

PODSUMOWANIE EFEKTÓW PROJEKTU

PSYCHOLOGIA DLA SPOŁECZEŃSTWA



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister
Nauki



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

PODSUMOWANIE EFEKTÓW PROJEKTU

PSYCHOLOGIA DLA SPOŁECZEŃSTWA

ZDROWIE.PSYCH.PAN.PL



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:

Marta Rogoza, Marta Marchlewska, Zuzanna Molenda, Dominika Adamczyk,
Aleksandra Furman, Paulina Bagrowska, Natalia Korczak, Aleksandra Budzisz

Skład i opracowanie graficzne:

Marta Rogoza

Sposób cytowania:

Rogoza, M., Marchlewska, M., Molenda, Z., Adamczyk, D., Furman, A.,
Bagrowska, P., Korczak, N., Budzisz, A. (2026). *Psychologia dla Społeczeństwa.
Podsumowanie efektów projektu*. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0
Treść licencji jest dostępna na stronie: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Okladka oraz grafiki w raporcie zostały przygotowane przy użyciu
ChatGPT-4 i modelu DALL-E, opracowanych przez OpenAI.
Zdjęcia na str. 5 pochodzą z prywatnych archiwów.

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 AUTORSKI



dr Marta Rogoza



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



dr Zuzanna Molenda



dr Dominika Adameczyk



dr Aleksandra Furman



dr Paulina Bagrowska



mgr Natalia Korczak



Aleksandra Budzisz

ZESPÓŁ AUTORSKI	5
SPIS TREŚCI	6
WPROWADZENIE	8
BADANIA ZREALIZOWANE W RAMACH PROJEKTU	9
Pilotażowe badanie ilościowe	10
Główne badanie ilościowe. Wywiady bezpośrednie z udziałem ankierów	11
Uzupełniające badanie ilościowe dotyczące AI	12
Badanie jakościowe – korzystanie z pomocy psychologicznej. Pogłębione wywiady indywidualne	13
Badanie jakościowe – klasy społeczne. Pogłębione wywiady indywidualne	14
Trzy badania eksperymentalne: testy interwencji	15
ROZDZIAŁ 1	
DOBROSTAN PSYCHICZNY POLEK I POLAKÓW: MIĘDZY DEKLARACJĄ A DOŚWIADCZENIEM	16
Wprowadzenie	17
Jak Polki i Polacy oceniają swoją kondycję psychiczną i ogólny stan zdrowia?	18
Trzy wymiary dobrostanu psychicznego	19
Czy relacje chronią przed samotnością?	20
Astenia, czyli przewlekłe zmęczenie jako powszechne doświadczenie	21
Doświadczenia z profesjonalną diagnozą zaburzeń psychicznych	22
Najczęstsze diagnozy zaburzeń psychicznych	23
Nasilenie objawów różnych zaburzeń psychicznych	24
Najważniejsze wnioski	25
ROZDZIAŁ 2	
CZY POLKI I POLACY (NIE) KORZYSTAJĄ Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ?	27
Wprowadzenie	28
Myślimy o pomocy, ale czy z niej korzystamy?	29
Postawy wobec pomocy psychologicznej	31
Motywacje do korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej	32
Bariery w korzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej	34
Najważniejsze wnioski	39
ROZDZIAŁ 3	
POZYCJA NA DRABINIE SPOŁECZNEJ A DOBROSTAN PSYCHICZNY I STOSUNEK DO PSYCHOLOGII	41
Wprowadzenie	42
Cztery segmenty - klasy społeczne (wskaźnik obiektywny)	43
Charakterystyka wyróżnionych segmentów	44
Klasa społeczna w ujęciu subiektywnym	49
Klasa społeczna a... (zmienne dotyczące dobrostanu psychicznego i stosunku do psychologii)	50
Najważniejsze wnioski	62

ROZDZIAŁ 4

AI A ZDROWIE PSYCHICZNE - SZANSE I ZAGROŻENIA

63

Wprowadzenie	64
Czy używanie AI jest powszechne?	65
AI jako narzędzie	66
Czy uczłowiczamy AI?	68
Otwartość na AI w psychologii?	70
Najważniejsze wnioski	71

ROZDZIAŁ 5

OD NIEUFNOŚCI DO OTWARTOŚCI: BADANIA EKSPERYMENTALNE, SPOT I KAMPANIA SPOŁECZNA

72

Diagnoza jest. I co dalej?	73
Badania eksperymentalne: co testowaliśmy?	74
Jak skutecznie budować zaufanie do psychologii i pomocy psychologicznej	77
Od badań do interwencji społecznej	78
Kampania społeczna "Daj sobie spokój. Czeka u psychologa"	79
Strona internetowa zdrowie.psych.pan.pl	80

BIBLIOGRAFIA

81

WPROWADZENIE

Witamy w raporcie podsumowującym program badawczo-interwencyjny *Psychologia dla Społeczeństwa*, który Instytut Psychologii PAN realizował na zlecenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2024–2026.

Wnioski przedstawione w niniejszym raporcie opierają się na wynikach szeroko zakrojonych badań, których celem było rozpoznanie **postaw wobec zdrowia psychicznego, psychologii jako nauki oraz korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej**. Szczególną uwagę poświęciliśmy nie tylko kondycji psychicznej Polek i Polaków oraz współczesnemu postrzeganiu psychologii i wsparcia psychologicznego, lecz także roli, jaką w tych procesach odgrywa miejsce jednostki w hierarchii społecznej. Sprawdziłyśmy, jak przynależność do określonych klas społecznych wiąże się z dobrostanem oraz postawami wobec profesjonalnego wsparcia psychologicznego.

Ze względu na złożoność analizowanego zjawiska wykorzystano wiele uzupełniających się metod badawczych, łącząc podejście ilościowe i jakościowe. Zwieńczeniem programu *Psychologia dla Społeczeństwa* było stworzenie **interwencji psychoedukacyjnej** w formie spotu wideo promującego korzystanie z pomocy psychologicznej. Przygotowanie interwencji poprzedziła seria badań eksperymentalnych, w których testowano różne strategie wzmacniania pozytywnych postaw wobec profesjonalnego wsparcia psychologicznego. Oprócz spotu powstał także portal internetowy www.zdrowie.psych.pan.pl, zawierający treści dotyczące zdrowia psychicznego.

Na dalszych stronach szczegółowo przedstawiamy plan badawczy oraz rezultaty naszych działań.



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

BADANIA ZREALIZOWANE W RAMACH PROJEKTU

Pierwszym etapem prac było ilościowe badanie pilotażowe CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*, tj. na panelu internetowym), przeprowadzone na próbie ogólnopolskiej. Jego celem było wstępne rozpoznanie najważniejszych postaw, barier i przekonań dotyczących psychologii oraz zdrowia psychicznego. Pozwoliło ono zidentyfikować kluczowe obszary wymagające dalszej eksploracji oraz opracować narzędzia wykorzystywane w kolejnych etapach projektu.

Następnie przeprowadzono badanie główne: na reprezentatywnej próbie dorosłych Polek i Polaków, ale tym razem metodą CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*), tj. w formie wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*), z udziałem ankieterów. Badanie to stanowi podstawowe źródło danych ilościowych prezentowanych w raporcie i pozwala formułować wnioski dotyczące całej populacji dorosłych Polek i Polaków. To właśnie do tego etapu odnoszą się analizy dotyczące kondycji psychicznej Polek i Polaków, ich postaw wobec korzystania z pomocy psychologicznej, poziomu wiedzy psychologicznej oraz barier, które powstrzymują ich przed skorzystaniem z profesjonalnego wsparcia.

Uzupełnieniem diagnozy było kolejne badanie ilościowe CAWI (na panelu internetowym) poświęcone percepcji nowych technologii i sztucznej inteligencji w obszarze zdrowia psychicznego. Jego celem było sprawdzenie, w jaki sposób osoby badane postrzegają możliwość korzystania z narzędzi opartych na AI jako potencjalnego źródła wsparcia psychologicznego oraz jakie szanse i zagrożenia wiążą się z tego typu rozwiązaniami.

Istotnym komponentem projektu były również dwa badania jakościowe w formie indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI, *Individual In-Depth Interview*). Pozwoliły one wyjść poza deklaracje ankietowe i lepiej zrozumieć motywacje, obawy, język opisu problemów psychicznych, jakim posługują się Polki i Polacy, oraz codzienne doświadczenia związane z podejmowaniem decyzji o sięganiu – lub nie – po profesjonalną pomoc.

Odrębny blok stanowiły trzy badania eksperymentalne, których celem było przetestowanie, jakie sposoby narracji o zdrowiu psychicznym i korzystaniu z pomocy mogą wpływać na postawy odbiorców. Badania te miały charakter aplikacyjny – pozwalały sprawdzić nie tylko, jakie przekonania dominują, ale również jakie komunikaty mogą wzmacniać zaufanie do psychologii i zwiększać gotowość do sięgania po wsparcie. Dane, które zebraliśmy dzięki nim, wykorzystaliśmy przy tworzeniu spotu psychoedukacyjnego.

Tak zaprojektowany, wieloetapowy program badawczy umożliwił spojrzenie na analizowane zjawisko z kilku perspektyw jednocześnie: diagnozy społecznej, pogłębionego rozumienia doświadczeń jednostek oraz testowania praktycznych rozwiązań komunikacyjnych. Na kolejnych stronach przedstawiono szczegółową charakterystykę konkretnych prób badawczych oraz opis zastosowanych metod i procedur analitycznych, stanowiących podstawę wniosków prezentowanych w dalszej części raportu.

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami etyki badań naukowych, a ich realizacja uzyskała pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań w Instytucie Psychologii PAN (decyzja nr 31/X/2024 z dnia 10 października 2024 roku) oraz pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora R.B. Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego (decyzja nr 8/25 z dnia 14 maja 2025 roku).

PILOTAŻOWE BADANIE ILOŚCIOWE

Badanie pilotażowe zrealizowano w czwartym kwartale 2024 roku metodą CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*) na ogólnopolskim panelu badawczym. Jego celem było pozyskanie danych od demograficznie zróżnicowanej grupy dorosłych mieszkańców Polski. Dobór próby uwzględniał podstawowe cechy struktury społecznej, takie jak płeć, wiek oraz wielkość miejsca zamieszkania. Łącznie w badaniu udział wzięło 647 osób.

Ze względu na szeroki zakres poruszanej problematyki oraz dużą liczbę mierzonych zmiennych, proces zbierania danych został podzielony na dwa etapy. Druga część kwestionariusza była udostępniana osobom badanym po około 24 godzinach od zakończenia pierwszej, co pozwoliło ograniczyć ryzyko znużenia badaniem i zwiększyć jakość udzielanych odpowiedzi. Oba etapy zostały zaprojektowane tak, aby zachować porównywalne obciążenie czasowe uczestników. Całość badania miała charakter dobrowolny i anonimowy.



N = 647

PŁEĆ I WIEK



48%
kobiet



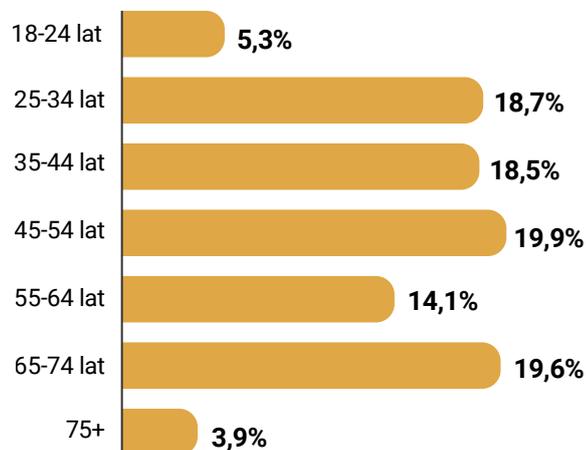
51,5%
mężczyzn



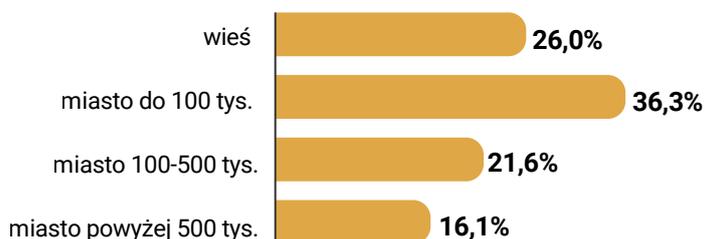
0,5% osób
niebinarnych

w wieku od 18 do 99 lat
 $M = 48,70$; $SD = 16,19$

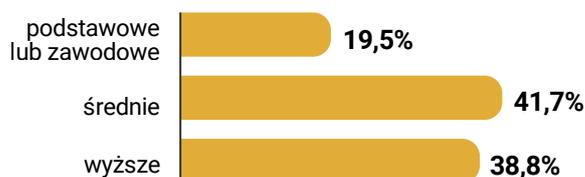
WIEK (PRZEDZIAŁY)



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



WYKSZTAŁCENIE



GŁÓWNE BADANIE ILOŚCIOWE WYWIADY BEZPOŚREDNIE Z UDZIAŁEM ANKIETERÓW

Badanie przeprowadzono na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski (18+), obejmującej 1104 osoby. Dobór kwotowy uwzględniał kluczowe cechy społeczno-demograficzne, takie jak płeć, wiek, poziom wykształcenia oraz wielkość miejsca zamieszkania, co pozwoliło na możliwie wierne odzwierciedlenie struktury populacji.

Dane zebrano metodą CAPI (*Computer-Assisted Personal Interview*), czyli w formie bezpośrednich wywiadów realizowanych przez przeszkolonych ankieterów/ankieterki w kontakcie *face-to-face* z respondentami i respondentkami. Głównym celem tego etapu było uchwycenie społecznej skali korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej, a także rozpoznanie dominujących postaw, przekonań i barier związanych z sięganiem po tego rodzaju wsparcie.



N = 1104

PŁEĆ I WIEK



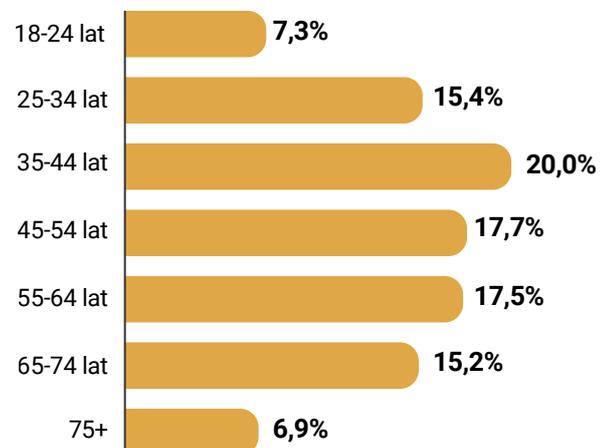
52,3%
kobiet



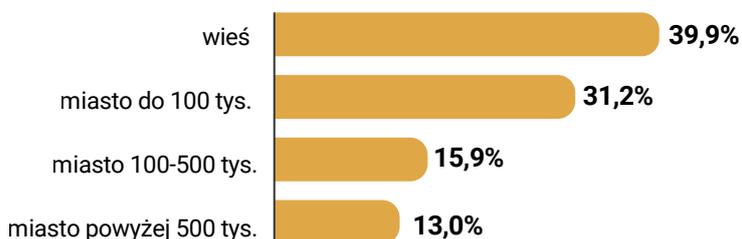
47,7%
mężczyzn

w wieku od 18 do 97 lat
 $M = 49,27; SD = 16,70$

WIEK (PRZEDZIAŁY)



MIEJSCE ZAMIESZKANIA



WYKSZTAŁCENIE



UZUPEŁNIAJĄCE BADANIE ILOŚCIOWE DOTYCZĄCE AI

Badanie zrealizowano metodą CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*) na ogólnopolskim panelu badawczym. Analizy oparto na dwóch typach prób. **Pierwszą stanowiła ogólnopolska próba reprezentatywna dorosłych mieszkańców i mieszanek Polski (N = 540)**, dobrana w taki sposób, aby odzwierciedlała strukturę populacji pod względem płci, wieku, poziomu wykształcenia oraz wielkości miejsca zamieszkania. Wyniki uzyskane w tej grupie pozwalają opisać ogólne postawy społeczne wobec sztucznej inteligencji oraz skalę korzystania z narzędzi AI w polskim społeczeństwie. **Drugą stanowiła próba użytkowników i użytkowniczek sztucznej inteligencji (N = 441)**. Obejmowała ona osoby korzystające z AI obecne w próbie reprezentatywnej oraz dodatkową próbę celową (*booster*), do której rekrutowano osoby deklarujące korzystanie z narzędzi AI co najmniej kilka razy w tygodniu. Pozwoliło to na bardziej pogłębioną analizę doświadczeń, motywacji oraz psychologicznych i społecznych konsekwencji korzystania ze sztucznej inteligencji. W zależności od charakteru analiz wyniki prezentowane są osobno dla próby reprezentatywnej (N = 540) oraz próby użytkowników AI (N = 441).



N = 540



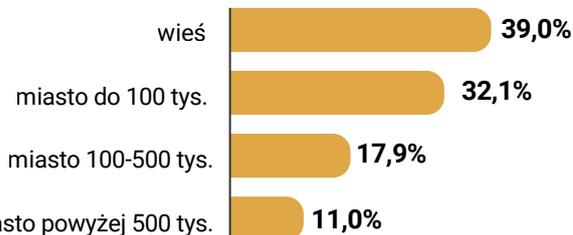
52,6%
kobiet



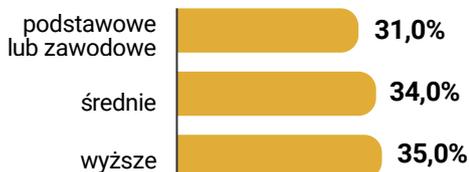
47,4%
mężczyzn

od 18 do 86 lat
M = 49,04; SD = 16,07

MIEJSCE ZAMIESZKANIA



WYKSZTAŁCENIE



N = 441



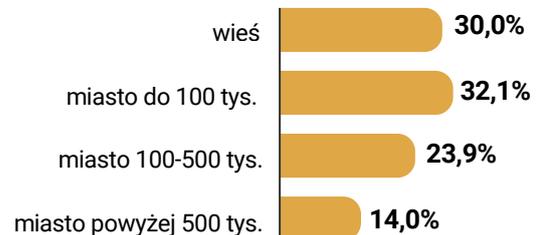
50,1%
kobiet



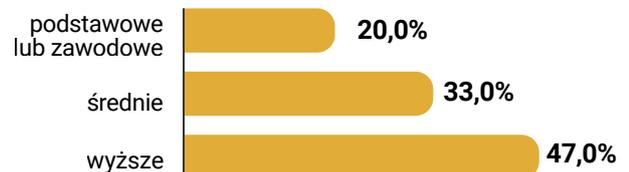
49,9%
mężczyzn

od 18 do 80 lat
M = 42,87; SD = 15,05

MIEJSCE ZAMIESZKANIA



WYKSZTAŁCENIE



BADANIE JAKOŚCIOWE - KORZYSTANIE Z POMOCY POGŁĘBIONE WYWIADY INDYWIDUALNE

Badanie jakościowe zrealizowano metodą pogłębionych wywiadów indywidualnych online (IDI, *In-Depth Interviews*). W badaniu udział wzięły 24 osoby. Celem tej części projektu było pogłębione zrozumienie motywów, doświadczeń oraz barier związanych z korzystaniem z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Próba została dobrana celowo. Łącznie przeprowadzono 16 wywiadów z osobami, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystały ze specjalistycznej pomocy psychologicznej. W tej grupie osiem osób oceniało swoje doświadczenia pozytywnie, natomiast 8 negatywnie. Dodatkowo przeprowadzono osiem wywiadów z osobami, które nigdy nie korzystały z profesjonalnej pomocy psychologicznej, mimo doświadczania kryzysów lub trudności związanych ze zdrowiem psychicznym.

W procesie rekrutacji zadbano o zróżnicowanie uczestników i uczestniczek pod względem płci, wieku, poziomu dochodów oraz miejsca zamieszkania. Do badania włączono osoby mieszkające na wsi, w małych i dużych miastach, co pozwoliło uwzględnić różnorodne doświadczenia i konteksty społeczne. Wywiady realizowano online, a średni czas pojedynczej rozmowy wynosił około jednej godziny. Uzyskany materiał został poddany analizie tematycznej. Proces analizy obejmował wieloetapowe kodowanie transkrypcji, identyfikację powtarzających się wzorców i znaczeń, grupowanie kodów w główne tematy oraz ich końcowe uporządkowanie i interpretację na podstawie zgromadzonych danych.

OSOBY, KTÓRE KORZYSTAŁY Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ I OCENIAJĄ TO DOŚWIADCZENIE POZYTYWNI

Kobieta, 30 lat, duże miasto, dochód 8000 PLN
Kobieta, 28 lat, małe miasto, dochód 4500 PLN
Kobieta, 47 lat, średnie miasto, dochód 8000 PLN
Kobieta, 46 lat, duże miasto, dochód 5500 PLN
Mężczyzna, 25 lat, małe miasto, dochód 7500 PLN
Mężczyzna, 26 lat, duże miasto, dochód 4000 PLN
Mężczyzna, 38 lat, duże miasto, dochód >7000 PLN
Mężczyzna, 40 lat, wieś, dochód 6000 PLN

OSOBY, KTÓRE KORZYSTAŁY Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ I OCENIAJĄ TO DOŚWIADCZENIE NEGATYWNI

Kobieta, 27 lat, duże miasto, dochód >7000 PLN
Kobieta, 25 lat, średnie miasto, dochód 4600 PLN
Kobieta, 45 lat, małe miasto, dochód 7500 PLN
Kobieta, 43 lata, duże miasto, dochód 6000 PLN
Mężczyzna, 25 lat, wieś, 8000 PLN
Mężczyzna, 18 lat, duże miasto, brak dochodów
Mężczyzna, 37 lat, duże miasto, dochód 10000 PLN
Mężczyzna, 33 lata, małe miasto, dochód 5000 PLN



N = 24

Ogółem:

- 12 kobiet i 12 mężczyzn
- Wiek: 18 - 49 lat
- 12 osób ze wsi, małych i średnich miast
- 12 osób z dużych miast
- Dochód: brak - 11 000 PLN

OSOBY, KTÓRE NIE KORZYSTAŁY Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Kobieta, 28 lat, duże miasto, dochód 8000 PLN
Kobieta, 29 lat, małe miasto, dochód 3700 PLN
Kobieta, 49 lat, średnie miasto, dochód 10 000 PLN
Kobieta, 39 lat, duże miasto, dochód 5000 PLN
Mężczyzna, 28 lat, małe miasto, dochód 7200 PLN
Mężczyzna, 22 lata, duże miasto, dochód 6000 PLN
Mężczyzna, 33 lata, duże miasto, dochód 8000 PLN
Mężczyzna, 47 lat, duże miasto, dochód 5000 PLN

BADANIE JAKOŚCIOWE - KLASY SPOŁECZNE

POGŁĘBIONE WYWIADY INDYWIDUALNE

W ramach projektu przeprowadzono również pogłębione wywiady indywidualne online (IDI, *In-Depth Interviews*, $N = 40$) z przedstawicielami i przedstawicielkami wcześniej wyodrębnionych segmentów badanych. Celem badania była identyfikacja powtarzających się wzorców oraz wyodrębnienie głównych tematów opisujących doświadczenia i postawy charakterystyczne dla badanych segmentów.

Próba została dobrana celowo w taki sposób, aby możliwie dobrze odzwierciedlała zróżnicowanie demograficzne i społeczno-ekonomiczne osób należących do poszczególnych segmentów. Czas trwania pojedynczego wywiadu wynosił około jednej godziny. Zebrany materiał został poddany analizie tematycznej z wykorzystaniem programu Taguette.



N = 40

Zorientowani na Przetrwanie	Młodzi, 2 IDI	W średnim wieku, 4 IDI	Starsi, 4 IDI
Kobiety, 5 IDI	1 IDI duże miasto	1 IDI wieś 1 IDI średnie miasto	1 IDI małe miasto 1 IDI duże miasto
Mężczyźni, 5 IDI	1 IDI wieś	1 IDI małe miasto 1 IDI duże miasto	1 IDI wieś 1 IDI średnie miasto
Przeciążeni na Dorobku	Młodzi, 2 IDI	W średnim wieku, 4 IDI	Starsi, 4 IDI
Kobiety, 5 IDI	1 IDI małe miasto	1 IDI wieś 1 IDI duże miasto	1 IDI małe miasto 1 IDI średnie miasto
Mężczyźni, 5 IDI	1 IDI średnie miasto	1 IDI małe miasto 1 IDI średnie miasto	1 IDI wieś 1 IDI duże miasto
Niepełni Odkrywczy	Młodzi, 4 IDI	W średnim wieku, 3 IDI	Starsi, 3 IDI
Kobiety, 5 IDI	1 IDI małe miasto 1 IDI średnie miasto	1 IDI wieś	1 IDI małe miasto 1 IDI średnie miasto
Mężczyźni, 5 IDI	1 IDI wieś 1 IDI duże miasto	1 IDI małe miasto 1 IDI średnie miasto	1 IDI duże miasto
Uprzywilejowani Wizjonerzy	Młodzi, 4 IDI	W średnim wieku, 3 IDI	Starsi, 3 IDI
Kobiety, 5 IDI	1 IDI małe miasto 1 IDI duże miasto	1 IDI duże miasto 1 IDI wieś	1 IDI duże miasto
Mężczyźni, 5 IDI	1 IDI wieś 1 IDI średnie miasto	1 IDI małe miasto	1 IDI wieś 1 IDI średnie miasto

TRZY BADANIA EKSPERYMENTALNE: TESTY INTERWENCJI

Wszystkie badania eksperymentalne przeprowadzone w ramach projektu zostały zrealizowane metodą CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*), czyli internetowych wywiadów kwestionariuszowych prowadzonych na ogólnopolskich próbach dorosłych mieszkańców i mieszkanek Polski. Zastosowanie procedur eksperymentalnych pozwoliło na sprawdzenie, w jaki sposób różne sposoby komunikowania o psychologii, zdrowiu psychicznym i korzystaniu z pomocy psychologicznej wpływają na postawy społeczne, poziom uprzedzeń oraz gotowość do skorzystania z profesjonalnego wsparcia.

We wszystkich badaniach osoby uczestniczące były losowo przydzielane do różnych warunków eksperymentalnych, w których prezentowano odmienne komunikaty lub scenariusze dotyczące psychologii i pomocy psychologicznej. Następnie mierzono reakcje badanych osób, między innymi poziom sceptycyzmu wobec psychologii, przekonania spiskowe, uprzedzenia wobec osób korzystających z psychoterapii oraz gotowość do skorzystania z pomocy psychologicznej.

Bodźce eksperymentalne zostały opracowane na podstawie wcześniejszych badań jakościowych i ilościowych realizowanych w projekcie. Ich konstrukcja miała możliwie wiernie odzwierciedlać realne przekazy społeczne i medialne dotyczące psychologii oraz zdrowia psychicznego.



CHARAKTERYSTYKA PRÓB BADAWCZYCH

Poszczególne badania eksperymentalne realizowano w odrębnych ogólnopolskich próbach badawczych, dobranych metodą losowo-kwotową w taki sposób, aby możliwie najlepiej odzwierciedlały strukturę populacji Polski pod względem płci, wieku, poziomu wykształcenia oraz wielkości miejscowości zamieszkania.

- W Badaniu 1 udział wzięło 1177 osób, w tym 610 kobiet i 567 mężczyzn. Wiek uczestników i uczestniczek mieścił się w przedziale od 18 do 85 lat ($M = 48,97$; $SD = 16,91$).
- W Badaniu 2 początkowa próba liczyła 1112 osób. Z analiz wykluczono uczestników i uczestniczki, którzy nie przeszli pozytywnie testu uwagi po manipulacji eksperymentalnej. Ostateczna próba objęła 916 osób, w tym 491 kobiet, 423 mężczyzn oraz 2 osoby identyfikujące się inaczej. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 18 do 84 lat ($M = 48,57$; $SD = 15,70$).
- W Badaniu 3 (Molenda i in., 2026) początkowo wzięło udział 951 osób. Na podstawie pytania weryfikującego zaangażowanie w procedurę eksperymentalną z analiz wykluczono 517 osób. Ostateczna próba liczyła 434 osoby, w tym 265 kobiet i 169 mężczyzn, w wieku od 18 do 80 lat ($M = 47,20$; $SD = 15,99$). Uczestnicy i uczestniczki byli losowo przydzielani do warunku redukcji wyobrażonego zagrożenia związanego z diagnozą zaburzeń psychicznych ($n = 235$) lub warunku kontrolnego ($n = 199$).



ROZDZIAŁ 1

DOBROSTAN PSYCHICZNY POLEK I POLAKÓW: MIĘDZY DEKLARACJĄ A DOŚWIADCZENIEM

WPROWADZENIE

Dobrostan psychiczny jest jednym z podstawowych wskaźników jakości życia jednostek oraz funkcjonowania społeczeństwa jako całości (Diener i in., 1999; World Health Organization, 2022). Jego ocena pozwala nie tylko opisać aktualny stan populacji, ale także identyfikować obszary wymagające wsparcia i interwencji. Jednocześnie, dobrostan nie jest konstruktem jednowymiarowym – obejmuje zarówno subiektywne poczucie szczęścia i satysfakcji z życia, jak i codzienne doświadczenia emocjonalne, poziom energii oraz jakość relacji społecznych (Keyes, 2002).

W praktyce oznacza to, że ogólne deklaracje dotyczące „tego, jak się czujemy”, mogą nie być w pełni spójne z bardziej szczegółowymi wskaźnikami funkcjonowania psychicznego. Osoby, które oceniają swoje życie jako dobre, mogą jednocześnie doświadczać napięcia, zmęczenia czy poczucia osamotnienia (Ryff i Singer, 1998). Tego rodzaju rozbieżności mają istotne znaczenie dla rozumienia realnych potrzeb społeczeństwa w zakresie wsparcia psychologicznego.

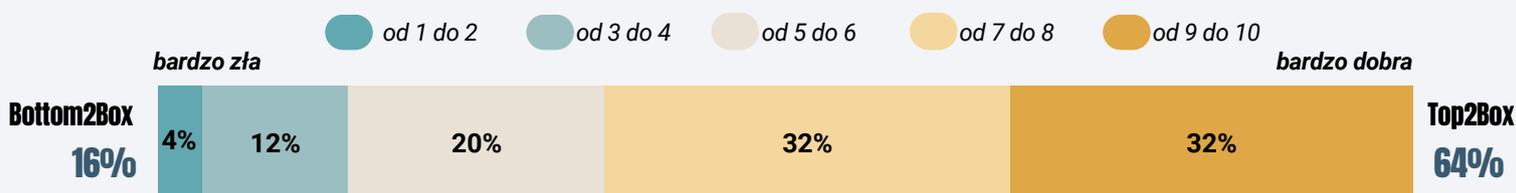
Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie diagnozy dobrostanu Polek i Polaków. Analiza obejmuje zarówno wskaźniki dobrego przystosowania (takie jak poczucie szczęścia czy samoocena), jak i konkretne objawy przeciążenia psychicznego (m.in. objawy depresyjne, lękowe, asteniczne oraz doświadczenie samotności). Szczególny nacisk w badaniu położono na identyfikację rozbieżności pomiędzy poziomem deklaracyjnym a rzeczywistymi doświadczeniami, które mogą wskazywać na ukryte lub niedoszacowane potrzeby w zakresie pomocy psychologicznej (World Health Organization, 2022).

JAK POLKI I POLACY OCENIAJĄ SWOJĄ KONDYCJĘ PSYCHICZNĄ I OGÓLNY STAN ZDROWIA?

Ocena własnej kondycji psychicznej oraz ogólnego stanu zdrowia stanowi jeden z najbardziej podstawowych wskaźników dobrostanu. Pozwala ona uchwycić ogólny sposób, w jaki jednostki postrzegają swoje funkcjonowanie, choć nie zawsze w pełni odzwierciedla ich codzienne doświadczenia.

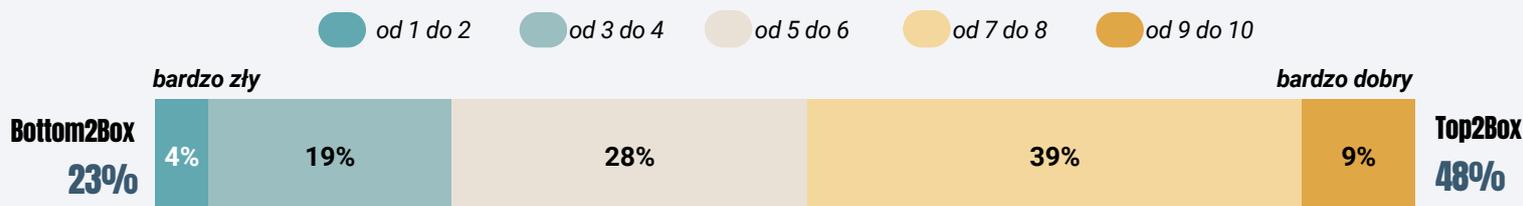
Wyniki naszego badania wskazują, że Polki i Polacy relatywnie pozytywnie oceniają swoją kondycję psychiczną. **Aż 64% badanych deklaruje dobrą lub bardzo dobrą kondycję psychiczną.** Jednocześnie jedynie 16% wskazuje na niską ocenę w tym obszarze. Rozkład odpowiedzi sugeruje, że ponad połowa społeczeństwa postrzega swoje funkcjonowanie psychiczne jako stabilne i satysfakcjonujące.

Jak oceniłaby Pani/oceniłby Pan swoją ogólną kondycję psychiczną?



Nieco odmienny obraz wyłania się w odniesieniu do ogólnego stanu zdrowia. W tym przypadku **48% badanych ocenia go pozytywnie, natomiast 25% wskazuje na jego niski poziom.** Oznacza to, że ocena zdrowia fizycznego jest wyraźnie mniej optymistyczna niż ocena kondycji psychicznej.

Jak oceniłaby Pani/oceniłby Pan ogólny stan swojego zdrowia?



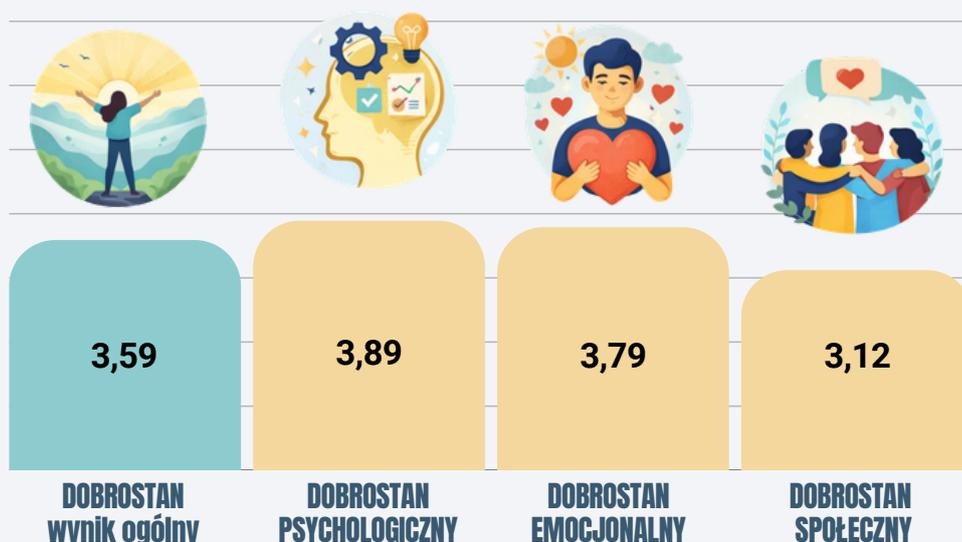
Różnica ta może wynikać ze specyfiki dokonywania obydwu ocen. Stan zdrowia fizycznego jest częściej oparty na konkretnych, obserwowalnych objawach i diagnozach, co w efekcie może prowadzić do bardziej krytycznych ocen. Z kolei kondycja psychiczna, jako bardziej subiektywna i mniej jednoznaczna, może być oceniana w sposób bardziej ogólny i mniej restrykcyjny. Jednocześnie nie można wykluczyć, że pozytywne deklaracje dotyczące kondycji psychicznej częściowo odzwierciedlają normy społeczne związane z postrzeganiem własnego funkcjonowania. **W wielu kontekstach przyznanie się do trudności psychicznych bywa utrudnione, co może prowadzić do ich niedoszacowania w odpowiedziach ogólnych.**

TRZY WYMIARY DOBROSTANU PSYCHICZNEGO

Dobrostan psychiczny często traktowany jest jako jednolita kategoria, czyli ogólne poczucie, że „jest dobrze” lub „nie jest dobrze”. Taki sposób myślenia jednak upraszcza rzeczywistość. Dobrostan ma strukturę i obejmuje różne, częściowo niezależne od siebie, wymiary funkcjonowania. W niniejszym badaniu przyjęto ujęcie trójwymiarowe, obejmujące dobrostan emocjonalny, psychologiczny oraz społeczny. Pomiar przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2002; Karaś i in., 2014), który pozwala uchwycić częstotliwość doświadczania pozytywnych stanów w tych trzech obszarach w okresie ostatniego miesiąca (skala od 1 – *nigdy* do 6 – *codziennie*). Takie podejście umożliwia odejście od ogólnej oceny dobrostanu na rzecz bardziej precyzyjnego pytania: **w jakich obszarach funkcjonowania jest dobrze, a w jakich pojawiają się trudności?**

Średnie wyniki dla ogólnego dobrostanu oraz jego trzech wymiarów w całej próbie

wynik średni: od 1 do 6



Uzyskane wyniki pokazują, że ogólna ocena dobrostanu może maskować istotne różnice między jego wymiarami. Najwyższe wartości odnotowano w obszarze dobrostanu psychologicznego i emocjonalnego, co wskazuje, że badani relatywnie dobrze funkcjonują na poziomie indywidualnym – w zakresie przeżyć, radzenia sobie ze stresem i oceny własnego życia.

Wyraźnie niższy poziom dotyczy natomiast dobrostanu społecznego. Oznacza to, że **trudności częściej pojawiają się w obszarze relacji, poczucia przynależności i funkcjonowania w społeczeństwie niż w sferze indywidualnej**. W efekcie, ogólny dobrostan nie jest prostą średnią „tego, jak się mamy”, lecz odzwierciedla napięcie między względnie dobrym funkcjonowaniem jednostki a słabszym doświadczeniem relacyjnym.

Taki wzorzec sugeruje, że jednym z kluczowych kontekstów obniżonego dobrostanu w codziennym życiu może być obszar relacji społecznych – w tym poczucie samotności i ograniczonej przynależności.

CZY RELACJE CHRONIĄ PRZED SAMOTNOŚCIĄ?

Samotność nie jest tożsama z brakiem relacji interpersonalnych. Może współwystępować z bogatą siecią powiązań społecznych i odzwierciedlać ocenę ich jakości. Oznacza to, że kluczowe znaczenie ma nie tyle liczba relacji, ile stopień, w jakim odpowiadają one na potrzebę bliskości, wsparcia i zrozumienia. Niski poziom samotności stanowi istotny komponent dobrostanu społecznego.



W naszym badaniu, poczucie samotności mierzono z wykorzystaniem skróconej wersji skali De Jong Gierveld i Van Tilburg (2006). Osoby badane określały, jak często w ciągu ostatnich czterech tygodni doświadczały wybranych stanów związanych z samotnością oraz dostępnością bliskich relacji, korzystając ze skali od 1 – *nigdy* do 5 – *cały czas*. Uwzględniono zarówno wskaźniki samotności (np. tęsknota za bliskością, poczucie pustki, poczucie odrzucenia), jak i wskaźniki braku samotności (np. posiadanie bliskich osób i duży dostęp do wsparcia). Na wykresach przedstawiono rozkład odpowiedzi dla trzech przykładowych pozycji spośród pięciu itemów wchodzących w skład skali.

W jakim stopniu doświadczył/a Pan/i następujących objawów w ciągu ostatnich czterech tygodni?

■ *nigdy*
 ■ *rzadko*
 ■ *czasami*
 ■ *często*
 ■ *cały czas*

Bottom2Box

Top2Box

Tęsknię za posiadaniem w pobliżu bliskich osób. (*wskaźnik samotności*)

36%



28%

Odczuwam ogólne poczucie pustki. (*wskaźnik samotności*)

56%



16%

Często czuję się odrzucona/odrzucony. (*wskaźnik samotności*)

65%



13%

Wyniki wskazują, że najsilniej obecnym doświadczeniem jest tęsknota za bliskością – znaczna część badanych (64%) deklaruje, że odczuwa ją co najmniej czasami. Wyraźnie rzadziej pojawiają się bardziej intensywne przejawy samotności, takie jak poczucie pustki czy odrzucenia, które dla większości Polek i Polaków nie stanowią częstego doświadczenia. Oznacza to, że samotność częściej przyjmuje formę umiarkowanego **niedosytu bliskich relacji** niż silnych, negatywnych stanów emocjonalnych.

ASTENIA, CZYLI PRZEWLEKŁE ZMĘCZENIE, JAKO POWSZECHNE DOŚWIADCZENIE

Codziennie funkcjonowanie psychiczne nie sprowadza się wyłącznie do nastroju, czy satysfakcji z życia. Istotnym jego elementem jest poziom energii, zdolność do koncentracji oraz odczuwane obciążenie organizmu. Wskaźniki te pozwalają uchwycić mniej oczywisty, lecz istotny wymiar obniżonego dobrostanu – związany z astenią (Vasenina i in., 2022).

Astenia odnosi się do stanu obniżonej energii i witalności, przejawiającego się przewlekłym zmęczeniem, osłabieniem oraz trudnościami w utrzymaniu koncentracji i aktywności. W przeciwieństwie do przejściowego zmęczenia, które ustępuje po odpoczynku, astenia często ma charakter bardziej utrwalaony i może obejmować zarówno komponent psychiczny, jak i fizyczny. Stan ten może być związany z przeciążeniem psychicznym, stresem lub czynnikami somatycznymi i jest traktowany jako ważny wskaźnik ogólnego funkcjonowania psychofizycznego. W badaniu posłużono się autorską, skróconą skalą oceny astenii (Pochwatko i in., 2023). Poniżej przedstawiono rozkład odpowiedzi dla wszystkich trzech pozycji wchodzących w skład skali.



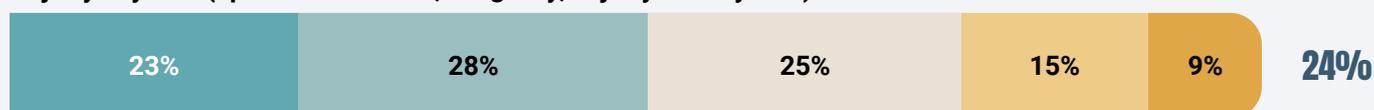
W jakim stopniu doświadczył/a Pan/i następujących objawów w ciągu ostatnich czterech tygodni?

■ w ogóle
 ■ rzadko
 ■ czasami
 ■ często
 ■ bardzo często

Zmęczenie i osłabienie (zmęczenie, słabość, spadek wydajności)



Objawy fizyczne (np. zaburzenia snu, ból głowy, objawy somatyczne)



Problemy z koncentracją i stresem

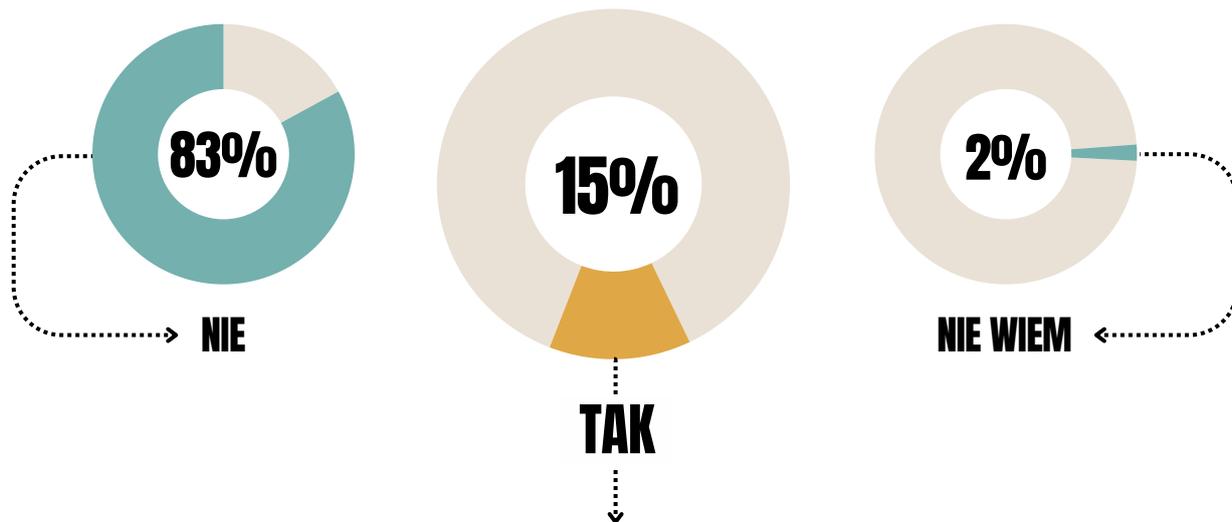


Wyniki te wskazują, że obniżony poziom energii oraz trudności poznawcze stanowią dość częste elementy codziennego funkcjonowania. Objawy o wysokim nasileniu dotyczą około jednej czwartej osób badanych, a umiarkowane formy są obecne wśród jeszcze większej grupy Polek i Polaków (od 47% do 66%).

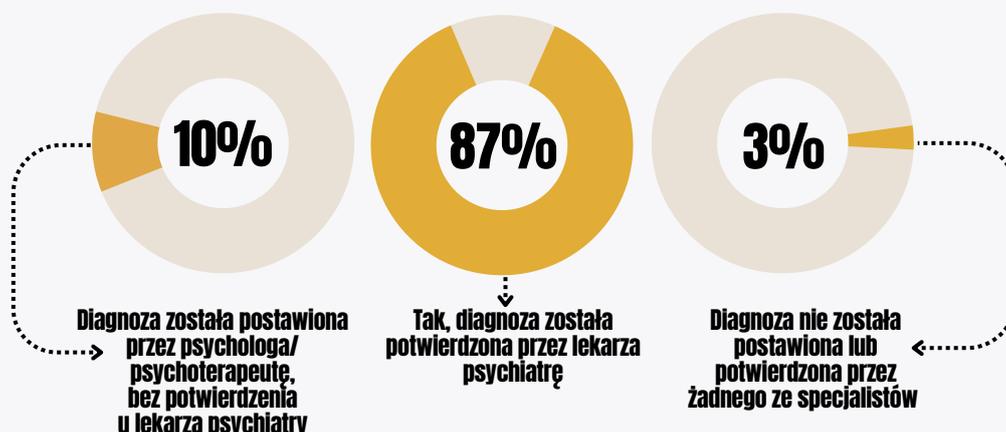
DOŚWIADCZENIA Z PROFESJONALNĄ DIAGNOZĄ ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Analizowano, jaki odsetek badanych otrzymał diagnozę zaburzeń psychicznych oraz przez kogo dokładnie została ona postawiona.

Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pani/Pana zaburzenia psychiczne lub psychiatryczne?
(N = 647)



Czy diagnoza zaburzeń psychicznych lub psychiatrycznych została potwierdzona przez lekarza psychiatrę?
(N = 94)



15% badanych zadeklarowało otrzymanie diagnozy zaburzeń psychicznych. Wśród tych osób (N = 94), w większości przypadków była ona potwierdzona przez lekarza psychiatrę (87%) lub psychologa/psychoterapeutę (10%). Sporadycznie wskazywano na diagnozę niepotwierdzoną przez specjalistów zdrowia psychicznego (3%).

Formalna diagnoza zaburzeń psychicznych dotyczy zatem mniejszości wśród osób badanych i w większości przypadków wiąże się z kontaktem z lekarzem psychiatrą. Jednocześnie jej skala pozostaje wyraźnie niższa niż częstość zgłaszanych wcześniej trudności psychicznych.

NAJCZĘSTSZE DIAGNOZY ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

badanie pilotażowe
N = 647

Osoby, które zadeklarowały otrzymanie diagnozy zaburzeń psychicznych, zostały zapytane o jej rodzaj. Respondenci i respondentki mogli wskazać więcej niż jedną diagnozę.

Jakie zaburzenia psychiczne, psychiatryczne lub rozwojowe zostały u Pani/Pana zdiagnozowane? (możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)

n = 94



Najczęściej diagnozowane są **zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia lękowe**. Wyraźnie rzadziej wskazywano inne rodzaje diagnoz, takie jak uzależnienie od alkoholu, zespół stresu pourazowego czy zaburzenia odżywiania. Najrzadziej deklarowano diagnozy zaburzeń psychotycznych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz choroby afektywnej dwubiegunowej.

NASILENIE OBJAWÓW RÓŻNYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Chociaż formalną diagnozę zaburzeń psychicznych zadeklarowało jedynie 15% osób badanych, wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że znacznie większa część respondentów może doświadczać objawów charakterystycznych dla różnych zaburzeń psychicznych. Objawy te oceniono za pomocą Międzynarodowego Wywiadu Neuropsychiatrycznego MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*; Sheehan i in., 1998), narzędzia służącego do przesiewowej oceny wielu chorób i zaburzeń psychicznych zgodnie z kryteriami DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). W niniejszym badaniu wykorzystano wyłącznie pytania główne, pełniące funkcję przesiewową. Badanie miało charakter samoopisowy, co oznacza, że pytania nie były zadawane przez badaczy w formie wywiadu klinicznego, a respondenci samodzielnie odpowiadali „Tak” lub „Nie” na pytania dotyczące występowania określonych objawów. Należy więc podkreślić, że uzyskane wyniki wskazują jedynie na obecność wybranych symptomów charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w ciągu życia, ale nie są one równoznaczne z pełną diagnozą kliniczną.



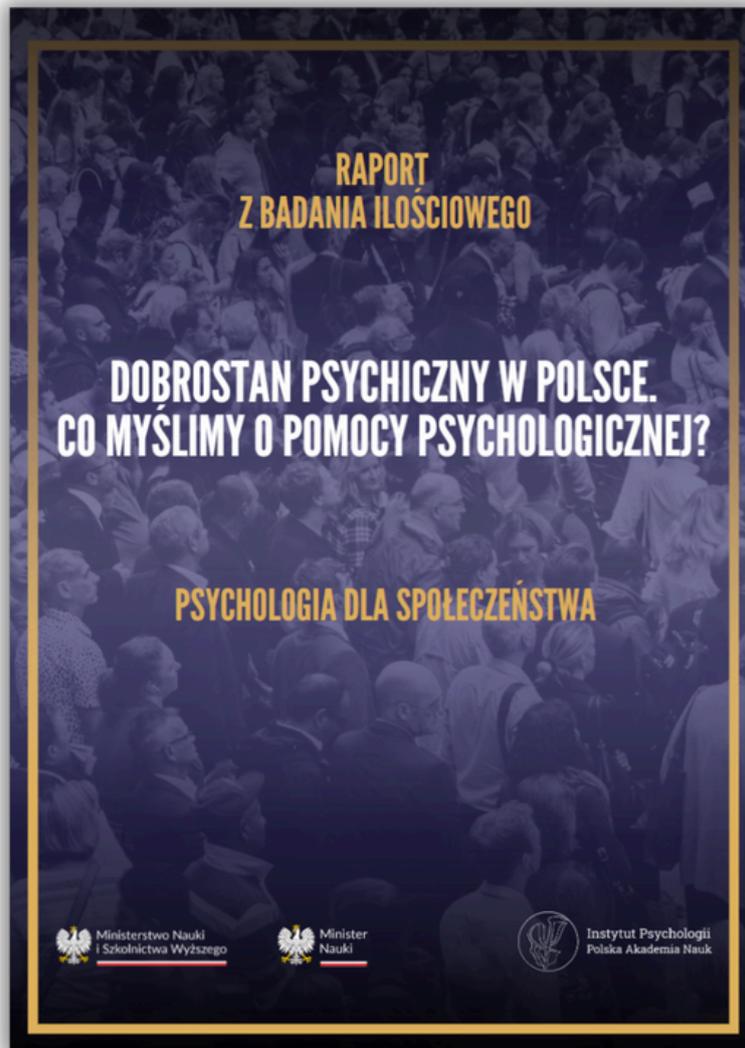
Wyniki naszych badań pokazują, że znacznie więcej osób może doświadczać objawów spełniających kryteria poszczególnych zaburzeń psychicznych, niż wynikałoby to z liczby zadeklarowanych diagnoz. Oznacza to, że nie wszystkie osoby, u których występują takie symptomy, mają postawione formalne rozpoznanie. Może to wskazywać na niedostateczną identyfikację problemów psychicznych, ograniczony dostęp do diagnostyki lub fakt, że część osób nie zgłasza się po specjalistyczną pomoc mimo doświadczanych trudności.

NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

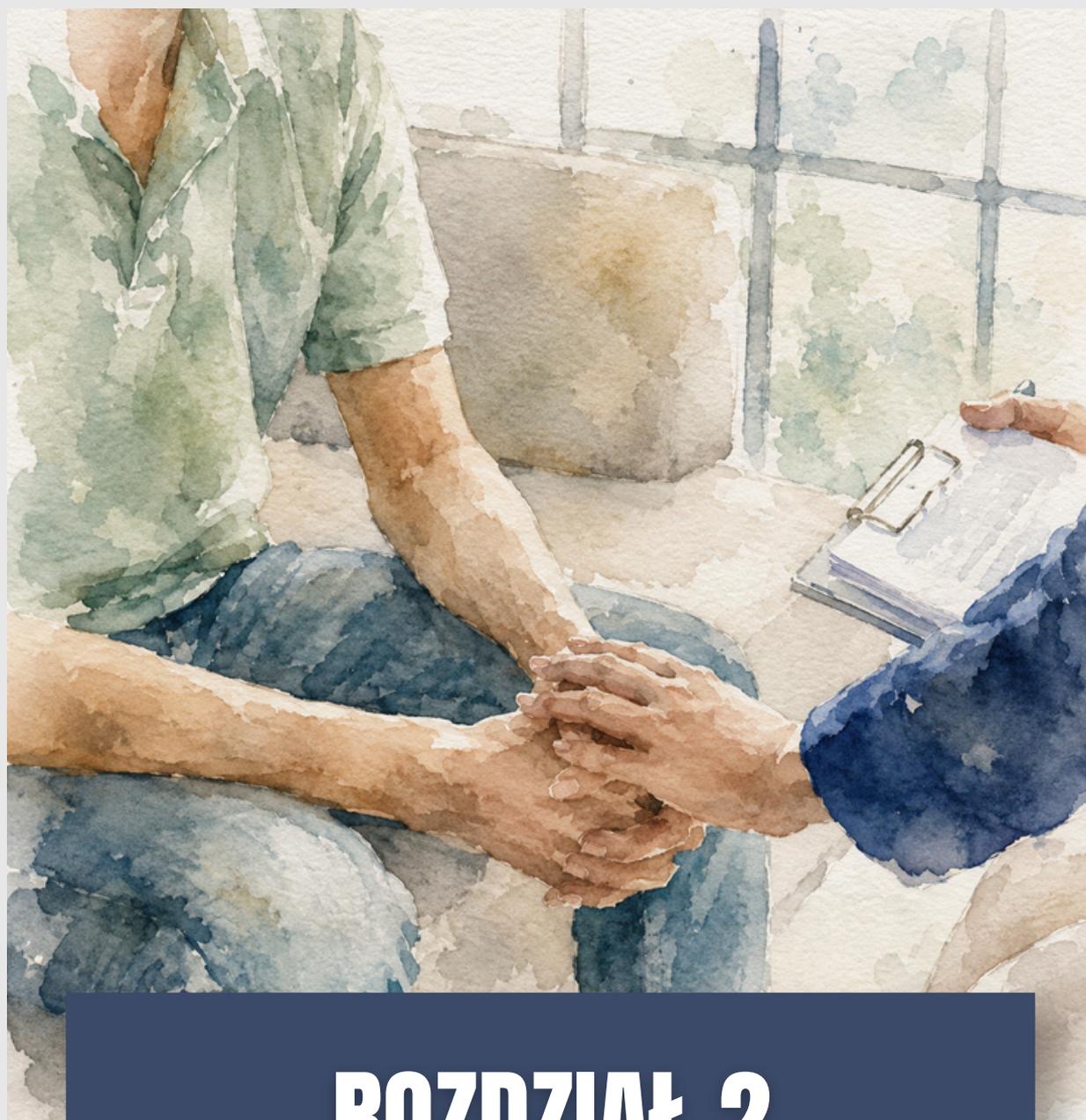
Uzyskane przez nas wyniki wskazują, że obraz dobrostanu psychicznego Polek i Polaków zależy od rodzaju pomiaru. **Na poziomie ogólnych deklaracji większość badanych ocenia swoją kondycję psychiczną jako dość dobrą, co może sugerować relatywnie stabilne funkcjonowanie społeczeństwa. Jednocześnie, bardziej szczegółowe wskaźniki ujawniają obecność pewnych trudności.** Znaczna część badanych doświadcza obniżonego nastroju, zmęczenia, napięcia oraz poczucia samotności. Oznacza to, że pozytywny obraz, wyłaniający się z powierzchownych deklaracji, nie oddaje w pełni codziennego funkcjonowania psychicznego. Kluczowe znaczenie ma zatem rozbieżność między poziomem deklaracyjnym a doświadczeniowym dobrostanu.

Analiza poszczególnych obszarów dobrostanu wskazuje, że największe trudności dotyczą funkcjonowania społecznego oraz codziennego obciążenia psychofizycznego. Samotność oraz przewlekłe zmęczenie stanowią częste doświadczenia badanych. Jednocześnie, formalna diagnoza zaburzeń psychicznych dotyczy mniejszości respondentów, co wskazuje na wyraźną różnicę między skalą doświadczanych trudności a ich rozpoznaniem w systemie ochrony zdrowia. **Oznacza to, że znacząca część badanych funkcjonuje w stanie podwyższonego obciążenia, które nie jest przez nich ujmowane w kategoriach problemu wymagającego interwencji. W efekcie, rzeczywista potrzeba wsparcia psychologicznego może być wyższa, niż wynikałoby to z deklaracji i danych dotyczących diagnoz.**

Problemy psychiczne nie zawsze przyjmują formę, którą możemy rozpoznać z łatwością – często mają charakter codziennych, powtarzalnych trudności, których lekceważenie może doprowadzić do poważnych zaburzeń.



**KLIKNIJ I ZAPOZNAJ SIĘ
Z CAŁYM RAPORTEM ORAZ PEŁNYMI WYNIKAMI BADANIA**



ROZDZIAŁ 2

CZY POLKI I POLACY (NIE)KORZYSTAJĄ Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ?

WPROWADZENIE

Pogorszenie dobrostanu, przeciążenie emocjonalne czy problemy w relacjach mogą stanowić potencjalny impuls do poszukiwania wsparcia psychologicznego. Sama obecność tych doświadczeń nie przesądza jednak o podjęciu kontaktu ze specjalistą.

Z perspektywy psychologicznej decyzja o sięgnięciu po pomoc ma charakter procesualny i wieloetapowy. Obejmuje ona nie tylko rozpoznanie własnych trudności, ale także ich interpretację jako wymagających interwencji, ocenę dostępnych form wsparcia oraz refleksję nad ich adekwatnością. Kluczowe znaczenie mają przy tym przekonania dotyczące sensowności terapii i wyobrażenia na temat jej przebiegu.

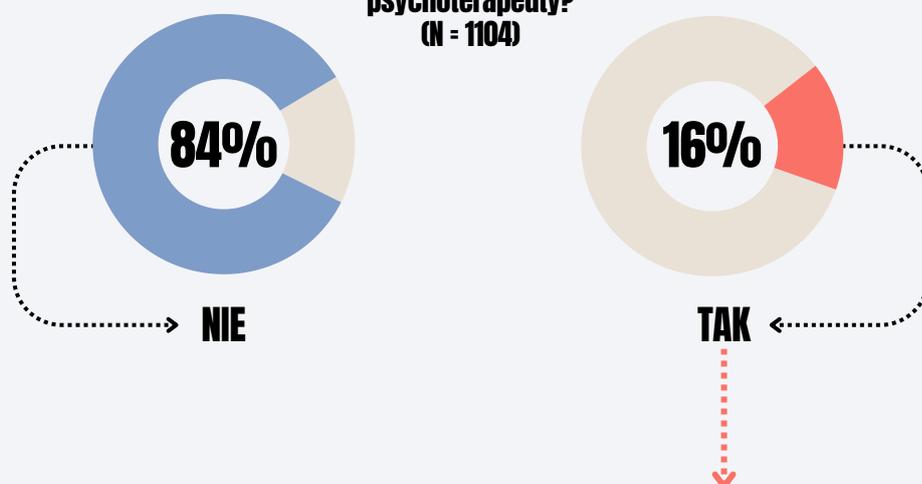
Istotnym kontekstem są również normy społeczne regulujące sposób radzenia sobie z problemami. W wielu przypadkach podkreślają one wartość samodzielności i niezależności, co może pozostawać w konflikcie z decyzją o skorzystaniu z pomocy specjalistycznej. Sięganie po wsparcie nie jest wyłącznie odpowiedzią na trudność, lecz także działaniem wymagającym przekroczenia określonych barier poznawczych i społecznych. Dodatkowe znaczenie mają czynniki związane z dostępnością i organizacją systemu wsparcia, takie jak łatwość uzyskania pomocy, jej forma, cena czy poziom formalizacji. Różne typy usług mogą być postrzegane jako mniej lub bardziej dostępne, co wpływa na decyzje podejmowane przez jednostkę. W tym ujęciu korzystanie z pomocy psychologicznej należy rozumieć jako wynik interakcji wielu czynników – indywidualnych, społecznych i kontekstowych – które wspólnie kształtują gotowość do podjęcia działania.

Celem niniejszego rozdziału jest uporządkowanie tych elementów poprzez rekonstrukcję procesu prowadzącego do skorzystania z pomocy psychologicznej. Analiza obejmuje kolejne etapy tego procesu – od pojawienia się myśli o podjęciu kontaktu ze specjalistą, przez faktyczne działania, aż po identyfikację mechanizmów, które mogą go uruchamiać lub ograniczać.

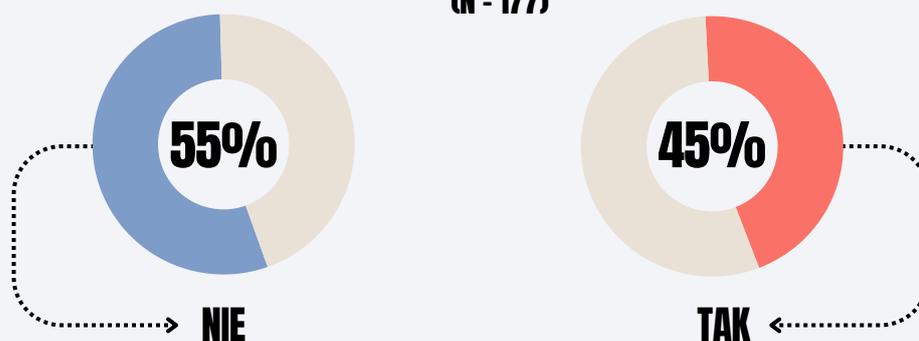
MYŚLIMY O POMOCY, ALE CZY Z NIEJ KORZYSTAMY?

Warunkiem koniecznym skorzystania z pomocy psychologicznej jest to, aby była ona brana pod uwagę jako możliwa strategia radzenia sobie z trudnościami. Dane wskazują, że nie jest to rozwiązanie szeroko dostępne poznawczo – jedynie 16% badanych deklaruje, że kiedykolwiek rozważało skorzystanie z pomocy specjalisty, podczas gdy zdecydowana większość (84%) nie brała takiej możliwości pod uwagę.

Czy kiedykolwiek, z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego, myślała Pani/myślał Pan o skorzystaniu z usług psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty?
(N = 1104)



Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego, myślała Pani/myślał Pan o skorzystaniu z usług psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty?
(N = 177)



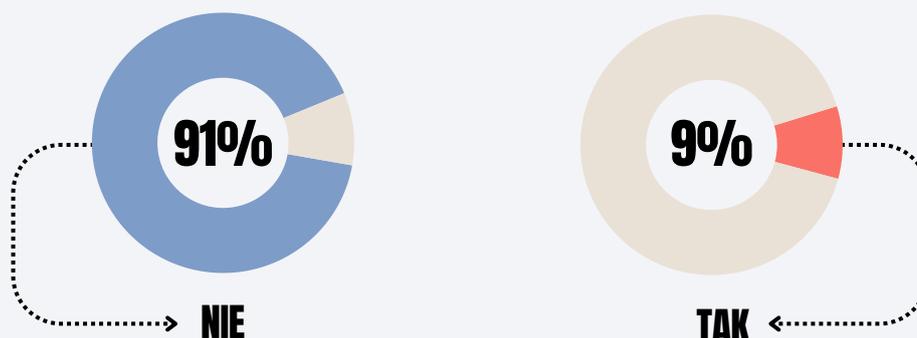
Wśród osób, które dopuszczały możliwość skorzystania z profesjonalnego wsparcia, niemal połowa (45%) deklaruje, że myśl ta pojawiała się w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wskazuje to, że w tej grupie pomoc psychologiczna jest jedną z możliwych opcji działania.

W zestawieniu z wcześniejszymi wynikami dotyczącymi dobrostanu i samotności, istotne jest to, że obecność trudności psychicznych nie przekłada się bezpośrednio na postrzeganie pomocy specjalistycznej jako adekwatnej i/lub koniecznej formy radzenia sobie. Sugeruje to, że kluczowe znaczenie ma nie tylko nasilenie problemu, ale także jego interpretacja. W szczególności to, czy jest on postrzegany jako wymagający wsparcia zewnętrznego.

MYŚLIMY O POMOCY, ALE CZY Z NIEJ KORZYSTAMY?

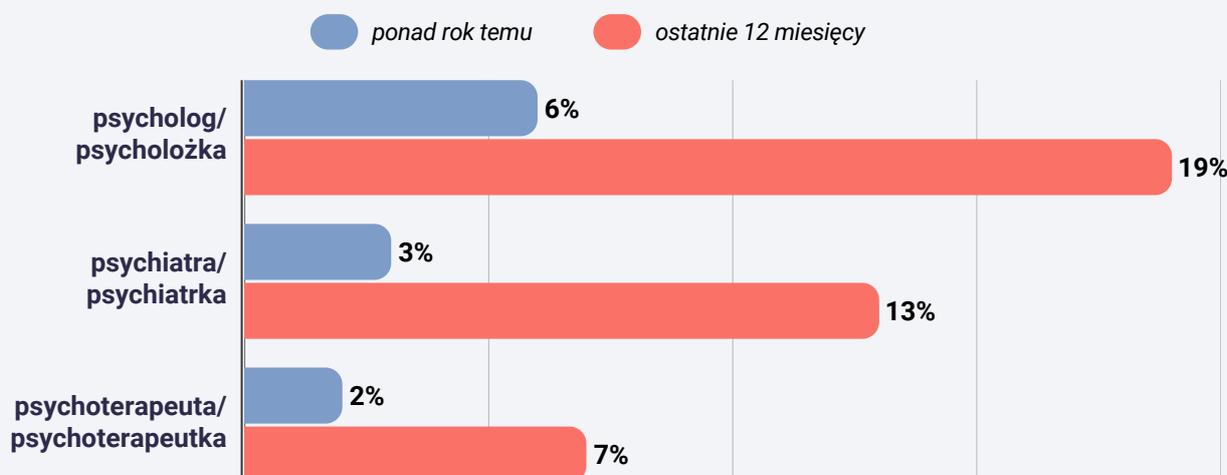
Porównanie deklaracji dotyczących rozważania pomocy z faktycznym korzystaniem z niej wskazuje na wyraźną rozbieżność między intencją a działaniem. Mimo że pomoc psychologiczna pojawia się w polu możliwych strategii radzenia sobie, realne korzystanie z niej pozostaje ograniczone (16% vs. 9%). Zdecydowana większość badanych deklaruje brak doświadczeń związanych z korzystaniem z pomocy psychologicznej, co wskazuje, że kontakt ze specjalistą nie stanowi powszechnego elementu radzenia sobie z trudnościami.

Czy kiedykolwiek korzystała Pani/korzystał Pan z pomocy psychologicznej?



Najczęściej wskazywaną formą pomocy jest kontakt z psychologiem, podczas gdy korzystanie z pomocy psychiatrycznej oraz psychoterapeutycznej ma bardziej ograniczony charakter. Taki układ odpowiedzi może odzwierciedlać różnice w postrzeganej dostępności i „progę wejścia” do poszczególnych form wsparcia – **psycholog jako pierwszy, mniej sformalizowany kontakt**, w odróżnieniu od bardziej specjalistycznych i silniej kojarzonych z poważniejszymi trudnościami form pomocy. Interpretując wyniki, należy uwzględnić możliwość, że część respondentów mogła nie rozróżniać roli psychologa i psychoterapeuty. W związku z tym deklaracje dotyczące korzystania z usług psychologa mogły w niektórych przypadkach odnosić się również do korzystania z pomocy psychoterapeutycznej.

Czy korzystała Pani/korzystał Pan z poniżej wymienionych usług, w celu otrzymania pomocy psychologicznej?



Całość wyników wskazuje, że korzystanie z pomocy ma charakter selektywny i nie wynika bezpośrednio z samej obecności trudności, lecz z tego, w jaki sposób są one rozumiane oraz jakie formy wsparcia są uznawane za adekwatne w danej sytuacji.

POSTAWY WOBEC POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Postawy wobec pomocy psychologicznej są wielowymiarowym konstruktem. Do jego pomiaru wykorzystano Kwestionariusz Postaw Wobec Poszukiwania Profesjonalnej Pomocy Psychologicznej (ATSPPH-SF; Fischer i Farina, 1995), obejmujący trzy wymiary: otwartość na poszukiwanie wsparcia, przypisywanie pozytywnej wartości profesjonalnej pomocy oraz preferencję samodzielnego radzenia sobie (odwrócony wymiar). Poniżej zaprezentowane zostały pozycje, które w obrębie podskal uzyskały najwyższy odsetek odpowiedzi pozytywnych, dzięki czemu odzwierciedlają najbardziej charakterystyczne przekonania badanych.

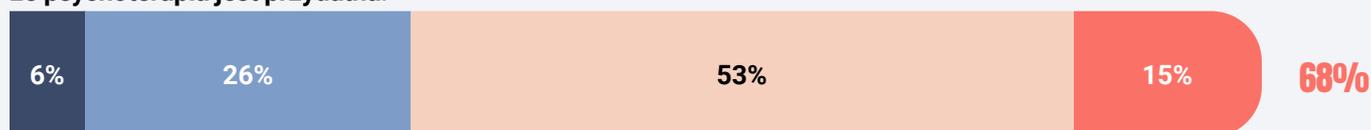
Prosimy Panią/Pana o uważne przeczytanie każdego stwierdzenia i wskazanie, czy zgadza się Pani/Pan z nim.

nie zgadzam się
 raczej się nie zgadzam
 raczej się zgadzam
 zdecydowanie się zgadzam

OTWARTOŚĆ

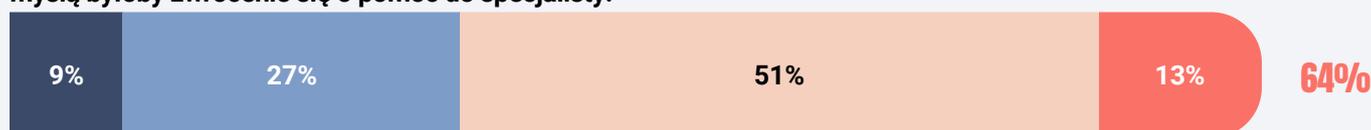
Gdybym przeżywał/a poważny kryzys emocjonalny, byłbym/byłabym pewien/na, że psychoterapia jest przydatna.

Top2Box



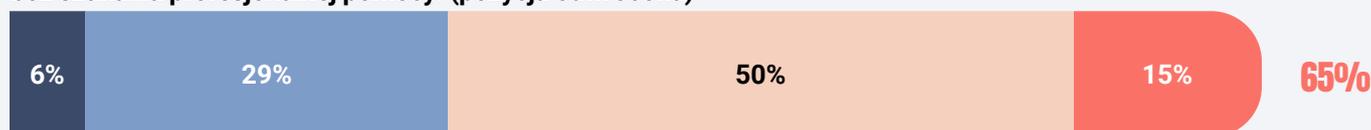
WARTOŚĆ PROFESJONALNEJ POMOCY

Gdybym myślała/myślał, że przechodzę załamanie psychiczne, moją pierwszą myślą byłoby zwrócenie się o pomoc do specjalisty.



SAMODZIELNOŚĆ

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

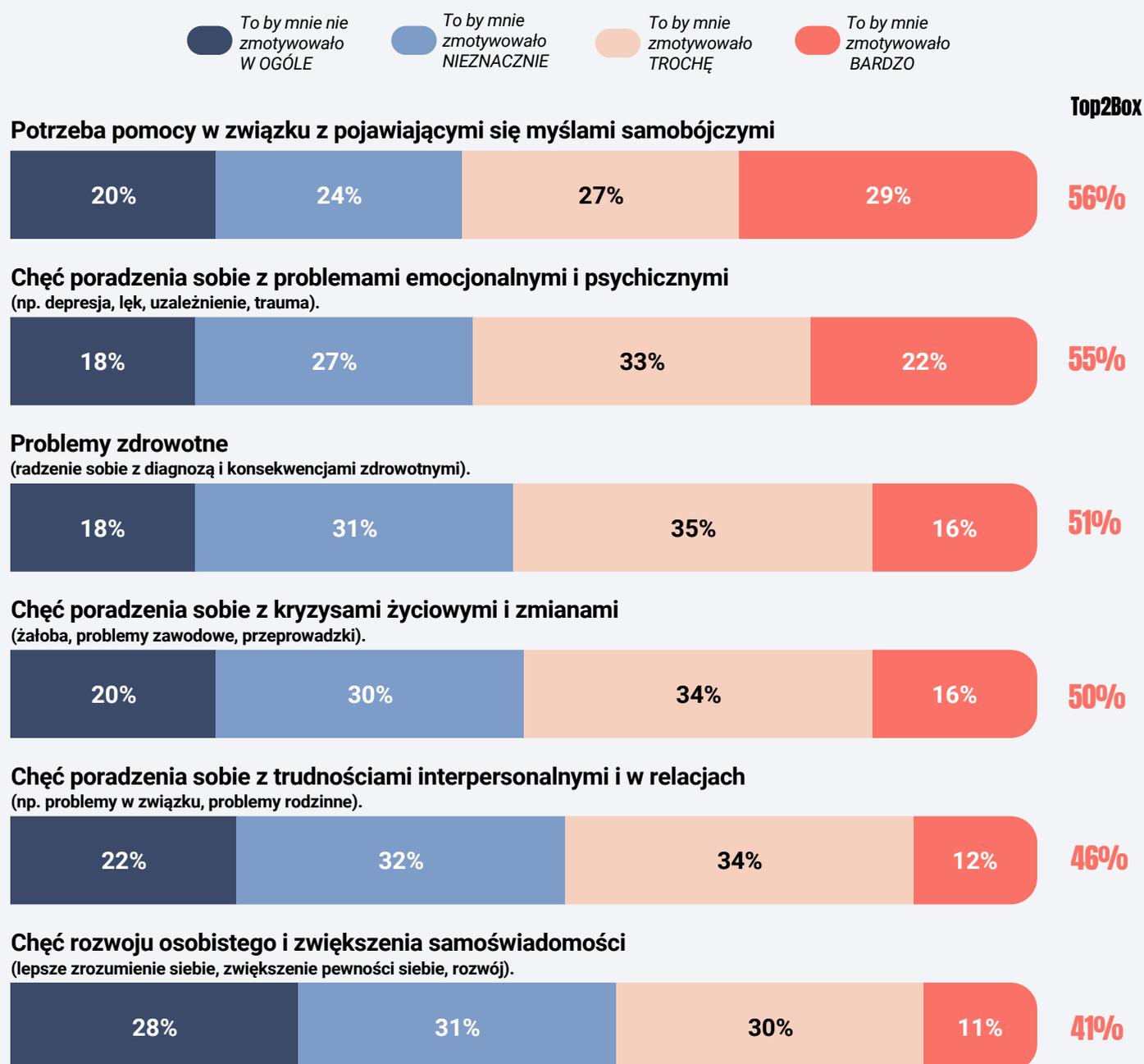


Badani w dużym stopniu dostrzegają użyteczność profesjonalnej pomocy psychologicznej i deklarują gotowość do skorzystania z niej – **dzieje się to jednak przede wszystkim w sytuacji poważnych trudności**. Jednocześnie równie wyraźna jest preferencja dla samodzielnego radzenia sobie, wskazująca na silną normę niezależności. W efekcie pomoc psychologiczna bywa postrzegana jako rozwiązanie uzasadnione, lecz nie zawsze jako pierwszy wybór w obliczu trudności, a raczej wybór ostateczny – wtedy, gdy problemy są bardzo poważne.

MOTYWACJE DO KORZYSTANIA Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Sprawdzono również, jakie sytuacje najczęściej skłaniają do rozważenia skorzystania z pomocy psychologicznej. Najczęściej wskazywane motywy mają **charakter kryzysu i dotyczą znacznego pogorszenia stanu psychicznego**. Najsilniejszym czynnikiem są **myśli samobójcze** (56%), a następnie trudności emocjonalne (55%), problemy zdrowotne (51%) oraz kryzysy życiowe (50%). Rzadziej wskazywane są motywy związane z relacjami interpersonalnymi (46%) oraz rozwojem osobistym (41%).

Które z wymienionych powodów zmotywowałyby Panią/Pana do skorzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?



MOTYWACJE DO KORZYSTANIA Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Motywacje leżące u podstaw korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej zostały pogłębione w jakościowej części badania. Analiza obejmowała zarówno **osoby z doświadczeniem korzystania ze wsparcia**, dla których odtworzono proces podejmowania decyzji oraz czynniki skłaniające do sięgnięcia po pomoc, jak i **osoby bez takiego doświadczenia**, które były pytane o potencjalne motywacje do jej podjęcia.

Z rozmów z badanymi wyłaniają się motywacje, które zwiększają gotowość do skorzystania ze wsparcia psychologicznego. Można je uporządkować w dwie grupy: MOTYWY PIERWOTNE wynikające z doświadczenia trudności oraz MOTYWY WTÓRNE, które są związane z przekonaniami i wpływem otoczenia.

MOTYWY PIERWOTNE

ZMIANA W FUNKCJONOWANIU / KRYZYS PSYCHICZNY

Złe samopoczucie, nasilone lub długotrwałe objawy, wybuchy emocji, trudności w codziennym funkcjonowaniu, utrata kontroli, nieradzenie sobie poznawcze i emocjonalne, inne sposoby radzenia sobie zawodzą, lęk przed utratą siebie.

MOTYWY WTÓRNE

WYOBRAŻENIA DOTYCZĄCE PROCESU LUB EFEKTÓW POMOCY

- Możliwość rozmowy i bycia wysłuchanym
- Możliwość zrozumienia problemu
- Przekonanie, że warto spróbować (nie zaszkodzi, a może pomóc)

MOTYWACJE

HIGIENA PSYCHICZNA LUB CHĘĆ SAMOROZWOJU

Dbanie o siebie, chęć lepszego funkcjonowania, poprawy jakości życia i rozwoju, otwartość na nowe doświadczenia i inwestycja w zdrowie psychiczne.

OTOCZENIE SPOŁECZNE

- Namowy i zachęta ze strony innych
- Wiedza, że inni w podobnej sytuacji korzystali z pomocy
- Chęć poprawy także dla innych / by dawać im przykład

Zidentyfikowane motywacje mają wspólny charakter – koncentrują się wokół potrzeby ulgi, zrozumienia oraz nadziei na zmianę. To właśnie te czynniki zwiększają gotowość do podjęcia działania, nawet w sytuacji niepewności lub ambiwalencji wobec samego procesu korzystania z pomocy.

BARIERY W KORZYSTANIU Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Bariery utrudniające korzystanie z pomocy psychologicznej nie mają jednego źródła. Mogą wynikać zarówno z przekonań jednostki, jak i z jej wiedzy o terapii, reakcji otoczenia oraz ograniczeń systemowych. Porządkowanie pozwala lepiej zrozumieć, dlaczego – nawet przy obecności trudności psychicznych – pomoc specjalistyczna nie zawsze staje się realną opcją działania.

BARIERY WEWNĘTRZNE

- Chęć samodzielnego poradzenia sobie z trudnościami
- Bagatelizowanie problemu
- Niechęć do otwierania się

BARIERY ZWIĄZANE Z WIEDZĄ I WYOBRAŻENIAMI

- Brak wiedzy, jak wygląda terapia
- Obawy dotyczące leczenia
- Negatywne doświadczenia



BARIERY

BARIERY SPOŁECZNE

- Obawa przed oceną
- Stereotypy
- Normy otoczenia

BARIERY SYSTEMOWE

- Koszty
- Terminy
- Dostępność

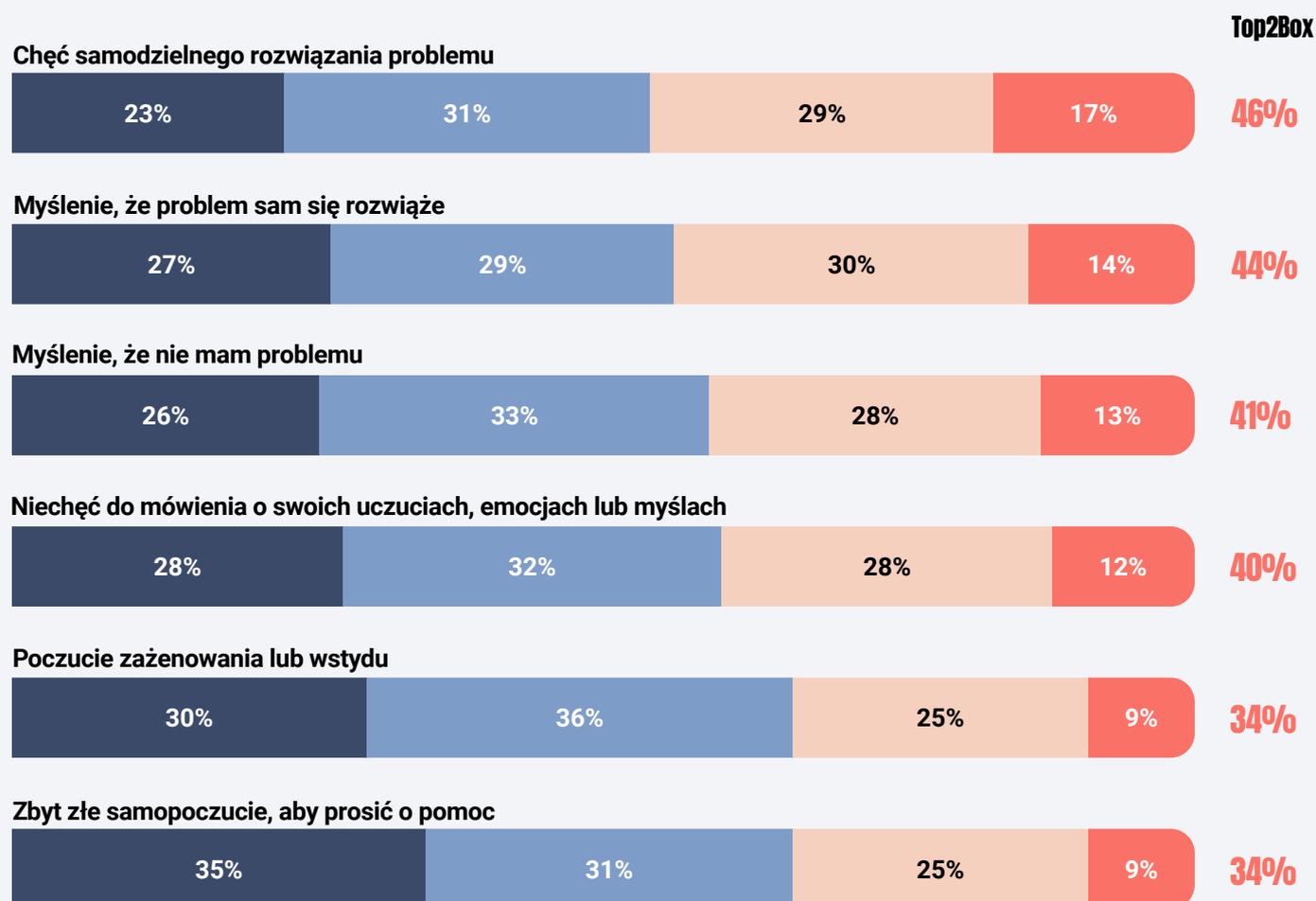
Na podstawie wyników badań ilościowych i jakościowych bariery korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej można uporządkować w cztery główne grupy: wewnętrzne, związane z wiedzą (jej brakiem) i wyobrażeniami, społeczne oraz systemowe. Taki podział pokazuje, że trudność w sięganiu po wsparcie nie sprowadza się wyłącznie do kwestii dostępności usług. Istotną rolę odgrywa również sposób rozumienia własnych problemów, wyobrażenia dotyczące terapii oraz przewidywana reakcja otoczenia.

W kolejnych częściach rozdziału przedstawiono, które z tych barier mają największe znaczenie oraz w jaki sposób wpływają na decyzję o skorzystaniu z pomocy psychologicznej

BARIERY WEWNĘTRZNE UTRUDNIAJĄCE KORZYSTANIE Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Najsilniejsze bariery w korzystaniu z pomocy psychologicznej mają charakter **wewnętrzny** i są związane ze sposobem **rozumienia własnych trudności oraz preferowanymi strategiami radzenia sobie**. Uzyskane wyniki wskazują, że dominującą barierą jest orientacja na samodzielne radzenie sobie z trudnościami. Towarzyszy jej przekonanie o ich przejściowym charakterze oraz tendencja do deprecjonowania ich znaczenia. Równoległe ukazują się mechanizmy unikania, obejmujące **ograniczoną gotowość do ujawniania emocji oraz trudności w mówieniu o sobie**. Poziom doświadczanych barier mierzono za pomocą skróconej wersji narzędzia Barriers to Access to Care Evaluation (BACE, Clement i in., 2012).

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Panią/Pana do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?



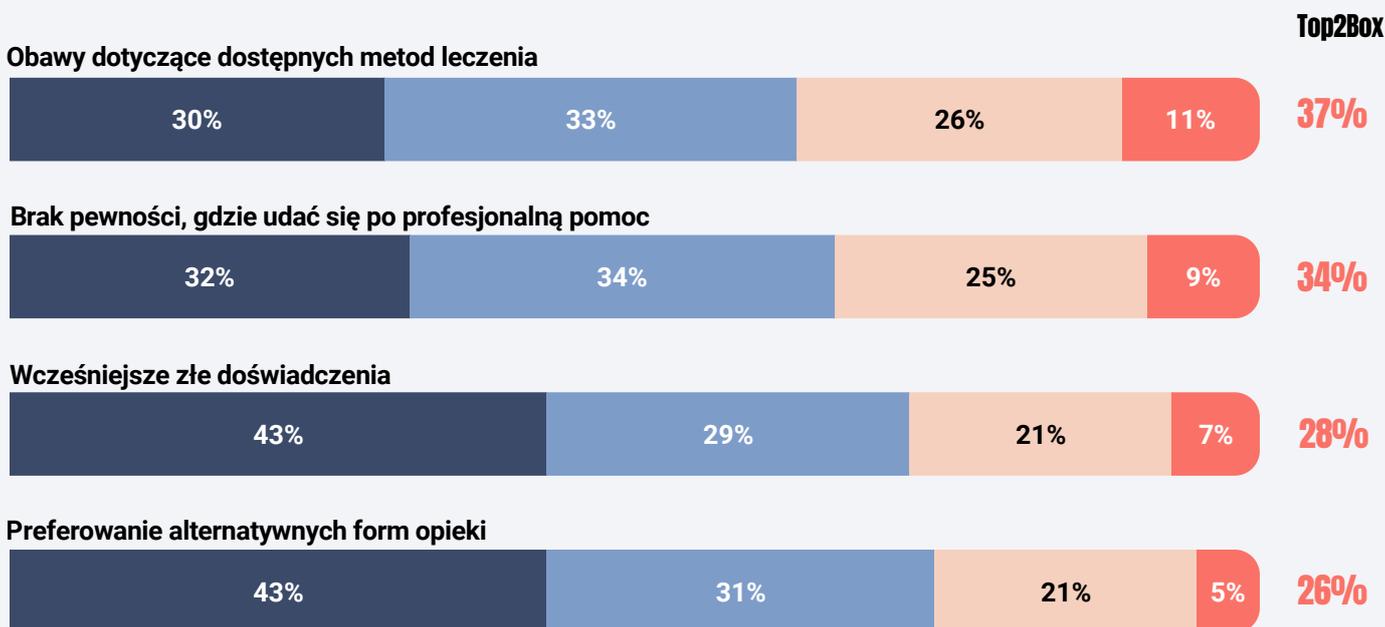
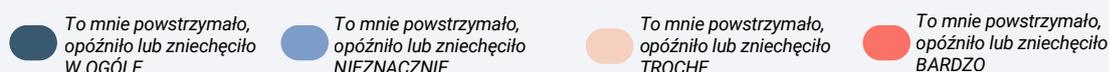
Wyniki te sugerują, że główną barierą nie jest brak dostępności pomocy, lecz sposób interpretowania własnych trudności, a w szczególności przekonanie, że należy poradzić sobie z nimi samodzielnie lub że nie wymagają jeszcze wsparcia zewnętrznego.

BARIERY ZWIĄZANE Z WIEDZĄ I WYOBRAŻENIAMI UTRUDNIAJĄCE KORZYSTANIE Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Obok barier wewnętrznych istotną grupę barier stanowią czynniki związane z ograniczoną wiedzą oraz wyobrażeniami na temat pomocy psychologicznej.

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Panią/Pana do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?

badanie 1



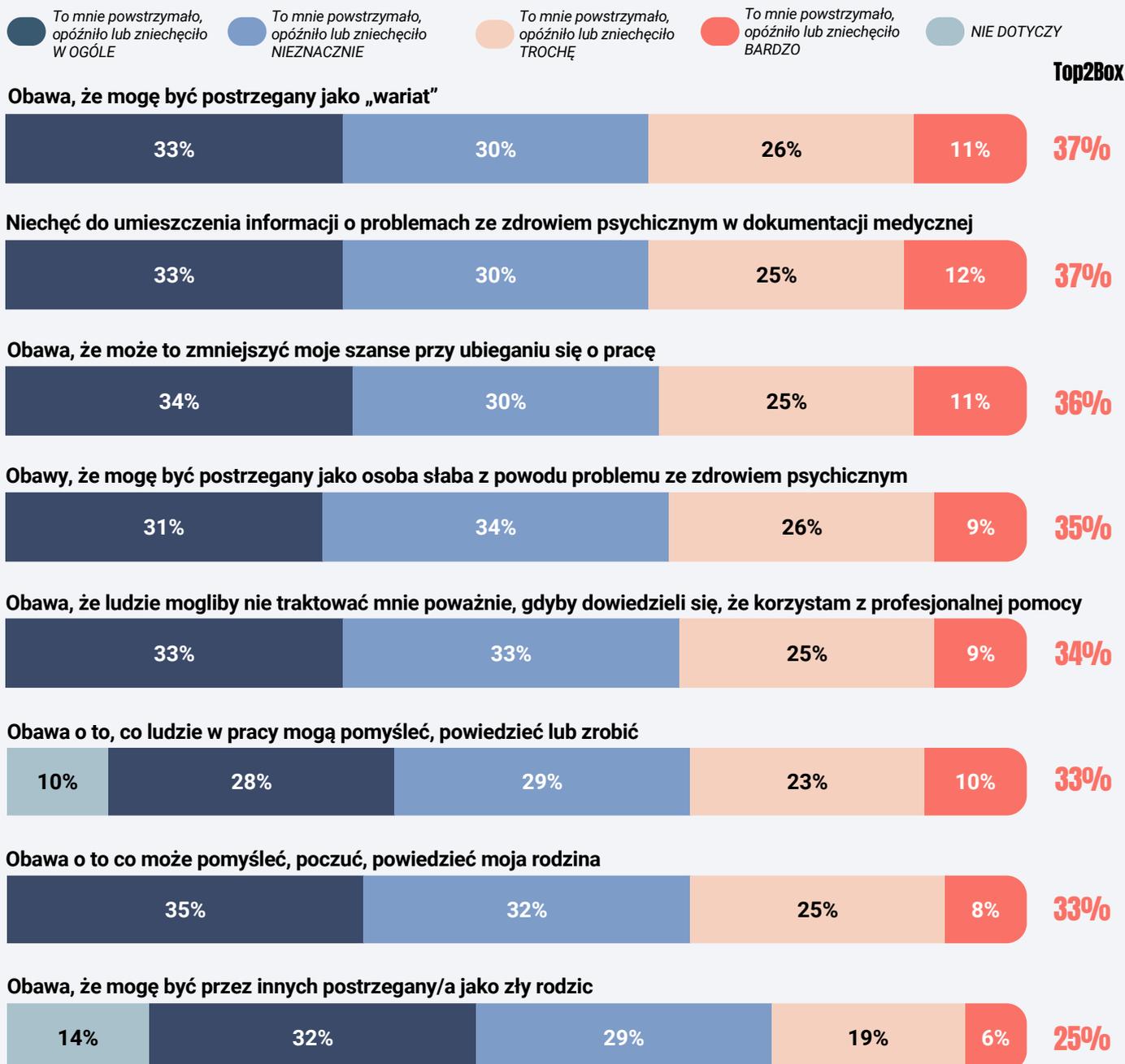
Wyniki wskazują, że część trudności w sięganiu po pomoc wynika z **niepewności dotyczącej samego procesu terapii**. Obejmuje ona zarówno brak wiedzy o tym, jak wygląda pomoc psychologiczna, jak i wątpliwości dotyczące jej przebiegu oraz skuteczności. Istotne znaczenie mają również wcześniejsze doświadczenia – zarówno własne, jak i obserwowane u innych osób. **Negatywne przekonania mogą być wzmacniane przez pojedyncze nieudane próby lub opowieści funkcjonujące w otoczeniu społecznym.** W sytuacji braku jasnego i realistycznego obrazu terapii, pomoc psychologiczna pozostaje rozwiązaniem nie w pełni zrozumiałym, a tym samym trudniejszym do podjęcia.

W przeciwieństwie do barier wewnętrznych, które dotyczą oceny własnych problemów, bariery poznawcze odnoszą się do niepewności wobec samej formy pomocy. Bariery są zatem brakiem jasności co do tego, **czym właściwie jest profesjonalna pomoc psychologiczna i czego można się po niej spodziewać.**

BARIERY SPOŁECZNE UTRUDNIAJĄCE KORZYSTANIE Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Na decyzję o skorzystaniu z pomocy wpływa nie tylko ocena własnej sytuacji, ale także sposób, w jaki taka decyzja może zostać odczytana przez otoczenie.

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Panią/Pana do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?

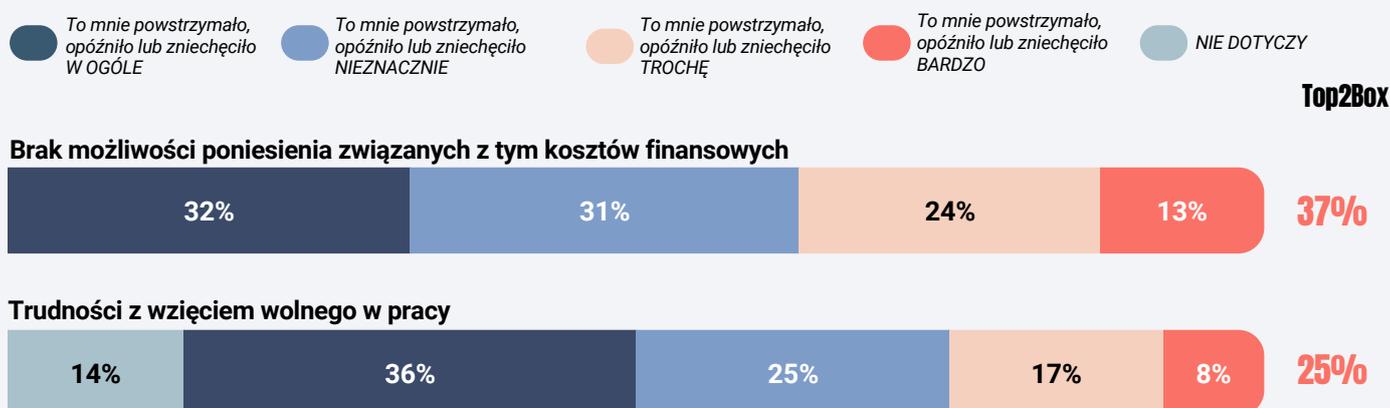


Najsilniejsze bariery społeczne dotyczą **obaw przed stygmatyzacją oraz jej konsekwencjami**. Najczęściej wskazywane są lęki przed: negatywną oceną dalszego i bliższego otoczenia społecznego, ujawnieniem problemów w dokumentacji oraz potencjalnym wpływem na sytuację zawodową.

BARIERY SYSTEMOWE UTRUDNIAJĄCE KORZYSTANIE Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Choć bariery systemowe – takie jak koszty czy dostępność – są najczęściej wskazywane w debacie publicznej jako kluczowe ograniczenia, uzyskane wyniki pokazują, że ich znaczenie ujawnia się głównie na późniejszym etapie procesu decyzyjnego. **W praktyce decyzja o nieskorzystaniu z pomocy bardzo często zapada wcześniej – pod wpływem barier wewnętrznych, poznawczych i społecznych.**

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Panią/Pana do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?



Uzyskane wyniki pokazują, że bariery w korzystaniu z pomocy psychologicznej mają charakter wielowymiarowy i obejmują zarówno bariery wewnętrzne, związane z wiedzą i wyobrażeniami, jak i bariery społeczne oraz systemowe. Najsilniej zaznaczają się bariery związane ze sposobem postrzegania własnych trudności oraz preferencją samodzielnego radzenia sobie, którym towarzyszą niepewność wobec samej pomocy oraz obawy dotyczące reakcji otoczenia. Czynniki systemowe – takie jak koszty czy dostępność – również stanowią istotne ograniczenie, jednak współwystępują z barierami o charakterze psychicznym i społecznym. W rezultacie, korzystanie z pomocy psychologicznej jest uwarunkowane nie tylko dostępnością usług, ale także sposobem ich rozumienia oraz znaczeniem przypisywanym im w kontekście społecznym.

NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

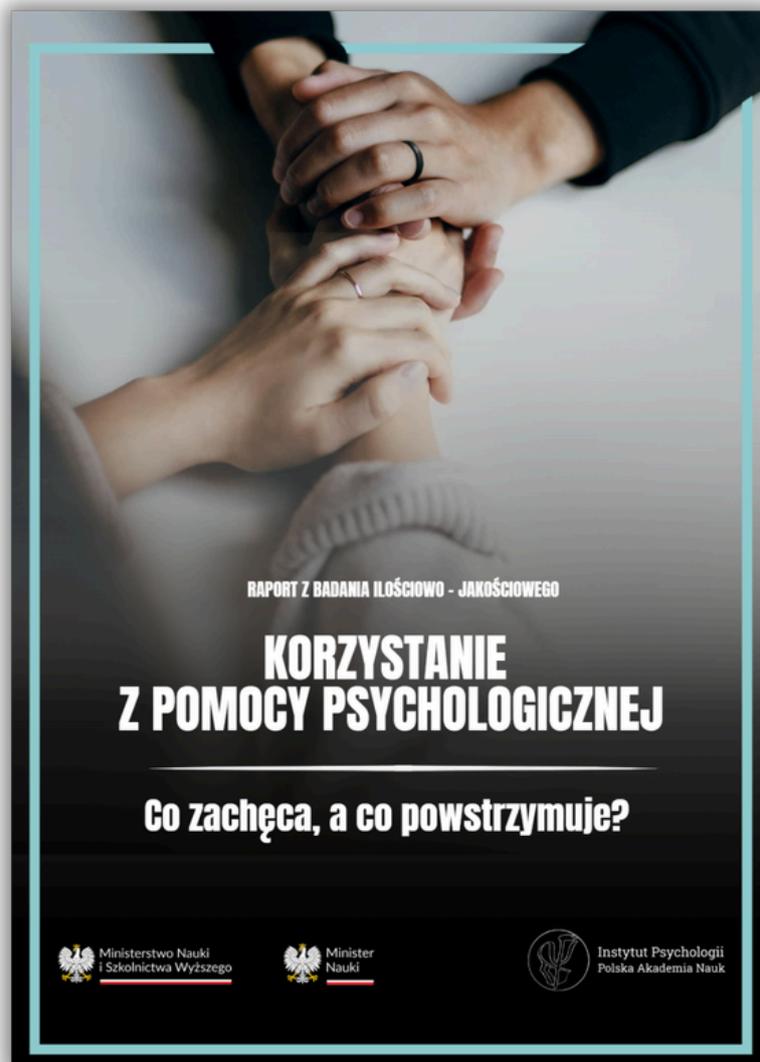
Uzyskane wyniki wskazują, że **korzystanie z pomocy psychologicznej nie stanowi powszechnie stosowanej strategii radzenia sobie z trudnościami**, nawet w sytuacji ich wyraźnego doświadczania. Dla wielu osób wsparcie specjalistyczne nie pojawia się jako oczywista odpowiedź na obciążenie psychiczne, co sugeruje, że jego dostępność poznawcza pozostaje ograniczona. Jednocześnie widoczna jest rozbieżność między dopuszczaniem możliwości skorzystania z pomocy a faktycznym podejmowaniem działań w tym zakresie.

Kluczowe znaczenie ma sposób interpretowania własnych doświadczeń oraz przypisywana funkcja pomocy psychologicznej. Wyniki pokazują, że jest ona najczęściej postrzegana jako rozwiązanie adekwatne w sytuacjach **nasilonego kryzysu**, a nie jako narzędzie wspierające codzienne funkcjonowanie czy rozwój. Oznacza to, że decyzja o sięgnięciu po pomoc pojawia się najczęściej dopiero w momencie wyraźnego pogorszenia stanu psychicznego.

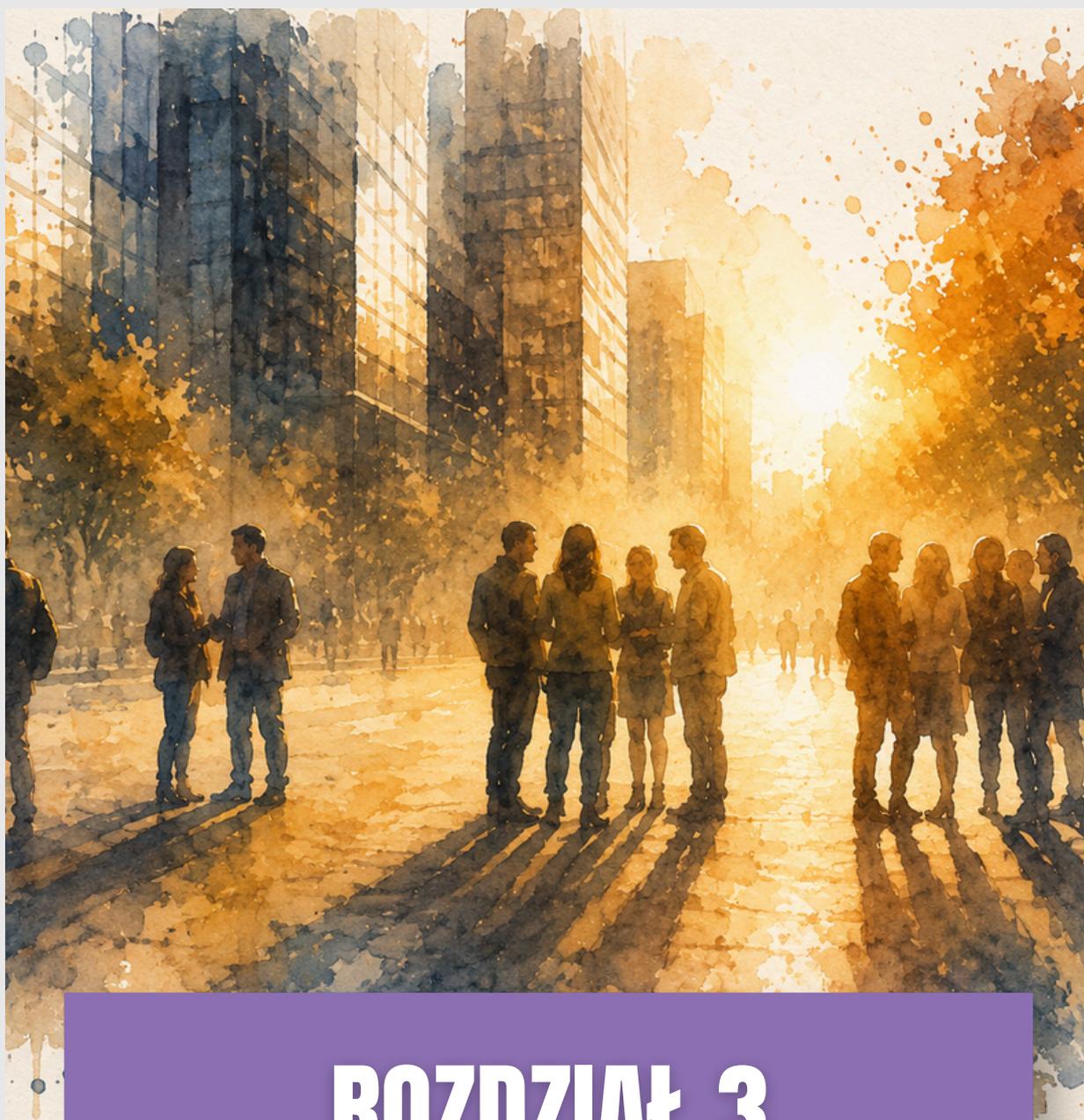
Istotnym kontekstem są także postawy wobec pomocy psychologicznej, które mają ambiwalentny charakter. Z jednej strony badani **dostrzegają jej wartość i skuteczność**, z drugiej – utrzymuje się silna **orientacja na samodzielność** oraz przekonanie o konieczności radzenia sobie we własnym zakresie. W rezultacie, pomoc specjalistyczna bywa uznawana za uzasadnioną, lecz nie zawsze jako preferowana forma działania.

Na tym tle szczególnego znaczenia nabierają bariery utrudniające korzystanie ze wsparcia. Najczęściej mają one charakter wewnętrzny i wiążą się z tendencją do minimalizowania problemów, przypisywania im przejściowego charakteru oraz ograniczoną gotowością do ich ujawniania. Towarzyszą im czynniki poznawcze i społeczne – niepewność dotycząca samego procesu pomocy oraz obawy przed oceną i jej konsekwencjami. **Czynniki systemowe, takie jak koszty czy dostępność, również odgrywają istotną rolę, jednak stanowią jedynie jeden z elementów szerszego układu uwarunkowań.**

Uzyskany obraz wskazuje zatem, że **korzystanie z pomocy psychologicznej jest rezultatem współdziałania wielu czynników – indywidualnych, poznawczych i społecznych. W efekcie deklarowana gotowość do sięgania po wsparcie nie zawsze przekłada się na realne działania, a potrzeba pomocy może pozostawać częściowo niezrealizowana.**



**KLIKNIJ I ZAPOZNAJ SIĘ
Z CAŁYM RAPORTEM ORAZ PEŁNYMI WYNIKAMI BADAŃ**



ROZDZIAŁ 3

POZYCJA NA DRABINIE SPOŁECZNEJ A DOBROSTAN PSYCHICZNY I STOSUNEK DO PSYCHOLOGII

WPROWADZENIE

Pozycja społeczno-ekonomiczna (czasem definiowana także jako przynależność do określonej klasy społecznej) jest jednym z kluczowych czynników różnicujących sposób funkcjonowania jednostek (Bourdieu, 1984). W badaniach nad zdrowiem psychicznym coraz częściej podkreśla się jednak, że znaczenie ma nie tylko obiektywna sytuacja społeczna, lecz także jej subiektywna ocena.

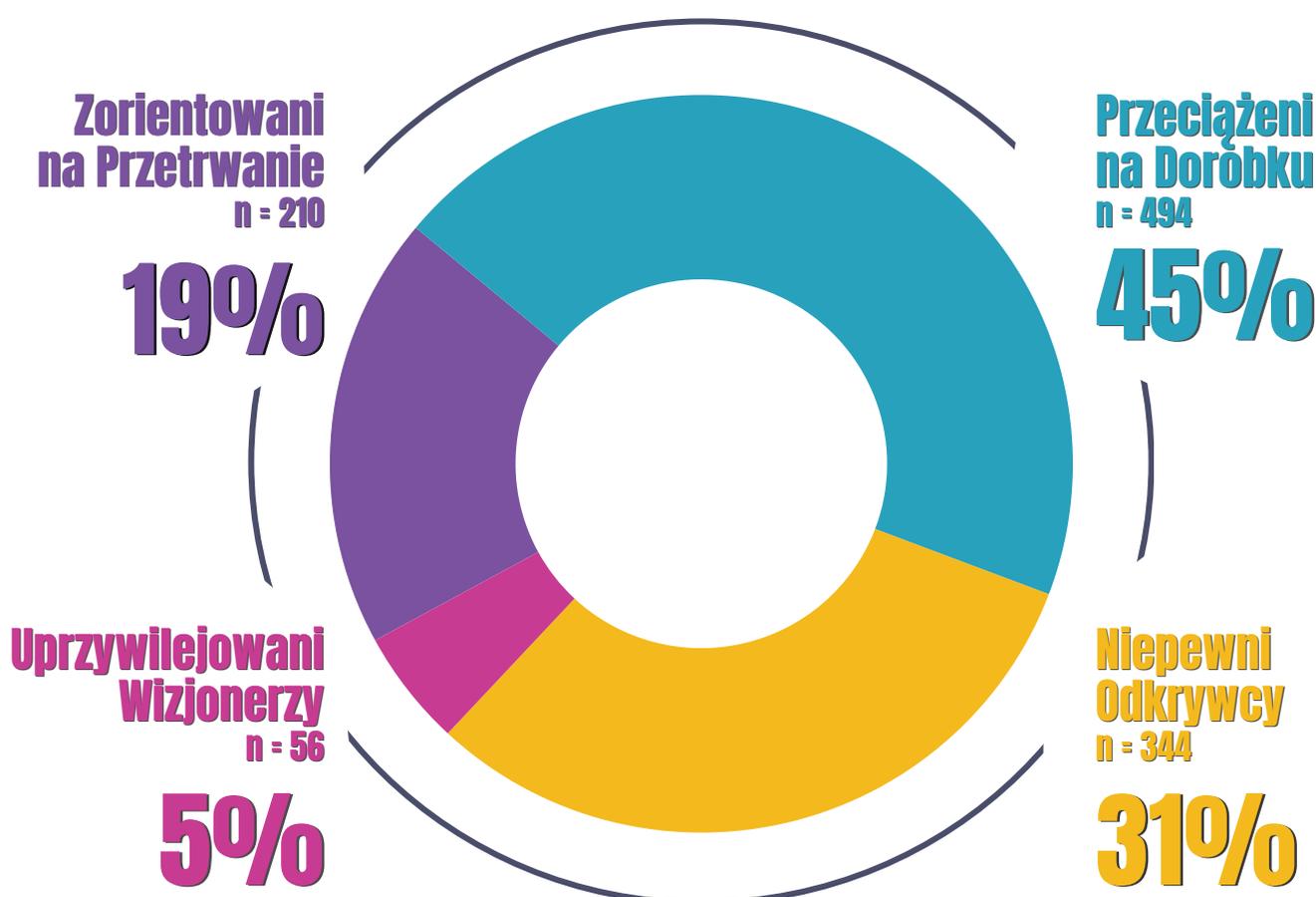
Subiektywna pozycja społeczna odnosi się do tego, jak jednostka postrzega własne miejsce w strukturze społecznej – do jakiej klasy się zalicza oraz jak interpretuje swoją sytuację materialną i życiową. Może ona pozostawać w zgodzie z obiektywnymi wskaźnikami statusu, takimi jak dochód czy wykształcenie, ale często stanowi ich uproszczoną lub zniekształconą interpretację.

Z perspektywy psychologicznej ma to istotne znaczenie, ponieważ to właśnie subiektywne poczucie pozycji społecznej może wpływać na sposób doświadczania codzienności, interpretowanie własnych trudności oraz ocenianie dostępnych form wsparcia. W tym sensie stanowi ono ważny kontekst dla analizy dobrostanu psychicznego oraz postaw wobec pomocy psychologicznej.

W niniejszym rozdziale uwzględniono podział respondentów na klasy społeczne w oparciu o (1) ich rzeczywistą sytuację socjoekonomiczną oraz (2) ich autoidentyfikację. Pozwala to przyjrzeć się, jak różne grupy różnią się pod względem dobrostanu oraz podejścia do psychologii.

CZTERY SEGMENTY - KLASY SPOŁECZNE (WSKAŹNIK OBIEKTYWNY)

W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę segmentacyjną, której celem było uchwycenie zróżnicowania społeczno-ekonomicznego Polek i Polaków oraz jego związków z dobrostanem psychicznym i stosunkiem do pomocy psychologicznej. Analiza ta opierała się na obiektywnych wskaźnikach sytuacji życiowej, uwzględniających zasoby ekonomiczne, społeczne i kulturowe badanych. W dalszej części przedstawiono ogólne charakterystyki (portrety) wyróżnionych segmentów.



Ogólne charakterystyki wyróżnionych segmentów zostały przedstawione na kolejnych stronach, natomiast szczegółowe wyniki analiz opisano w odrębnym raporcie przygotowanym w ramach projektu.

W niniejszym rozdziale odchodzimy jednak od ujęcia opartego na obiektywnych wskaźnikach i przyjmujemy perspektywę uzupełniającą, koncentrując się głównie na subiektywnie postrzeganej pozycji społecznej oraz jej związku z dobrostanem psychicznym i stosunkiem do psychologii.

19%



Zorientowani na Przetrawanie

- Segment ten tworzą głównie osoby starsze, częściej mieszkające na wsi i w mniejszych miejscowościach, z niewielką przewagą kobiet. Charakteryzuje się najniższym poziomem wykształcenia – zarówno wśród badanych, jak i w ich środowisku rodzinnym.
- Jest to grupa o najniższej sytuacji materialnej, z dominacją niskich dochodów i małych gospodarstw domowych. Towarzyszy im częste poczucie niedostatku.
- Segment wyróżnia się najniższym poziomem kapitału społecznego – ograniczonym dostępem do wsparcia i słabym poczuciem przynależności.
- W obszarze kultury i mediów jest to grupa najbardziej wykluczona – o bardzo niskiej aktywności kulturalnej i ograniczonym korzystaniu z mediów cyfrowych.
- Na poziomie funkcjonowania psychicznego osiąga najniższe wyniki – najniższą samoocenę i poczucie szczęścia oraz najwyższe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych.
- Korzystanie z pomocy psychologicznej jest w tej grupie bardzo rzadkie. Jednocześnie, charakteryzuje się ona najbardziej negatywnymi postawami wobec psychologii, najwyższym poziomem stygmatyzacji oraz przekonań spiskowych dotyczących wsparcia psychologicznego, a także najmniejszą wiedzą psychologiczną.
- Segment ten cechuje się również najwyższym poziomem barier w dostępie do pomocy – zarówno ekonomicznych, jak i psychologicznych. Motywacje do jej podjęcia mają przede wszystkim charakter reaktywny i są związane z bardzo silnym kryzysem.

CHARAKTERYSTYKA WYRÓŻNIONYCH SEGMENTÓW

45%



Przeciążeni na Dorobku

- Najlichnieszy segment, obejmujący osoby w różnym wieku, z równym udziałem kobiet i mężczyzn, często mieszkańcy terenów wiejskich. Dominuje wykształcenie średnie, a wyższe pojawia się stosunkowo rzadko.
- Większość osób funkcjonuje na stabilnym, choć ograniczonym poziomie finansowym, z niewielkim marginesem bezpieczeństwa. Towarzyszy temu umiarkowany poziom kapitału społecznego – częściej niż w poprzednim segmencie pojawia się dostęp do wsparcia i poczucie przynależności, choć nie są one silne.
- W obszarze kultury i mediów jest to grupa raczej pasywna – uczestnictwo w kulturze jest ograniczone, a korzystanie z mediów ma charakter zachowawczy, z dominacją telewizji.
- Kondycja psychiczna tej grupy jest lepsza niż w segmencie Zorientowanych na Przetrawanie, ale wyraźnie słabsza niż w kolejnych segmentach. Widoczne są podwyższone poziomy zmęczenia, napięcia oraz objawów depresyjnych i lękowych.
- Korzystanie z pomocy psychologicznej jest bardzo rzadkie, a postawy wobec psychologii pozostają raczej nieprzychylnie, przy niskim poziomie wiedzy psychologicznej.
- Segment ten cechuje się wysokim poziomem barier w dostępie do pomocy. Pomoc psychologiczna rozważana jest głównie w kontekście nasilonych trudności, a motywacje rozwojowe pozostają słabe.

31%



Niepewni Odkrywcy

- Segment ten tworzą głównie osoby w wieku średnim, częściej mieszkające w miastach, z lekką przewagą kobiet. Dominują osoby z wykształceniem wyższym, co jest widoczne również w ich środowisku rodzinnym.
- Sytuacja materialna tej grupy jest dobra i stabilna, a dochody są wyższe niż w poprzednich segmentach. Towarzyszy temu wysoki poziom kapitału społecznego – osoby te częściej deklarują dostęp do wsparcia i poczucie przynależności.
- Segment wyróżnia się wysoką aktywnością w sferze kultury i mediów, w tym intensywnym korzystaniem z mediów cyfrowych.
- Kondycja psychiczna jest relatywnie dobra – osoby te rzadziej doświadczają objawów depresyjnych, choć stosunkowo często pojawia się lęk.
- Na tle innych segmentów częściej deklarują gotowość do korzystania z pomocy psychologicznej oraz mają realne doświadczenia w kontakcie ze specjalistami. Towarzyszą temu najbardziej pozytywne postawy wobec psychologii oraz wyższy poziom wiedzy i zainteresowania tą tematyką. Motywacje do korzystania z pomocy są zróżnicowane i obejmują zarówno radzenie sobie z trudnościami, jak i rozwój osobisty.

CHARAKTERYSTYKA WYRÓŻNIONYCH SEGMENTÓW



Uprzywilejowani Odkrywcy

- Najmniejszy i najmłodszy segment, z przewagą mężczyzn, stosunkowo często mieszkających na wsi. Charakteryzuje się najwyższym poziomem wykształcenia – zarówno wśród badanych, jak i w ich środowisku rodzinnym.
- Jest to grupa o najlepszej sytuacji materialnej.
- Wyróżnia się najwyższym poziomem uczestnictwa w kulturze oraz najbardziej selektywnym i świadomym korzystaniem z mediów, z wyraźną dominacją treści cyfrowych nad tradycyjną telewizją.
- Kondycja psychiczna tej grupy jest bardzo dobra – niski poziom objawów depresyjnych i lękowych oraz wysoki poziom dobrostanu i samooceny.
- Na poziomie kapitału społecznego widoczny jest dostęp do wsparcia, choć poczucie przynależności do społeczności jest słabsze niż w segmencie Niepewnych Odkrywców, co może wiązać się z bardziej indywidualistycznym stylem funkcjonowania.
- Segment ten cechuje się wysoką wiedzą i pozytywnymi postawami wobec psychologii oraz otwartością na korzystanie z pomocy. Realne doświadczenia kontaktu ze specjalistami są stosunkowo częste, przy czym pomoc psychologiczna pełni w tej grupie nie tylko funkcję wsparcia w kryzysie, ale także narzędzia rozwoju osobistego i pracy nad sobą.
- Poziom barier w dostępie do pomocy jest niski, a motywacje do jej podjęcia są zróżnicowane i obejmują zarówno radzenie sobie z trudnościami jak i rozwój osobisty.

RAPORT SEGMENTACYJNY,
ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ ILOŚCIOWEGO
I JAKOŚCIOWEGO

STATUS SPOŁĘCZNO-EKONOMICZNY A PSYCHE

Jak miejsce w społeczeństwie kształtuje postawy wobec wsparcia psychologicznego

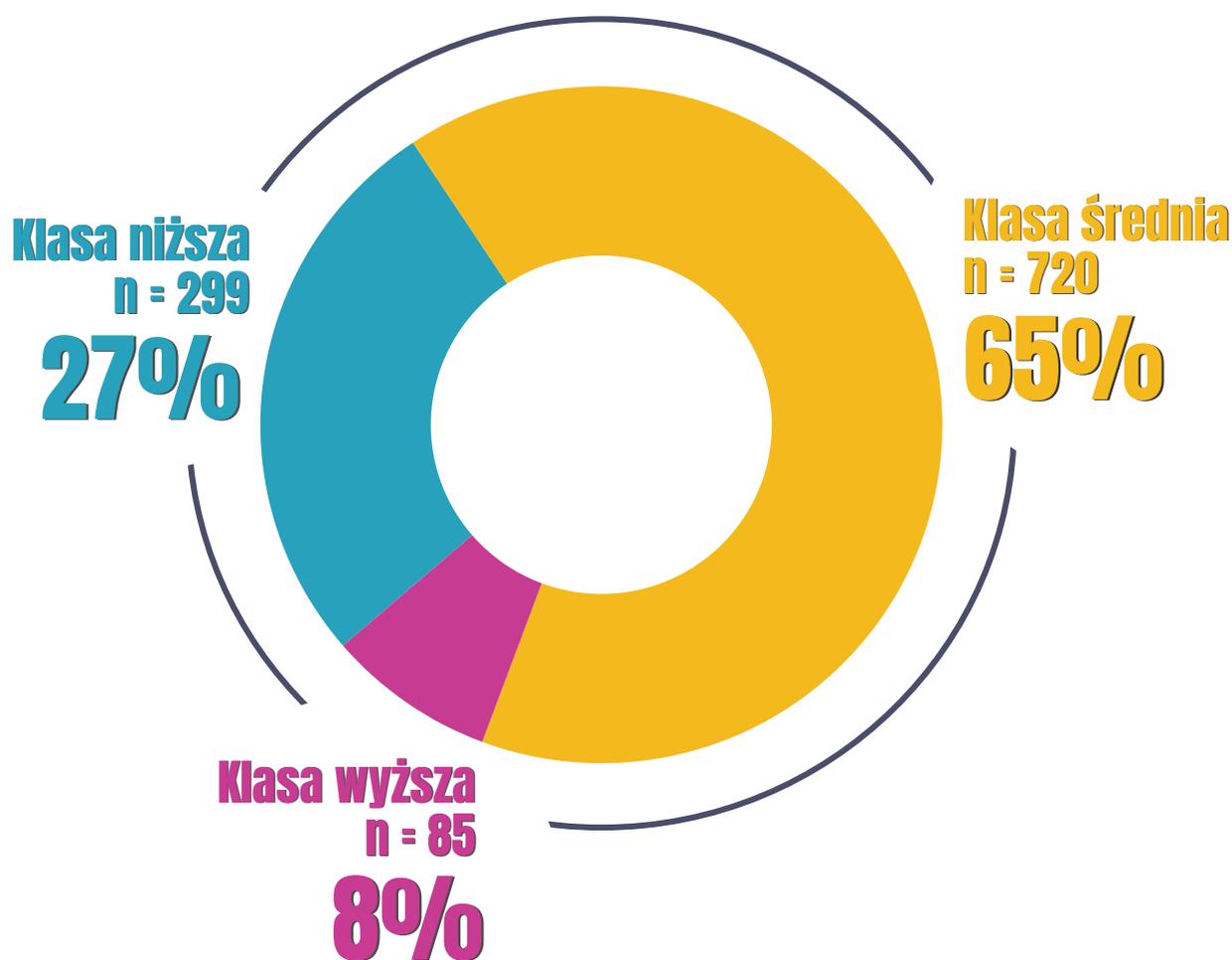


**KLIKNIJ I ZAPOZNAJ SIĘ
Z CAŁYM RAPORTEM ORAZ PEŁNYMI WYNIKAMI BADAŃ**

KLASA SPOŁECZNA W UJĘCIU SUBIEKTYWNYM

W tej części przyglądamy się, jak badani sami postrzegają swoją pozycję społeczną. Subiektywna przynależność klasowa może mieć istotne znaczenie dla sposobu myślenia, odczuwania i działania – wpływając zarówno na dobrostan psychiczny, jak i postawy wobec korzystania z pomocy. **Analiza ta pozwala sprawdzić, czy i w jaki sposób postrzeganie własnej pozycji społecznej różnicuje doświadczenia i postawy badanych – niezależnie od obiektywnych wskaźników społeczno-ekonomicznych.**

W której klasie umieściliby Pan/umieściliby Pani siebie?



Rozkład odpowiedzi wskazuje, że **zdecydowana większość badanych identyfikuje się z klasą średnią**. Wyraźnie mniejsza część przypisuje się do klasy niższej, natomiast relatywnie niewielki odsetek badanych postrzega siebie jako należących do klasy wyższej. Taki układ wyników jest zbliżony do wcześniej przedstawionej segmentacji – w niej również dominowała grupa o charakterystyce odpowiadającej klasie średniej, przy mniejszym udziale segmentów skrajnych.

KLASA SPOŁECZNA A...

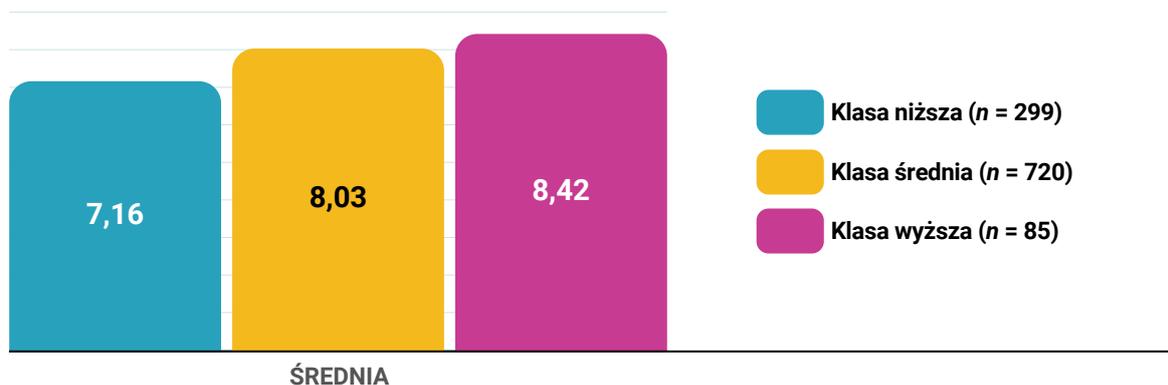
OGÓLNA OCENA STANU ZDROWIA

Do oceny ogólnego stanu zdrowia wykorzystano pojedyncze pytanie samoopisowe, w którym respondenci proszeni byli o określenie, jak oceniają swój aktualny stan zdrowia fizycznego. Odpowiedzi udzielano na 10-punktowej skali, gdzie 1 oznaczało „bardzo zły”, a 10 „bardzo dobry” stan zdrowia. Miarę tę można traktować jako wskaźnik subiektywnej percepcji zdrowia, łączący zarówno elementy fizyczne, jak i psychosomatyczne, a jednocześnie odzwierciedlający sposób, w jaki jednostki postrzegają własne funkcjonowanie w szerszym kontekście swojej sytuacji życiowej i społecznej.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono średnie oceny ogólnego stanu zdrowia w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem ogólnej oceny stanu zdrowia. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej oceniają swój stan zdrowia istotnie gorzej niż osoby identyfikujące się z pozostałymi klasami**. Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – osoby identyfikujące się jako klasa średnia oceniają swoje zdrowie niżej niż osoby identyfikujące się jako klasa wyższa. Uzyskane wyniki pokazują, że **wyższa subiektywnie postrzegana pozycja społeczna wiąże się z wyższą oceną własnego stanu zdrowia**.

Liczba pozycji testowych: 1
Skala odpowiedzi: od 1 do 10



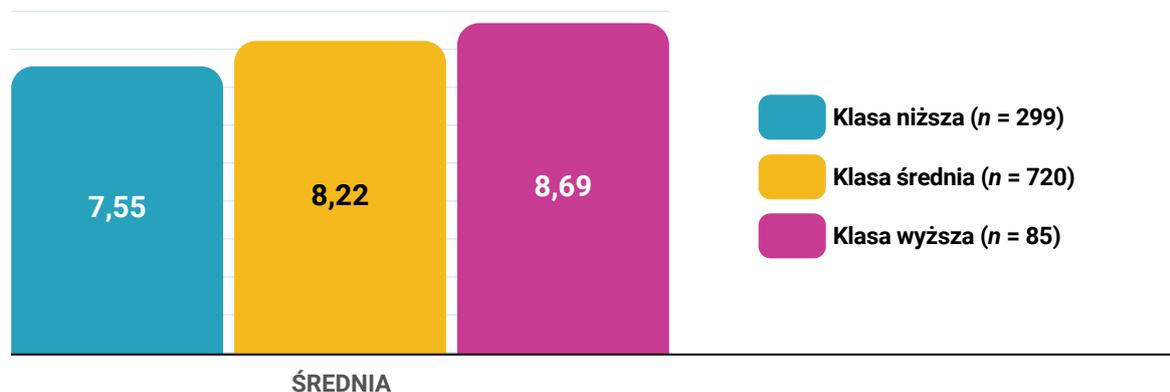
KLASA SPOŁECZNA A... OGÓLNA KONDYCJA PSYCHICZNA

Do oceny ogólnej kondycji psychicznej wykorzystano pojedyncze pytanie samoopisowe, w którym respondenci proszeni byli o określenie, jak oceniają swoją aktualną kondycję psychiczną. Odpowiedzi udzielano na 10-punktowej skali. Miara ta stanowi subiektywny wskaźnik dobrostanu psychicznego, który odzwierciedla ogólną ocenę własnego samopoczucia emocjonalnego i funkcjonowania psychicznego, a także sposób postrzegania siebie w kontekście swojej sytuacji życiowej i społecznej.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono średnie oceny ogólnej kondycji psychicznej w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem ogólnej oceny własnej kondycji psychicznej. Wykazano, że osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej oceniają swoją kondycję psychiczną istotnie gorzej niż osoby identyfikujące się z pozostałymi klasami. Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – osoby identyfikujące się jako klasa średnia oceniają swoją kondycję psychiczną niżej niż osoby identyfikujące się jako klasa wyższa. **Uzyskane wyniki wskazują, że wyższa subiektywnie postrzegana pozycja społeczna wiąże się z lepszą oceną własnej kondycji psychicznej.**

Liczba pozycji testowych: 1
Skala odpowiedzi: od 1 do 10



KLASA SPOŁECZNA A... SAMOOCENA

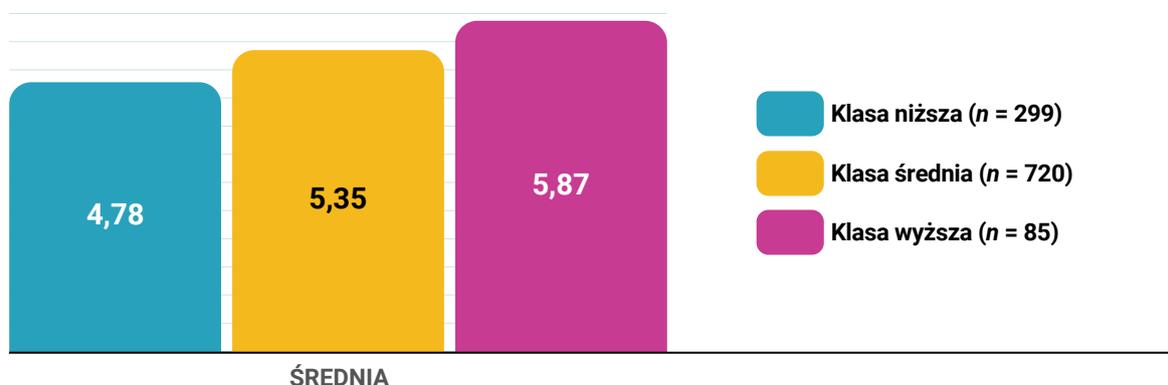
Samoocena może odzwierciedlać sposób, w jaki jednostki postrzegają swoją pozycję społeczną oraz własne możliwości działania. Wiąże się zarówno z dostępem do zasobów, jak i z poczuciem sprawczości oraz społecznym uznaniem. W efekcie osoby znajdujące się w mniej uprzywilejowanej sytuacji częściej deklarują niższy poziom samooceny, podczas gdy wyższa pozycja społeczna sprzyja bardziej pozytywnej ocenie siebie. Pomiar samooceny pozwala więc uchwycić psychologiczny wymiar zróżnicowania społecznego (Kraus & Park, 2014). Poziom samooceny mierzono za pomocą pojedynczego pytania samoopisowego: *Proszę określić, w jakim stopniu stwierdzenie „Mam wysoką samoocenę” opisuje Panią/Pana*. Odpowiedzi udzielano na 7-punktowej skali.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono średnie poziomy samooceny w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem poziomu samooceny. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej deklarują istotnie niższy poziom samooceny niż osoby identyfikujące się z pozostałymi klasami**. Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – osoby identyfikujące się jako klasa średnia charakteryzują się niższą samooceną niż osoby identyfikujące się jako klasa wyższa. **Uzyskane wyniki wskazują, że osoby postrzegające swoją pozycję społeczną jako wyższą charakteryzują się wyższym poziomem samooceny.**

Analogiczny wzorec wyników zaobserwowano również w odniesieniu do poczucia szczęścia – osoby identyfikujące się z wyższymi klasami społecznymi deklarowały wyższy poziom poczucia szczęścia niż osoby identyfikujące się z klasami niższymi.

Liczba pozycji testowych: 1
Skala odpowiedzi: od 1 do 7



KLASA SPOŁECZNA A... OBAJWY ASTENII

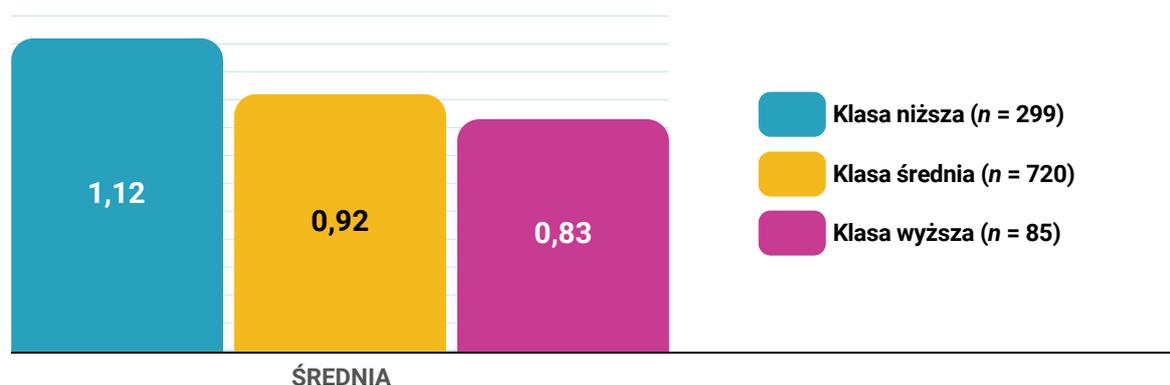
Astenia odnosi się do stanu obniżonej energii i przewlekłego zmęczenia, który utrudnia codzienne funkcjonowanie i podejmowanie aktywności (Pochwatko i in. 2023). Może wynikać zarówno z długotrwałego obciążenia stresem, jak i z ograniczonych możliwości odpoczynku i regeneracji. W tym sensie stanowi ważny wskaźnik codziennego przeciążenia psychofizycznego. Poziom astenii pozwala uchwycić, w jakim stopniu warunki życia przekładają się na realne doświadczenie zmęczenia i braku zasobów do działania.

W badaniu wykorzystano trzy pozycje dotyczące częstości odczuwania wyczerpania, braku energii oraz trudności w rozpoczęciu codziennych aktywności. Odpowiedzi udzielano na skali od 0 do 4.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono średni poziom astenii w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem poziomu astenii. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej charakteryzują się istotnie wyższym poziomem astenii niż osoby identyfikujące się z pozostałymi klasami**. Natomiast różnica między klasą średnią a wyższą nie była istotna statystycznie. **Uzyskane wyniki wskazują, że podwyższony poziom astenii jest szczególnie charakterystyczny dla osób identyfikujących się jako należące do klasy niższej.**

Liczba pozycji testowych: 3
Skala odpowiedzi: od 0 do 4



KLASA SPOŁECZNA A... OBJAWY DEPRESYJNE

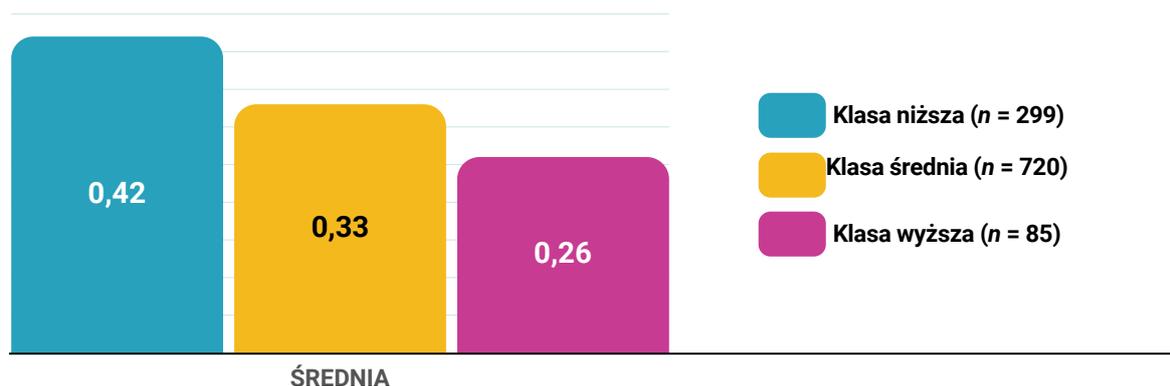
Objawy depresyjne stanowią ważny wskaźnik obniżonego dobrostanu psychicznego. Ich nasilenie może być związane z kumulacją trudnych doświadczeń, przeciążeniem oraz ograniczonym dostępem do zasobów wspierających radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami.

W badaniu wykorzystano skróconą wersję kwestionariusza Patient Health Questionnaire (PHQ, Kroenke i in., 2001), służącego do oceny nasilenia typowych objawów depresyjnych. Respondenci wskazywali, jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczali m.in. obniżonego nastroju, braku energii, trudności z koncentracją czy utraty zainteresowania codziennymi aktywnościami. Odpowiedzi udzielano na czteropunktowej skali od 0 oznaczającego „wcale” do 3 oznaczającego „prawie codziennie”.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono średni poziom objawów depresyjnych w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem nasilenia objawów depresyjnych. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej charakteryzują się istotnie wyższym poziomem objawów depresyjnych niż osoby identyfikujące się z pozostałymi klasami**. Natomiast różnica między klasą średnią a wyższą nie była istotna statystycznie. Uzyskane wyniki wskazują, że **podwyższone nasilenie objawów depresyjnych jest szczególnie charakterystyczne dla osób identyfikujących się jako należące do klasy niższej**.

Liczba pozycji testowych: 9
Skala odpowiedzi: od 0 do 3



KLASA SPOŁECZNA A...

POSTAWY WOBEC POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

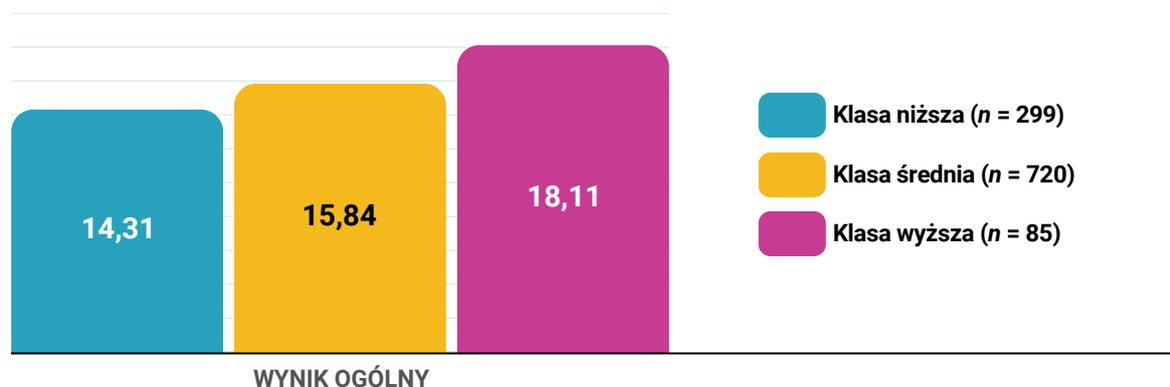
Postawy wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej stanowią jeden z kluczowych czynników wpływających na gotowość do sięgania po wsparcie. Nawet przy występowaniu trudności psychicznych decyzja o skorzystaniu z pomocy nie jest oczywista i może być ograniczana przez różne bariery – od braku zaufania i sceptycyzmu, po obawy związane z oceną społeczną. Z tego względu analiza postaw pozwala uchwycić, na ile pomoc psychologiczna jest postrzegana jako dostępna i akceptowalna forma radzenia sobie z problemami (np. Burdzik, 2023; Clement i in., 2025).

W badaniu wykorzystano skróconą wersję Kwestionariusza Postaw Wobec Poszukiwania Profesjonalnej Pomocy Psychologicznej (ATSPPH-SF; Fischer i Farina, 1995), mierzącego ogólną otwartość wobec korzystania z pomocy psychologicznej. Respondenci wskazywali stopień zgody na różne stwierdzenia dotyczące m.in. postrzeganej skuteczności wsparcia oraz gotowości do skorzystania z niego. Wyższe wyniki oznaczają bardziej pozytywne postawy wobec pomocy psychologicznej.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono poziom pozytywnych postaw wobec korzystania z pomocy psychologicznej w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem stosunku do korzystania z pomocy psychologicznej. **Wykazano, że osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej prezentują istotnie mniej pozytywne postawy wobec pomocy psychologicznej niż osoby identyfikujące się z klasą średnią i wyższą.** Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – osoby identyfikujące się jako klasa średnia mają mniej pozytywne postawy niż osoby identyfikujące się jako klasa wyższa. **Uzyskane wyniki wskazują, że wraz ze wzrostem subiektywnie postrzeganej pozycji społecznej rośnie otwartość i pozytywne nastawienie wobec korzystania z pomocy psychologicznej.**

Liczba pozycji testowych: 10
Skala odpowiedzi: od 0 do 3



KLASA SPOŁECZNA A...

ZAINTERESOWANIE PSYCHOLOGIĄ

Zainteresowanie psychologią stanowi ważny wymiar postawy wobec tej dziedziny wiedzy – może sprzyjać lepszemu rozumieniu mechanizmów funkcjonowania psychicznego, większej otwartości na profesjonalną pomoc oraz ograniczać podatność na stereotypy dotyczące zdrowia psychicznego i specjalistów udzielających wsparcia (Corrigan, 2004). Osoby deklarujące wyższy poziom zainteresowania psychologią częściej wykazują gotowość do refleksji nad własnym funkcjonowaniem psychicznym, większe zaufanie wobec psychologów i psychoterapeutów oraz bardziej pozytywne postawy wobec korzystania z pomocy psychologicznej.

W niniejszym badaniu poziom zainteresowania psychologią mierzony był przy użyciu sześciu pozycji (np. *Wiedza na temat zdrowia psychicznego jest dla mnie interesująca*), wobec których osoby badane ustosunkowywały się na skali od 1 do 5.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono poziom zainteresowania psychologią w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem deklarowanego zainteresowania psychologią. Wykazano, że osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej wykazują istotnie niższy poziom zainteresowania psychologią niż osoby identyfikujące się z klasą średnią i wyższą. Natomiast różnica między klasą średnią a wyższą nie była istotna statystycznie. **Uzyskane wyniki wskazują, że niższa subiektywnie postrzegana pozycja społeczna wiąże się z niższym zainteresowaniem psychologią, natomiast w wyższych klasach (średniej i wyższej) poziom tego zainteresowania pozostaje na zbliżonym poziomie.**

Liczba pytań: 6
Skala odpowiedzi: od 1 do 5



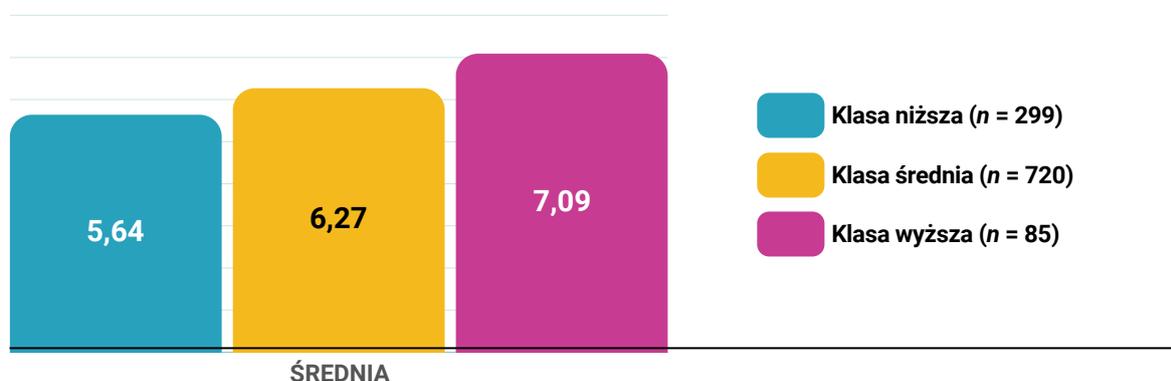
Poziom wiedzy na temat zdrowia psychicznego i dostępnych form pomocy może wpływać na sposób postrzegania psychologii oraz decyzje dotyczące korzystania z profesjonalnego wsparcia. Lepsza orientacja w tym obszarze sprzyja bardziej realistycznej ocenie możliwości pomocy oraz ogranicza podatność na błędne przekonania i stereotypy związane ze zdrowiem psychicznym i leczeniem (Jorm, 2020; Furnham i Swami, 2018). Wiedza pełni więc funkcję porządkującą – ułatwia rozumienie objawów, rozróżnianie form wsparcia oraz podejmowanie bardziej świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia psychicznego.

W badaniu poziom wiedzy oceniano na podstawie dziesięciu stwierdzeń dotyczących m.in. diagnozy zaburzeń psychicznych, farmakoterapii, kompetencji specjalistów oraz zasadności korzystania z pomocy (np. *Osoby nieposiadające diagnozy zaburzeń psychicznych ani niezmagające się z poważnymi problemami psychologicznymi również mogą skorzystać z usług psychoterapeutów; Nie wszystkie leki psychotropowe mają uzależniające działanie*). Respondenci wskazywali, czy dane twierdzenia uznają za prawdziwe czy fałszywe. W zestawie uwzględniono zarówno informacje zgodne z aktualną wiedzą naukową jak i rozpowszechnione mity.

WYNIKI

Na poniższym wykresie zaprezentowano poziom wiedzy psychologicznej w trzech klasach społecznych wyodrębnionych na podstawie autoidentyfikacji badanych. Analiza pokazuje, że klasy te różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie. Osoby postrzegające swoją pozycję społeczną jako niższą osiągają wyraźnie niższy poziom wiedzy psychologicznej niż osoby identyfikujące się z klasą średnią i wyższą. Jednocześnie także między klasą średnią a wyższą występuje istotna różnica – osoby z klasy średniej deklarują niższy poziom wiedzy niż osoby z klasy wyższej. **Wyniki te sugerują, że wraz ze wzrostem subiektywnie postrzeganej pozycji społecznej rośnie również poziom orientacji i wiedzy w obszarze psychologii.**

Liczba pozycji: 10
Skala odpowiedzi: od 0 do 1 (prawda/fałsz)



KLASA SPOŁECZNA A...

BARIERY W KORZYSTANIU Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Decyzja o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej często nie wynika wyłącznie z indywidualnej potrzeby, lecz także z uwarunkowań społecznych i strukturalnych. W niniejszym badaniu poziom doświadczanych barier mierzono za pomocą skróconej wersji narzędzia Barriers to Access to Care Evaluation (BACE, Clement i in., 2012). Respondenci oceniali, w jakim stopniu każdy z poszczególnych 28 czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił ich do skorzystania z pomocy specjalisty. Odpowiedzi udzielane były na czteropunktowej skali częstotliwości (od 0 oznaczającego "To mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło W OGÓLE" do 3 oznaczającego "To mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło BARDZO").

WYNIKI

Na poniższym wykresie zaprezentowano poziom deklarowanych barier w korzystaniu z pomocy psychologicznej w trzech klasach społecznych wyodrębnionych na podstawie autoidentyfikacji badanych. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej doświadczają istotnie wyższego poziomu barier niż osoby identyfikujące się z klasą średnią**. Natomiast różnice między klasą niższą a wyższą oraz między klasą średnią a wyższą nie były istotne statystycznie. Uzyskane wyniki wskazują, że **najwyższy uogólniony poziom barier występuje wśród osób postrzegających swoją pozycję społeczną jako niższą, podczas gdy w pozostałych klasach poziom tych barier pozostaje zbliżony**.

Liczba pytań: 28
Skala odpowiedzi: OD 0 DO 3



KLASA SPOŁECZNA A... ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

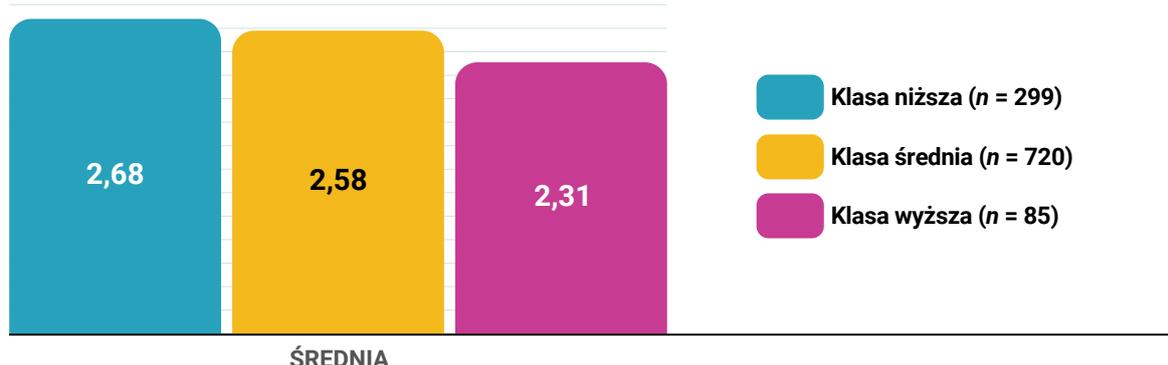
Zinternalizowana stygmatyzacja odnosi się do procesu, w którym jednostka internalizuje (uwewnętrznia) negatywne przekonania społeczne dotyczące zdrowia psychicznego, co prowadzi do samoobwiniania, poczucia wstydu, niskiej samooceny i unikania szukania pomocy. Zjawisko to może negatywnie wpływać na proces zdrowienia, obniżać jakość życia oraz ograniczać korzystanie ze wsparcia społecznego i profesjonalnego (Corrigan i Watson, 2002). Dotychczasowe badania wskazują, że **poziom zinternalizowanej stygmy może być powiązany z pozycją społeczno-ekonomiczną jednostki**. Osoby należące do mniej uprzywilejowanych klas społecznych mogą częściej internalizować negatywne przekonania na temat zdrowia psychicznego z uwagi na ograniczony dostęp do rzetelnej wiedzy, mniejszą ekspozycję na pozytywne wzorce korzystania z pomocy oraz silniejsze działanie kulturowych norm ułatwiających skorzystanie z pomocy psychologicznej (Pattyn i in., 2014; Yang i in., 2007).

W niniejszym badaniu zastosowano zmodyfikowaną wersję Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI; Boyd i in., 2014), obejmującą 13 stwierdzeń ocenianych w skali od 1 (*zdecydowanie się nie zgadzam*) do 4 (*zdecydowanie się zgadzam*). Analizy przeprowadzono wyłącznie w grupie osób, u których nigdy nie zdiagnozowano zaburzeń psychicznych lub psychiatrycznych (w analizach nie uwzględniono 25 osób). **Treść pytań w zmodyfikowanej wersji skali została dostosowana tak, aby odnosiła się do hipotetycznych wyobrażeń i przewidywanych reakcji badanych w sytuacji, gdyby otrzymali diagnozę psychiatryczną.** Pozwoliło to uchwycić, w jakim stopniu osoby bez faktycznego doświadczenia leczenia psychiatrycznego internalizują społeczne stereotypy oraz jak wyobrażają sobie własne reakcje w kontekście potencjalnej stygmatyzacji.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono poziom zinternalizowanej stygmy w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem poziomu zinternalizowanej stygmy. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej charakteryzują się istotnie wyższym poziomem zinternalizowanej stygmy niż osoby identyfikujące się z klasą średnią i wyższą**. Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – **osoby identyfikujące się jako klasa średnia osiągają wyższy poziom stygmy niż osoby z klasy wyższej**. Uzyskane wyniki wskazują, że niższa subiektywnie postrzegana pozycja społeczna wiąże się z wyższym poziomem zinternalizowanej stygmy.

Liczba pozycji: 13
Skala odpowiedzi: od 1 do 4



MYŚLENIE SPIKOWE DOTYCZĄCE PSYCHOLOGII

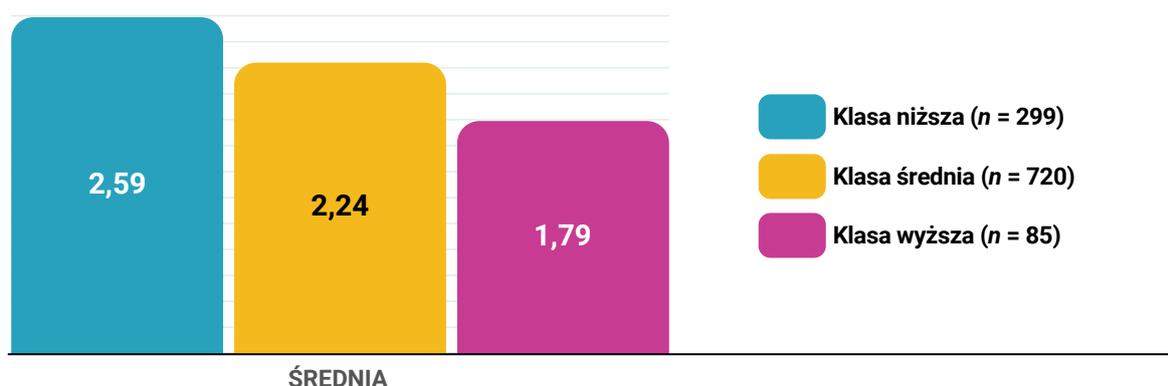
Postawy wobec pomocy psychologicznej mogą przyjmować nie tylko formę obojętności czy dystansu, ale także przybierać bardziej radykalne, spiskowe formy interpretacji działań psychologów, terapeutów i psychiatrów. Myślenie spiskowe na temat psychologii opiera się na przekonaniu, że osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym mają ukryte cele – takie jak kontrolowanie myśli, emocji czy zachowań jednostek – i realizują interesy określonych grup. W literaturze wskazuje się, że postawy spiskowe są często sposobem interpretowania złożonych zjawisk społecznych w sytuacjach niepewności i braku poczucia kontroli (Douglas i in., 2017; Imhoff i Lamberty, 2020; Marchlewska i in., 2018).

W niniejszym badaniu do pomiaru skłonności do spiskowego myślenia o psychologii wykorzystano pięć stwierdzeń, odnoszących się do przekonań na temat działań psychologów, terapeutów oraz terapii jako takiej. Uczestnicy oceniali stopień, w jakim zgadzają się z każdym ze stwierdzeń, na pięciopunktowej skali. Wyższe wyniki wskazują na silniejsze poparcie dla narracji spiskowych.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono poziom myślenia spiskowego dotyczącego psychologii w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Wykazano, że osoby identyfikujące się jako **należące do klasy niższej charakteryzują się istotnie wyższym poziomem myślenia spiskowego niż osoby identyfikujące się jako należące do klasy średniej i wyższej**. Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – **osoby z klasy średniej przejawiają wyższy poziom takich przekonań niż osoby z klasy wyższej**. Uzyskane wyniki wskazują, że **wraz ze wzrostem subiektywnie postrzeganej pozycji społecznej maleje skłonność do myślenia spiskowego w obszarze psychologii**.

Liczba pytań: 5
Skala odpowiedzi: od 1 do 5



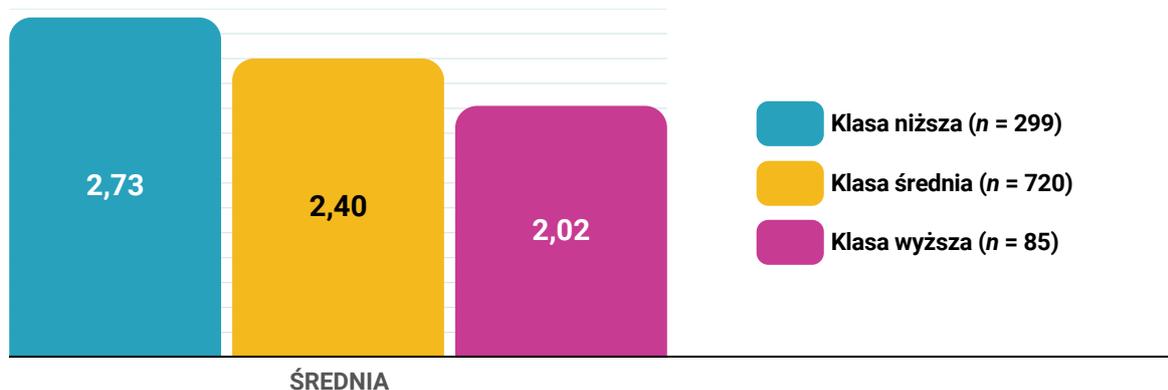
KLASA SPOŁECZNA A... SCEPTYCYZM WOBEC PSYCHOLOGII

Sceptycyzm wobec psychologii to postawa charakteryzująca się brakiem zaufania do skuteczności oddziaływań psychologicznych oraz przekonaniem o **ograniczonej wartości tej dziedziny nauki i praktyki**. Może przejawiać się w postrzeganiu psychologii jako dyscypliny niespójnej, niepotrzebnej lub opierającej się na intuicji zamiast dowodach naukowych. W naszym badaniu sceptycyzm wobec psychologii zmierzono za pomocą trzech pozycji. Ocen dokonywano na pięciopunktowej skali.

WYNIKI

Na poniższym wykresie przedstawiono poziom sceptycyzmu wobec psychologii w trzech klasach społecznych, określonych na podstawie autoidentyfikacji klasowej badanych. Klasy te różnią się istotnie pod względem nasilenia sceptycyzmu. Wykazano, że **osoby identyfikujące się jako należące do klasy niższej charakteryzują się istotnie wyższym poziomem sceptycyzmu wobec psychologii niż osoby identyfikujące się z klasą średnią i wyższą**. Różnica między klasą średnią a wyższą również okazała się istotna statystycznie – **osoby z klasy średniej są bardziej sceptyczne niż osoby z klasy wyższej**. Uzyskane wyniki wskazują, że **wraz ze wzrostem subiektywnie postrzeganej pozycji społecznej maleje poziom sceptycyzmu wobec psychologii**.

Liczba pytań: 3
Skala odpowiedzi: od 1 do 5



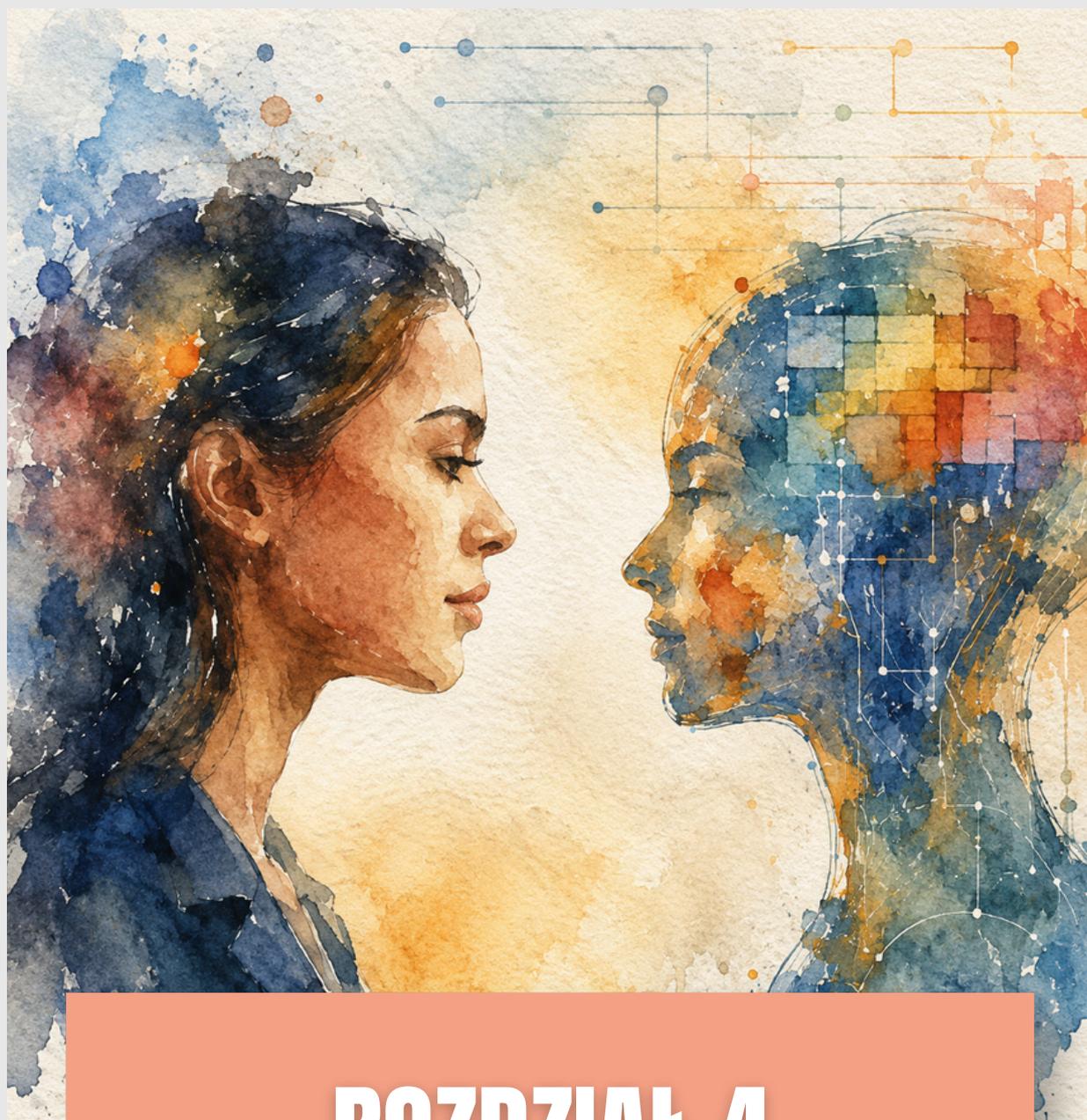
NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

Wyniki naszego badania pokazują, że zdrowie psychiczne w Polsce jest silnie związane z tym, jak ludzie postrzegają swoje miejsce w społeczeństwie. Osoby identyfikujące się jako należące do niższych klas społecznych częściej deklarują zmęczenie psychiczne, obniżony nastrój, gorszą kondycję psychiczną i niższą samoocenę. Rzadziej też mają poczucie stabilności i wpływu na własne życie. Wraz ze wzrostem subiektywnie postrzeganej pozycji społecznej poprawia się nie tylko sytuacja materialna, ale również dobrostan psychiczny i sposób myślenia o sobie.

Różnice te nie kończą się jednak na samopoczuciu. Dotyczą także stosunku do psychologii i korzystania z profesjonalnej pomocy. Osoby z niższych klas społecznych częściej deklarują brak zaufania do psychologii, większy sceptycyzm wobec psychoterapii i silniejsze przekonanie, że problemy powinno rozwiązywać się samodzielnie. Jednocześnie to właśnie w tych grupach wyraźniej obecne są bariery związane z korzystaniem z pomocy psychologicznej – obawy przed oceną, poczucie wstydu, brak wiedzy czy przekonanie, że „to nie jest dla takich ludzi jak ja”.

Nasze analizy pokazują więc coś więcej niż tylko różnice w poziomie dobrostanu. Pokazują, że stosunek do zdrowia psychicznego jest częścią szerszego doświadczenia społecznego. Dla części osób psychoterapia jest naturalnym elementem dbania o siebie i własny rozwój. Dla innych pozostaje czymś odległym, obcym albo wręcz społecznie ryzykownym. Szczególnie wyraźnie było to widoczne w segmentach znajdujących się w najmniej uprzywilejowanej sytuacji społeczno-ekonomicznej – to właśnie tam poziom obciążenia psychicznego był najwyższy, a jednocześnie najsilniejsze były nieufność, stygmatyzacja i bariery związane z korzystaniem z pomocy.

Wyniki te pokazują, że rozmowa o zdrowiu psychicznym nie może ograniczać się wyłącznie do diagnoz i dostępności specjalistów. To również rozmowa o codziennym doświadczeniu życia, poczuciu bezpieczeństwa, społecznej akceptacji i przekonaniu, czy w ogóle ma się prawo poprosić o pomoc.



ROZDZIAŁ 4

AI A ZDROWIE PSYCHICZNE - SZANSE I ZAGROŻENIA



WPROWADZENIE

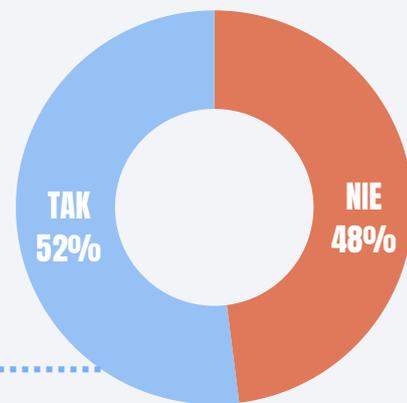
Rozwój generatywnej sztucznej inteligencji, w szczególności chatbotów AI opartych na dużych modelach językowych, doprowadził do debaty o technologii, ale także do pytań o przyszłość zawodów opartych na relacji, zaufaniu i pracy z ludzkim doświadczeniem. **W tym kontekście szczególne znaczenie ma pytanie o psychologię i psychoterapię: czy systemy AI mogą i czy powinny w przyszłości przejąć działania wykonywane przez psychologów? Czy Polki i Polacy mają poczucie, że chatboty AI mogą zastąpić specjalistów do wsparcia psychologicznego?**

Pytania te nie dotyczą wyłącznie poziomu technologicznego zaawansowania narzędzi. Kluczowe są tutaj postawy społeczne wobec AI, zakres jej realnego używania, sposób, w jaki użytkownicy wchodzi z nią w relację, a także to, jakie funkcje psychologiczne już dziś zaczyna ona pełnić. Ocena potencjalnego „zagrożenia” dla psychologii wymaga więc szerszego spojrzenia: nie tylko na to, co AI potrafi, lecz także na to, czego oczekują od niej ludzie i czego nie są gotowi jej powierzyć.

Punktem wyjścia do oceny potencjalnego wpływu chatbotów AI na psychologię musi być ustalenie, na ile technologia ta jest obecna w codziennym funkcjonowaniu. Dane pokazują, że w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z chatbotów AI korzystało aż 52% badanych. 45% użytkowników korzysta z chatbotów AI co najmniej kilka razy w tygodniu, a prawie 20% użytkowników deklaruje korzystanie codzienne lub prawie codzienne.

Chatboty AI to programy komputerowe, które wykorzystują sztuczną inteligencję do prowadzenia rozmów z użytkownikami w sposób przypominający interakcję z człowiekiem (np. ChatGPT, Gemini, Grok, Claude).

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zdarzyło się Pani/Panu korzystać z chatbotów AI?



Jak często korzysta Pani/Pan z chatbotów AI (np. ChatGPT, Gemini, Grok, Claude)?

- raz w miesiącu lub rzadziej
- kilka razy w miesiącu
- raz w tygodniu
- kilka razy w tygodniu
- codziennie lub prawie codziennie



Top2Box
45%

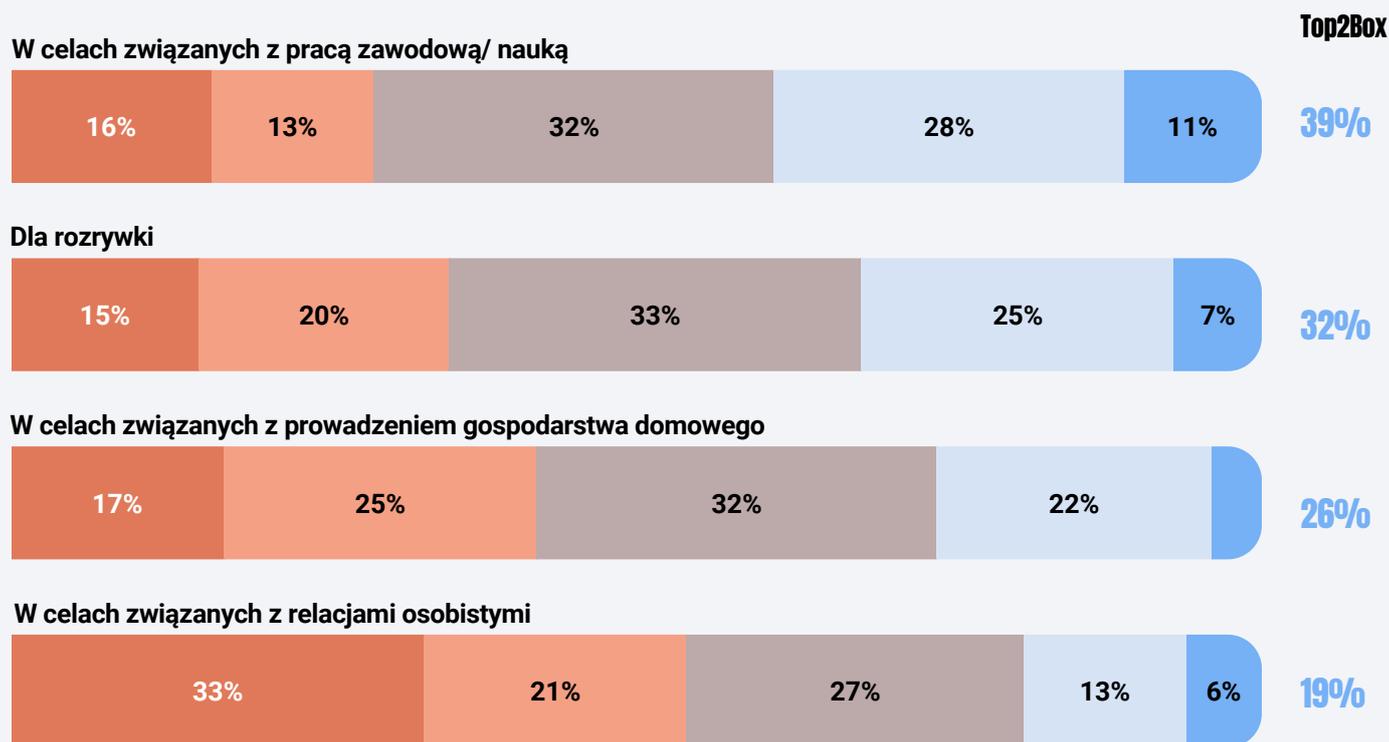
Podstawa: użytkownicy AI w próbie reprezentatywnej, n = 279

Dane wskazują, że chatboty AI przestają pełnić funkcje jedynie zadaniowe. Choć najczęściej używane są do celów zawodowych i edukacyjnych (39%), coraz częściej wykorzystywane są również do celów rozrywkowych (32%).

Prawie 20% osób korzystających z chatbotów AI przyznaje się do częstego korzystania z nich w celach związanych z relacjami osobistymi. Co więcej, okazuje się, że jedynie 33% (vs. 77%) nie robi tego wcale. Wyniki pokazują zatem, że chatboty zaczynają pełnić coraz poważniejsze funkcje w naszym życiu, a ich stosowanie nie ogranicza się jedynie do pracy, czy szkoły, a może przybierać formę bardziej osobistą.

W jakim celu korzysta Pani/Pan z chatbotów AI (np. ChatGPT, Gemini, Grok, Claude)?

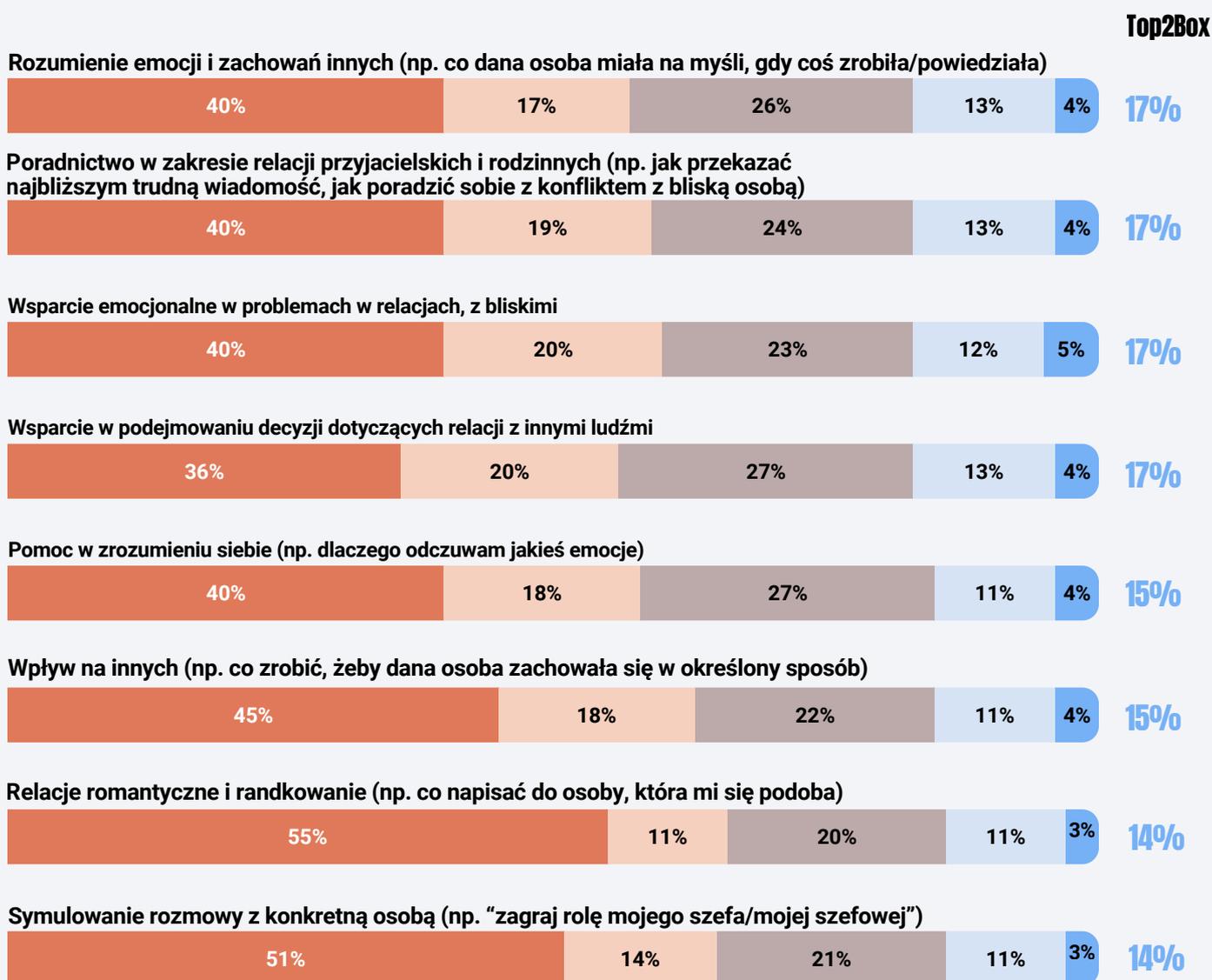
● nigdy
 ● rzadko
 ● czasami
 ● często
 ● bardzo często



Co dokładnie kryje się pod osobistym kontaktem z chatbotem AI? Gdy analizuje się bardziej szczegółowe zastosowania, widać, że chatboty bywają wykorzystywane do **rozumienia emocji i zachowań innych ludzi, uzyskiwania porad dotyczących relacji rodzinnych i przyjacielskich, wsparcia w podejmowaniu decyzji interpersonalnych, czy lepszego rozumienia siebie.**

Jak często korzysta Pani/Pan z chatbotów AI (np. ChatGPT, Gemini, Grok, Claude) w każdym z poniższych celów?

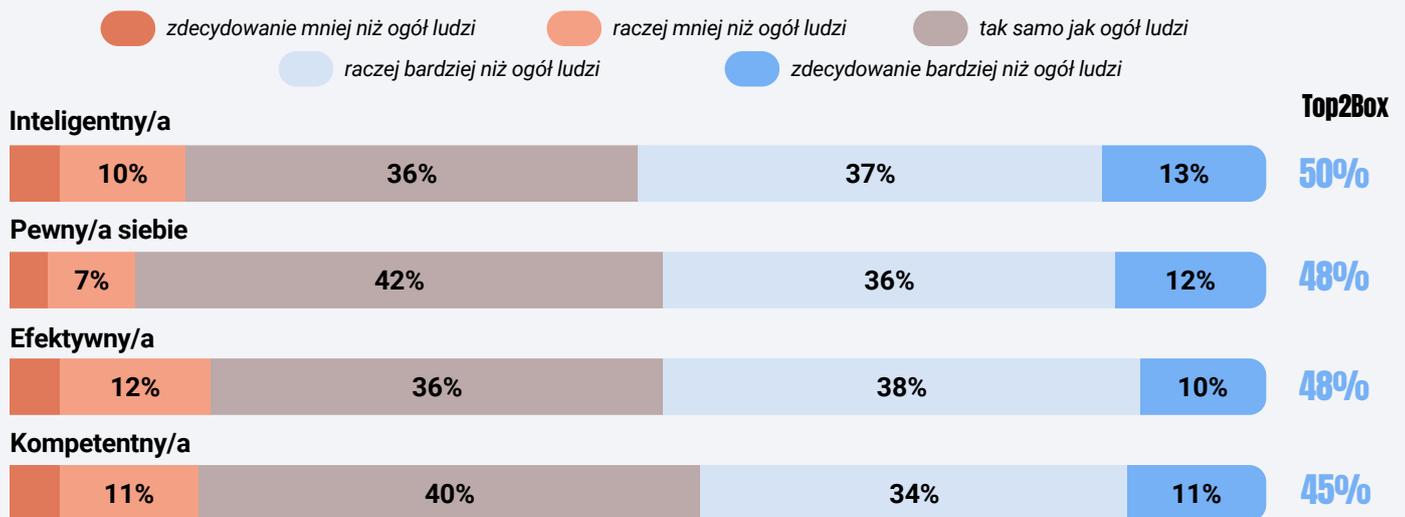
nigdy
 rzadko
 czasami
 często
 bardzo często



Wyniki pokazują, że technologia zaczyna uczestniczyć w procesach, które mają wyraźny wymiar psychologiczny. Co ciekawe, stosowanie chatbotów AI zaczyna mieć coraz bardziej konkretny wymiar interpersonalny (np. odgrywanie/symulowanie rozmów z konkretną osobą, próba manipulacji innymi/wpływ społeczny). Warto zauważyć, że spora część osób korzystających z chatbotów AI robi to w sposób bardziej pogłębiony, osobisty, stosując wyszukane sposoby na komunikację z AI.

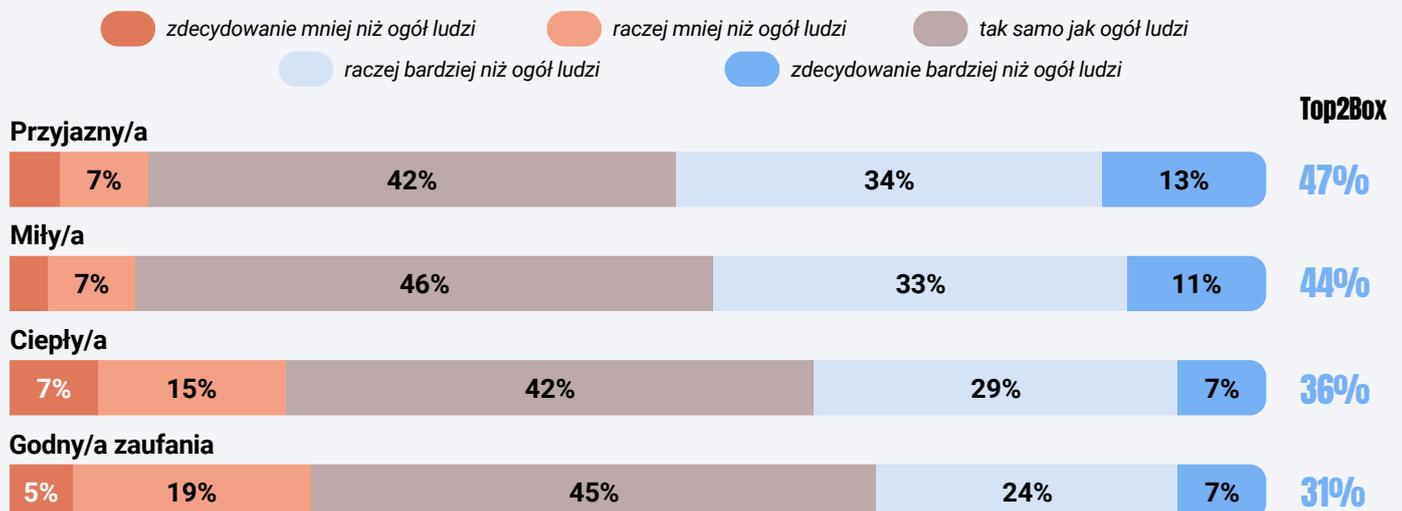
Ważnym krokiem w ocenie potencjalnego wpływu AI na psychologię jest analiza sposobu, w jaki użytkownicy spostrzegają chatboty. Wyniki pokazują, że nie są one odbierane wyłącznie jako neutralne narzędzia. Duża część użytkowników przypisuje AI wysoką kompetencję: **około połowa uważa chatboty za bardziej inteligentne, efektywne i pewne siebie niż ogół ludzi, a 45% ocenia je jako bardziej kompetentne.**

Zaznacz, na ile poniższe przymiotniki pasują do chatbota, z którego Pani korzystała/Pan korzystał.



Co ciekawe, chatboty są dość pozytywnie oceniane także na wymiarze ciepła. **47% użytkowników postrzega AI jako bardziej przyjazną niż ogół ludzi, 44% jako bardziej miłą, a około jedna trzecia przypisuje jej większe ciepło i byłaby jej skłonna zaufać bardziej niż ludziom.** Oznacza to, że chatboty nie są doświadczane jedynie jako sprawne poznawczo, ale częściowo także jako społeczne i interpersonalnie „bezpieczne”.

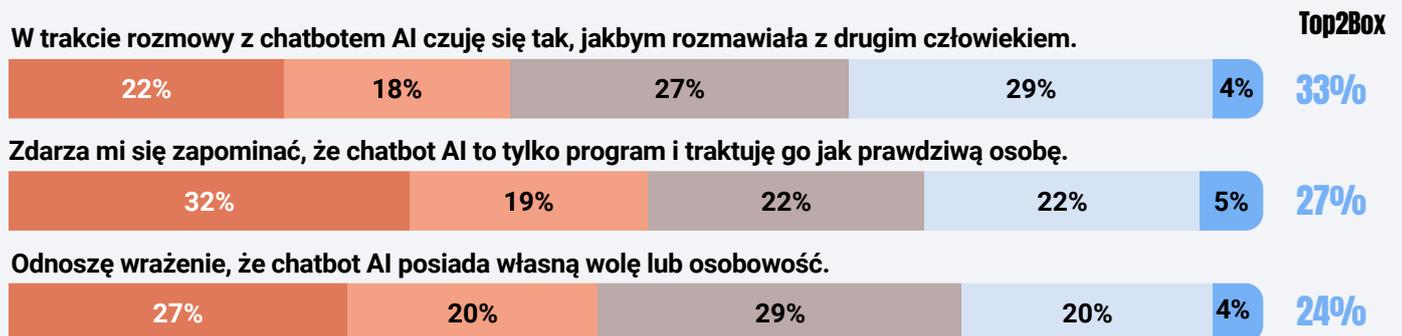
Zaznacz, na ile poniższe przymiotniki pasują do chatbota, z którego Pan/i korzystał/a.



Szczególnie istotne wydają się być wyniki dotyczące subiektywnego poczucia kontaktu z AI. **Okolo 33% użytkowników deklaruje, że w trakcie rozmowy z chatbotem zdarza im się doświadczać jej tak, jak kontaktu z drugim człowiekiem, natomiast 24–27% przyznaje, że czasem przypisuje AI intencje lub cechy osobowości.**

Wyniki te nie wskazują na pełną humanizację technologii, lecz odzwierciedlają proces antropomorfizacji – nadawania systemom AI właściwości charakterystycznych dla ludzi. **Z perspektywy psychologii ma to istotne znaczenie, ponieważ sugeruje, że chatboty mogą być doświadczane nie tylko jako narzędzia, ale również jako quasi-społeczni partnerzy interakcji.**

Prosimy zaznaczyć w jakim stopniu zgadza się Pani/Pan z poniższymi stwierdzeniami.

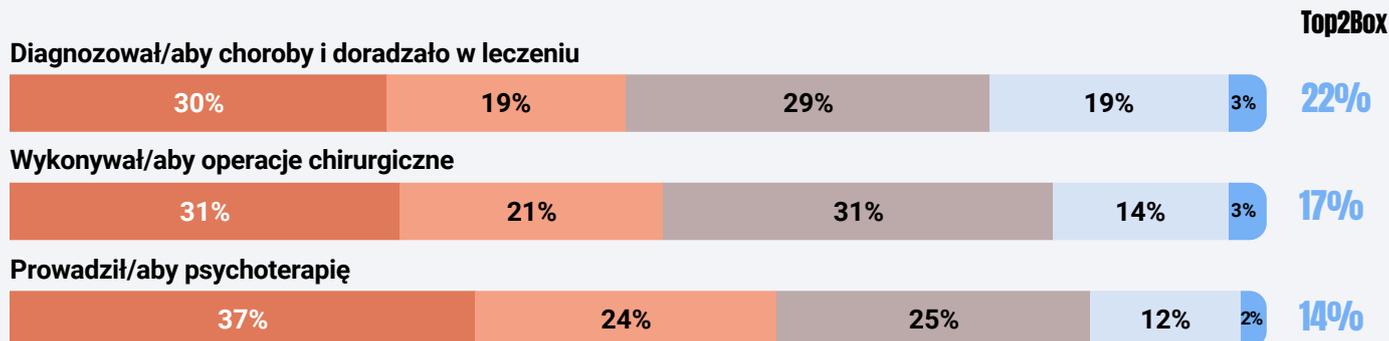
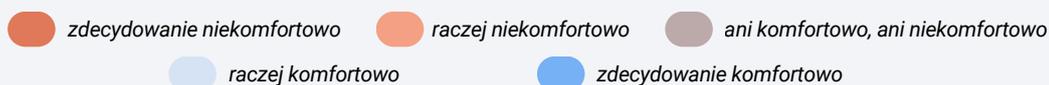


Ocena roli sztucznej inteligencji w psychologii wymaga wyjścia poza ogólne deklaracje dotyczące korzystania z technologii i odniesienia się do konkretnych ról społecznych.

Analizy przeprowadzone na reprezentatywnej próbie Polaków, wskazują, że prawie 62% osób badanych nie czułoby się komfortowo z terapeutą chatbotem AI. Łatwiej byłoby im zaakceptować, gdyby AI wykonywało operacje chirurgiczne lub doradzało w leczeniu (np. diagnostyce chorób).

Z drugiej strony, fakt, że prawie 40% nie odczuwa wyraźnego dyskomfortu myśląc o psychoterapii prowadzonej przez AI, wydaje się wskazywać, że Polki i Polacy nie zamykają się jednoznacznie na tego typu doświadczenia.

Prosimy zaznaczyć na ile komfortowo czułaby się Pani/czułby się Pan, gdyby AI...



W dłuższej perspektywie istotne pozostaje pytanie, czy i w jakim stopniu postawy te będą ulegać zmianie wraz ze wzrostem kontaktu z AI. Psychoterapia była dotąd rozumiana jako proces oparty na relacji, obecności i indywidualnym rozumieniu sytuacji drugiego człowieka. Dalsze badania powinny sprawdzić, czy częste rozmowy z chatbotami AI, a także złudzenie prywatności, jakie może zapewniać ta technologia, nie będą stanowić skutecznej zachęty do niebezpiecznych praktyk związanych z próbą odnalezienia terapeuty w postaci chatbota.

NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

Wstępne analizy dotyczące tego, jak współcześnie postrzegane są chatboty AI w kontekście psychoterapii, pozwoliły na wyciągnięcie kilku interesujących wniosków. Przede wszystkim, prawie 20% Polek i Polaków korzysta z chatbotów AI bardzo często (niemal codziennie).

Użytkownicy i użytkowniczki tej technologii posługują się nią w sposób zniuansowany, niekiedy odgrywając scenariusze, jakby rozmawiali z ważnymi osobami ze swojego życia. Wykorzystują AI do lepszego zrozumienia własnych i cudzych emocji, poszukiwania porad w sferze relacji romantycznych i przyjacielskich, a nawet do bardziej nieetycznych celów – np. prób wywierania wpływu społecznego lub manipulowania innymi.

Chatboty AI przez znaczną część użytkowników (ok. 50%) są uznawane za bardziej kompetentne (np. inteligentne, efektywne) niż ludzie. Co więcej, istotna grupa respondentów postrzega je jako lepsze od ludzi na wymiarach związanych z ciepłem interpersonalnym – jako bardziej przyjacielskie (47%), miłsze (44%), a nawet bardziej godne zaufania (31%).

Jednocześnie około 33% osób prowadzących rozmowy z AI deklaruje, że ma poczucie, jakby rozmawiało z prawdziwym człowiekiem. Nie oznacza to jednak automatycznie gotowości do zastąpienia psychoterapeuty chatbotem AI. Wyraźne wskazanie chatbota AI jako preferowanego psychoterapeuty dotyczyło około 13% Polek i Polaków.

Podsumowując, zagadnienie to z całą pewnością wymaga dalszych, bardziej wnikliwych badań i analiz. Mając na uwadze, że technologia ta jest wciąż relatywnie młoda, poziom zaufania, jakim darzą ją Polacy, może sugerować rosnącą skłonność do powierzania jej odpowiedzialnych ról – także tych społecznych, związanych z wymiarem osobistym.



ROZDZIAŁ 5
OD NIEUFNOŚCI
DO OTWARTOŚCI:
BADANIA EKSPERYMENTALNE,
SPOT I KAMPANIA SPOŁĘCZNA

DIAGNOZA JEST. I CO DALEJ?

Wyniki przedstawione w poprzednich rozdziałach raportu pokazują, że stosunek Polek i Polaków do zdrowia psychicznego oraz korzystania z pomocy psychologicznej jest złożony i często wewnętrznie niespójny. Z jednej strony, większość badanych deklaruje, że zdrowie psychiczne jest ważnym obszarem życia, a psychoterapia może być skuteczną formą wsparcia. Z drugiej, realne korzystanie z profesjonalnej pomocy pozostaje stosunkowo ograniczone, a wokół psychologii nadal narasta wiele mitów.

Przeprowadzone przez nas analizy wskazywały, że problem nie sprowadza się wyłącznie do dostępności specjalistów lub poziomu wiedzy społeczeństwa. **Korzystanie z pomocy psychologicznej wiąże się również z emocjami, społecznymi normami oraz sposobem interpretowania samej psychologii i osób korzystających ze wsparcia. Szczególnie istotne okazały się:**

- obawy przed oceną społeczną,
- przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami,
- nieufność wobec psychologii, związana z konserwatywnymi poglądami politycznymi,
- lęk przed stygmatyzacją.

W związku z tym część projektu została poświęcona badaniom eksperymentalnym, których celem było sprawdzenie, jakie mechanizmy mogą wzmacniać lub ograniczać opór wobec psychologii oraz gotowość do korzystania z profesjonalnego wsparcia. Badania miały charakter aplikacyjny. Ich celem było nie tylko lepsze zrozumienie postaw społecznych, lecz także opracowanie praktycznych rekomendacji dotyczących komunikacji społecznej i działań psychoedukacyjnych. Uzyskane wyniki zostały następnie wykorzystane przy tworzeniu kampanii społecznej oraz spotu promującego pozytywne postawy wobec pomocy psychologicznej.

***WAŻNE! Eksperymenty przeprowadzone w ramach projektu stanowią część manuskryptów znajdujących się obecnie w procesie recenzji naukowej.
W związku z zasadami wydawnictw prezentujemy głównie ogólne założenia badań oraz najważniejsze wnioski.***

BADANIA EKSPERYMENTALNE: CO TESTOWALIŚMY?

W poprzednich częściach raportu pokazaliśmy, że stosunek Polek i Polaków do psychologii oraz korzystania z pomocy psychologicznej jest zróżnicowany społecznie. Dla części osób psychoterapia stanowi naturalną formę dbania o siebie i własny dobrostan. Dla innych pozostaje czymś obcym, budzącym dystans, nieufność, a nawet poczucie zagrożenia.

Wyniki wcześniejszych analiz sugerowały, że różnice te nie wynikają wyłącznie z niskiego poziomu wiedzy psychologicznej, czy niskiej dostępności specjalistów. Coraz wyraźniej widoczne było również znaczenie szerszego kontekstu społecznego – sposobu mówienia o psychologii, norm społecznych oraz przekonań związanych z tym, kto i w jakich sytuacjach „powinien” (lub nie) korzystać z pomocy psychologicznej.

W ostatnich latach zdrowie psychiczne i psychoterapia coraz częściej pojawiają się także w debacie publicznej, nierzadko stając się elementem sporów światopoglądowych i politycznych. Korzystanie z pomocy psychologicznej bywa przedstawiane nie tylko jako kwestia zdrowia, ale również jako wyraz określonych wartości, stylu życia lub postaw społecznych. W efekcie, dla części osób psychologia przestaje być postrzegana jako neutralna forma wsparcia.

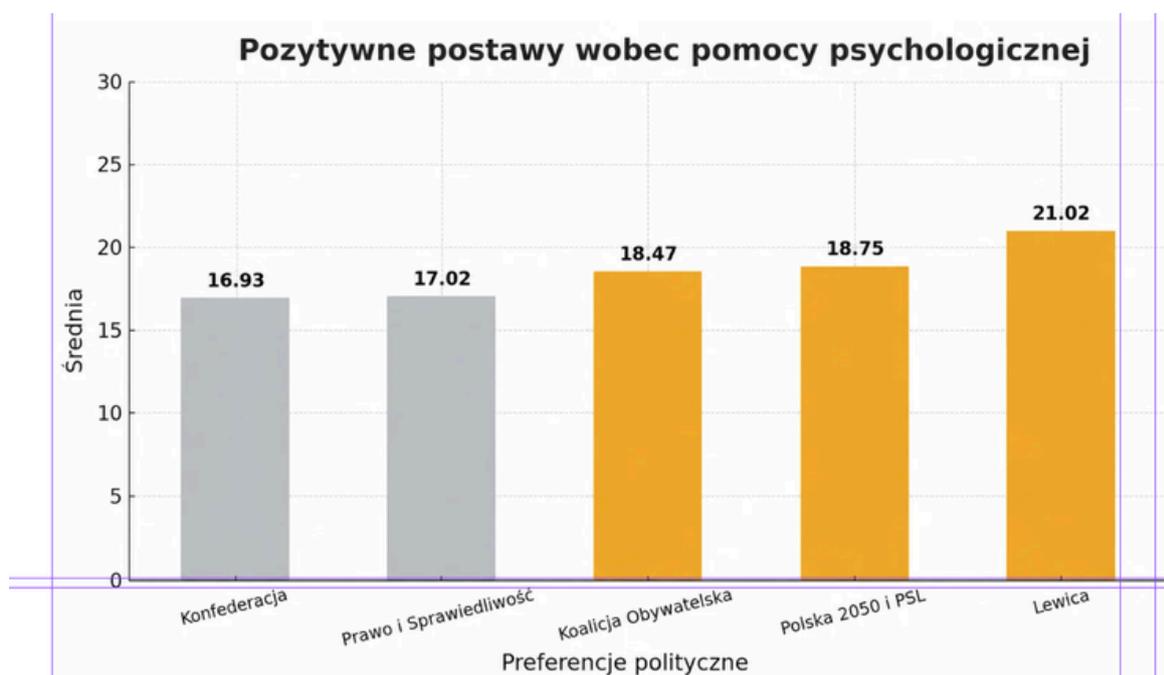
W związku z tym, część projektu została poświęcona badaniom eksperymentalnym, których celem było sprawdzenie, jakie mechanizmy mogą wzmacniać lub ograniczać sceptycyzm wobec psychologii oraz gotowość do korzystania z profesjonalnego wsparcia. Szczególnie interesowało nas:



BADANIA EKSPERYMENTALNE: CO TESTOWALIŚMY?

BADANIA 1 & 2. PSYCHOLOGIA JAKO OBSZAR POLITYCZNIE NIEOBOJĘTNY?

Badania eksperymentalne koncentrowały się na tym, w jaki sposób psychologia i pomoc psychologiczna są interpretowane przez osoby o różnych poglądach politycznych (por. osoby głosujące na daną partię polityczną). Wcześniejsze badania wskazały, że w szczególności osoby o prawicowych poglądach w sferze społecznej i wysokim prawicowym autorytaryzmie cechują się sceptycyzmem wobec psychologii jako nauki (Adamczyk i in., 2026) oraz zgeneralizowanymi, mniej pozytywnymi postawami wobec pomocy psychologicznej (por. wykres poniżej).



W badaniach eksperymentalnych sprawdzano, czy sposób przedstawiania psychologii może wpływać na poziom sceptycyzmu wobec tej dziedziny oraz na gotowość do korzystania z profesjonalnej pomocy. Szczególną uwagę poświęcono osobom o bardziej konserwatywnych przekonaniach społecznych oraz o silniejszej potrzebie utrzymania tradycyjnego porządku społecznego.

Wyniki pokazały, że część badanych interpretowała psychologię nie tylko jako obszar wsparcia, ale również jako **dziedzinę potencjalnie związaną ze zmianą społeczną lub naruszeniem tradycyjnych norm**. W takich sytuacjach pojawiał się wyższy poziom sceptycyzmu wobec psychologii oraz większy dystans wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej.

Uzyskane rezultaty sugerują, że stosunek do psychologii może być częściowo związany z szerszymi przekonaniem dotyczącymi świata społecznego, autorytetów i norm kulturowych. Oznacza to również, że komunikacja dotycząca zdrowia psychicznego może wywoływać różne reakcje w zależności od tego, czy odbiorcy postrzegają ją jako wspierającą i neutralną, czy jako potencjalnie zagrażającą ich wartościom lub sposobowi życia.

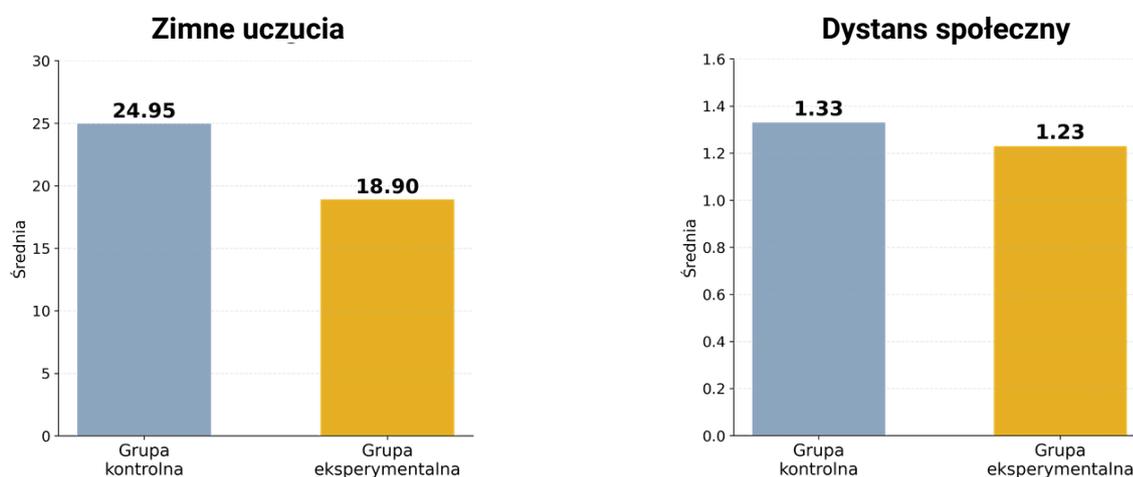
BADANIA EKSPERYMENTALNE: CO TESTOWALIŚMY?

BADANIE 3. NORMY SPOŁECZNE A KORZYSTANIE Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Trzecie badanie eksperymentalne koncentrowało się na roli norm społecznych oraz wyobrażeń dotyczących reakcji otoczenia wobec osób doświadczających trudności psychicznych i korzystających z pomocy psychologicznej. Punktem wyjścia – na podstawie naszych wcześniejszych badań – było założenie, że jedną z istotnych barier związanych z sięganiem po pomoc jest **poczucie zagrożenia dotyczące reakcji otoczenia na trudności psychiczne i korzystanie z pomocy psychologicznej, związane z obawą przed oceną, odrzuceniem lub utratą społecznej akceptacji**. Badanie miało więc sprawdzić, czy nawet krótkotrwałe doświadczenie wyobrazonego wsparcia społecznego może wpływać na postawy wobec osób korzystających z psychoterapii (jako formy pomocy psychologicznej), co mogłoby dalej przekładać się na mniejszą niechęć do skorzystania z profesjonalnego wsparcia. Chcieliśmy zatem zaadresować tutaj kwestie barier związanych z wyobrażeniami oraz barier społecznych, takich jak obawy dotyczące leczenia, obawy przed oceną, stereotypy i normy.

Uczestnicy naszego badania wyobrażali sobie sytuację związaną z trudnościami psychicznymi i decyzją o skorzystaniu z pomocy psychologicznej. W warunku eksperymentalnym pojawiały się reakcje otoczenia społecznego wspierające i akceptujące. W warunku kontrolnym reakcje miały bardziej neutralny i niejednoznaczny charakter. Następnie mierzyliśmy poziom uprzedzeń wobec osób korzystających z psychoterapii za pomocą dwóch wskaźników: termometru uczuć oraz dystansu społecznego.

Analizy wykazały, że osoby w warunku redukcji zagrożenia deklarowały niższy poziom zimnych uczuć ($t(432) = 2,94; p = .004$) oraz dystansu społecznego ($t(364,88) = 2,05; p = .041$) wobec osób korzystających z psychoterapii niż osoby w warunku kontrolnym (średnie dla obu wskaźników przedstawiono na wykresach).



Uzyskane wyniki pokazują, że społeczne normy akceptacji oraz poczucie bezpieczeństwa mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu postaw wobec pomocy psychologicznej. **Nawet krótkotrwała ekspozycja na wyobrażone wspierające reakcje otoczenia wiązała się z cieplejszymi uczuciami oraz mniejszym dystansem społecznym wobec osób korzystających z psychoterapii.** Wyniki sugerują, że redukcja zagrożenia poprzez wyobrażanie sobie wspierających reakcji innych osób na problemy psychiczne i korzystanie z pomocy może wpływać na poziom społecznych uprzedzeń oraz gotowość do bardziej otwartego myślenia o psychoterapii. Badanie pokazuje więc, jak ważną rolę może odgrywać budowanie wspierających norm społecznych oraz normalizowanie korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej.

JAK SKUTECZNIE BUDOWAĆ ZAUFANIE DO PSYCHOLOGII I POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ?

Przeprowadzone badania eksperymentalne pozwoliły lepiej zrozumieć, co wpływa na stosunek ludzi do psychologii i korzystania z pomocy psychologicznej. Uzyskane wyniki pokazują, że skuteczna komunikacja dotycząca zdrowia psychicznego powinna uwzględniać zmienne moderujące: emocje, przywiązanie do norm społecznych oraz sposób, w jaki odbiorcy interpretują przekazy dotyczące psychologii (np. przez pryzmat poglądów politycznych).

SPOSÓB KOMUNIKACJI MA ZNACZENIE

Wyniki badań pokazały, że sposób mówienia o psychologii może wpływać zarówno na otwartość, jak i na opór wobec tej dziedziny. Komunikaty podkreślające treści niezgodne z wartościami i poglądami mogą zwiększać sceptycyzm i poczucie zagrożenia. Oznacza to, że komunikacja dotycząca zdrowia psychicznego powinna odnosić się do wartości ważnych dla danej grupy.

DUŻĄ ROLĘ ODGRYWA OTOCZENIE SPOŁECZNE

Gotowość do korzystania z pomocy psychologicznej zależy nie tylko od indywidualnych problemów, ale także od przewidywanych reakcji innych ludzi. Badania pokazały, że nawet wyobrażenie sobie wspierającej reakcji otoczenia może zmniejszać uprzedzenia wobec osób korzystających z psychoterapii oraz zwiększać akceptację profesjonalnej pomocy. Wskazuje to na ważną rolę społecznych norm i poczucia akceptacji.

STYGMATYZACJA UTRUDNIA SZUKANIE POMOCY

Negatywne przekonania dotyczące osób korzystających z pomocy psychologicznej wiążą się z większą niechęcią do poszukiwania wsparcia. Oznacza to, że ograniczanie stygmatyzacji może nie tylko poprawiać społeczne postawy wobec psychoterapii, ale także zwiększać gotowość do korzystania z pomocy, gdy jest ona potrzebna.

NAJBARDZIEJ WIARYGODNE SĄ CODZIENNE I REALISTYCZNE PRZEKAZY

Badania sugerują, że bardziej przekonujące są komunikaty oparte na codziennych doświadczeniach i realistycznych sytuacjach niż przekazy o charakterze silnie eksperckim lub abstrakcyjnym. Większą skuteczność mogą mieć przekazy:

- pokazujące zwyczajnych ludzi,
- odwołujące się do codziennych trudności,
- przedstawiające wspierające reakcje otoczenia,
- normalizujące korzystanie z pomocy psychologicznej.

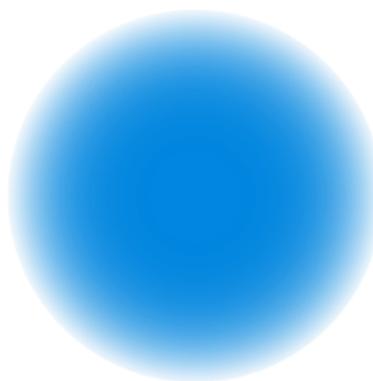
Wyniki badań pokazują, że skuteczne działania dotyczące zdrowia psychicznego powinny nie tylko zwiększać wiedzę społeczeństwa, ale również wzmacniać poczucie bezpieczeństwa i społecznej akceptacji wobec korzystania z pomocy psychologicznej. Szczególnie ważne wydaje się tworzenie komunikacji, która ogranicza poczucie zagrożenia, zmniejsza stygmatyzację oraz pokazuje korzystanie z pomocy psychologicznej jako naturalny element dbania o siebie.

Celem projektu było także wykorzystanie uzyskanych wyników do stworzenia działań o charakterze społecznym i psychoedukacyjnym. Finałowym elementem projektu było opracowanie kampanii społecznej ze spotem wideo promującym bardziej otwarte podejście do zdrowia psychicznego i korzystania z pomocy psychologicznej.

Kampania „**Daj sobie spokój. Czeka u psychologa**” została zaprojektowana na podstawie wyników przeprowadzonych przez nas badań. Oznacza to, że decyzje dotyczące sposobu komunikacji, konstrukcji bohaterów oraz przekazu spotu były oparte na zidentyfikowanych wcześniej mechanizmach psychologicznych i społecznych.

Daj sobie spokój

Czeka u psychologa



W szczególności uwzględniono następujące wnioski płynące z badań:

- dobrostan psychiczny był wyraźnie niższy, a bariery związane z korzystaniem z pomocy psychologicznej silniejsze w grupach o niższym i średnim (vs. wyższym) statusie społeczno-ekonomicznym – dlatego bohaterowie spotu mieli przypominać „zwykłych ludzi”, funkcjonujących w codziennych, realistycznych sytuacjach, a nie osoby kojarzone z wysokim statusem społecznym, czy aspiracyjnym stylem życia;
- komunikacja została oparta na prostym, codziennym języku i sytuacjach bliskich doświadczeniu odbiorców, zamiast na specjalistycznym lub eksperckim przekazie;
- istotnym elementem spotu było pokazywanie wspierających, akceptujących reakcji otoczenia oraz budowanie poczucia bezpieczeństwa społecznego;
- przekaz kampanii miał możliwie uniwersalny charakter i unikał odwołań do sporów politycznych czy światopoglądowych;
- główny bohater spotu przechodzi metamorfozę na skutek skorzystania z pomocy psychologicznej; w spocie walczymy także z najbardziej powszechnymi mitami, które udało nam się namierzyć na drodze badawczej (np. z tym, że jedna wizyta wystarczy); pokazujemy, że lęk związany z korzystaniem z pomocy psychologicznej, choć częsty, jest stanem, z którym warto zaważczyć, by zdobyć narzędzie w postaci profesjonalnego wsparcia psychologicznego. Narzędzie to czyni nas silniejszymi i wzmacnia aktywne radzenie sobie z problemami.

KAMPANIA SPOŁĘCZNA „DAJ SOBIE SPOKÓJ. CZEKA U PSYCHOLOGA”

KLIKNIJ I OBEJRZYJ SPOT <



STRONA INTERNETOWA ZDROWIE.PSYCH.PAN.PL

Oprócz spotu powstał także portal internetowy www.zdrowie.psych.pan.pl, który zawiera bogatą bibliotekę materiałów dotyczących zdrowia psychicznego. Na stronie można znaleźć m.in. Kompendium wiedzy z artykułami przeznaczonymi zarówno dla osób poszukujących profesjonalnej pomocy psychologicznej, jak i dla specjalistów i specjalistek zdrowia psychicznego. Dostępne są tam również ulotki do pobrania i udostępniania, zawierające najważniejsze wnioski z przeprowadzonych badań oraz praktyczne informacje dla osób poszukujących wsparcia psychologicznego. Portal zapewnia także otwarty dostęp do wszystkich wcześniej opublikowanych raportów, a także umożliwia obejrzenie wspomnianego spotu wideo.

KLIKNIJ I ODWIEDŹ NASZĄ STRONĘ



zdrowie.psych.pan.pl



Otwieramy oczy na profesjonalne
wsparcie psychologiczne

- Adamczyk, D., Marchlewska, M., Karakula, A., Molenda, Z., & Rogoza, M. (w recenzji). Threatened by disorder: Authoritarian roots of psychological science skepticism.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231.
- Burdzik, M. (2023). Social stigma of people with mental disorders and attitude to psychiatric treatment in Polish society. *European Psychiatry*, 66(Suppl. 1), S463.
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S. L., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties of the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, 12, Article 36.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsçh, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20.
- De Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A. (2017). The psychology of conspiracy theories. *Current Directions in Psychological Science*, 26(6), 538–542.
- Fisher, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368–373.
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240–257.
- Imhoff, R., & Lamberty, P. (2020). A bioweapon or a hoax? The link between distinct conspiracy beliefs about the coronavirus disease (COVID-19) outbreak and pandemic behavior. *Social Psychological and Personality Science*, 11(8), 1110–1118.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396–401.
- Karaś, 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.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Kraus, M. W., & Park, J. W. (2014). The undervalued self: Social class and self-evaluation. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 1404.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Marchlewska, M., Cichocka, A., & Kossowska, M. (2018). Addicted to answers: Need for cognitive closure and the endorsement of conspiracy beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 48(2), 109–117.
- Molenda, Z., Furman, A., Adamczyk, D., Rogoza, M., Bagrowska, P., Gawęda, Ł., & Marchlewska, M. (w recenzji). Everything you've come to expect: Mental illness threat predicts prejudice toward individuals undergoing psychotherapy and reluctance to seek help.
- Pochwatko, G., Kopeć, W., Świderak, J., Jaskulska, A., Skorupska, K. H., Karpowicz, B., Wawruch, S., Karwowski, W., & Nilsson, T. (2023, October). Well-being in isolation: Exploring artistic immersive virtual environments in a simulated lunar habitat to alleviate asthenia symptoms. In *2023 IEEE International Symposium on Mixed and Augmented Reality (ISMAR)* (pp. 185–194). IEEE.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22–33.
- Vasenina, E. E., et al. (2022). Stress, asthenia and cognitive disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni S.S. Korsakova*, 122(5), 23–29.

© Copyright by Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2026



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk