świadome korzystanie z dostępnych form pomocy.

GŁÓWNE WNIOSKI Z BADAŃ DLA SPECJALISTEK I SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Lęk przed diagnozą i etykietą “osoby chorej psychicznie”

Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych wyobrażają sobie życie z diagnozą jako stan wyobcowania, odrzucenia społecznego i znacznego ograniczenia możliwości prowadzenia normalnego życia - istotnie bardziej niż osoby faktycznie żyjące z rozpoznaniem chorób lub zaburzeń psychicznych.

Wyniki podkreślają **wartość pracy z pacjentami nad znaczeniem przypisywanym samej diagnozie** - eksplorowanie, co dla pacjenta/-ki znaczy “chorować psychicznie” lub “doświadczać symptomów konkretnego zaburzenia psychicznego” oraz jakie scenariusze przyszłości z tym wiąże. Lęk przed stygmatyzacją i etykietą może stanowić niezwykle istotny obszar pracy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, odgrywającym ważną rolę przy projektowaniu działań psychoedukacyjnych i terapeutycznych.

Potrzeba psychoedukacji na temat specyfiki - wymaganego wykształcenia, zakresu kompetencji i obszarów pomocy - zawodu psychologa, psychoterapeuty i psychiatry

Wyniki naszych badań wskazują na utrzymujące się niejasności dotyczące ról zawodowych psychologa, psychoterapeuty i psychiatry, a także sposobów funkcjonowania samej psychoterapii - w tym obecności różnych nurtów terapeutycznych. Aż 22% osób badanych korzystających z psychoterapii nie wie, w jakim nurcie odbywa się ich terapia. Oczywiście pacjenci nie muszą znać specyfiki wszystkich podejść terapeutycznych ani związanej z nimi terminologii, jednak **podstawowa wiedza na temat tego, w jakim podejściu pracuje terapeuta / terapeutka, jakie są główne założenia ich pracy, jak wygląda proces terapii w danym nurcie (np. czas trwania) oraz jakiego rodzaju metody mogą być stosowane, może mieć istotne znaczenie dla poczucia sensowności i zrozumienia procesu terapeutycznego**. W sytuacji braku takiej wiedzy, proponowane interwencje mogą być odbierane jako przypadkowe lub niedopasowane, a pacjent/-ka może nie mieć świadomości istnienia innych podejść terapeutycznych i dostępnych form pomocy. Może to prowadzić do przedwczesnej rezygnacji z psychoterapii czy innych form pomocy psychologicznej.

Wyniki podkreślają **znaczenie psychoedukacji jako integralnej części praktyki klinicznej**. Z perspektywy pracy z pacjentami istotne jest jasne nazwanie wykonywanego zawodu i kompetencji, a także gotowość do przedstawienia pacjentom odpowiednich poświadczeń danych kompetencji (np. dyplomu, informacji o ukończonych szkoleniach czy certyfikacji) oraz omówienia zarówno możliwości, jak i ograniczeń danej profesji (np. tego, że psycholog nie ma uprawnień do wypisywania recept na leki psychotropowe). Określenie stosowanego podejścia terapeutycznego oraz krótkie omówienie jego głównych założeń, celów i typowych form pracy (np. wywiad początkowy, formułowanie celów, kontrakt terapeutyczny, zadania domowe, itp.) może sprzyjać lepszemu rozumieniu procesu, budowaniu zaufania, realistycznym oczekiwaniom wobec efektów oraz bardziej świadomemu korzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej.

GŁÓWNE WNIOSKI Z BADAŃ DLA SPECJALISTEK I SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Obecność ambiwalentnych uczuć wobec pomocy psychologicznej - “to może pomóc, ale jeszcze nie wiem, czy warto”

Wyniki badań wskazują, że **duża część osób badanych dostrzega potencjalną wartość i przydatność korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Jednocześnie, równie duża część badanych nie jest pewna, czy taka pomoc jest najlepszym sposobem na poradzenie sobie z doświadczanymi trudnościami oraz czy włożony w to wysiłek - czasowy i finansowy - przyniesie im wymierne korzyści.** Ważnym wątkiem, który zidentyfikowaliśmy w wyniku pogłębionych wywiadów w ramach badania jakościowego, jest również obecność często nierealistycznych oczekiwań dotyczących tempa i formy zmiany, w tym przekonanie, że jedna wizyta powinna przynieść wyraźną ulgę lub dostarczyć konkretnej rady / wskazówki, która rozwiąże problem. Brak takiego natychmiastowego efektu bywa interpretowany jako dowód nieskuteczności terapii, co może prowadzić do szybkiego zniechęcenia i rezygnacji z dalszej pomocy.

Wyniki podkreślają **znaczenie systematycznej pracy z oczekiwaniami wobec pomocy psychologicznej, psychotherapeutycznej lub psychiatrycznej.** Z perspektywy praktycznej, istotne jest aktywne eksplorowanie tego, czego pacjent/-ka oczekuje od pierwszej wizyty i procesu terapeutycznego, w jaki sposób rozumie skuteczną pomoc oraz jakie ma wcześniejsze doświadczenia z szukaniem lub korzystaniem z profesjonalnego wsparcia. Warto poruszyć temat, że psychotherapia nie jest “magiczną różdżką” ani usługą polegającą na udzieleniu jednej właściwej rady, lecz procesem stopniowej zmiany. Klarowne przedstawienie możliwych korzyści, ale także ograniczeń, omówienie przewidywanego czasu trwania współpracy oraz innych obowiązujących podczas spotkań zasad, a także regularne omawianie pojawiających się wątpliwości, może pomóc w utrzymaniu zaangażowania pacjenta i redukowaniu przedwczesnego zniechęcenia.

Norma “samodzielnego radzenia sobie” jest społecznie nagradzana (podziwiana), ale może opóźniać szukanie lub korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej

Przeprowadzone badania ujawniły **silnie zakorzenioną normę samodzielnego radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, która jest społecznie wzmacniana i pozytywnie wartościowana.** Podziw dla osób, które “dają radę same”, przekonanie, że problemy “z czasem same się rozwiązują” oraz traktowanie korzystania z pomocy psychologicznej jako ostateczności tworzą kontekst, w którym sięgnięcie po wsparcie może być odczytywane jako oznaka słabości, porażki lub poddania się. Tego typu przekonania często stają się integralną częścią - szczególnie w grupach, w których cenione jest bycie “twardym”, “zaradnym” czy “nieobciążającym innych” - i **mogą prowadzić do długotrwałego odwlekania decyzji o skorzystaniu z pomocy, mimo narastającego cierpienia.**

Wyniki podkreślają potrzebę pracy nad “normą samodzielności”. W praktyce, pomocne może być eksplorowanie, skąd wzięło się przekonanie, że trzeba radzić sobie samemu, jakie pełni funkcje oraz jakie koszty to przekonanie niesie w aktualnej sytuacji życiowej pacjenta. Ważnym elementem może być także proponowanie alternatywnej perspektywy, w której korzystanie z profesjonalnej pomocy może być rozumiane jako forma troski i odpowiedzialności za siebie i bliskich, sposób zapobiegania pogłębianiu się kryzysu zdrowia psychicznego, a także jako **uzupełnienie, a nie rezygnacja z własnych strategii radzenia sobie.** Normalizowanie wczesnego sięgania po pomoc - nie tylko w sytuacjach skrajnych - oraz podkreślanie, że “siła” oraz “samodzielność” mogą oznaczać również świadome korzystanie z dostępnych zasobów, może stopniowo osłabiać wewnętrzną presję, by radzić sobie wyłącznie samemu. Bariery związane z przekonaniami o możliwości samodzielnego poradzenia sobie z problemami zdrowia psychicznego mogą być w szczególności adresowane przez psychotherapeutów/-tki, psychologów/-żki czy psychiatrów/-trki zajmujących się popularyzacją wiedzy psychologicznej - odpowiednio prowadzona działalność popularyzatorska może być tutaj niezwykle cenna.

GŁÓWNE WNIOSKI Z BADAŃ DLA SPECJALISTEK I SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Bariery systemowe są poważne, ale często przegrywają z barierami wewnętrznymi i poznawczymi

Wyniki naszych badań wskazują, że choć bariery systemowe - takie jak koszty, długi czas oczekiwania czy ograniczona dostępność usług - stanowią realną przeszkodę w korzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej, to równie istotną, a często **dominującą rolę odgrywają bariery wewnętrzne, społeczne i te związane z wiedzą i wyobrażeniami**. Do najczęściej deklarowanych należą: chęć samodzielnego poradzenia sobie z trudnościami, przekonanie, że problem "sam minie", poczucie, że "tak naprawdę nie mam problemu", niechęć do mówienia o swoich uczuciach, niepokój związany z samymi metodami leczenia oraz lęk przed oceną społeczną i stygmatyzacją (bycie postrzeganym jako "wariat/-ka" lub "osoba słaba"). **Te czynniki sprawiają, że nawet w przypadku możliwości - czasowych i finansowych - spora część osób w ogóle nie podejmuje pierwszego kroku w kierunku skorzystania z pomocy.**

Wyniki te podkreślają **konieczność równoległego adresowania barier systemowych oraz wewnętrznych**. Oznacza to potrzebę nie tylko upraszczania ścieżek dostępu do pomocy, ale także systematycznej pracy nad przekonaniami i emocjami towarzyszącymi samemu faktowi szukania pomocy. Ważne może okazać się wyjaśnianie sposobu działania psychoterapii i farmakoterapii, transparentne informowanie o zasadach poufności i funkcjonowaniu dokumentacji medycznej, normalizowanie mówienia o trudnościach emocjonalnych oraz włączanie tematu lęku przed oceną społeczno-zawodową do standardowej pracy z pacjentem. Z perspektywy systemowej, warto wspomnieć o znaczeniu, jakie może mieć **wczesna edukacja - zwłaszcza w szkołach i miejscach pracy - dotycząca zdrowia psychicznego, dostępnych form wsparcia oraz sposobów korzystania z nich, tak aby kontakt z pomocą psychologiczną był postrzegany jako element dbania o zdrowie, a nie wyjątek zarezerwowany dla sytuacji poważnego kryzysu.**

Wiedza psychologiczna jako bufor zmiany przekonań dotyczących profesjonalnej pomocy psychologicznej

Wyniki badań wskazują, że **większy poziom wiedzy psychologicznej pełni funkcję swoistego bufora - wiąże się z większą otwartością na skorzystanie z profesjonalnej pomocy, lepszym rozumieniem jej sensu oraz mniejszą podatnością na teorie spiskowe dotyczące działań psychologów i psychiatrów**. Osoby lepiej zorientowane w obszarze psychologii częściej postrzegają psychoterapię jako dopuszczalny i skuteczny sposób radzenia sobie z trudnościami, a specjalistów jako bardziej kompetentnych. Jednocześnie, większa wiedza sprzyja krytycznemu spojrzeniu. Może to prowadzić zarówno do bardziej świadomego wyboru specjalisty, jak i do większej ostrożności, nieufności wobec praktyk odbieranych jako nieprzejrzyste, nieetyczne lub nieuzasadnione, szczególnie w sytuacji rosnącej dostępności informacji (i dezinformacji) w internecie.

Wyniki ponownie podkreślają **znaczenie rozwijania rzetelnej psychoedukacji, zwłaszcza w grupach o niższych zasobach i ograniczonym dostępie do informacji**. W praktyce może to oznaczać potrzebę większej transparentności w zakresie wykształcenia, szkoleń i stosowanych metod (w tym gotowość do przedstawienia potwierdzeń posiadanych kwalifikacji), wyjaśniania podstaw proponowanych interwencji oraz otwartości na pytania i wątpliwości. Jednocześnie, uwagi wymaga rozwijanie wiedzy psychologicznej w społeczeństwie, tak, aby proponowane treści nie ograniczały się do prostych haseł, lecz sprzyjały pełniejszemu rozumieniu natury zaburzeń, możliwości i ograniczeń terapii oraz kompetencji poszczególnych specjalistów.

GŁÓWNE WNIOSKI Z BADAŃ DLA SPECJALISTEK I SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Spojrzenie Polek i Polaków na profesjonalną pomoc psychologiczną różni się pod względem zmiennych demograficznych i społeczno-ekonomicznych

Wyniki pokazują, że **postawy wobec pomocy psychologicznej są istotnie zróżnicowane ze względu na płeć, wiek, wykształcenie oraz status społeczno-ekonomiczny**. Mężczyźni, osoby starsze oraz osoby z niższym wykształceniem i statusem socjo-ekonomicznym częściej funkcjonują w ramach norm podkreślających samodzielne radzenie sobie, wyższy poziom sceptycyzmu wobec psychologii i podatności na myślenie spiskowe dotyczące działań specjalistów zdrowia psychicznego. Z kolei kobiety, osoby młodsze, z wyższym wykształceniem oraz o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej traktują psychoterapię jako sposób dbania o siebie, są bardziej zainteresowane psychologią i otwarte na korzystanie z profesjonalnej pomocy. Dane te sugerują, że **specjaliści nie pracują z "uniwersalnym pacjentem", lecz z grupami różniącymi się przywiązaniem do obowiązujących norm, z innym doświadczeniem i posiadającymi inne zasoby, co przekłada się na różne rodzaje barier i oczekiwań wobec wsparcia**.

Z perspektywy praktyki klinicznej wyniki podkreślają **istotność dostosowywania sposobu pracy do konkretnego pacjenta - zarówno na poziomie języka, jak i formy psychoedukacji, sposobu budowania relacji terapeutycznej oraz prezentowania dostępnych form wsparcia**. Zamiast zakładać jeden, uniwersalny przekaz, warto indywidualnie dobierać bardziej adekwatny styl komunikacji i zakres wyjaśnień, a tym samym zwiększać dostępność i skuteczność oferowanej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej.

Faktyczne korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej może zwiększać zaufanie i zmniejszać poziom negatywnych przekonań wobec specjalistów zdrowia psychicznego

Osoby badane, które zadeklarowały korzystanie z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej w ciągu życia, wykazały relatywnie wysoki poziom zaufania do specjalistów i specjalistek zdrowia psychicznego. Sugeruje to, że **realne doświadczenie kontaktu ze specjalistą/-tką ma potencjał korygowania wcześniejszych obaw, stereotypów i uprzedzeń**. W praktyce może oznaczać to, że każda konsultacja / wizyta jest nie tylko interwencją ukierunkowaną na konkretny problem danej osoby, ale także doświadczeniem, które może wpływać na sposób, w jaki pacjent/-ka będzie myśleć i mówić o psychologii, psychoterapii i psychiatrii w swoim otoczeniu.

Z perspektywy praktyki klinicznej, wyniki podkreślają **istotność jakości kontaktu z pacjentem/-ką: sposobu traktowania pacjentka/-tki, przejrzystości komunikacji, jasnego określania granic kompetencji, gotowości i otwartości do adresowania pytań i wątpliwości**. Doświadczenie szacunku, uważności i poczucia kompetencji specjalisty może wzmacniać zaufanie nie tylko do danej osoby, ale także do całej grupy zawodów pomocowych, redukując obawy przed sięganiem po pomoc w przyszłości - zarówno u samego pacjenta/-ki, jak i w ich środowisku. Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym mogą odgrywać również kluczową rolę w obniżaniu lęku związanego z pierwszym kontaktem poprzez działania wykraczające poza sam gabinet, np. angażowanie się w kampanie społeczne, pokazujące, jak realnie wygląda wizyta u psychologa, psychoterapeuty czy psychiatry, oraz dodawanie na własnych stronach internetowych czy profilach zawodowych jasnych informacji dotyczących tego, jak przebiega w ich gabinecie pierwsza konsultacja, czego można się spodziewać i jak ewentualnie można się do niej przygotować. **Tego typu komunikacja może zmniejszać niepewność, wzmacniać poczucie przewidywalności sytuacji i ułatwić decyzję o skorzystaniu z pomocy osobom, które wcześniej się tego obawiały**.

PODSUMOWANIE

Niniejszy raport stanowi syntetyczne podsumowanie wyników i wniosków z dotychczas przeprowadzonych badań w ramach projektu Psychologia dla Społeczeństwa, ukierunkowane na praktyczne implikacje dla specjalistek i specjalistów zdrowia psychicznego. **Zebrań dane pozwalają spojrzeć na decyzję o skorzystaniu z pomocy psychologicznej nie tylko jako na prostą odpowiedź na obecność objawów, lecz jako na rezultat złożonych interakcji między wiedzą, przekonaniem, wewnętrznymi barierami i kontekstem społeczno-systemowym.**

Nasze wyniki pokazują, że decyzja o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej jest efektem wielu czynników - indywidualnych, społecznych i systemowych. Kluczową rolę odgrywa nie tylko aktualne nasilenie objawów, ale także znaczenie przypisywane samej diagnozie, obawy przed stygmatyzacją, normy dotyczące samodzielnego radzenia sobie oraz poziom wiedzy psychologicznej. Otwartość na pomoc współistnieje z ambiwalencją, nierealistycznymi oczekiwaniami dotyczącymi szybkiej, "magicznej" zmiany oraz przekonaniem, że korzystanie z pomocy jest oznaką słabości lub rozwiązaniem "ostatniej szansy". Jednocześnie to właśnie realny kontakt ze specjalistą/-tką często prowadzi do korekty lęków i uprzedzeń, wzmacniając zaufanie do profesjonalnej pomocy.

Z perspektywy praktyki klinicznej i systemowej, wyniki podkreślają:

- istotność pracy nad znaczeniem diagnozy i lękiem przed etykietą
- traktowanie rzetelnej psychoedukacji jako integralnej części pracy (w tym wyjaśniania specyfiki zawodów pomocowych, założeń nurtów psychoterapeutycznych, realnych możliwości i ograniczeń danej interwencji)
- znaczenie świadomego adresowania normy samodzielnego radzenia sobie oraz innych barier wewnętrznych
- konieczność rozwijania rzetelnej wiedzy na temat psychologii i pomocy psychologicznej w społeczeństwie
- istotność różnicowania sposobu komunikacji, strategii pracy i docierania do potencjalnych osób potrzebujących, w zależności od płci, wieku, poziomu wykształcenia i sytuacji społeczno-ekonomicznej pacjentów

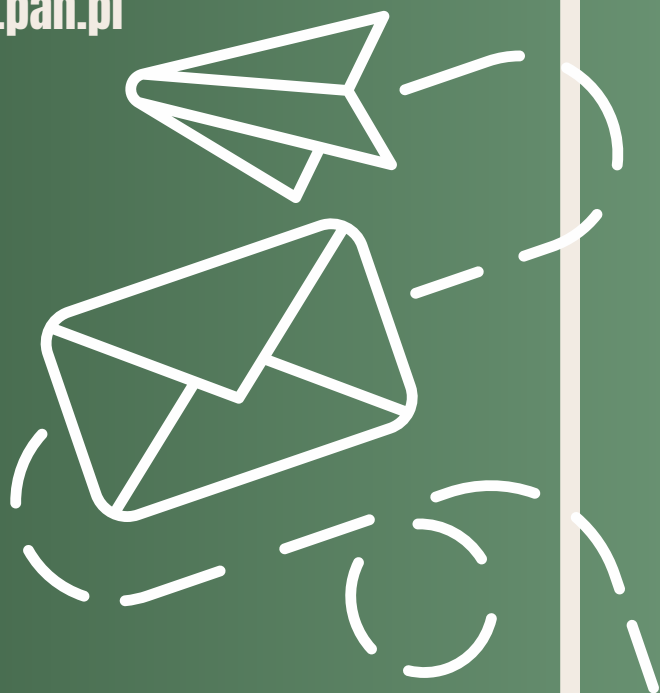
Każdy kontakt ze specjalistą/-tką zdrowia psychicznego - zarówno w gabinecie, jak i poprzez obecność w przestrzeni publicznej - staje się elementem kształtującym społeczny obraz psychologii, psychoterapii i psychiatrii, a tym samym wpływa na przyszłą gotowość Polek i Polaków do korzystania z profesjonalnego wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego.

Podsumowując, przedstawione wyniki wskazują, że rola specjalistek i specjalistów zdrowia psychicznego wykracza daleko poza redukcję objawów - obejmuje także kształtowanie znaczeń związanych z diagnozą, współtworzenie społecznego obrazu pomocy psychologicznej oraz redukcję barier, które zatrzymują wiele osób "przed drzwiami gabinetu". Raport może tym samym służyć jako punkt wyjścia do refleksji nad sposobem pracy, projektowaniem działań psychoedukacyjnych i formowaniem polityk zdrowotnych, które realnie zwiększają dostępność i akceptowalność profesjonalnej pomocy psychologicznej.

ZAPRASZAMY DO KONTAKTU

pbagrowska@psych.pan.pl

l.gaweda@psych.pan.pl



© Copyright by Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2026



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk