


Eleonora Bielawska-Batorowicz  
Beata Krzywosz-Rynkiewicz  
Katarzyna Nowakowska-Domagala  
Marta Znajmiecka  
Tomasz Baran



PSYCHOLOG  
W OCZACH POLAKÓW

MIĘDZY PROFESJONALIZMEM  
A STEREOTYPAMI

# PSYCHOLOG

## W OCZACH POLAKÓW

MIĘDZY PROFESJONALIZMEM  
A STEREOTYPAMI



WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
ŁÓDZKIEGO

**Eleonora Bielawska-Batorowicz  
Beata Krzywosz-Rynkiewicz  
Katarzyna Nowakowska-Domagala  
Marta Znajmiecka  
Tomasz Baran**

# **PSYCHOLOG W OCZACH POLAKÓW**

**MIĘDZY PROFESJONALIZMEM  
A STEREOTYPAMI**

 **WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu  
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2026

Eleonora Bielawska-Batorowicz (ORCID: 0000-0002-3177-6026)  
Katarzyna Nowakowska-Domagala (ORCID: 0000-0002-3564-2818)  
Marta Znajmiecka (ORCID: 0000-0002-4710-7871)  
Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii  
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

Beata Krzywosz-Rynkiewicz (ORCID: 0000-0003-4306-4875)  
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Społecznych  
Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji  
10-723 Olsztyn, ul. Benedykta Dybowskiego 13

Tomasz Baran (ORCID: 0000-0003-2922-7551) – Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii  
Katedra Psychologii Biznesu i Innowacji Społecznych, 02-097 Warszawa, ul. S. Banacha 2D  
Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, 02-732 Warszawa, ul. Podbiłęty 57

#### RECENZENCI

*Wojciech Dragan, Adam Tarnowski*

#### REDAKTOR INICJUJĄCA

*Urszula Dzieciatkowska*

#### REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

*Katarzyna Gorzkowska*

© Copyright by Authors, Łódź 2026  
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2026

Publikacja współfinansowana ze środków Polskiego Towarzystwa Psychologicznego



Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons  
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego  
Wydanie I. W.12082.26.0.K  
Ark. wyd. 6,5; ark. druk. 10,0

<https://doi.org/10.18778/8445-049-9>

ISBN 978-83-8445-048-2  
e-ISBN 978-83-8445-049-9

# Spis treści

<b>Wprowadzenie</b> .....	<b>9</b>
<b>Metodyka projektu</b> .....	<b>11</b>
Dlaczego badano, jak Polacy postrzegają psychologów? .....	11
Cel badań .....	12
Narzędzie badawcze .....	13
Charakterystyka próby badawczej.....	14
 Rozdział 1	
<b>Spółeczny obraz zawodów, w ramach których oferowana jest pomoc – pozycja psychologa na tle innych profesji</b> .....	<b>15</b>
Wprowadzenie.....	15
O co zapytano? .....	16
Co mówią badania? .....	16
Podsumowanie.....	21
 Rozdział 2	
<b>Psycholog w oczach Polek i Polaków: wiedza, mity i nieporozumienia</b> ....	<b>23</b>
Wprowadzenie.....	23
O co zapytano? .....	24
Co mówią badania?.....	26
Samocena wiedzy o zawodzie psychologa .....	26
Spontaniczne skojarzenia z zawodem psychologa .....	28
Znajomość specjalizacji psychologicznych.....	30
Potrzeba obecności psychologa w instytucjach społecznych.....	32
Społeczne oczekiwania wobec regulacji zawodu psychologa a niski poziom rozpoznawalności organizacji branżowych .....	33
Postrzeganie różnic między psychologiem a psychiatrą oraz psychoterapeutą.....	36
Podsumowanie.....	38
Rekomendacje.....	40
 Rozdział 3	
<b>Psychoterapeuta w świadomości Polek i Polaków: wymagania, regulacje i ambiwalencje</b> .....	<b>43</b>
Wprowadzenie.....	43
O co zapytano? .....	46
Co mówią badania? .....	49

Postrzeganie wymogów edukacyjnych dla psychoterapeutów.....	49
Analiza stosunku Polek i Polaków do regulacji i kwalifikacji zawodu psychoterapeuty.....	51
Społeczna percepcja psychoterapii jako usługi psychologicznej.....	54
Znajomość nurtów terapeutycznych.....	54
Podsumowanie.....	56
Rozdział 4	
<b>Korzystanie z usług psychologów: rozpowszechnienie, czas od ostatniego kontaktu i ocena zadowolenia z uzyskanej pomocy.....</b>	<b>59</b>
Wprowadzenie.....	59
O co zapytano?.....	61
Co mówią badania?.....	61
Doświadczenie korzystania z pomocy psychologa.....	61
Czas, jaki upłynął od ostatniego korzystania z pomocy psychologa.....	64
Zadowolenie respondentów z pomocy uzyskanej podczas ostatniego kontaktu z psychologiem/psycholożką.....	66
Podsumowanie.....	69
Rekomendacje.....	70
Rozdział 5	
<b>Kryteria wyboru psychologa oraz praktyki weryfikacji jego kwalifikacji zawodowych.....</b>	<b>71</b>
Wprowadzenie.....	71
O co zapytano?.....	72
Co mówią badania?.....	73
Podsumowanie.....	76
Rekomendacje.....	77
Rozdział 6	
<b>Uwarunkowania decyzji o korzystaniu z pomocy psychologa. Sytuacje, w których respondenci deklarują gotowość skorzystania z pomocy psychologa.....</b>	<b>79</b>
Wprowadzenie.....	79
O co zapytano?.....	80
Co mówią badania?.....	81
Podsumowanie.....	86
Uwarunkowania decyzji o korzystaniu z pomocy psychologa. Analiza odpowiedzi otwartych dotyczących motywacji i barier.....	87
O co zapytano?.....	87
Co mówią badania?.....	87
Uwarunkowania decyzji o korzystaniu z pomocy psychologa. Analiza odpowiedzi dotyczących stygmatyzacji.....	95
O co zapytano?.....	95
Co mówią badania?.....	96
Podsumowanie.....	99
Rekomendacje.....	100

---

Rozdział 7	
<b>Psycholog w świecie cyfrowym – nowa przestrzeń pomocy</b> .....	<b>101</b>
Wprowadzenie .....	101
O co zapytano? .....	102
Co mówią badania? .....	102
Podsumowanie .....	107
Rekomendacje .....	107
Rozdział 8	
<b>Czy psycholog może być chatbotem? Nowe technologie i granice zawodu</b> .....	<b>109</b>
Wprowadzenie: czym są „chatboty terapeutyczne”? .....	109
O co zapytano? .....	112
Co mówią badania? .....	112
Podsumowanie .....	116
Rekomendacje .....	117
Rozdział 9	
<b>Rola mediów w kształtowaniu publicznego wizerunku psychologa</b> .....	<b>119</b>
Wprowadzenie: dlaczego warto znać wizerunek psychologa w mediach? .....	119
O co zapytano? .....	121
Co mówią badania? .....	121
Podsumowanie .....	127
Rekomendacje .....	128
<b>Wnioski końcowe</b> .....	<b>129</b>
Rekomendacje .....	131
<b>Literatura</b> .....	<b>135</b>
Załącznik	
<b>Ankieta</b> .....	<b>141</b>



# Wprowadzenie

O kondycji psychicznej społeczeństwa mówi się coraz częściej, a szczególnego znaczenia kwestia ta nabrała od czasu pandemii COVID-19. Jednym z wątków w dyskusji jest dostępność usług psychologicznych i jakość tych usług, a także ramy prawne wykonywania zawodu psychologa. Ten ostatni aspekt stał się obecny w debacie publicznej w związku z pracami sejmowymi nad projektem ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów.

XXXVII Kongres Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, najstarszej i największej organizacji zrzeszającej psychologów, stał się okazją do podjęcia próby zbadania opinii na temat psychologów i ich społecznej roli. Wraz z Ogólnopolskim Panelem Badawczym Ariadna w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, po konsultacjach z Komitetem Naukowym Kongresu, zaprojektowano i przeprowadzono badanie „Postrzeganie zawodu psychologa w Polsce” z udziałem próby liczącej 1146 osób. Dobór do próby uwzględniał reprezentację osób w wieku 18 lat i więcej dla płci, wieku i wielkości miejscowości zamieszkania. Wykorzystano metodę CAWI, a samo badanie odbyło się w dniach 20–30 czerwca 2025 roku. Tak szeroka analiza postrzegania zawodu psychologa w Polsce nie była dotąd prowadzona. Wstępne wyniki badania przedstawiono w czasie obrad XXXVII Kongresu PTP, który odbył się w Łodzi w dniach 18–20 września 2025 roku.

Badanie miało na celu określenie społecznego wizerunku psychologii jako obszaru wiedzy i interwencji, społecznego odbioru psychologów i poziomu zaufania do przedstawicieli tej profesji, a także sprecyzowanie oczekiwań wobec psychologów i ich kompetencji oraz zidentyfikowanie sytuacji sięgania po pomoc psychologiczną i związanych z tym barier. Uwzględniono również oczekiwania dotyczące prawnych regulacji wykonywania zawodu psychologa i przygotowania do niego, a ponadto porównanie w tym zakresie zawodu psychologa i zawodu psychoterapeuty. Ze względu na rozwój nowych technologii w badaniu wzięto pod uwagę także wiedzę respondentów na ich temat oraz gotowość do korzystania z nich w kontekście pomocy psychologicznej. Respondenci udzielali zatem odpowiedzi na wiele różnorodnych pytań. Ich listę załączono do niniejszego raportu.

Opracowany raport zawiera pogłębioną analizę społecznego wizerunku psychologów, znacznie obszerniejszą niż przedstawiona w czasie XXXVII Kongresu PTP. Wyniki zaprezentowano z uwzględnieniem kilku głównych wątków (społeczny obraz zawodów, w ramach których udzielana jest pomoc; rozumienie roli zawodowej psychologa i zawodów pokrewnych; doświadczenia, potrzeby i bariery korzystania z pomocy psychologicznej; postawy wobec nowoczesnych form pomocy psychologicznej; rola mediów w kształtowaniu publicznego wizerunku psychologa), które znalazły odzwierciedlenie w tytułach kolejnych rozdziałów. Prezentując wyniki badania, uwzględniono nie tylko wskazania całej grupy respondentów, lecz także – gdy jest to uzasadnione – opinie osób, które kiedykolwiek korzystały z pomocy psychologicznej. Przytoczono też opinie z podziałem na kobiety i mężczyzn oraz osoby w różnych grupach wiekowych. Tekst raportu przygotowano w układzie charakterystycznym dla publikacji naukowych. Wprowadzenie i dokładny opis metody badania poprzedza prezentację jego rezultatów, podzieloną na dziewięć rozdziałów. W zakończeniu znajdują się wynikające z badań wnioski i rekomendacje. Całość dopełnia wykorzystana literatura oraz załącznik w postaci ankiety, którą zastosowano w badaniu.

Obraz zawodu psychologa rysujący się na podstawie przeprowadzonych badań wydaje się korzystny, a profesjonalne kompetencje i społeczna przydatność psychologów są oceniane wysoko. Zapraszamy do lektury raportu!

*Autorzy*

# Metodyka projektu

## Dlaczego badano, jak Polacy postrzegają psychologów?

Psycholog, podobnie jak lekarz, nauczyciel czy prawnik, to zawód zaufania publicznego. Jego efektywność nie zależy wyłącznie od wiedzy i umiejętności specjalisty, ale również od tego, jak zawód ten jest postrzegany w społeczeństwie. Dlatego właśnie pytanie „Jak Polacy widzą psychologów?” jest nie tylko interesujące z naukowego punktu widzenia, lecz także istotne praktycznie.

Mimo że psychologia w Polsce funkcjonuje od ponad stu lat, a zawód psychologa praktykuje się od dziesięcioleci, brakuje systematycznej wiedzy o tym, jak społeczeństwo polskie postrzega psychologów i ich pracę. Nie znamy odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie skojarzenia mają Polacy z psychologiem?
- Czy jest on postrzegany jako naukowiec, terapeuta czy może osoba, która „patrzy w głowę”?
- Czy ludzie ufają psychologom?
- Jakie bariery psychologiczne powstrzymują ludzi przed szukaniem pomocy psychologicznej?
- Czy wizerunek psychologa zmieniał się w ostatnich latach?

Te kwestie pozostają w dużej mierze niejasne, mimo że te zagadnienia mają praktyczne znaczenie dla zawodu.

Społeczny wizerunek zawodu bezpośrednio wpływa na to, czy ludzie szukają pomocy psychologicznej. Nawet jeśli usługi są dostępne i wysokiej jakości, to w sytuacji, gdy psycholog ma wizerunek negatywny lub niejasny, potencjalni pacjenci mogą z nich nie korzystać. Mogą wstydzić się przyznać, że potrzebują pomocy, nie wierzyć, że psycholog rzeczywiście może im pomóc lub szukać alternatywnych źródeł wsparcia – takich jak poradniki internetowe, blogerzy czy osoby bez odpowiednich kwalifikacji.

Wizerunek zawodu wpływa także na to, kto wybiera studia psychologiczne. Zawód o jasnym, pozytywnym wizerunku przyciąga ambitnych kandydatów o wysokich standardach etycznych. Zawód o niejasnym lub negatywnym wizerunku może przyciągać osoby z mniej przemyślanymi

motywacjami. W konsekwencji wiedza o tym, jak postrzegany jest zawód, ma znaczenie dla jakości kształcenia psychologów i przyszłości całej dyscypliny.

Badania diagnozujące społeczny wizerunek psychologa pozwalają:

1. Zidentyfikować rzeczywiste opinie i stereotypy – zamiast domniemywać, co myślą Polacy, można zapytać.
2. Zrozumieć różnice między grupami – wizerunek może być różny dla młodzieży, osób starszych, ludzi mieszkających w miastach i na wsiach.
3. Uchwycić zmiany w czasie – porównując badania z różnych okresów, widzimy, czy wizerunek się zmienia.
4. Opracować strategie komunikacyjne – jeśli znamy rzeczywiste opinie i obawy ludzi, możemy skuteczniej komunikować, czym zajmuje się psycholog.
5. Monitorować efekty pracy przedstawicieli zawodu – badania wizerunku są wskaźnikiem, czy psychologia rzeczywiście zmienia sposób, w jaki społeczeństwo myśli o zdrowiu psychicznym i wsparciu emocjonalnym.

Ostatnie lata – okres pandemii, konfliktów zbrojnych i szybkich zmian społecznych – zwiększyły zainteresowanie zdrowiem psychicznym. Jednocześnie pojawiły się nowe formy wsparcia psychologicznego (terapia online, aplikacje dotyczące zdrowia psychicznego), a zawód musi się adaptować do nowych wyzwań. W tym kontekście badanie, jak Polacy widzą psychologów, staje się szczególnie istotne – pozwala zrozumieć, czy zawód rozwija się zgodnie z rzeczywistymi potrzebami społeczeństwa.

## Cel badań

Głównym celem prezentowanego projektu była diagnoza społecznego wizerunku zawodu psychologa w Polsce – zbadanie, jak Polki i Polacy postrzegają zawód psychologa, jakie mają opinie na temat kompetencji, etyki i przydatności psychologów oraz jak wiedza o zawodzie wpływa na gotowość do korzystania z usług psychologicznych.

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaka jest percepcja zawodu psychologa?
2. Jaką wiedzę o zawodzie psychologa mają Polki i Polacy?
3. Jakie cechy i kompetencje przypisywane są psychologom?
4. Jakie są potrzeby i obszary korzystania z usług psychologów?

5. Jakie Polki i Polacy mają doświadczenie z usługami psychologów?
6. Czy korzystanie z usług psychologicznych jest stygmatyzowane?
7. Jaka jest opinia Polek i Polaków na temat nowych form świadczenia usług psychologicznych?
8. Jak postrzegana jest medialna obecność psychologów?
9. Jak oceniana jest zasadność regulacji zawodu psychologa?
10. Czy zawód psychologa jest atrakcyjny?

## Narzędzie badawcze

W kontekście przyjętych celów badawczych przygotowano kwestionariusz ankiety. W pierwszym etapie opracowano zestaw 50 pytań, który został zaprezentowany Komitetowi Naukowemu XXXVII Kongresu PTP z prośbą o ewentualne sugestie i uzupełnienia. Po konsultacjach opracowano finalną wersję ankiety, składającą się z 58 pytań diagnostycznych (zob. załącznik – ankieta).

Przygotowana ankieta składała się z pytań otwartych, zamkniętych jednokrotnego wyboru i wielokrotnego wyboru. Ujęte w niej obszary badawcze można pogrupować następująco:

**Wizerunek i postrzeganie zawodów pomagających** (ewaluacja zawodu) – obszar koncentrował się na tym, jak ogół społeczeństwa ocenia psychologów w porównaniu z przedstawicielami innych profesji pomagających.

**Wiedza potoczna i rozumienie ról zawodowych** – ten blok służył badaniu faktycznej wiedzy respondentów na temat psychologii i rozróżniania pokrewnych zawodów.

**Doświadczenia, potrzeby i bariery korzystania z pomocy psychologicznej** – ten obszar skupiał się na behawioralnym i emocjonalnym aspekcie kontaktu z psychologiem.

**Postawy wobec nowoczesnych form pomocy i regulacji zawodu** – ten obszar służył badaniu gotowości społecznej do akceptacji nowych modeli świadczenia pomocy psychologicznej, w tym akceptacji e-terapii i technologii opartych na AI oraz uwzględniał poziom poparcia dla ustawowej regulacji zawodu psychologa.

**Media, komunikacja i wizerunek publiczny** – w tym obszarze badanie dotyczyło źródeł informacji na temat psychologii i wpływu mediów na postrzeganie zawodu oraz kanałów, przez które kształtuje się publiczny obraz psychologa, a także stosunku do reklamy w tym zawodzie i jej etycznych aspektów.

## Charakterystyka próby badawczej

Badanie wizerunku psychologów przeprowadzono na Ogólnopolskim Panelu Badawczym Ariadna w terminie 20–30 czerwca 2025 roku. Zastosowano losowo-kwotowy dobór próby w kwotach łącznych dla płci, wieku i wielkości miejscowości oraz brzegowych dla wykształcenia i województwa według reprezentacji w populacji Polaków w wieku od 18 lat wzwyż.

W badaniu prowadzonym metodą CAWI wzięło udział 1146 osób (100%), z czego 308 (27%) miało wcześniej kontakt z psychologiem.

Niniejsze badanie ma charakter eksploracyjny i stanowi pierwszą próbę diagnozy zjawiska na próbie reprezentatywnej. Z tego względu nie postawiono hipotez badawczych podlegających weryfikacji, a jedynie sformułowano pytania badawcze. W analizie danych ograniczono się do statystyk opisowych – prezentacji wartości liczbowych i procentowych. Wyniki przedstawiono z podziałem na kluczowe grupy respondentów (m.in. ze względu na płeć czy doświadczenie kontaktu z psychologiem), co pozwala na wstępne eksplorowanie różnic w strukturze odpowiedzi. Należy jednak podkreślić, że zaobserwowane dysproporcje nie zostały poddane testom istotności statystycznej i należy je traktować jako trendy opisowe, a nie dowody na istnienie zależności w populacji.

## ROZDZIAŁ 1

# **Spółeczny obraz zawodów, w ramach których oferowana jest pomoc – pozycja psychologa na tle innych profesji**

## **Wprowadzenie**

Badania społecznego wizerunku zawodu psychologa prowadzone są w wielu krajach i wykorzystują rozmaite podejścia. Można wśród nich wymienić analizowanie pozycji psychologa wśród innych zawodów, w tym zawodów zaufania publicznego, wskazywanie na właściwości zawodu psychologa i/lub jego odrębność od innych zawodów, określanie cech niezbędnych do wykonywania zawodu psychologa czy poziomu zaufania do psychologów na tle innych, zbliżonych profesji. Dostępne publikacje pozwalają wnioskować o pozytywnym stosunku respondentów do psychologów (Rosario Webb, Speer, 1986) oraz o uznaniu ich ważnej pozycji w społeczeństwie (Hartwig, Delin, 2003). Ocena zawodu psychologa pojawiała się w badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej, w których analizowano opinie o zawodach zaufania publicznego (CBOS, 2004) oraz sukces zawodowy i preferencje wobec karier zawodowych własnych dzieci (CBOS, 2017, 2024). Zawód psychologa był uznawany za zawód zaufania publicznego przez 85% badanych (CBOS, 2004), ale rzadko był wymieniany jako preferowany dla własnych dzieci (2% respondentów, CBOS, 2024). Choć podejmowano próby określenia predyspozycji do wykonywania zawodu psychologa przez osoby podejmujące studia na tym kierunku (Józefczyk, Kołakowska, Świętochowski, 2015), to w polskiej literaturze brak dotąd szerszych badań dedykowanych wyłącznie zawodowi psychologa i jego ocenie na tle innych profesji.

## O co zapytano?

W badaniu poproszono o odniesienie się do kilku kwestii związanych z zawodem psychologa i warunkami jego wykonywania. Pierwszą z nich była ogólna ocena osób wykonujących wybrane zawody związane z kontaktami społecznymi i szeroko rozumianym udzielaniem pomocy oraz poziomem zaufania do przedstawicieli tych profesji. Na liście znalazły się następujące zawody: psycholog, psychoterapeuta, pedagog, trener rozwoju osobistego (coach), mediator, bioenergoterapeuta, fizjoterapeuta, ksiądz, lekarz pierwszego kontaktu, nauczyciel, pracownik socjalny, prawnik, psychiatra, ratownik medyczny, wróżka, pielęgniarka lub pielęgniarz, terapeuta uzależnień. Kolejna analizowana kwestia dotyczyła uznania zawodu psychologa za prestiżowy i za zawód zaufania społecznego (w badaniu posłużono się takim określeniem jako zbliżonym do stosowanego przez CBOS terminu), a także konieczności regulacji prawnych jego wykonywania oraz prawnej ochrony. Ostatnia kwestia dotyczyła preferencji i przyzwolenia na wybór przez własne dzieci drogi zawodowej związanej z psychologią.

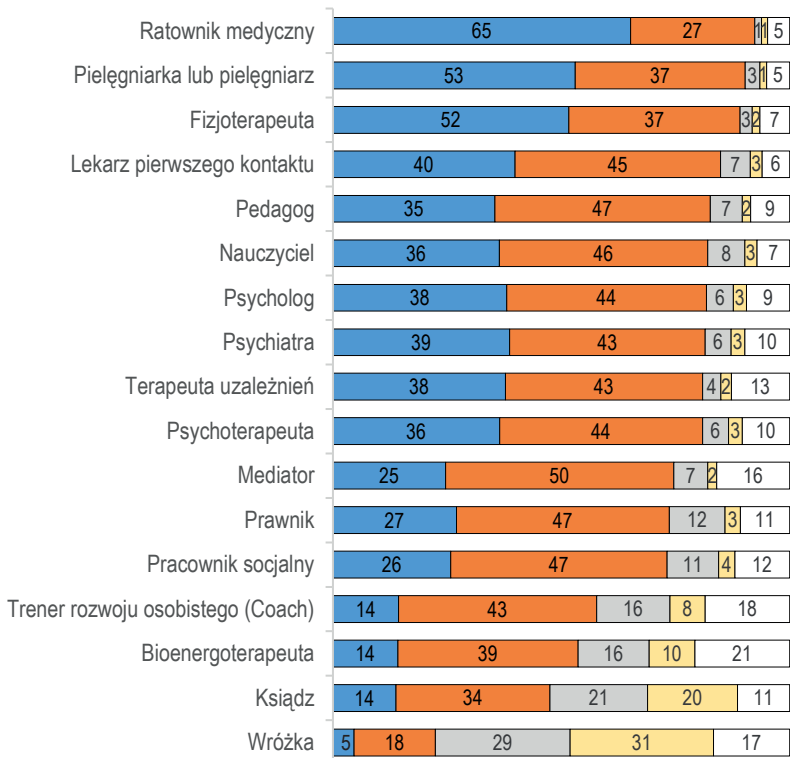
## Co mówią badania?

Spośród osób wykonujących zawody wymienione w badaniu (ryc. 1) najwyższe pozytywne oceny uzyskali: ratownik medyczny (łącznie 92% ocen zdecydowanie pozytywnych i pozytywnych), pielęgniarka lub pielęgniarz (łącznie 90%) oraz fizjoterapeuta (łącznie 89%). Na drugim biegunie znaleźli się: bioenergoterapeuta (łącznie 53% ocen pozytywnych), ksiądz (48%) i wróżka (23%). Osoby wykonujące zawód psychologa uzyskały łącznie 82% ocen zdecydowanie pozytywnych i pozytywnych. Podobnie oceniono psychiatrów (82%), terapeutów uzależnień (81%) i psychoterapeutów (80%). Wśród osób, które korzystały w przeszłości z usług psychologicznych oceny pozytywne wyraziło łącznie 85% respondentów. Płeć nie różnicowała oceny osób wykonujących zawód psychologa – pozytywne i zdecydowanie pozytywne oceny wyraziło 84% kobiet i 79% mężczyzn. Przy ogólnej pozytywnej ocenie widoczna jest jednak tendencja do spadku ocen zdecydowanie pozytywnych wraz z wiekiem – od 45% w grupie wiekowej 18–24 lata do 36% w grupie powyżej 55. roku życia. Odwrotna tendencja dotyczy oceny lekarza

pierwszego kontaktu – tutaj oceny zdecydowanie pozytywne stanowią 31% w grupie wiekowej 18–24 lata oraz 48% w grupie powyżej 55. roku życia. Może to wynikać z zakresu kontaktów z przedstawicielami obu zawodów, spowodowanych nasilaniem się problemów zdrowotnych w starszych grupach wiekowych.

Jak ogólnie oceniasz osoby wykonujące poniższe zawody w Polsce?

■ Zdecydowanie pozytywnie   ■ Raczej pozytywnie   ■ Raczej negatywnie  
 ■ Zdecydowanie negatywnie   ■ Trudno powiedzieć



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 1. Ocena wszystkich analizowanych zawodów (w %)

Źródło: opracowanie własne

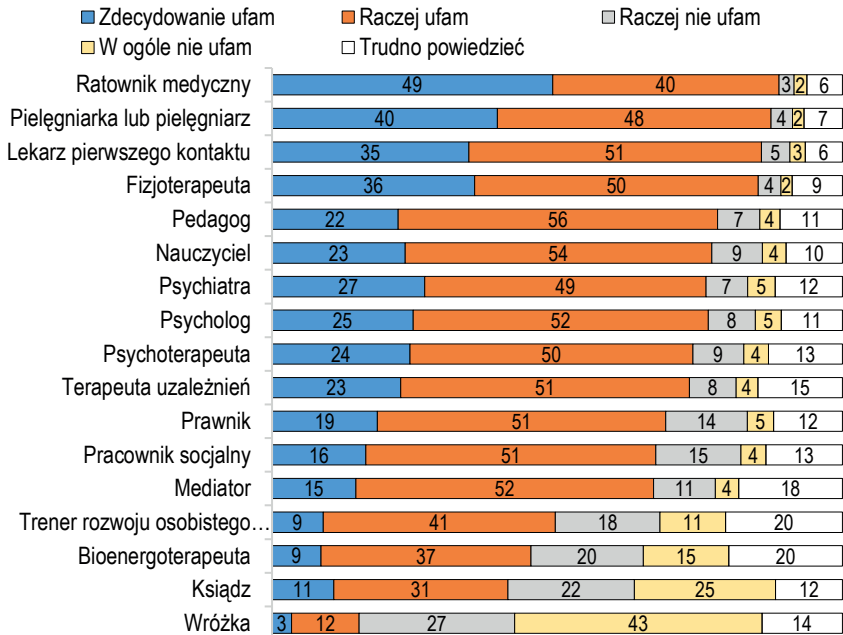
Badanie wskazuje na wysoki poziom zaufania do przedstawicieli zawodu psychologa (ryc. 2) – łącznie 77% ocen „zdecydowanie ufam” i „ufam”, a wśród osób, które kiedykolwiek korzystały z usług psychologicznych – łącznie 84% wskazań świadczących o zaufaniu. W kategorii zaufania do przedstawicieli zawodu na dwu pierwszych miejscach ponownie zaleźli się ratownik medyczny (89% ocen świadczących o zaufaniu), pielęgniarka lub pielęgniarz (88%), a podium zamknął lekarz pierwszego kontaktu (86%). Wskazane przez respondentów zawody z najmniejszym zaufaniem to ponownie: bioenergoterapeuta (46% ocen „zdecydowanie ufam” i „ufam”), ksiądz (łącznie 44%) i wróżka (łącznie 15%). Zaufanie do zawodu psychologa wyraziło 80% badanych kobiet i 73% badanych mężczyzn. W najmłodszej grupie wiekowej (18–24 lata) dotyczyło to 81% osób, a w najstarszej grupie (powyżej 55 lat) 77% respondentów. Podobnie jak w przypadku ogólnej oceny lekarzy pierwszego kontaktu, także zaufanie do tej grupy zawodowej jest wysokie – od 81% w najmłodszej do 91% w najstarszej grupie wiekowej. Zjawisko to można też wyjaśniać odmienną częstością kontaktów osób w bardziej zaawansowanym wieku z przedstawicielami obu zawodów.

Wysoka ocena psychologów jest zgodna z tendencjami widocznymi zarówno w badaniach zagranicznych, jak i w badaniach polskiej opinii publicznej. Warto podkreślić, że wskaźniki ogólnej oceny i poziomu zaufania w przypadku respondentów, którzy mieli wcześniej możliwość kontaktu z psychologami, są o kilka punktów procentowych wyższe. Może to wskazywać na rzetelną ocenę profesjonalnych kompetencji konkretnych przedstawicieli zawodu psychologa, z którymi zetknęli się respondenci.

Opinie uczestników badania wskazywały na prestiż zawodu psychologa i przyznawanie mu statusu zawodu zaufania społecznego. Spośród respondentów 49% udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak” lub „raczej tak” na pytanie o wysoki prestiż zawodu (ryc. 3), przy czym opinię taką wyrażało 55% kobiet oraz 43% mężczyzn, a łącznie 66% respondentów uznało zawód psychologa „zdecydowanie tak” lub „raczej tak” za zawód zaufania społecznego (ryc. 4). Taką opinię podzielało 73% kobiet i 57% mężczyzn.

Wśród osób, które dotąd zetknęły się z psychologami, na wysoki prestiż zawodu wskazało 64% uczestników badania, a na status zawodu zaufania społecznego 82% respondentów.

A w jakim stopniu ufasz osobom wykonującym poniższe zawody w Polsce?

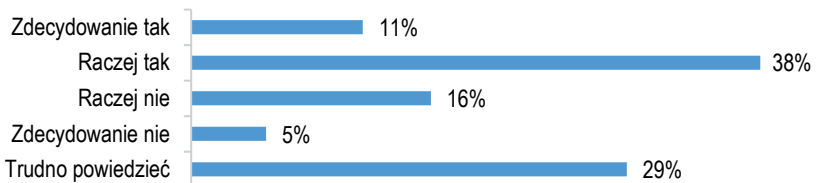


Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 2. Poziom zaufania do analizowanych zawodów (w %)

Źródło: opracowanie własne

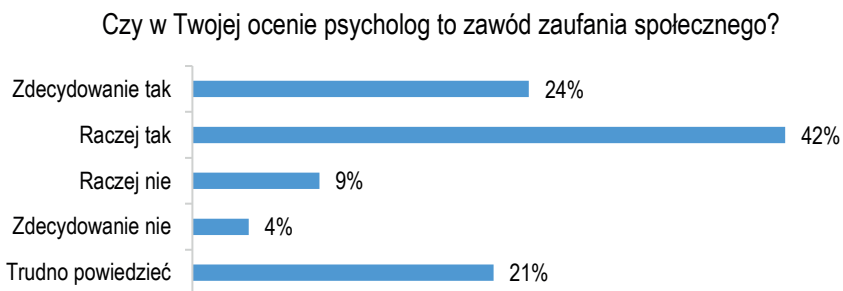
Czy według Ciebie zawód psychologa jest prestiżowy?



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 3. Prestiż zawodu psychologa

Źródło: opracowanie własne



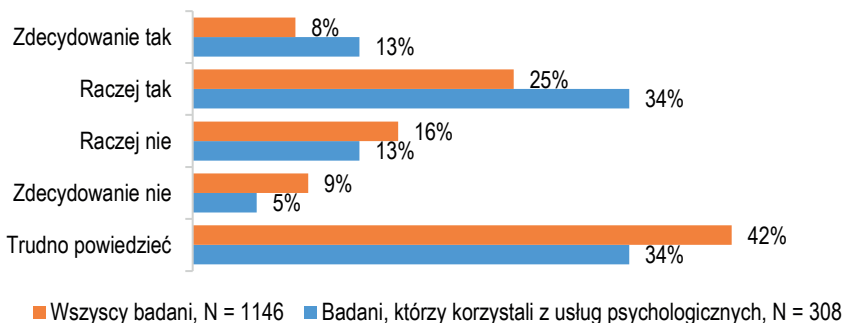
Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 4. Psycholog zawodem zaufania społecznego

Źródło: opracowanie własne

Z prestiżem i wysoką oceną zawodu psychologa można łączyć także stanowisko wobec studiowania psychologii przez własne dzieci. Pozytywną opinię w tym zakresie wyraziło łącznie 33% respondentów oraz 47% tych, którzy korzystali z usług psychologicznych (ryc. 5). To zdecydowanie więcej niż wynika z badań CBOS z 2017 i 2024 roku. W pierwszym zawod psychologa nie był konkretnie wymieniony, a jedynie zaliczony do ogólnej kategorii „zawodów związanych z wykształceniem pedagogicznym, społeczno-politycznym i humanistycznym”. Związaną z nimi przyszłość widziało dla swoich dzieci jedynie 8% respondentów, zaś najczęściej wskazań uzyskały zawody medyczne (34%) oraz wymagające studiów politechnicznych (21%). W badaniu CBOS z 2024 roku najczęściej wskazań miały te same grupy zawodów (medyczne – 33%, techniczne – 19%). Zawód psychologa wymieniono wśród zawodów związanych z wykształceniem pedagogicznym, społeczno-politycznym i humanistycznym, które łącznie wskazało 8%, a sam zawód psychologa – 2% respondentów. Obraz preferencji dotyczących drogi zawodowej własnych dzieci jest wyraźnie zróżnicowany, co może wynikać z zastosowanej metody badania. Kwestionariusze stosowane przez CBOS oferowały zdecydowanie szerszy wybór dróg zawodowych, podczas gdy nasze badanie koncentrowało się na jednej – studiach na kierunku psychologia. Taką perspektywę dla swoich dzieci było skłonnych zaakceptować 38% kobiet i 28% mężczyzn. Preferencja ta charakteryzowała odpowiednio 45% i 46% respondentów z grup wiekowych 18–24 lata i 25–34 lata oraz 26% w najstarszej grupie wiekowej.

Wyobraź sobie, że Twoje dziecko zastanawia się nad wyborem studiów wyższych. Czy poleciłbyś swojemu dziecku studiowanie psychologii?



Ryc. 5. Wybór studiów psychologicznych przez własne dziecko

Źródło: opracowanie własne

## Podsumowanie

Wyniki badania potwierdzają pozytywną ocenę zawodu psychologa, wysoki poziom zaufania do osób, które go wykonują, co umacnia jego status zawodu zaufania społecznego. Często wyrażana pozytywna opinia jest także powszechna wśród respondentów, którzy mieli okazję do korzystania z usług psychologicznych. Można interpretować to jako społeczne uznanie dla profesjonalnych działań psychologów oraz świadomość wysokich standardów wykonywania zawodu zaufania społecznego. Być może w tym należy szukać przyczyn – widocznej od wielu lat – wysokiej popularności studiów psychologicznych.

Zaufanie do osób wykonujących zawód psychologa wyraża 77% respondentów, a wśród osób, które kiedykolwiek korzystały z usług psychologicznych wskaźnik ten wynosi 84%. Zawód psychologa jako zawód zaufania społecznego uznaje 66% respondentów.



## ROZDZIAŁ 2

# Psycholog w oczach Polek i Polaków: wiedza, mity i nieporozumienia

## Wprowadzenie

We współczesnej debacie publicznej w Polsce coraz śmielej porusza się tematykę zdrowia psychicznego, co przekłada się na dynamiczny wzrost zapotrzebowania na specjalistyczną pomoc psychologiczną. Ten pozytywny trend niesie jednak fundamentalne wyzwanie: czy społeczeństwo, poszukując wsparcia, jest w stanie świadomie poruszać się po skomplikowanym świecie zawodów pomocowych?

*Mental health literacy* (MHL) to nie tylko wiedza o zaburzeniach – to umiejętność rozpoznawania, rozumienia, leczenia i zapobiegania problemom psychicznym oraz promowania zdrowia psychicznego.

Wiedza na temat zdrowia psychicznego (MHL, ang. *mental health literacy*) to zestaw informacji i przekonań na temat zaburzeń psychicznych, które nie tylko pomagają je rozpoznawać, rozumieć ich przyczyny, skutecznie leczyć (poprzez samopomoc i pomoc profesjonalną) oraz im zapobiegać, lecz także promować zdrowe funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne. Obejmuje ona umiejętność znajdowania, rozumienia i stosowania informacji o zdrowiu psychicznym, co umożliwi podejmowanie świadomych decyzji dotyczących dobrego samopoczucia. Badania wskazują, że w Polsce ta wiedza jest często fragmentaryczna, naznaczona mitami i nieporozumieniami, co prowadzi do zatarcia w świadomości społecznej granic między kluczowymi profesjami, takimi jak psycholog, psychiatra i psychoterapeuta. Taka sytuacja może sprzyjać nieefektywnemu

doborowi specjalisty, a w skrajnych przypadkach skutkować opóźnieniem w otrzymaniu adekwatnej interwencji lub narażeniem na niekompetentną pomoc (Jorm, 2000, 2012).

Brak skutecznych mechanizmów ochrony tytułu i nadzoru nad praktyką zawodową wielokrotnie wskazywano jako źródło chaosu kompetencyjnego i trudności w egzekwowaniu jej standardów (Cierpiałkowska, Sęk, 2020). W efekcie na rynku usług psychologicznych i psychoterapeutycznych mogli funkcjonować równolegle specjaliści o zróżnicowanym przygotowaniu – od wykształconych klinicznie psychologów po osoby po krótkich kursach, bez bazowej wiedzy psychologicznej. To utrudniało pacjentom świadomy wybór bezpiecznych form pomocy.

Sytuację ma systemowo uporządkować nowa ustawa z 23 stycznia 2026 roku o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. 2026 poz. 187), która kompleksowo reguluje m.in. zasady uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu, wykonywania zawodu, organizację samorządu oraz odpowiedzialność dyscyplinarną psychologów. Wciąż trwają prace nad regulacją zawodu psychoterapeuty. Należy podkreślić, iż podejmowane działania są próbą systemowej odpowiedzi na problemy jakości, ochrony pacjentów i ujednoczenia standardów kształcenia.

Celem niniejszego rozdziału jest diagnoza stanu wiedzy społecznej o zawodzie psychologa w Polsce, z naciskiem na percepcję roli psychologa, odróżnianie go od psychiatry i psychoterapeuty, postawy wobec regulacji oraz znajomość środowiska zawodowego. Analiza ta wykracza poza prostą samoocenę, mapując luki i zniekształcenia w społecznej wyobraźni – od spontanicznych skojarzeń z zawodem, poprzez wiedzę o specjalizacjach i potrzebie obecności psychologów w instytucjach, po oczekiwania wobec formalnych wymogów edukacyjnych i prawnych. Prezentowane wyniki pozwalają stworzyć szczegółowy „portret społecznej wyobraźni”, który kształtuje decyzje o poszukiwaniu pomocy.

## O co zapytano?

W odpowiedzi na potrzebę precyzyjnego zdefiniowania percepcji społecznej zawodu psychologa podjęto próbę wielowymiarowej analizy wiedzy społecznej o zawodzie psychologa i zawodach pokrewnych. Założeniem było odwołanie się nie tylko do deklaratywnej znajomości zawodu, ogólnej wiedzy i przekonań na temat zdrowia psychicznego, jego specjalistów i sposobów uzyskiwania pomocy (Jorm, 2000, 2012).

Uznano, że samo zbadanie ogólnej znajomości zawodu byłoby niewystarczające, ponieważ realne problemy i nieporozumienia leżą głębiej: w tym, jak ludzie rozumieją różne role zawodowe, ich kompetencje, formalne uprawnienia oraz miejsce psychologa w systemie instytucjonalnym. Dlatego badanie zostało skonstruowane tak, by uzyskać odpowiedzi na kilka uzupełniających się grup pytań. Diagnozowano:

### **1. Ogólną orientację i spontaniczne wyobrażenia o zawodzie psychologa**

Celem było zrozumienie, jaki obraz specjalisty funkcjonuje w świadomości społecznej bez podawania gotowych definicji. Ta część badania miała umożliwić zmapowanie potocznych schematów poznawczych: co ludzie „wiedzą ze słyszenia”, jakie mają intuicyjne skojarzenia i jak pewni są tej wiedzy. To właśnie ten poziom – spontanicznych wyobrażeń i rozpoznawalnych „etykiet” – według badań stanowi podstawę decyzji o sięgnięciu (lub nie) po pomoc w obszarze zdrowia psychicznego (Jorm, 2000, 2012).

### **2. Społeczną rolę i miejsce psychologa w systemie instytucji**

Chciano zrozumieć, jak społeczeństwo postrzega rolę psychologów w różnych obszarach życia społecznego i instytucjach. Przygotowana w tym obszarze grupa pytań pozwalała wyjść poza samą „wiedzę definicyjną” i zbadać, czy psycholog jest traktowany jako zawód marginalny, czy raczej jako ważny element systemu wsparcia – i w jakich kontekstach jego obecność uchodzi za najbardziej potrzebną. Znajomość organizacji zawodowych miała dodatkowo pokazać, na ile społeczeństwo jest świadome istnienia struktur odpowiedzialnych za standardy, etykę i reprezentację zawodu. Jest to istotne, ponieważ niski poziom rozpoznawalności takich organizacji może przekładać się na ograniczoną świadomość tego, gdzie szukać wiarygodnych informacji o kwalifikacjach specjalistów czy zasadach etycznych ich pracy.

### **3. Społeczne oczekiwania wobec regulacji zawodu psychologa oraz rozpoznawalność organizacji branżowych**

Zapytano o to, jakie są społeczne przekonania dotyczące formalnych wymogów regulacyjnych oraz jaka jest znajomość organizacji branżowych. Te aspekty pozwalają nie tylko na ocenę percepcji formalnych uprawnień, lecz także na zrozumienie, jak społeczeństwo postrzega mechanizmy instytucjonalne wspierające standardy zawodowe.

### **4. Rozróżnianie ról: psycholog, psychiatra, psychoterapeuta**

Ponieważ wiedza społeczna o zdrowiu psychicznym ma często charakter ogólny („idzie się do specjalisty od głowy”), a nie – precyzyjny (Jorm, 2000), zbadaliśmy zdolność respondentów do rozróżniania trzech kluczowych profesji. Celem było sprawdzenie, czy Polacy odróżniają:

zawód lekarza psychiatry od zawodu psychologa i psychoterapeuty. To rozróżnienie ma znaczenie praktyczne oraz służy bezpieczeństwu: mylenie ról może prowadzić do niewłaściwego adresowania problemów (np. oczekiwanie farmakoterapii od psychologa) lub do korzystania z pomocy specjalisty, który nie ma kompetencji adekwatnych do rodzaju zgłaszanego problemu (Clement i in., 2015).

### **5. Doświadczenie kontaktu z psychologiem jako zmienna różnicująca**

W każdej z powyższych grup pytań uwzględniono podział na ogół badanych oraz osoby, które miały doświadczenie kontaktu z psychologiem. Założenie to wynika z danych pokazujących, że bezpośredni kontakt z usługami zdrowia psychicznego podnosi subiektywne poczucie wiedzy, redukuje niepewność i może wpływać na postawy wobec pomocy (Jorm, 2000, 2012; Clement i in., 2015). Pozwoliło to zbadać, czy osoby korzystające z pomocy psychologicznej:

- lepiej rozróżniają role zawodowe,
- mają bardziej realistyczną wiedzę o wymaganych kwalifikacjach,
- inaczej oceniają potrzebę obecności psychologów w instytucjach,
- charakteryzują się większą znajomością specjalizacji i nurtów terapeutycznych.

## **Co mówią badania?**

### **Samooceńca wiedzy o zawodzie psychologa**

Odpowiedzi na pytanie dotyczące orientacji w zakresie kompetencji zawodowych psychologa ujawniają zróżnicowany obraz wiedzy społecznej – 87% wszystkich respondentów deklaruje przynajmniej podstawową orientację w tym, czym zajmują się psychologowie, przy czym 19% z nich ocenia swoją wiedzę jako „bardzo dobrą”. Wśród osób korzystających z pomocy psychologa odsetek ten wynosił 95%, a 32% respondentów oceniało swoją wiedzę jako „bardzo dobrą” (tab. 1).

87% Polaków deklaruje orientację w kompetencjach psychologa, ale 28% nie wie, kto może świadczyć usługi psychologiczne.

Wyniki mogą wskazywać na wysoki poziom „pewności poznawczej społeczeństwa”, szczególnie wśród osób, które miały bezpośrednie doświadczenie z usługami psychologicznymi. Jest to zgodne z badaniami wskazującymi, że kontakt z systemem opieki psychologicznej zwiększa świadomość i wiedzę na temat specyfiki zawodu (Jorm, 2000).

Tabela 1. Samoocena wiedzy o zawodzie psychologa z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie ze specjalistą (w %)

<b>Na ile orientujesz się, czym zajmują się psycholog?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Bardzo dobrze się orientuję	19	32
Raczej się orientuję	68	63
Raczej nie orientuję się	8	4
W ogóle nie orientuję się	4	2

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tab. 2 ilustrują społeczną wiedzę na temat uprawnień do wykonywania zawodu psychologa. Osoby z dyplomem psychologii wskazuje nieco ponad połowa badanych (52% wszystkich respondentów oraz 59% w grupie osób posiadających doświadczenie w kontakcie z psychologiem). Aż 28% nie wie, kto może świadczyć usługi psychologiczne w Polsce. Brak wiedzy oraz inne wskazania niż studia magisterskie na kierunku psychologia dowodzą, iż istnieje istotna luka w wiedzy na temat formalnych kwalifikacji, szczególnie dotycząca granic kompetencji między zawodami (np. różnica między psychologiem a psychiatrą i psychoterapeutą). Szerzej zagadnienie to będzie prezentowane w dalszej części rozdziału.

Tabela 2. Uprawnienia do świadczenia usług psychologicznych w Polsce, według odpowiedzi respondentów z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie ze specjalistą (w %)

<b>Kto według Twojej obecnej wiedzy może świadczyć usługi psychologiczne w Polsce?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Osoba po studiach magisterskich na kierunku psychologia	52	59
Osoba po studiach medycznych, która ukończyła potem szkolenie z psychologii	22	29
Osoba po studiach medycznych, która ukończyła potem szkołę psychoterapii	20	23

Tabela 2 (cd.)

Kto według Twojej obecnej wiedzy może świadczyć usługi psychologiczne w Polsce?	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Osoba po dowolnych studiach, która ukończyła potem szkolenie z psychologii	11	14
Osoba po dowolnych studiach, która ukończyła potem szkołę psychoterapii	9	13
Dowolna osoba, która uważa, że ma wiedzę psychologiczną	3	5
Nie wiem, trudno powiedzieć	28	17

Źródło: opracowanie własne.

## Spontaniczne skojarzenia z zawodem psychologa

Psycholog w oczach Polaków to przede wszystkim osoba, która:

- pomaga przez rozmowę (35–40%),
- udziela wsparcia (11–16%),
- diagnozuje zaburzenia (tylko 9%).

Pozakliniczne role psychologa są praktycznie nieznanne.

Analiza odpowiedzi na pytanie otwarte – w którym respondenci proszeni byli o opisanie tego, czym według nich zajmują się psycholodzy – dostarcza materiału jakościowego, pozwalającego na zmapowanie spontanicznych wyobrażeń i definicji funkcjonujących w świadomości społecznej. Pozwala ona nie tylko zidentyfikować dominujące ramy pojęciowe, w których osadzony jest zawód psychologa, ale także wychwycić elementy prawidłowe oraz błędne lub niepełne w tych wyobrażeniach (tab. 3).

W świadomości badanych psycholog jawi się przede wszystkim jako osoba niosąca pomoc poprzez rozmowę (35%) i udzielanie wsparcia (11%). W grupie osób korzystających z usług te odsetki były jeszcze większe (40% i 16%). Wątek diagnostyczno-oceniający (np. „diagnoza zaburzeń” – 9%) jest mniej dominujący, co sugeruje, że społeczeństwo częściej postrzega psychologa jako doradcę, a nie diagnostę.

Występuje wyraźna „klinicyzacja” obrazu zawodu psychologa (koncentracja na „problemach psychicznych/behawioralnych” – 8%, „leczeniu problemów i zaburzeń” – 6%, „prowadzeniu terapii” – 6%, „leczeniu depresji” – 1%). Jednocześnie sformułowanie „leczenie” może sygnalizować potencjalne mieszanie ról (psycholog vs. psychiatra) albo skrót myślowy respondentów dotyczący pomocy psychologicznej jako „leczenia” w sensie potocznym. Uzyskane dane wpisują się w badania nad wiedzą na temat zdrowia psychicznego, które pokazują, że wiedza społeczna o zdrowiu psychicznym często koncentruje się na rozpoznawaniu problemów i ogólnych przekonaniach o „pomocy/terapii”, a bywa mniej precyzyjna co do kompetencji i ról poszczególnych profesji medycznych i niemedycznych (Jorm, 2000).

Marginalnie w odpowiedziach respondentów pojawia się doradztwo: „udzielanie porad i doradztwa” (5%). W danych nie ma natomiast wprost kategorii typu „coaching” ani wskazań na psychologię pracy/organizacji, sportu, sądową itp.

Wyraźny jest wskaźnik luki w wiedzy: „nie wiem” to aż 14% odpowiedzi w całej próbie i 0% wśród osób, które były u psychologa. To istotny sygnał, że kontakt z psychologiem wiąże się z większą konkretnością wyobrażeń, choć struktura skojarzeń pozostaje podobna (dominuje wsparcie/rozmowa).

Negatywne skojarzenia są rzadkie, ale obecne („gadanie głupot...” – 1%). Takie odpowiedzi można ostrożnie wiązać z elementami stygmatyzacji oraz nieufności wobec pomocy psychologicznej, które w literaturze są opisywane jako istotna bariera korzystania z opieki i wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego (Clement i in., 2015).

Tabela 3. Najczęstsze spontaniczne skojarzenia z zawodem psychologa w opinii respondentów z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie ze specjalistą (w %)

<b>Czym według Ciebie zajmują się psychologzy?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Udzielanie pomocy i wsparcia	35	40
Rozmowy o problemach, zadawanie pytań, wysłuchanie	11	16
Diagnoza osobowości, zaburzeń psychicznych i zachowania	9	9
Problemy psychiczne i behawioralne	8	8
Leczenie problemów i zaburzeń psychicznych	6	6

Tabela 3 (cd.)

Czym według Ciebie zajmują się psycholodzy?	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Prowadzenie terapii	6	8
Udzielanie porad i doradztwo	5	4
Rozwiązywanie problemów psychicznych, poprawa stanu zdrowia	5	5
Zdrowie psychiczne, dbanie o zdrowie psychiczne	4	3
Psychika	4	3
Praca nad problemami, zaburzeniami, kryzysami psychicznymi	4	4
Badanie psychiki i zachowania	3	4
Psychologia	2	3
Emocje	2	2
Depresja	1	1
Gadanie głupot, mieszanie ludziom w głowach	1	0
Inne	8	10
Nie wiem	14	0

Źródło: opracowanie własne.

## Znajomość specjalizacji psychologicznych

Znamy psychologię uzależnień (56%) i dziecięcą (52%), ale 21% nie zna **ŻADNEJ** specjalizacji, a psychologię pracy i organizacji zaledwie 14%.

Znajomość specjalizacji psychologicznych określana była na podstawie listy szesnastu różnych obszarów specjalizacji wraz z opcją wpisania innych niewymienionych pozycji. Uzyskane dane pokazują, że najczęściej znane specjalizacje psychologiczne to psychologia uzależnień (56% wszystkich respondentów, 68% osób korzystających z pomocy psychologa) oraz psychologia dzieci i młodzieży (52% wszystkich respondentów, 61% osób korzystających z pomocy psychologa) (tab. 4). Znacznie

rzadziej znane są bardziej wyspecjalizowane obszary działań, takie jak psychologia środowiskowa czy psychologia różnic indywidualnych.

Wyniki wskazują na rozpoznawalność najbardziej powszechnych i często poruszanych w debacie publicznej i mediach specjalizacji psychologicznych. Niemniej, znaczny odsetek respondentów (21% wszystkich, 9% osób korzystających z pomocy psychologa) deklaruje, że nie zna żadnej specjalizacji, co może świadczyć o ograniczonej wiedzy na temat różnicowania zawodu psychologa.

Tabela 4. Znajomość specjalizacji psychologicznych w opinii respondentów z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie ze specjalistą (w %)

<b>Które z poniższych specjalizacji psychologicznych są Ci znane choćby tylko ze słyszenia?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Psychologia uzależnień	56	68
Psychologia dzieci i młodzieży	52	61
Psychologia sądowa	40	46
Psychologia społeczna	36	47
Psychologia sportu	33	37
Psychologia kliniczna	32	40
Psychologia zdrowia	30	42
Psychologia sądowo-śledcza	30	36
Psychologia wychowawcza i edukacyjna	28	35
Psychologia środowiskowa	25	31
Psychologia osobowości	24	36
Psychologia kryzysu i interwencji kryzysowej	20	31
Neuropsychologia	20	27
Psychologia poznawcza	19	29
Psychologia organizacji i pracy	14	22
Psychotraumatologia	12	18
Psychologia międzykulturowa lub kulturowa	9	13
Psychologia różnic indywidualnych	8	11
Nie znam żadnej	21	9

Pytanie wielokrotnego wyboru (zaznacz wszystkie specjalizacje psychologiczne, jakie kojarzysz).

Źródło: opracowanie własne.

## Potrzeba obecności psychologa w instytucjach społecznych

Psycholog potrzebny:

- w szkołach: 90%
- w policji i wojsku: 88–87%
- w biznesie: tylko 59%
- w moim miejscu pracy: tylko 50%

Spółeczeństwo wykazuje wysoką akceptację dla obecności psychologów w kluczowych instytucjach publicznych (tab. 5). Najwięcej respondentów uważa, że psycholodzy są potrzebni w szkołach (90% odpowiedzi „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”), policji (88%), wojsku (87%) oraz w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej (87%). Wysokie wyniki w tych obszarach świadczą o powszechnej świadomości znaczenia wsparcia psychologicznego w środowiskach narażonych na stres i realizujących funkcję opiekuńczo-wychowawczą.

Tabela 5. Ocena potrzeby obecności psychologów w wybranych instytucjach i miejscach pracy z podziałem na ogół badanych i osoby korzystające z pomocy psychologa (w %)

Czy psycholodzy są według Ciebie potrzebni w podanych poniżej miejscach?	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Trudno powiedzieć	
Szkoły	54	67	36	27	2	1	2	2	6	3
Policja	54	64	34	27	4	3	3	2	6	4
Wojsko	52	65	35	28	3	2	3	1	7	4
Pomoc społeczna	48	62	39	30	3	1	3	3	7	4
Ochrona zdrowia	48	59	39	34	4	3	3	2	7	2
Sądy	40	52	39	37	7	4	4	2	10	5
Przedszkola	34	43	44	43	10	7	3	2	8	5
Uczelnie wyższe	31	40	40	43	12	9	4	2	12	7
Biznes	19	24	40	49	17	12	6	4	18	11
W mojej pracy, w miejscu zatrudnienia	21	32	29	30	22	21	10	6	18	11

Wszyscy badani (N = 1146), kursywią – byli u psychologa (N = 308).

Źródło: opracowanie własne.

Niższą akceptację notuje się w kontekście biznesu (59%), własnego miejsca pracy (50%) oraz uczelni wyższych (71%). Może to sugerować, że rola psychologa w sferze produkcyjnej i akademickiej nie jest jeszcze powszechnie postrzegana jako kluczowa, co przemawia za prowadzeniem dalszych działań edukacyjnych w tych obszarach.

Osoby z doświadczeniem kontaktu z psychologiem systematycznie częściej oceniają, że psycholodzy są „zdecydowanie potrzebni” – szczególnie w szkołach (67% vs. 54%), ochronie zdrowia (59% vs. 48%), sądach (52% vs. 40%) czy we własnym miejscu pracy (32% vs. 21%). W tej grupie rzadziej pojawiają się odpowiedzi „trudno powiedzieć” lub negatywne, co świadczy o większej pewności i mniejszym sceptycyzmie wynikającym z bezpośredniego doświadczenia. Wyraźny wpływ wcześniejszego kontaktu z psychologami widać zwłaszcza w kontekście miejsca pracy – wśród osób, które z nich korzystały, jest o 11 punktów procentowych więcej wypowiedzi wskazujących, że psycholog jest „zdecydowanie potrzebny” w miejscu zatrudnienia.

## Spółeczne oczekiwania wobec regulacji zawodu psychologa a niski poziom rozpoznawalności organizacji branżowych

**PARADOKS:** 77% popiera regulację zawodu psychologa, ale 63% nie zna ŻADNEJ organizacji psychologicznej.

W całej badanej próbie odpowiedzi na pytanie o konieczność regulacji i prawnej ochrony zawodu psychologa układają się w jednoznaczny wzorzec silnego poparcia dla tego rozwiązania (tab. 6). Łącznie 77% respondentów uznało, że zawód psychologa powinien podlegać formalnym wymogom prawnym w zakresie kształcenia, kwalifikacji czy egzaminów zawodowych, w tym 43% wyraziło zdecydowane poparcie, a 34% poparcie umiarkowane. Sprzeciw wobec regulacji miał charakter marginalny i dotyczył 5% badanych, natomiast 18% respondentów wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Wysoki poziom aprobaty dla prawnej regulacji zawodu psychologa potwierdza istnienie szerokiego społecznego konsensusu co do potrzeby regulowania zawodu psychologa. Oznacza to, że w społecznej percepcji zawód psychologa jest jednoznacznie kojarzony z koniecznością

spełniania określonych kryteriów formalnych, takich jak wykształcenie akademickie, kwalifikacje zawodowe czy mechanizmy weryfikacji kompetencji.

Jeszcze wyraźniej ta aprobata ujawnia się w grupie osób badanych deklarujących kontakt z psychologiem. Poparcie dla regulacji wynosi w niej 86%, przy czym niemal połowa respondentów (49%) wybiera odpowiedź „zdecydowanie tak”. Jednocześnie odsetek odpowiedzi niejednoznacznych obniża się do 10%, co wskazuje na większą klarowność ocen wśród osób posiadających bezpośrednio doświadczenie korzystania z usług psychologicznych. Doświadczenie to sprzyja zatem nie zmianie kierunku postaw, lecz ich wzmocnieniu i większej jednoznaczności.

Analiza odpowiedzi ze względu na płeć pokazuje, że poparcie dla regulacji zawodu psychologa jest wysokie zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, przy czym mężczyźni częściej formułują stanowiska jednoznacznie aprobujące (82% wobec 74%), a kobiety relatywnie częściej deklarują brak wyrobionego zdania (22% wobec 14%). Różnice te nie podważają jednak ogólnego wzorca powszechnej akceptacji dla regulacji, lecz dotyczą raczej stopnia pewności formułowanych ocen.

W podziale na grupy wiekowe widoczny jest wzrost jednoznaczności ocen wraz z wiekiem. W grupie 18–24 lata poparcie dla regulacji wynosi 68%, przy jednocześnie wysokim udziale odpowiedzi „trudno powiedzieć” (26%). W starszych grupach wiekowych poparcie systematycznie rośnie (do 83–85%), a odsetek odpowiedzi niejednoznacznych maleje (13–17%). Może to oznaczać, że wraz z wiekiem i prawdopodobnie wraz z większym doświadczeniem życiowym oraz kontaktami z instytucjami ochrony zdrowia rośnie przekonanie o konieczności formalnego uregulowania zawodu psychologa.

Uzyskane wyniki są spójne z ustaleniami przytaczanymi w literaturze dotyczącej profesjonalizacji zawodów zaufania publicznego, w której regulacja prawna, ochrona tytułu zawodowego oraz jasno określone kryteria dostępu do zawodu uznawane są za kluczowe elementy zapewnienia jakości i bezpieczeństwa usług (Abbott, 1988; Freidson, 2001). W obszarze zdrowia psychicznego znaczenie tych mechanizmów jest dodatkowo podkreślane przez organizacje międzynarodowe, które wskazują, że brak regulacji zawodów pomocowych zwiększa ryzyko nierównej jakości świadczeń i szkód po stronie odbiorców usług (APA, 2019; OECD, 2021; WHO, 2022).

W tym kontekście odpowiedzi respondentów można interpretować jako wyraz społecznego oczekiwania, aby zawód psychologa był zawodem regulowanym, z wyraźnie określonymi standardami oraz objęty formalnymi mechanizmami weryfikacji kompetencji i odpowiedzialności zawodowej. Poparcie dla regulacji nie ma tu charakteru postulatu abstrakcyjnego, lecz

odnosi się do konkretnych wymogów, które mają chronić zarówno osoby korzystające z pomocy psychologicznej, jak i sam status zawodu.

Tabela 6. Regulacja i prawna ochrona zawodu psychologa z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie z psychologiem (w %)

<b>Czy według Ciebie zawód psychologa powinien być regulowany i prawnie chroniony?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Zdecydowanie tak	43	49
Raczej tak	34	37
Raczej nie	3	3
Zdecydowanie nie	2	2
Trudno powiedzieć	18	10

Źródło: opracowanie własne.

Znajomość środowiska zawodowego psychologów, mierzona rozpoznawalnością organizacji branżowych, jest bardzo niska (tab. 7). Najbardziej znaną instytucją jest Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP), które wskazało jedynie 25% respondentów. Pozostałe organizacje są znane marginalnej części społeczeństwa (10–12% w przypadku największych stowarzyszeń). Co istotne, 63% ogółu badanych nie zna żadnej z wymienionych organizacji.

Doświadczenie ponownie zwiększa świadomość – w grupie osób korzystających z pomocy psychologa odsetek osób nieznających takich organizacji wynosił 50%, a znajomość PTP deklarowało 34% respondentów. Mimo to, nawet w tej grupie ponad połowa respondentów nie potrafiła wskazać żadnej organizacji psychologicznej.

Tabela 7. Znajomość wybranych organizacji i stowarzyszeń psychologicznych w Polsce z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie z psychologiem (w %)

<b>Które z poniższych organizacji lub stowarzyszeń są Ci znane choćby tylko ze słyszenia?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP)	25	34
Polskie Towarzystwo Psychologii Klinicznej (PTPK)	12	17
Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów (OZZP)	10	16

Tabela 7 (cd.)

<b>Które z poniższych organizacji lub stowarzyszeń są Ci znane choćby tylko ze słyszenia?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Stowarzyszenie Psychologów Sądowych w Polsce (SPSWP)	10	13
Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich (SPCH)	4	7
Polskie Stowarzyszenie Studentów i Absolwentów Psychologii (PSSIAP)	3	6
Stowarzyszenie Psychologów Transportu w Polsce (SPT)	3	6
Nie znam żadnego z wymienionych	63	50

Źródło: opracowanie własne.

W podsumowaniu należy podkreślić, iż społeczeństwo wykazuje zdecydowany i powszechny konsensus co do konieczności prawnej regulacji i ochrony zawodu psychologa. Pomimo tak wyraźnego oczekiwania co do profesjonalizacji i weryfikacji kompetencji, świadomość i rozpoznawalność kluczowych organizacji zrzeszających psychologów pozostaje na bardzo niskim poziomie, co świadczy o znacznej rozbieżności między społecznym postulatem formalizacji zawodu a znajomością jego środowiska instytucjonalnego.

## Postrzeganie różnic między psychologiem a psychiatrą oraz psychoterapeutą

Czy rozróżniamy zawody?

Psycholog ≠ psychiatra: 71% wie, że to różne zawody.

Psycholog ≠ psychoterapeuta: tylko 51% widzi różnice.

Granica zatarta: 23% utożsamia psychologa z psychoterapeutą.

Zapytano badanych o relacje między trzema podstawowymi zawodami w obszarze zdrowia psychicznego. Celem była diagnoza wiedzy społecznej obejmującej m.in. rozumienie form pomocy oraz ról i kompetencji

specjalistów zdrowia psychicznego. W tym ujęciu szczególnie istotne jest to, na ile respondenci potrafią odróżnić zawody, które w potocznych wyobrażeniach bywają łączone wspólnym mianownikiem „pomocy psychologicznej” (tab. 8).

Tabela 8. Postrzeganie różnic między psychologiem a psychiatrą i psychoterapeutą w opinii respondentów z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie ze specjalistą (w %)

Pytanie	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Czy według Twojej obecnej wiedzy psychiatra i psycholog to takie same zawody, czy różnią się od siebie?		
To różne zawody wymagające innego wykształcenia i obejmujące inny zakres konsultacji	71	79
To takie same zawody wymagające podobnego wykształcenia i obejmujące podobny zakres konsultacji	12	12
Nie wiem, nie jestem pewien	17	7
Czy według Twojej obecnej wiedzy psychoterapeuta i psycholog to takie same zawody, czy różnią się od siebie?		
To różne zawody wymagające innego wykształcenia i obejmujące inny zakres konsultacji	51	60
To takie same zawody wymagające podobnego wykształcenia i obejmujące podobny zakres konsultacji	23	28
Nie wiem, nie jestem pewien	26	11

Źródło: opracowanie własne.

71% ogółu badanych oraz 79% osób, które były u psychologa wskazało, że są to różne zawody wymagające innego wykształcenia i obejmujące inny zakres konsultacji. Jednocześnie 12% respondentów w obu grupach uznało, że są to „takie same zawody”, a odsetek odpowiedzi „nie wiem/nie jestem pewien” wyniósł 17% w całej próbie i 7% wśród osób z doświadczeniem kontaktu z psychologiem. Wyniki te sugerują, że rozróżnienie psychologa i psychiatry jest stosunkowo dobrze ugruntowane, choć u części respondentów utrzymuje się albo utożsamienie obu profesji, albo niepewność.

W interpretacji kluczowy jest fakt, że psychiatra jest lekarzem (kształcenie medyczne i specjalizacja), co wiąże się m.in. z możliwością

ordynowania farmakoterapii, podczas gdy psycholog jest specjalistą przygotowanym do pracy metodami psychologicznymi.

Odpowiedzi respondentów w zakresie relacji między psychologiem a psychoterapeutą ujawniły większą złożoność obrazu społecznego. Ponad połowa (51% ogółu) respondentów oraz 60% osób, które były u psychologa, uznała te profesje za różne pod względem wykształcenia i zakresu konsultacji (tab. 8). Jednocześnie 23% ogółu i 28% badanych z doświadczeniem kontaktu z psychologiem wskazało, że są to „takie same zawody”, a 26% vs. 11% odpowiedziało „nie wiem/nie jestem pewien”. Oznacza to, że w porównaniu z rozróżnieniem „psycholog – psychiatra” granica „psycholog – psychoterapeuta” jest w świadomości badanych mniej jednoznaczna: niepewność jest wyraźnie wyższa, a odsetek utożsamiania ról większy. Wynik dobrze ilustruje zjawisko, o którym pisze Jorm (2000, 2012): ludzie częściej odróżniają zawody na osi „lekarz” – „nie lekarz” (psychiatra vs. psycholog) niż dostrzegają bardziej subtelne różnice wewnątrz profesji pomocowych (psycholog vs. psychoterapeuta).

## Podsumowanie

Przedstawione wyniki ukazują złożony i wielowymiarowy obraz społecznej wiedzy o zawodzie psychologa w Polsce, który cechuje się wysokim poziomem subiektywnej pewności poznawczej, ale jednocześnie znaczną fragmentaryzacją i nieporozumieniami. Diagnoza, oparta na analizie deklaratywnej wiedzy, spontanicznych wyobrażeń, rozróżniania ról zawodowych, postaw wobec regulacji oraz percepcji instytucjonalnej roli psychologa, potwierdza, że tzw. *mental health literacy* (MHL) w społeczeństwie polskim jest na etapie przejściowym: rośnie świadomość potrzeby pomocy psychologicznej, ale brakuje precyzji w rozumieniu kompetencji, kwalifikacji i granic zawodowych. Te dysproporcje mają bezpośrednie przełożenie na decyzje o poszukiwaniu wsparcia, efektywność systemu opieki w zakresie zdrowia psychicznego oraz zaufanie do profesjonalistów (Jorm, 2000, 2012). Kluczowe wnioski z analizy wyników można pogrupować w następujące obszary:

### **1. Wysoka subiektywna pewność vs. luki w wiedzy o kwalifikacjach i kompetencjach**

Znaczna część respondentów – szczególnie osoby z doświadczeniem terapeutycznym – deklaruje orientację w kompetencjach psychologa.

Jednak ta pewność kontrastuje z istotnymi lukami: część badanych nie wie, kto może świadczyć usługi psychologiczne, a inne odpowiedzi sygnalizują mylenie psychologa z psychiatrą. Spontaniczne skojarzenia koncentrują się wokół „pomocy przez rozmowę i wsparcie”, przy marginalnym wątku diagnostycznym i braku odniesień do specjalizacji pozaklinicznych. Ta „klinicyzacja” zawodu – koncentracja na problemach psychicznych – wpisuje się w literaturę wskazującą na intuicyjny charakter społecznego postrzegania psychologa jako „doradcy od głowy”, z pominięciem szerszych aplikacji psychologii (Jorm, 2000; Clement i in., 2015). Doświadczenie kontaktu redukuje niepewność, ale nie zawsze koryguje błędy, co sugeruje potrzebę aktywnej psychoedukacji.

## **2. Ograniczona znajomość specjalizacji i instytucjonalnej roli psychologa**

Najlepiej znane są specjalizacje kliniczne (psychologia uzależnień, psychologia dziecięca), co odzwierciedla medialną debatę publiczną. Jednak znaczna część badanych nie zna żadnej specjalizacji, a niska rozpoznawalność obszarów pozaklinicznych uwypukla zawężony obraz zawodu. Jednocześnie akceptacja obecności psychologów w instytucjach sektora publicznego jest wysoka (takich jak szkoły, ochrona zdrowia), ale niższa w biznesie i na uczelniach. To wskazuje na legitymizację roli psychologa w kontekstach stresowych i opiekuńczych, przy niedocenianiu jego potencjału w sferze organizacyjnej i edukacji wyższej. Niska znajomość organizacji branżowych wzmacnia dystans między postrzeganiem zawodu a świadomością mechanizmów etycznych i standardowych, co może ograniczać weryfikację kwalifikacji specjalistów (Cierpiatkowska, Sęk, 2020).

## **3. Nieprecyzyjne rozróżnianie ról zawodowych i silne poparcie dla regulacji**

Odróżnienie psychologa od psychiatry jest stosunkowo dobre, co odzwierciedla intuicyjną oś „lekarz” – „nie lekarz”, ale granica ról zawodowych z psychoterapeutą pozostaje zatarta – część badanych widzi różnice, inni utożsamiają te role lub wykazują niepewność. To potwierdza zjawisko ogólnej wiedzy o „specjalistach od głowy”, bez świadomości subtelnych różnic wewnątrz profesji pomocowych (Jorm, 2012). Rzadkie negatywne skojarzenia i sporadyczne wskazywanie funkcji doradczej sygnalizują resztki stygmatyzacji jako bariery dostępu. Mimo to, postawy wobec regulacji zawodu są zdecydowanie pozytywne: zdecydowana większość popiera prawną ochronę zawodu (ze wzrostem poparcia wśród osób doświadczonych), przy marginalnym sprzeciwie i rosnącej aprobacie wraz z wiekiem. To konsensus społeczny spójny z teorią profesjonalizacji, podkreślający potrzebę

formalnych mechanizmów weryfikacji. Dysproporcja między poparciem dla regulacji a niską znajomością organizacji branżowych sygnalizuje, że oczekiwania społeczne wyprzedzają świadomość instytucjonalną.

Zaprezentowane dane dowodzą, że doświadczenie kontaktu z psychologiem wzmacnia pewność, redukuje niepewność i zwiększa akceptację roli zawodowej, ale nie eliminuje wszystkich mitów w badanym obszarze. Wyniki pokazują, że świadomość zdrowia psychicznego w Polsce jest fragmentaryczna, z dominacją klinicznego stereotypu, co może prowadzić do nieefektywnego doboru pomocy i opóźnień w interwencjach (Clement i in., 2015; Wampold, 2015). Ustalenia te mają implikacje dla polityki publicznej: wzmacniają argumenty za regulacjami i edukacją, by poprawić jakość opieki psychologicznej (WHO, 2022).

## Rekomendacje

### KLINICYZACJA ZAWODU

Społeczeństwo widzi psychologa jako „doradcę od głowy” zajmującego się wyłącznie problemami psychicznymi. Szersze aplikacje psychologii (praca, sport, organizacje) są nieznanne.

Praktyczne rekomendacje skierowane są do środowiska psychologicznego, instytucji publicznych, organizacji branżowych i decydentów. Ich celem jest podniesienie MHL, redukcja niejasności i wzmocnienie systemu wsparcia psychicznego.

### **1. Praktyczne kampanie edukacyjne na rzecz poprawy MHL i rozróżniania ról**

Organizacje, takie jak Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP) i Ministerstwo Zdrowia, powinny zainicjować ogólnopolskie kampanie medialne (telewizja, media społecznościowe, portale edukacyjne) wyjaśniające różnice między psychologiem, psychiatrą i psychoterapeutą (np. poprzez infografiki: „Kto co robi? Wybierz właściwego specjalistę”). Kampanie winny podkreślać kwalifikacje (studia magisterskie z psychologii dla psychologa, medycyna dla psychiatry) i kompetencje (diagnoza psychologiczna vs. farmakoterapia). Adresowane do grup wiekowych (młodzież: fokus na szkołach; dorośli: na pracy), mogłyby redukować niepewność i stereotypy kliniczne. Integracja z programami szkolnymi

(edukacja o specjalizacjach) i aplikacjami mobilnymi (np. quizy o MHL) zwiększyłyby dostępność, celując w redukcję luki wiedzy.

## **2. Poszerzanie obrazu zawodu poprzez promocję specjalizacji i roli instytucjonalnej**

Aby przełamać „klinicyzację”, środowiska zawodowe (np. PTP, OZZP) powinny prowadzić akcje promocyjne ukazujące psychologię w kontekstach pozaklinicznych: warsztaty w firmach (psychologia pracy), seminaria na uczelniach (psychologia edukacyjna) i kampanie w mediach (np. „Psycholog w biznesie – jak wspiera efektywność?”). W instytucjach publicznych (szkoły, policja) zaleca się obowiązkowe programy z psychologami, z ewaluacją ich wpływu na postrzeganie roli. Dla biznesu i uczelni – pilotażowe projekty (np. doradztwo psychologiczne w HR).

## **3. Wzmocnienie psychoedukacji i wykorzystanie doświadczenia kontaktu**

Psycholodzy w praktyce powinni integrować edukację z sesjami: na początku kontaktu wyjaśniać własne kompetencje, różnice z innymi rolami i znaczenie superwizji. To pozwoli wykorzystać „efekt doświadczenia”, redukując mity (np. mylenie z psychoterapeutą) i stygmatyzację (1% negatywnych skojarzeń). Organizacje branżowe mogłyby opracować standardowe materiały edukacyjne (ulotki, filmy) dla pacjentów, z naciskiem na „kaskadowy efekt” – informowani klienci szerzą wiedzę w otoczeniu. Badania pokazują, że taka integracja podnosi MHL o 15–25% (Clement i in., 2015), co jest kluczowe dla osób z doświadczeniem, by ich wiedza była bardziej precyzyjna.

## **4. Promocja organizacji branżowych**

By zmniejszyć lukę w znajomości organizacji, PTP i inne stowarzyszenia powinny zwiększyć widoczność: wspólne portale informacyjne („Gdzie szukać psychologa?”), kampanie PR (np. „PTP – Twój przewodnik po pomocy”). To wzmocni zaufanie, ułatwi weryfikację kompetencji i zintegruje środowisko, zgodnie z międzynarodowymi standardami (WHO, 2022).

Te rekomendacje, jeśli zostaną wdrożone systemowo, mogą nie tylko wypełnić luki w wiedzy, lecz także wzmocnić efektywność systemu zdrowia psychicznego, chroniąc pacjentów i podnosząc status zawodu (Wampold, 2015). Ich realizacja wymaga koordynacji międzysektorowej, z oceną efektów poprzez wskaźniki, takie jak redukcja niepewności w rozróżnianiu ról.



## ROZDZIAŁ 3

# Psychoterapeuta w świadomości Polek i Polaków: wymagania, regulacje i ambiwalencje

## Wprowadzenie

W literaturze podkreśla się, że psychoterapia, jako interwencja oddziałująca bezpośrednio na funkcjonowanie psychiczne, emocjonalne i behawioralne osoby, powinna być traktowana analogicznie do innych świadczeń zdrowotnych o wysokim potencjale wpływu – zarówno terapeutycznego, jak i ryzyka (Roth, Pilling, 2008; APA, 2021). Z tego powodu kwestia dopuszczalnych ścieżek wejścia do praktyki psychoterapeutycznej nie jest zagadnieniem neutralnym, lecz wiąże się bezpośrednio z koniecznością określenia minimalnych warunków, które powinien spełnić kandydat do wykonywania tego zawodu, aby zapewnione było bezpieczeństwo pacjenta.

Psychoterapia w ujęciu naukowym nie powinna być redukowana jedynie do stosowania określonych technik czy procedur komunikacyjnych. Jej skuteczność i bezpieczeństwo opierają się na złożonym zestawie kompetencji, obejmujących m.in. rozumienie mechanizmów psychopatologii, zdolność diagnozy różnicowej, ocenę dynamiki objawów w czasie oraz umiejętność rozpoznawania sytuacji wymagających interwencji poza psychoterapią, takich jak leczenie farmakologiczne, hospitalizacja czy interwencja kryzysowa (Kaslow i in., 2007; Norcross, Wampold, 2018). Badania wskazują jednoznacznie, że pacjenci zgłaszający się do psychoterapii bardzo rzadko prezentują „czyste” zaburzenia adaptacyjne czy trudności emocjonalne – częściej mamy do czynienia z współwystępowaniem objawów depresyjnych, lękowych, zaburzeń osobowości, doświadczeń traumatycznych, zaburzeń używania substancji oraz zachowań suicydalnych, w tym myśli i prób samobójczych (Lambert, 2013).

Z perspektywy klinicznej kluczowe znaczenie ma zdolność psychoterapeuty do rozróżnienia, czy prezentowane objawy mieszczą się

w zakresie wskazań do psychoterapii ambulatoryjnej, czy też wymagają intensywniejszych form leczenia. W literaturze dokumentuje się, że brak odpowiednich kompetencji diagnostycznych może prowadzić do błędnego przypisywania objawów czynnikom psychologicznym, podczas gdy ich podłoże jest somatyczne, psychotyczne lub związane z zaburzeniami nastroju o ciężkim przebiegu (APA, 2021). W takich sytuacjach psychoterapia prowadzona bez właściwego rozpoznania może nie tylko nie przynosić korzyści, lecz także opóźnić wdrożenie adekwatnego leczenia, zwiększając ryzyko pogorszenia stanu pacjenta.

W literaturze międzynarodowej problem ten jest bezpośrednio związany z poziomem przygotowania bazowego osoby prowadzącej psychoterapię. Standardy opracowywane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Europejską Federację Stowarzyszeń Psychologów (EFPA) wskazują, że psychoterapia powinna być wykonywana przez osoby posiadające solidne wykształcenie w zakresie psychologii lub medycyny oraz wieloletnie szkolenie kliniczne, obejmujące zarówno teorię, jak i praktykę poddaną regularnej superwizji (EFPA, 2015; WHO, 2022). Takie podejście wynika z założenia, że bezpieczeństwo pacjenta wymaga nie tylko „dobrych intencji” i empatii, lecz także kompetencji umożliwiających rozpoznanie granic własnych możliwości oraz sytuacji, w których konieczne jest przekazanie pacjenta do innego poziomu opieki.

W Polsce przez lata ukształtowała się praktyka, w której psychoterapia funkcjonuje jednocześnie jako świadczenie zdrowotne (również finansowane ze środków publicznych), praktyka profesjonalna i usługa rynkowa pozostająca poza jakimkolwiek nadzorem, realizowana zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i poza nim. **Ta sytuacja ma swoje korzenie w historycznym kontekście, w którym to osoby z wykształceniem psychologicznym stanowiły trzon profesji, a psychoterapia była powszechnie postrzegana jako zaawansowana forma usługi psychologicznej.** Tymczasem na świecie w ostatnich dekadach obserwuje się istotną zmianę paradygmatu: psychoterapia ewoluuje w kierunku odrębnego, samodzielnego zawodu, otwartego dla kandydatów z różnym wykształceniem bazowym, pod warunkiem ukończenia specjalistycznego, certyfikowanego szkolenia. **Wiele systemów prawnych odzwierciedla ten trend, tworząc odrębne regulacje dla zawodu psychoterapeuty.** W Polsce brakuje jednak jednolitej regulacji ustawowej określającej, kto i na jakich warunkach może psychoterapię realizować poza systemem świadczeń medycznych. Jednocześnie brakuje jednolitej ustawowej regulacji zawodu psychoterapeuty, co powoduje, że status zawodowy, minimalne standardy przygotowania oraz mechanizmy

odpowiedzialności dyscyplinarnej pozostają rozproszone pomiędzy różne środowiska szkoleniowe i certyfikacyjne. Ta niejednoznaczność uregulowań z jednej strony sprzyja rozwojowi i dostępności do usług, ale z drugiej – generuje ryzyko ich złej jakości oraz niejednoznacznych granic kompetencji (szczególnie w pracy z pacjentami z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, współchorobowością, traumą, uzależnieniami czy ryzykiem samobójczym).

Równoległe do prac dotyczących regulacji zawodu psychologa i psychoterapeuty rozwijają się zmiany w obszarze systemu ochrony zdrowia psychicznego, obejmujące wzmacnianie praw pacjenta, doprecyzowanie procedur postępowania medycznego w sytuacjach wysokiego ryzyka oraz odejście od języka stygmatyzującego osoby z doświadczeniami zaburzeń i kryzysów psychicznych na rzecz języka inkluzywnego.

W dokumentach WHO oraz w ICD-11 akcentuje się, że jakość opieki w obszarze zdrowia psychicznego powinna być rozumiana nie tylko jako dostępność usług, lecz także jako ich realizowanie przez osoby działające w jasno określonych ramach kompetencji, standardów i odpowiedzialności (WHO, 2022). W związku z tym należy konsekwentnie wzmacniać regulacyjne filary systemu, tak aby pacjent miał pewność, że otrzymuje pomoc od osoby o zweryfikowanych kwalifikacjach i podlegającej realnym mechanizmom nadzoru. W tym kontekście wprowadzenie nowej ustawy z 23 stycznia 2026 roku o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. 2026 poz. 187) jest kluczowym krokiem w kierunku porządkowania rynku świadczeń psychologicznych: jej wdrożenie i egzekwowanie powinno realnie chronić tytuł „psycholog”, porządkować zasady wykonywania zawodu oraz wzmacniać odpowiedzialność zawodową. Równoległe należy doprowadzić do spójnej regulacji zawodu psychoterapeuty, tak aby całość systemu była oparta na jednolitych, transparentnych kryteriach kwalifikacji i odpowiedzialności, a tym samym minimalizowała ryzyko szkód wynikających z nieadekwatnych interwencji wobec osób szczególnie podatnych na krzywdę.

Analizowany fragment raportu stanowi próbę uchwycenia społecznych granic akceptacji dla określonego modelu profesjonalizacji psychoterapii. Odpowiedzi respondentów dostarczają informacji o tym, na ile psychoterapia jest społecznie postrzegana jako świadczenie wymagające wysokich kompetencji klinicznych i regulacji analogicznych do innych zawodów ochrony zdrowia, a na ile dopuszczalna jest jej deregulacja i traktowanie jako formy pomocy możliwej do wykonywania po krótkim przygotowaniu kursowym, niezależnie od wykształcenia bazowego. Wyniki

te stanowią istotne uzupełnienie toczącej się debaty legislacyjnej, pozwalając odnieść proponowane rozwiązania systemowe do społecznych oczekiwań wobec bezpieczeństwa, jakości i odpowiedzialności w obszarze zdrowia psychicznego.

Celem rozdziału jest zatem diagnoza stanu wiedzy i postaw społecznych dotyczących zawodu psychoterapeuty w Polsce, z naciskiem na percepcję wymogów edukacyjnych, regulacji prawnych oraz zróżnicowania ról i nurtów terapeutycznych. Analiza ta wykracza poza deklaracyjną samoocenę, starając się precyzyjnie zmapować ambiwalencje, luki i zniekształcenia w społecznej wizji psychoterapii – od utożsamiania jej z psychologią po oczekiwania wobec kwalifikacji i bezpieczeństwa świadczeń. Prezentowane poniżej wyniki pozwolą na stworzenie szczegółowego „portretu społecznej percepcji psychoterapeuty”, który kształtuje decyzje o poszukiwaniu pomocy i wpływa na efektywność systemu opieki psychicznej. Mają one bezpośrednie przełożenie na funkcjonowanie całego ekosystemu zdrowia psychicznego – od kształtowania polityk legislacyjnych (np. regulacja zawodu) po edukację społeczną, profesjonalną i psychoedukację w terapii.

### **Czy psychoterapeuta zawsze jest psychologiem? A co, jeśli nie?**

Aż 36% Polaków nie wie, kto tak naprawdę jest uprawniony do prowadzenia psychoterapii. Badanie ujawnia głęboką społeczną niepewność wokół kwalifikacji specjalistów.

## **O co zapytano?**

W odpowiedzi na potrzebę precyzyjnego zdefiniowania percepcji społecznej zawodu psychoterapeuty podjęto próbę wielowymiarowej analizy wiedzy i postaw społecznych dotyczących psychoterapii. Założeniem było odwołanie się nie tylko do deklaratywnej znajomości roli psychoterapeuty, ogólnej wiedzy i przekonań na temat jego kompetencji, lecz także do normatywnych oczekiwań wobec regulacji i ścieżek kształcenia (Jorm, 2000, 2012).

Uznano, że samo zbadanie ogólnej orientacji w zawodzie psychoterapeuty byłoby niewystarczające, ponieważ realne problemy i nieporozumienia leżą głębiej: w tym, jak ludzie rozumieją wymagania edukacyjne, granice kompetencji w relacji do innych profesji (np. psychologa,

psychiatry), formalne uprawnienia oraz miejsce psychoterapii w systemie instytucjonalnym. Dlatego badanie zostało skonstruowane tak, by można było odpowiedzieć na kilka uzupełniających się grup pytań, skupionych na psychoterapii jako specyficznej formie pomocy. Diagnozowano:

### **1. Przekonania dotyczące bazowego wykształcenia i roli psychoterapeuty**

Celem było zrozumienie, jaki obraz wykształcenia psychoterapeuty funkcjonuje w świadomości społecznej, bez podawania gotowych definicji. Ta część badania miała umożliwić zmapowanie potocznych schematów poznawczych: czy psychoterapeuta jest utożsamiany z psychologiem (np. „zawsze ma wykształcenie psychologiczne”), czy też dopuszczana jest odrębność ról oraz na ile respondenci są pewni tej wiedzy. To właśnie ten poziom – spontanicznych wyobrażeń i rozpoznawalnych „etykiel” – zgodnie z badaniami stanowi podstawę decyzji o sięgnięciu po psychoterapię, ale też źródło nieporozumień, gdy granice z innymi zawodami (np. psychologa) są zatarte (Jorm, 2000, 2012). Pytania obejmowały zarówno wymiar opisowy („jak jest według Twojej wiedzy?”), jak i ocenę percepcji psychoterapii jako usługi psychologicznej, by wychwycić fragmentaryczność MHL w tym obszarze.

### **2. Postawy normatywne wobec wymogów edukacyjnych i kwalifikacyjnych**

Chciano zrozumieć, jak społeczeństwo postrzega pożądane ścieżki kształcenia do zawodu psychoterapeuty, w tym kombinacje wykształcenia bazowego (psychologiczne, psychiatryczne, dowolne) i dodatkowych szkoleń (np. szkoła psychoterapii). Przygotowana grupa pytań pozwalała wyjść poza wiedzę definicyjną i zbadać, czy psychoterapeuta jest traktowany jako zawód wymagający ścisłej regulacji (np. kierunkowe wykształcenie plus szkoła psychoterapii), czy też dopuszczane są alternatywy (dowolne studia plus szkolenie). Jest to istotne, ponieważ niski poziom precyzji w tych ocenach może przekładać się na ograniczoną świadomość standardów jakości i ryzyko niekompetentnej praktyki. Znajomość tych mechanizmów miała pokazać, na ile społeczeństwo jest świadome potrzeby formalnych ram, co bezpośrednio wpływa na zaufanie do systemu i decyzje o poszukiwaniu pomocy (Wampold, 2015).

### **3. Stosunek do regulacji i dopuszczalności praktyki bez kierunkowego wykształcenia**

Zbadano postawy wobec wykonywania zawodu psychoterapeuty przez osoby bez wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego

– zarówno na poziomie indywidualnym (stosunek emocjonalny), jak i systemowym (dopuszczalność prawna, modele organizacyjne). Celem było sprawdzenie, czy Polacy akceptują restrykcyjne regulacje (np. tylko kierunkowe wykształcenie) lub alternatywy (dowolne studia plus szkoła podyplomowa) oraz jak to wpływa na percepcję bezpieczeństwa. To rozróżnienie ma znaczenie praktyczne i służy bezpieczeństwu: mylenie ról lub akceptacja deregulacji może prowadzić do korzystania z usług niekompetentnych osób, zwiększając ryzyko szkód klinicznych (Clement i in., 2015; WHO, 2022). Pytania obejmowały ocenę konkretnych wariantów, by wychwycić ambiwalencję w szczegółach.

#### **4. Znajomość nurtów terapeutycznych i ich zróżnicowania**

Zapytano o wiedzę na temat różnorodności podejść terapeutycznych, by ocenić, na ile respondenci rozumieją, że psychoterapia nie jest monolitem, lecz obejmuje różne szkoły (np. CBT, psychoanalityczna). Ta część miała zarówno wymiar opisowy („które znasz?”), jak i implikacje normatywne („jak to wpływa na wybór?”), by odróżnić ogólne przekonania o „terapii” od świadomości „marki” i dopasowania do problemów. Z perspektywy jakości opieki jest to kluczowe, ponieważ badania pokazują, że znajomość nurtów terapeutycznych ułatwia świadomy wybór, a ich rzetelne stosowanie decyduje o efektach terapii (Wampold, 2015). Niska znajomość mogłaby sygnalizować lukę w MHL, ograniczającą efektywność systemu.

#### **5. Doświadczenie kontaktu z psychologiem jako zmienna różnicująca**

W każdej z powyższych grup pytań uwzględniono podział na ogół badanych oraz osoby, które miały doświadczenie kontaktu z psychologiem. Założenie to wynika z danych pokazujących, że bezpośredni kontakt z usługami zdrowia psychicznego podnosi subiektywne poczucie wiedzy, redukuje niepewność i może wpływać na postawy wobec pomocy (Jorm, 2000, 2012; Clement i in., 2015).

#### **Kto ma prawo leczyć duszę?**

Psychoterapia ma kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego, ale jej granice w Polsce są mgliste. Czy akceptujemy otwarte drzwi do zawodu, czy raczej oczekujemy rygorystycznych kwalifikacji? Analiza postaw społecznych ujawnia, że widoczny jest jasny pogląd na bezpieczeństwo pacjenta – i nie jest to tolerancja dla przypadkowości.

## Co mówią badania?

### Postrzeganie wymogów edukacyjnych dla psychoterapeutów

Wyniki badania ukazują dużą niepewność respondentów co do tego, kim z wykształcenia jest psychoterapeuta (tab. 9). 40% ogółu badanych (50% wśród osób korzystających wcześniej z pomocy psychologa) sądzi, że psychoterapeuta „zawsze jest psychologiem”, podczas gdy 25% (31% w grupie z doświadczeniem) zgadza się z twierdzeniem odwrotnym – że psychoterapeuta nie musi mieć wykształcenia psychologicznego. Dodatkowo 36% badanych (oraz 21% w grupie z doświadczeniem) zadeklarowało niepewność („nie wiem/nie jestem pewien”).

Zestawienie tych wyników sugeruje, że w populacji funkcjonują równolegle co najmniej trzy typy orientacji: (1) utożsamianie psychoterapeuty z psychologiem, (2) dopuszczanie odrębności tych ról oraz (3) brak wyrobionej opinii.

Taki obraz jest spójny z publikowanymi doniesieniami z badań, które potwierdzają, że wiedza społeczna o zdrowiu psychicznym bywa fragmentaryczna: częściej obejmuje ogólne rozumienie, że „terapia pomaga” niż precyzyjne rozróżnianie ról zawodowych, ścieżek kwalifikacji i zakresów kompetencji poszczególnych specjalistów. Jednocześnie fakt, że osoby mające kontakt z psychologiem rzadziej deklarują „nie wiem”, można interpretować jako efekt doświadczenia zwiększającego subiektywną pewność – niekoniecznie jednak prowadzącego do pełnej precyzji pojęciowej. W praktyce takie uproszczenia mogą mieć znaczenie dla decyzji o poszukiwaniu pomocy: jeśli psychoterapia jest w wyobrażeniach społecznych automatycznie łączona z jednym zawodem, może to zawężyć postrzegane możliwości wsparcia i utrudniać świadomy wybór specjalisty. Z perspektywy jakości opieki jest to istotne także dlatego, że w literaturze psychoterapeutycznej podkreśla się rolę kompetencji klinicznych i jakości pracy terapeuty (a więc realnych kwalifikacji), a nie wyłącznie samej etykiety zawodowej (Jorm, 2000, 2012; Wampold, 2015).

W opiniach respondentów na temat wykształcenia uprawniającego do wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce (tab. 10) najczęściej wskazywaną opcją jest wymóg wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego oraz ukończenia szkoły psychoterapii (39% ogółu, 41% wśród osób z doświadczeniem). 17% (21% w grupie z doświadczeniem) opowiada się za jeszcze bardziej restrykcyjnym wymogiem – tylko wykształcenie psychologiczne plus szkoła psychoterapii. Z kolei 11–13% respondentów akceptuje dowolne wykształcenie wyższe pod warunkiem

ukończenia szkoły psychoterapii, a 27% (16% w grupie z doświadczeniem) deklaruje, że „trudno powiedzieć”.

Tabela 9. Postrzeganie wymogów edukacyjnych dla psychoterapeutów w opinii respondentów z uwzględnieniem doświadczenia w kontakcie ze specjalistą (w %)

<b>Które z poniższych stwierdzeń na temat zawodu psychoterapeuty są prawdziwe według Twojej obecnej wiedzy?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Psychoterapeuta zawsze ma wykształcenie psychologiczne, czyli psychoterapeuta jest psychologiem	40	50
Psychoterapeuta nie musi mieć wykształcenia psychologicznego, czyli psychoterapeuta nie musi być psychologiem	25	31
Nie wiem, nie jestem pewien	36	21

Źródło: opracowanie własne.

Obraz ten pokazuje, że większość społeczeństwa łączy zawód psychoterapeuty z kierunkowym (psychologicznym/psychiatrycznym) wykształceniem i dodatkowymi szkoleniami, co zbiega się z postulatami wielu środowisk zawodowych. Jednocześnie wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” sugeruje, że dla znacznej części badanych szczegółowe wymagania są mało czytelne.

Tabela 10. Opinie na temat wykształcenia uprawniającego do wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce z uwzględnieniem doświadczenia w korzystaniu z usług psychologa (w %)

<b>Jakie wykształcenie powinno według Ciebie uprawniać do wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce?</b>	<b>Wszyscy badani (N = 1146)</b>	<b>Byli u psychologa (N = 308)</b>
Psychologiczne lub psychiatryczne po ukończeniu dodatkowo szkoły psychoterapii	39	41
Tylko psychologiczne po ukończeniu dodatkowo szkoły psychoterapii	17	21
Dowolne wykształcenie wyższe po ukończeniu dodatkowo szkoły psychoterapii	11	13
Psychologiczne lub psychiatryczne bez konieczności ukończenia szkoły psychoterapii	7	10
Trudno powiedzieć, nie wiem	27	16

Źródło: opracowanie własne.

## Analiza stosunku Polek i Polaków do regulacji i kwalifikacji zawodu psychoterapeuty

Analiza danych empirycznych dotyczących społecznych postaw wobec wykonywania zawodu psychoterapeuty ukazuje złożony obraz, w którym dominuje oczekiwanie wysokich standardów kwalifikacyjnych i regulacji prawnych. Respondenci generalnie wykazują sceptycyzm wobec otwierania zawodu dla osób bez wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego, jednak siła i charakter tego sceptycyzmu ulegają modyfikacji w zależności od sposobu sformułowania pytania oraz cech demograficznych badanych (tab. 11).

**Regulacje w cieniu: społeczne oczekiwania a chaos kwalifikacji**  
Czy psychoterapia to usługa medyczna, czy dowolna pomoc? Wyniki pokazują, że choć Polacy domagają się wysokich standardów i regulacji, rzeczywistość jest niejasna.

Tabela 11. Analiza stosunku respondentów do różnych rozwiązań dotyczących wykonywania zawodu psychoterapeuty (w %)

Pytanie	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Jaki jest Twój stosunek do wykonywania zawodu psychoterapeuty przez osoby, które nie mają wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego?		
Zdecydowanie pozytywny	3	5
Raczej pozytywny	8	9
Obojętny	28	22
Raczej negatywny	30	30
Zdecydowanie negatywny	31	34
Czy popierasz pomysły, aby zawód psychoterapeuty w Polsce mogły wykonywać osoby po dowolnych studiach wyższych pod warunkiem ukończenia dodatkowo podyplomowej szkoły psychoterapii?		
Zdecydowanie tak	6	10
Raczej tak	25	30
Raczej nie	27	25
Zdecydowanie nie	18	19
Trudno powiedzieć	24	15

Tabela 11 (cd.)

Pytanie	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Czy według Ciebie w Polsce powinno być dozwolone wykonywanie zawodu psychoterapeuty przez osoby, które nie mają wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego?		
Zdecydowanie tak	4	6
Raczej tak	7	9
Raczej nie	28	30
Zdecydowanie nie	43	44
Trudno powiedzieć	17	11

Źródło: opracowanie własne.

W całej badanej próbie dominuje negatywna ocena możliwości wykonywania psychoterapii przez osoby bez kierunkowego wykształcenia. Co istotne, siła tej negatywnej oceny rośnie w miarę przesuwania akcentu z postaw deklaracyjnych na normatywne i prawne. Najmniej zdecydowane są reakcje na ogólne pytanie o stosunek do wykonywania zawodu psychoterapeuty bez wykształcenia psychologicznego/psychiatrycznego (61% odpowiedzi negatywnych), a gdy pytanie dotyczy bezpośrednio dopuszczalności prawnej takiej praktyki, sprzeciw wzrasta do 71%. To zjawisko, opisywane w literaturze jako rozróżnienie między tolerancją indywidualną a akceptacją regulacyjną (Abbott, 1988), pokazuje, że społeczeństwo jest bardziej skłonne do akceptowania restrykcji systemowych, niż do formułowania jednoznacznych krytycznych osądów na poziomie czysto deklaracyjnym.

Wprowadzenie konkretnego warunku – ukończenia podyplomowej szkoły psychoterapii – zmienia strukturę odpowiedzi. W tym scenariuszu sprzeciw spada do 45%, ale pojawia się najwyższy w całym bloku pytań odsetek odpowiedzi niejednoznacznych („trudno powiedzieć” – 24%). Sugeruje to, że samo hasło „szkoła psychoterapii” jest postrzegane jako istotny, lecz nie wyczerpujący element kwalifikacji. Respondenci nie odrzucają tej ścieżki, ale też nie popierają jej bezwarunkowo, co świadczy o ostrożności i poznawczej niepewności związanej z brakiem informacji o realnej jakości takich szkoleń (Freidson, 2001).

Doświadczenie w korzystaniu z usług psychologicznych jest czynnikiem, który wyraźnie polaryzuje postawy i zwiększa ich jednoznaczność. W grupie respondentów, którzy mieli kontakt z psychologiem, obserwuje się niższy odsetek odpowiedzi neutralnych i niejednoznacznych we

wszystkich trzech pytaniach. Co charakterystyczne, w tej grupie wysoki jest zarówno sprzeciw wobec deregulacji (74%), jak i – paradoksalnie – poparcie dla modelu opartego na szkoleniu podyplomowym (40%).

Ten wzorzec wyników można interpretować jako efekt większej świadomości złożoności problemu. Osoby z doświadczeniem korzystania z usług psychologicznych rzadziej pozostają obojętne, częściej zaś formułują wyraźne stanowiska – zarówno krytyczne, jak i aprobujące. Kontakt z praktyką psychologiczną nie prowadzi do prostego ujednoczenia poglądów, lecz do głębszego refleksyjnego przetworzenia tematu, co jest zgodne z ustaleniami prezentowanymi w literaturze (Mechanic, 2007; Wampold, Imel, 2015).

W przeprowadzonej analizie uwzględniono również płeć oraz wiek. W pytaniu o dopuszczalność prawną do wykonywania zawodu psychoterapeuty przez osoby, które ukończyły dowolne studia i szkołę psychoterapii sprzeciw kobiet wynosi 76% wobec 67% wśród mężczyzn. To koreluje z danymi wskazującymi na większą skłonność kobiet do akcentowania kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego i standardów zawodowych (OECD, 2021).

Sprzeciw wobec wykonywania zawodu przez osoby bez wykształcenia kierunkowego w najmłodszej grupie (18–24 lata) wynosi 62%, podczas gdy w grupie 55+ 67%. Jednocześnie dane przytaczane w literaturze wskazują na większą otwartość na alternatywne ścieżki kształcenia wśród najmłodszych osób (Rose, 2018; WHO, 2022), co może sugerować istnienie różnic pokoleniowych w postrzeganiu psychoterapii: jako usługi rozwojowej przez młodszych i jako świadczenia zdrowotnego wymagającego regulacji – przez starszych.

Podsumowując, prezentowane wyniki wskazują na istnienie silnego społecznego poparcia dla modelu psychoterapii jako zawodu o wysokich wymaganiach kwalifikacyjnych. Respondenci w większości odróżniają psychoterapię od ogólnego wsparcia czy pomocy rozwojowej, lokując ją w obszarze świadczeń zdrowotnych, których jakość i bezpieczeństwo wymagają formalnych gwarancji. Wysoki poziom sprzeciwu wobec deregulacji, wzmacniający się w ujęciu normatywnym, należy interpretować jako wyraz społecznej akceptacji dla zasady, zgodnie z którą interwencje oddziałujące na zdrowie psychiczne powinny podlegać analogicznym wymogom jak inne zawody medyczne. **Uzyskane dane stanowią istotny głos w debacie legislacyjnej, dowodząc, że propozycje regulacji zawodu psychoterapeuty są zgodne nie tylko z międzynarodowymi standardami bezpieczeństwa, ale również ze społecznymi oczekiwaniami co do jakości i odpowiedzialności w obszarze zdrowia psychicznego.**

## Spoleczna percepcja psychoterapii jako usługi psychologicznej

Analiza odpowiedzi na pytanie o relacje między psychoterapią a usługą psychologiczną (tab. 12) wykazała, że większość respondentów traktuje psychoterapię jako formę usługi psychologicznej (54% ogółu, 68% w grupie z doświadczeniem), przy niskim odsetku odpowiedzi przeczących. Jednocześnie bardzo wysoki odsetek stwierdzeń „trudno powiedzieć” (36% vs. 23%) sugeruje, że dla znacznej części osób granica między „psychologią” a „psychoterapią” nie jest konceptualnie jasna. To dobrze współgra z wcześniejszymi wynikami dotyczącymi mylenia ról psychologa i psychoterapeuty oraz niepewności co do wymogów edukacyjnych.

Tabela 12. Spoleczna percepcja psychoterapii jako usługi psychologicznej – porównanie opinii ogółu badanych i osób korzystających z usług psychologicznych (w %)

Czy psychoterapia jest według Ciebie usługą psychologiczną?	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Zdecydowanie nie	3	2
Raczej nie	8	7
Raczej tak	44	50
Zdecydowanie tak	10	18
Trudno powiedzieć	36	23

Źródło: opracowanie własne.

## Znajomość nurtów terapeutycznych

### Terapia to nie tylko „rozmowa”. Czy wiesz, co kryje się za Twoim wyborem?

Większość Polaków nie zna różnic między CBT, psychoanalizą czy terapią Gestalt. Ta luka w wiedzy – pomimo rosnącego zapotrzebowania na pomoc – ma realne konsekwencje dla skuteczności leczenia. Sprawdź, jak wygląda społeczny portret psychoterapeuty i dlaczego znajomość nurtów jest ważniejsza niż myślisz.

Poza oceną potrzeby obecności psychologów zbadano poziom wiedzy specjalistycznej na temat różnorodności podejść terapeutycznych oraz wymagań kwalifikacyjnych. Analiza wykazała niski poziom znajomości poszczególnych szkół terapeutycznych (tab. 13). Wśród ogółu respondentów najczęściej znane nurty to poznawczo-behawioralny (CBT) oraz psychoanalityczny (po 22%). Znacznie rzadziej wskazywano na inne podejścia, takie jak psychodynamiczne (9%) czy humanistyczne (9%). Kluczowe jest jednak to, że 56% wszystkich badanych oraz 35% osób korzystających z pomocy psychologa zadeklarowało, że nie zna żadnego nurtu terapeutycznego. Ograniczona znajomość nurtów potwierdza, że wiedza na temat „marki” terapii (np. CBT, psychoanaliza) jest słabsza niż ogólne przekonanie, że „jest terapia, która pomaga” (Jorm, 2000, 2012). Z perspektywy pacjenta może to utrudniać świadomy wybór formy terapii dostosowanej do problemu, mimo że badania pokazują, iż różne podejścia mogą być skuteczne, o ile ich wytyczne są rzetelnie stosowane (Wampold, 2015).

Tabela 13. Znajomość nurtów terapeutycznych w psychoterapii z uwzględnieniem doświadczenia w korzystaniu z pomocy psychologa (w %)

Jakie nurty terapeutyczne w psychoterapii są Ci znane choćby tylko ze słyszenia?	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Poznawczo-behawioralne (CBT)	22	35
Psychoanalityczne	22	31
Integracyjne	13	16
Psychodynamiczne	9	17
Humanistyczne	9	15
Egzystencjalne	9	15
Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT)	9	14
Egzystencjalne	9	15
Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)	8	14
Terapia schematów	7	14
Systemowe	8	13
Psychoterapia analityczno-zorientowana (Junga)	7	9
Terapia schematów	7	14
Psychoterapia narracyjna	7	11

Tabela 13 (cd.)

Jakie nurty terapeutyczne w psychoterapii są Ci znane choćby tylko ze słyszenia?	Wszyscy badani (N = 1146)	Byli u psychologa (N = 308)
Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)	6	12
Gestalt	5	9
Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR/SFBT)	5	9
Ericksonowskie	4	5
Nie znam żadnych	56	35

Pytanie wielokrotnego wyboru (zaznacz wszystkie nurty terapeutyczne, jakie kojarzysz).

Źródło: opracowanie własne.

## Podsumowanie

Analiza odpowiedzi na pytania dotyczące statusu zawodowego psychoterapeutów pokazuje wysoki poziom społecznej wrażliwości na kwestie kompetencji, odpowiedzialności i regulacji zawodowych w obszarze zdrowia psychicznego. Respondenci wyraźnie różnicują swoje postawy w zależności od tego, czy pytanie dotyczy ogólnych zasad regulacyjnych, czy też konkretnych modeli organizacyjnych i ścieżek dostępu do wykonywania zawodu.

W pytaniach dotyczących dopuszczalności wykonywania psychoterapii przez osoby bez wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego dominują postawy sprzeciwu, co świadczy o silnym przekonaniu, że psychoterapia – jako forma oddziaływania na zdrowie psychiczne – powinna być powiązana z określonym wykształceniem bazowym. Jednocześnie respondenci różnicują swoje oceny w zależności od tego, czy pytanie dotyczy indywidualnego stosunku do takiej praktyki, czy jej instytucjonalizacji na poziomie systemowym. W tym drugim przypadku sprzeciw jest jeszcze silniejszy, co ujawnia większą akceptację restrykcji regulacyjnych niż tolerancji rozwiązań indywidualnych.

Największa niejednoznaczność ocen ujawnia się w pytaniu dotyczącym dopuszczania do wykonywania zawodu psychoterapeuty osób po dowolnych studiach wyższych pod warunkiem ukończenia podyplomowej szkoły psychoterapii. W tym przypadku nie wyłania się ani wyraźna przewaga poparcia, ani jednoznacznego sprzeciwu. Istotny udział odpowiedzi niejednoznacznych wskazuje, że respondenci nie dysponują

wystarczającymi punktami odniesienia, aby jednoznacznie ocenić, czy samo szkolenie podyplomowe stanowi wystarczającą podstawę do wykonywania zawodu. Oceny mają charakter warunkowy i ostrożny.

Istotnym czynnikiem różnicującym odpowiedzi we wszystkich analizowanych pytaniach jest doświadczenie kontaktu z psychologiem. Osoby, które korzystały z pomocy psychologicznej, częściej formułują stanowiska jednoznaczne, rzadziej deklarują brak zdania, jednak nie zawsze częściej popierają rozwiązania liberalizujące dostęp do zawodów. Doświadczenie sprzyja raczej większej świadomości złożoności problemu oraz znaczenia kompetencji zawodowych.

Zróznicowanie ze względu na wiek pokazuje natomiast, że młodsze osoby częściej przejawiają otwartość na alternatywne modele kształcenia, ale jednocześnie częściej pozostają poznawczo niepewne. Wraz z wiekiem rośnie jednoznaczność ocen i akceptacja rozwiązań regulacyjnych, co można wiązać z większym doświadczeniem życiowym, częstszymi kontaktami z systemem ochrony zdrowia oraz bardziej ugruntowanym rozumieniem odpowiedzialności zawodowej.

Na podstawie uzyskanych wyników zasadne wydaje się dalsze porządkowanie ram prawnych regulujących wykonywanie zawodu psychoterapeuty, w szczególności poprzez doprecyzowanie wymogów dotyczących wykształcenia, kwalifikacji oraz odpowiedzialności zawodowej, tak aby status tego zawodu był jednoznaczny i czytelny dla odbiorców usług. Wyniki sugerują również potrzebę ostrożnego podejścia do ewentualnych zmian w zakresie dostępu do wykonywania zawodu psychoterapeuty, zwłaszcza w kontekście rozwiązań, które nie są bezpośrednio powiązane z przygotowaniem bazowym w psychologii lub psychiatrii. Wyniki badania przemawiają także za uwzględnianiem perspektywy osób korzystających z pomocy psychologicznej w procesach konsultacyjnych – jako istotnego źródła wiedzy o oczekiwaniach wobec jakości i bezpieczeństwa świadczeń w obszarze zdrowia psychicznego.

**Fundamentalnym założeniem niniejszego opracowania jest analiza wizerunku społecznego oraz wyzwań związanych z wykonywaniem zawodu psychologa. W celu zachowania spójności metodologicznej podjęto świadomą decyzję o zrezygnowaniu ze sformułowania szczegółowych rekomendacji skierowanych bezpośrednio do psychoterapeutów.**



## ROZDZIAŁ 4

# **Korzystanie z usług psychologów: rozpowszechnienie, czas od ostatniego kontaktu i ocena zadowolenia z uzyskanej pomocy**

## **Wprowadzenie**

Analiza częstości korzystania z usług psychologów stanowi istotny element badań nad funkcjonowaniem współczesnych społeczeństw w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Nie chodzi przy tym o ogólne postawy respondentów wobec pomocy psychologicznej ani o deklaracyjną gotowość do poszukiwania wsparcia, lecz o realne doświadczenia kontaktu z psychologiem jako przedstawicielem określonej, sprofesjonalizowanej grupy zawodowej. W badaniach empirycznych to właśnie faktyczne korzystanie z usług psychologa pozwala uchwycić, w jakim stopniu wiedza psychologiczna i kompetencje zawodowe psychologów są wykorzystywane w praktyce społecznej oraz jakie bariery ograniczają ten proces.

W odróżnieniu od wskaźników rozpowszechnienia objawów zaburzeń i chorób psychicznych lub samooceny dobrostanu, doświadczenie kontaktu z psychologiem stanowi też empiryczny punkt styku pomiędzy indywidualnymi potrzebami jednostek a instytucjonalną ofertą pomocy. Z tego względu w badaniach populacyjnych WHO, OECD oraz w dużych projektach epidemiologicznych wskaźniki korzystania z pomocy są traktowane jako jeden z podstawowych mierników skuteczności i dostępności systemu ochrony zdrowia psychicznego (WHO, 2022; OECD, 2021).

W literaturze międzynarodowej korzystanie z usług psychologów analizowane jest odrębnie od korzystania z opieki psychiatrycznej oraz innych form wsparcia psychospołecznego. Kontakt z psychologiem jest w zdecydowanej większości przypadków inicjowany samodzielnie przez osobę poszukującą wsparcia, bez formalnego skierowania i także poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Oznacza to, że decyzja o skorzystaniu z usług psychologa jest silnie uwarunkowana subiektywną oceną

własnych trudności, przekonaniami na temat skuteczności oddziaływań psychologa oraz poziomem zaufania do zawodu psychologa jako takiego (OECD, 2021; WHO, 2022).

Badania epidemiologiczne prowadzone w ostatnich latach jednoznacznie wskazują na istnienie trwałej rozbieżności pomiędzy rozpowszechnieniem problemów zdrowia psychicznego a korzystaniem z profesjonalnych usług psychologicznych. World Mental Health Report WHO (2022) pokazuje, że w krajach o różnym poziomie rozwoju systemów ochrony zdrowia znaczna liczba osób doświadczających objawów depresyjnych, lękowych czy przewlekłego stresu nie podejmuje kontaktu z psychologiem. Podobne wnioski płyną z analiz OECD (2021), w których podkreśla się, że nawet w państwach o relatywnie dobrej dostępności usług psychologa korzystanie z nich pozostaje selektywne i społecznie zróżnicowane.

W Polsce problem ten został szczegółowo udokumentowany w badaniu EZOP II, które wykazało, że istotna część dorosłych Polaków spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych w ciągu życia nie korzystała z pomocy psychologa ani innych specjalistów zdrowia psychicznego. Jednocześnie badanie to ujawniło wyraźne różnice w korzystaniu z profesjonalnych usług w zależności od płci, wieku, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania (Moskalewicz, Wciórka, 2021). Choć EZOP II obejmuje szerokie spektrum form pomocy, jego wyniki stanowią istotne tło interpretacyjne dla analiz skoncentrowanych wyłącznie na usługach psychologów.

Ważny problem metodologiczny i interpretacyjny stanowi fakt, że odpowiedź twierdząca na pytanie o wcześniejsze korzystanie z usług psychologa nie informuje o charakterze ani intensywności tego kontaktu. W badaniach międzynarodowych wielokrotnie podkreślano, że kontakt z psychologiem ma często charakter krótkotrwały lub epizodyczny i bywa ograniczony do jednej konsultacji bądź niewielkiej liczby spotkań. Zjawisko to obserwowane jest niezależnie od kraju i modelu organizacji usług psychologicznych i nie może być automatycznie interpretowane jako efekt skutecznej interwencji (Norcross, Lambert, 2019). Z tego względu coraz częściej podkreśla się konieczność uwzględniania w badaniach informacji o czasie, jaki upłynął od ostatniego kontaktu z psychologiem, co pozwala odróżnić osoby aktualnie korzystające z usług od tych, dla których kontakt miał charakter incydentalny lub odległy w czasie.

Równie istotnym elementem analizy jest subiektywna ocena jakości pomocy uzyskanej od psychologa. Badania nad doświadczeniami osób korzystających z usług psychologów pokazują, że satysfakcja z kontaktu z psychologiem pozostaje jednym z najsilniejszych predyktorów kontynuacji lub ponownego podjęcia kontaktu z takim specjalistą w przeszłości. Doświadczenia

oceniane jako niesatysfakcjonujące, nieadekwatne lub niezrozumiałe prowadzą często do trwałej rezygnacji z korzystania z usług psychologicznych, nawet w sytuacji utrzymywania się problemów wymagających profesjonalnej interwencji (Norcross, Lambert, 2019). Z perspektywy społecznej oznacza to, że pojedyncze negatywne doświadczenia mogą mieć wpływ nie tylko na losy jednostki, lecz także na ogólny wizerunek zawodu psychologa.

## O co zapytano?

W badaniu poproszono respondentów o odniesienie się do trzech kwestii dotyczących ich doświadczeń w korzystaniu z pomocy psychologa:

1. Po pierwsze, czy respondenci kiedykolwiek korzystali z takiej pomocy, co pozwalało na ustalenie zakresu rozpowszechnienia bezpośredniego kontaktu z profesjonalnym wsparciem psychologa w badanej populacji.

2. Następnie uczestnicy badania wskazywali, kiedy miał miejsce ich ostatni kontakt z psychologiem lub psycholożką, co umożliwiło ocenę aktualności tego doświadczenia.

3. W trzecim pytaniu respondenci oceniali poziom zadowolenia z pomocy uzyskanej podczas ostatniego kontaktu z psychologiem lub psycholożką, dostarczając informacji na temat subiektywnej oceny jakości, adekwatności oraz użyteczności otrzymanego wsparcia.

Takie ujęcie pozwala interpretować uzyskane wyniki nie tylko w kategoriach indywidualnych doświadczeń respondentów, lecz także w szerszym kontekście społecznego wykorzystania usług psychologa i miejsca zawodu psychologa w systemie ochrony zdrowia psychicznego.

## Co mówią badania?

### Doświadczenie korzystania z pomocy psychologa

W badaniu 27% dorosłych respondentów deklarowało, że kiedykolwiek w przeszłości korzystało z pomocy psychologa lub psycholożki. Oznacza to, że dla 73% badanej populacji kontakt z profesjonalną pomocą psychologa nie stanowił dotychczas doświadczenia osobistego (tab. 14).

Tabela 14. Korzystanie z pomocy psychologa z uwzględnieniem płci i wieku (w %)

Czy kiedykolwiek korzystałeś/aś z pomocy psychologa lub psychołożki?	Tak	Nie
Wszyscy badani (N = 1146)	27	73
Kobiety	33	67
Mężczyźni	21	79
Wiek 18–24	49	51
Wiek 25–34	34	66
Wiek 35–44	34	66
Wiek 45–54	23	77
Wiek 55+	17	83

Źródło: opracowanie własne.

Z perspektywy epidemiologii zdrowia psychicznego wynik ten wskazuje na ograniczony zakres korzystania z usług psychologa w populacji ogólnej, mimo utrzymującego się wysokiego rozpowszechnienia subiektywnie doświadczanych trudności emocjonalnych, poznawczych i adaptacyjnych. Dysproporcja ta jest w literaturze międzynarodowej opisywana jako element tzw. *treatment gap*, rozumianej szeroko jako luka pomiędzy potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego i faktycznym korzystaniem z profesjonalnego wsparcia psychologicznego, a nie wyłącznie leczenia psychiatrycznego czy psychoterapeutycznego (WHO, 2022; Thornicroft i in., 2017).

Blisko trzy czwarte dorosłych badanych nigdy nie korzystało z pomocy psychologa. Wynik ten potwierdza istnienie trwałej luki pomiędzy potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego, ujawnianymi np. w badaniu EZOP II, a faktycznym korzystaniem z profesjonalnego wsparcia.

Niski odsetek osób mających bezpośrednie doświadczenie kontaktu z psychologiem ma istotne konsekwencje poznawcze i społeczne. Badania populacyjne dowodzą, że w takich warunkach postawy wobec pomocy psychologa kształtują się w znacznej mierze na podstawie przekazów pośrednich – narracji rodzinnych, reprezentacji medialnych oraz potocznych wyobrażeń na temat pracy psychologa – a nie osobistych doświadczeń

obejmujących korzystanie z konsultacji, diagnozy czy wsparcia psychologa (Corrigan, Druss, Perlick, 2014; Clement in., 2015). W raporcie OECD (2021) zwraca się uwagę, że brak wcześniejszego kontaktu z psychologiem sprzyja zarówno nieuzasadnionym obawom, jak i nierealistycznym oczekiwaniom wobec pomocy udzielanej przez psychologa, co może opóźnić decyzję o zgłoszeniu się po wsparcie w sytuacji narastających trudności.

Odsetek osób deklarujących kontakt z psychologiem (27%) mieści się w zakresie obserwowanym w badaniach realizowanych w innych krajach europejskich i państwach OECD, gdzie wartości te najczęściej mieszczą się w przedziale 20–40%, przy istotnym zróżnicowaniu wynikającym z dostępności psychologów, sposobu finansowania usług oraz stopnia ich osadzenia w systemie edukacji i ochrony zdrowia (OECD, 2021; Wang i in., 2007).

Analiza z uwzględnieniem płci respondentów ujawnia zróżnicowanie korzystania z pomocy psychologa (tab. 14). Więcej kobiet niż mężczyzn deklarowało kontakt z psychologiem kiedykolwiek w przeszłości (33% wobec 21%). Podobny wzorzec jest obserwowany w badaniach międzynarodowych i dotyczy szeroko rozumianego korzystania z pomocy psychologicznej, a nie wyłącznie leczenia zaburzeń psychicznych (Addis, Mahalik, 2003; Mackenzie, Gekoski, Knox, 2006). Badania pokazują, że mężczyźni rzadziej przechodzą od rozpoznania subiektywnych trudności do kontaktu z psychologiem, nawet przy porównywalnym nasileniu stresu, obniżonego nastroju czy problemów adaptacyjnych (Seidler i in., 2016).

W analizach WHO oraz OECD podkreśla się, że różnice te wynikają w dużej mierze z odmiennych norm kulturowych i wzorców socjalizacji płciowej, a nie jedynie z różnic w częstości występowania trudności psychicznych. Internalizacja norm samowystarczalności, kontroli emocjonalnej oraz unikania ujawniania problemów osobie trzeciej istotnie podnosi próg zgłaszania się po pomoc psychologiczną wśród mężczyzn (WHO, 2019). Zjawisko to ma znaczenie nie tylko kliniczne, lecz także populacyjne, wpływając na opóźnianie kontaktu z profesjonalnym wsparciem i kumulację problemów w czasie w grupie mężczyzn.

Zróżnicowanie dotyczyło też wieku respondentów (por. tab. 14); w grupie wiekowej 18–24 lata aż 49% badanych deklarowało wcześniejszy kontakt z psychologiem, podczas gdy w grupie 55+ odsetek ten wynosił 17%, co oznacza niemal trzykrotną różnicę pomiędzy kohortami. Tego rodzaju rozkład jest w literaturze międzynarodowej interpretowany przede wszystkim jako efekt kohortowy, związany ze zmianami kulturowymi i instytucjonalnymi, a nie wyłącznie jako funkcja wieku biologicznego (Jorm, 2012; Mojtabai, Olfson, Han, 2016).

Badania prowadzone w różnych krajach dowodzą, że młodsze kohorty dorastały w warunkach większej dostępności psychoedukacji oraz częstszej obecności psychologów w systemie ochrony zdrowia, edukacji, poradnictwie szkolnym i usługach środowiskowych. Wcześniejszy, często niesformalizowany kontakt z psychologiem (np. konsultacje szkolne, wsparcie kryzysowe, poradnictwo) obniża próg późniejszego korzystania z pomocy psychologa w dorosłości i sprzyja wcześniejszemu zgłaszaniu trudności (Rickwood, Deane, Wilson, 2007; Gulliver, Griffiths, Christensen, 2010).

W starszych kohortach częściej utrzymują się natomiast przekonania, zgodnie z którymi trudności emocjonalne powinny być rozwiązywane samodzielnie lub w obrębie rodziny, a kontakt z psychologiem bywa postrzegany jako ostateczność lub działanie nieadekwatne i nadmiarowe do „codziennych problemów”. Badania jakościowe i ilościowe prowadzone w Europie i Ameryce Północnej wskazują, że tego typu przekonania stanowią istotną barierę korzystania z pomocy psychologicznej w starszych grupach wiekowych, niezależnie od formalnej dostępności usług (MacKenzie, Gekoski, Knox, 2006; Clement i in., 2015; Vickery, 2024).

### **Korzystanie z pomocy psychologa jest silnie zróżnicowane społecznie**

Korzystanie z pomocy psychologa jest wyraźnie zróżnicowane ze względu na płeć i wiek: częściej deklarują je kobiety oraz osoby młodsze, rzadziej mężczyźni i osoby starsze. Wzorec ten ma charakter systemowy i nie może być wyjaśniany wyłącznie różnicami w rozpowszechnieniu problemów psychicznych.

## Czas, jaki upłynął od ostatniego korzystania z pomocy psychologa

Analizą objęto odpowiedzi osób, które deklarowały wcześniejsze skorzystanie z pomocy psychologa (N = 308). W tej grupie 10% respondentów wskazało, że ostatnie korzystanie z pomocy psychologa miało miejsce w ciągu ubiegłego miesiąca, 12% w okresie od 1 do 3 miesięcy przed badaniem, 12% w okresie od 4 do 6 miesięcy, a 4% w okresie od 7 do 12 miesięcy. Łącznie 38% badanych korzystało z pomocy psychologa w okresie do 12 miesięcy przed badaniem, natomiast 62% wskazało, że miało to miejsce ponad 12 miesięcy wcześniej (tab. 15).

Tabela 15. Czas od ostatniego kontaktu z psychologiem w grupie osób, które korzystały z pomocy (N = 308)

Kiedy ostatnio korzystałeś/aś z pomocy psychologa lub psycholożki (w %)								
Odpowiedź	Ogółem	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Liczebność grupy (N)	308	196	112	47	62	79	41	78
W ciągu ostatniego miesiąca	10	10	10	16	12	10	9	6
1–3 miesiące temu	12	12	12	17	17	10	5	9
4–6 miesięcy temu	12	10	16	14	10	20	13	4
7–12 miesięcy temu	4	4	3	6	4	3	3	3
Ponad rok temu	62	64	60	47	57	57	70	78
Razem	100	100	100	100	100	100	100	100

K – kobieta, M – mężczyzna.

Źródło: opracowanie własne.

Zróźnicowanie odsetków odpowiedzi było widoczne również w odniesieniu do wieku respondentów. Odsetek osób podających ubiegły miesiąc jako czas ostatniego kontaktu z psychologiem był najwyższy w najmłodszej grupie wiekowej (18–24 lata; 16%), a najniższy w grupie osób w wieku 55 lat i więcej (6%). Jednocześnie w starszych kohortach wiekowych udział deklaracji, że ostatni kontakt z psychologiem miał miejsce ponad 12 miesięcy wcześniej był wysoki (np. 78% w grupie w wieku 55+) (tab. 15). Taki rozkład jest zgodny z wynikami badań epidemiologicznych, z których wynika, że wskaźniki korzystania z pomocy psychologicznej w okresie ostatnich 12 miesięcy są wyższe wśród kobiet oraz osób młodszych, niezależnie od rozpowszechnienia samych problemów psychicznych (Wang i in., 2007; Kessler, Wang, 2010; OECD, 2021).

Wyniki są zgodne z ustaleniami badań populacyjnych, w których wskaźniki skorzystania z pomocy psychologicznej w okresie ostatnich 12 miesięcy są istotnie niższe niż wskaźniki skorzystania kiedykolwiek w przeszłości. Różnica ta jest interpretowana jako miara aktualności korzystania z usług, a nie jako wskaźnik braku potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego (Wang i in., 2007; Kessler, Wang, 2010). Podobny wzorzec opisują analizy systemowe, w których zwraca się uwagę na ograniczoną ciągłość korzystania z pomocy psychologicznej w warunkach nierównomiernej dostępności świadczeń oraz istotnego udziału finansowania prywatnego (Thornicroft i in., 2017; OECD, 2021).

Jednocześnie należy podkreślić, że zastosowany w omawianym badaniu pomiar dotyczył wyłącznie czasu od ostatniego korzystania z pomocy psychologa i nie pozwala na wnioskowanie o liczbie wizyt, długości korzystania z pomocy psychologa ani ciągłości opieki. Obserwowane różnice w rozkładzie odsetków odpowiedzi, analizowane ze względu na płeć i wiek, odnoszą się zatem wyłącznie do aktualności tego doświadczenia w momencie badania, zgodnie z praktyką badań populacyjnych zdrowia psychicznego, co wyznacza granice interpretacji uzyskanych wyników.

## Zadowolenie respondentów z pomocy uzyskanej podczas ostatniego kontaktu z psychologiem/psycholożką

Tabela 16. Zadowolenie z pomocy uzyskanej od psychologa (N = 308)

Czy jesteś zadowolony/a z pomocy jaką uzyskałeś podczas ostatniego kontaktu z psychologiem lub psycholożką? (w %)								
Odpowiedź	Razem	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Liczebność grupy	308	196	112	47	62	79	41	78
Zdecydowanie tak	27	30	21	19	28	29	23	32
Raczej tak	37	36	38	31	36	41	32	41
Trochę tak, a trochę nie	19	18	19	20	24	19	23	10
Raczej nie	10	9	13	11	7	10	13	12
Zdecydowanie nie	7	6	8	19	4	1	9	6

K – kobieta, M – mężczyzna.

Źródło: opracowanie własne.

### Zadowolenie z pomocy uzyskanej od psychologa jest wysokie, ale nie jednoznaczne

Choć większość respondentów ocenia pomoc psychologa jako satysfakcjonującą, istotna ich część formułuje oceny ambiwalentne lub negatywne. Wynik ten może wskazywać na istnienie barier organizacyjnych i funkcjonalnych, które ograniczają dopasowanie udzielanego wsparcia do potrzeb osób z niego korzystających.

W badanej grupie respondentów, którzy deklarowali korzystanie z pomocy psychologa w przeszłości (N = 308), odpowiedzi na pytanie „Czy jesteś zadowolony/zadowolona z pomocy, jaką uzyskałeś/uzyskałaś podczas ostatniego kontaktu z psychologiem lub psycholożką?” pokazują, że zdecydowana większość badanych ocenia to doświadczenie pozytywnie. Odpowiedzi „raczej tak” (37%) oraz „zdecydowanie tak” (27%) stanowiły łącznie 64% wskazań respondentów, co oznacza, że niemal dwie trzecie osób korzystających z pomocy psychologa oceniło to doświadczenie jako satysfakcjonujące. Odpowiedzi negatywne („raczej nie” – 10% oraz „zdecydowanie nie” – 6%) obejmowały łącznie 16% badanych, natomiast odpowiedź ambiwalentna („trochę tak, trochę nie”) wystąpiła u 18% respondentów (tab. 16). Wynik ten sugeruje, że pomoc psychologa jest w populacji osób z niej korzystających postrzegana zasadniczo pozytywnie, choć istotna część doświadczeń nie ma charakteru jednoznacznie satysfakcjonującego.

Analiza wyników z uwzględnieniem płci pokazuje, że kobiety częściej niż mężczyźni formułowały jednoznacznie pozytywną ocenę pomocy („zdecydowanie tak”: 30% vs. 21%) oraz rzadziej wskazywały odpowiedzi negatywne (14% vs. 20%). Odsetek odpowiedzi ambiwalentnych był zbliżony w obu grupach (18–19%).

Zróźnicowanie odsetków odpowiedzi obserwowano również w zależności od wieku badanych osób. W najmłodszej grupie (18–24 lata) odsetek ocen pozytywnych był najniższy (50%), a udział ocen negatywnych najwyższy (30%), przy 20% odpowiedzi ambiwalentnych. W grupach 25–34 oraz 35–44 lata dominowały oceny pozytywne (odpowiednio 64% i 70%), natomiast w grupie 45–54 lata relatywnie wysoki był udział ocen ambiwalentnych (23%) i negatywnych (22%). W najstarszej grupie wiekowej (55+) odsetek ocen pozytywnych był najwyższy (73%), a udział odpowiedzi ambiwalentnych najniższy (10%) (tab. 16). Wyniki te sugerują, że wraz z wiekiem podwyższa się odsetek odpowiedzi deklarujących pozytywną ocenę pomocy psychologa wśród osób, które z niej skorzystały.

Uzyskany obraz jest zgodny z ustaleniami badań populacyjnych i analiz systemowych. Raporty OECD i WHO wskazują, że w populacji dorosłych pomoc psychologa jest najczęściej oceniana jako użyteczna i wspierająca, jednak rzadko jako w pełni odpowiadająca wszystkim potrzebom osób z niej korzystających (OECD, 2021; OECD, 2023; WHO, 2022). W tym kontekście fakt, że około jedna trzecia respondentów nie formułuje jednoznacznie pozytywnej oceny, nie powinien być interpretowany jako wskaźnik niskiej jakości pomocy udzielonej przez psychologa, lecz jako odzwierciedlenie ograniczeń strukturalnych i funkcjonalnych tej

formy wsparcia. W literaturze podkreśla się kilka głównych czynników, które mogą sprzyjać negatywnym lub ambiwalentnym ocenom satysfakcji z udzielonej przez psychologa pomocy. Należą do nich m.in. niedopasowanie oczekiwań osoby korzystającej do możliwego realnego zakresu pomocy psychologa, zbyt krótki lub jednorazowy charakter kontaktu, ograniczona dostępność terminów, brak ciągłości wsparcia oraz trudności organizacyjne związane z kosztami i logistyką korzystania z pomocy psychologa (OECD, 2021; WHO, 2022). Ponadto badania dowodzą, że osoby młodsze oraz osoby w okresie największych obciążeń zawodowych i rodzinnych częściej oceniają pomoc psychologa jako częściowo niewystarczającą, co wiąże się z większą presją czasową i wyższymi oczekiwaniami wobec skuteczności i zakresu uzyskiwanego wsparcia (OECD, 2023).

#### **Zróżnicowanie doświadczeń według wieku**

Najmłodszy respondenci rzadziej formułują jednoznacznie pozytywne oceny pomocy psychologa niż osoby starsze. Może to odzwierciedlać wyższe oczekiwania wobec skuteczności wsparcia oraz większe obciążenia rozwojowe i sytuacyjne w tej grupie.

Jednocześnie należy podkreślić, że w niniejszym badaniu posłużono się szeroko rozumianą kategorią „pomocy psychologa”, która mogła obejmować różne formy kontaktu z psychologiem – od jednorazowej konsultacji lub diagnozy psychologicznej, poprzez krótkoterminowe wsparcie, po bardziej rozbudowany proces psychoterapeutyczny. W badaniu nie zbierano bardziej szczegółowych informacji dotyczących charakteru uzyskanego wsparcia, takich jak jego forma, liczba spotkań, czas trwania kontaktu z psychologiem, cel zgłoszenia się po pomoc ani nasilenie zgłaszanych trudności psychicznych. Oznacza to, że analizowane odpowiedzi mogą odnosić się do bardzo zróżnicowanych doświadczeń respondentów.

Z tego względu uzyskane wyniki należy interpretować przede wszystkim jako opis subiektywnego doświadczenia kontaktu z psychologiem w populacji, a nie jako ocenę jakości klinicznej czy skuteczności oddziaływań psychologa czy szerzej – „pomocy psychologicznej”. Zgodnie z zaleceniami WHO poziom satysfakcji z uzyskanej pomocy stanowi wskaźnik doświadczenia pacjenta lub klienta, a nie bezpośrednią miarę

efektywności interwencji. Uwzględnienie w przyszłych badaniach bardziej szczegółowych danych dotyczących charakteru interwencji pozwoliłoby na pogłębioną interpretację uzyskanych wyników.

## Podsumowanie

Otrzymane wyniki pokazują, że w polskich warunkach w populacji dorosłych korzystanie z usług psychologów nie jest doświadczeniem powszechnym – blisko trzy czwarte badanych nigdy nie miało osobistego kontaktu z psychologiem. Jednocześnie respondenci, którzy zdecydowali się skorzystać z pomocy psychologa, w większości oceniają ją jako użyteczną i satysfakcjonującą. Zestawienie tych wyników z danymi z literatury potwierdza istnienie wyraźnej luki pomiędzy rozpowszechnieniem subiektywnie doświadczanych trudności psychicznych a faktycznym korzystaniem z usług psychologa w Polsce. Luka ta może wynikać z nakładających się uwarunkowań kulturowych, organizacyjnych i ekonomicznych, a jej skala pozostaje zróżnicowana ze względu na płeć i wiek – częściej z pomocy korzystają kobiety oraz osoby młodsze, co jest spójne z wcześniejszymi polskimi i międzynarodowymi obserwacjami.

Dla większości badanych kontakt z psychologiem miał miejsce więcej niż 12 miesięcy przed realizacją badania, a jedynie 12% badanych korzystało z pomocy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Dowodzi to, że w polskich realiach pomoc psychologa pełni częściej funkcję doraźnej interwencji niż elementu ciągłego, dostępnego wsparcia w sytuacjach przewlekłego obciążenia lub stopniowego pogarszania się funkcjonowania jednostki. Choć ogólny poziom zadowolenia z ostatniego kontaktu z psychologiem jest wysoki, część respondentów formułuje oceny ambiwalentne lub negatywne. Zjawisko to można interpretować w kontekście ograniczeń organizacyjnych systemu pomocy psychologicznej w Polsce, w tym ograniczonej dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych, krótkiego czasu kontaktu oraz niedopasowania oczekiwań respondentów do realnych możliwości systemowych, a nie jako prosty wskaźnik jakości pracy psychologów.

Całość wyników prowadzi do wniosku, że pomoc udzielana przez psychologów w Polsce jest zasobem cenionym przez osoby, które z niej skorzystały, lecz pozostaje niewystarczająco wykorzystana na poziomie populacyjnym. Jej dalszy rozwój wymaga skoordynowanych działań

systemowych i organizacyjnych, w tym konsekwentnych działań edukacyjnych ukierunkowanych na zwiększanie świadomości społecznej oraz normalizowanie korzystania z profesjonalnej pomocy psychologa.

## Rekomendacje

1. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę zwiększania dostępności do usług psychologa w Polsce, które powinny wykraczać poza jednorazowe konsultacje i obejmować krótkoterminowe, spójne formy oddziaływań. Mogłoby to ograniczać epizodyczny charakter kontaktu z psychologiem, a tym samym zwiększać użyteczność, efektywność i satysfakcję w tym obszarze widzianą z perspektywy osób korzystających.

2. Szczególnej uwagi w polskich warunkach wymagają grupy rzadziej korzystające z pomocy psychologa, w szczególności mężczyźni oraz osoby starsze. Działania psychoedukacyjne kierowane do tych grup powinny uwzględniać specyfikę norm kulturowych i tożsamościowych, w tym przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z trudnościami psychicznymi oraz tendencję do traktowania kontaktu z psychologiem jako rozwiązania ostatecznego.

3. Wyniki uwypuklają również znaczenie wczesnych doświadczeń kontaktu z psychologiem w obniżaniu barier korzystania z takiej pomocy w dorosłości. W polskich realiach utrzymanie i rozwijanie obecności psychologów w systemie edukacji, ochronie zdrowia dzieci i młodzieży oraz w usługach środowiskowych może pełnić istotną funkcję profilaktyczną i długofalowo wpływać na bardziej adekwatne korzystanie z pomocy psychologa w późniejszych etapach życia.

4. Istotne znaczenie ma także lepsze zarządzanie oczekiwaniami pacjentów/klientów wobec pomocy psychologa poprzez jasne komunikowanie jej celów, zakresu i ograniczeń. W polskim systemie ochrony zdrowia psychicznego może to redukować rozczarowanie i sprzyjać bardziej realistycznej ocenie uzyskanego wsparcia. Perspektywa doświadczenia pacjenta powinna stanowić stały element monitorowania systemu, uzupełniający wskaźniki kliniczne.

5. Regularna analiza satysfakcji pacjentów oraz barier organizacyjnych pomocy udzielanej przez psychologów pozwala trafniej identyfikować obszary wymagające poprawy.

## ROZDZIAŁ 5

# Kryteria wyboru psychologa oraz praktyki weryfikacji jego kwalifikacji zawodowych

## Wprowadzenie

Proces wyboru psychologa, w tym działania podejmowane przez osoby korzystające z jego usług związane ze sprawdzaniem jego kwalifikacji zawodowych, ma istotne znaczenie dla rzetelności, adekwatności i bezpieczeństwa udzielanej później pomocy. Działania te podejmowane są jeszcze przed pierwszym kontaktem diagnostycznym i w praktyce wpływają na dalszy przebieg korzystania z usług, w tym na kontynuację kontaktu oraz ocenę użyteczności uzyskanego wsparcia.

Badania nad korzystaniem z usług z obszaru ochrony zdrowia psychicznego pokazują, że proces wyboru specjalisty rzadko opiera się na systematycznej analizie kompetencji zawodowych. Zgodnie z empirycznymi modelami korzystania z opieki zdrowotnej decyzje te są kształtowane przez współdziałanie czynników indywidualnych, organizacyjnych oraz sytuacyjnych, przy czym w warunkach obciążenia psychicznego rośnie znaczenie dostępności świadczenia, a maleje zakres szczegółowej weryfikacji informacji o specjalistcie (Andersen, 1995; Andersen, Newman, 2005).

Współczesne badania pokazują, że przy wyborze psychologa osoby poszukujące pomocy kierują się głównie kryteriami organizacyjnymi, takimi jak dostępny termin, lokalizacja gabinetu, koszt wizyty oraz ogólny opis oferty. Informacje dotyczące wykształcenia, rzeczywistego zakresu kompetencji i doświadczenia zawodowego psychologa są znacznie rzadziej sprawdzane i zwykle nie podlegają pogłębionej ocenie przed podjęciem decyzji (Tuliao, Holyoak, 2022; Larsen, Nicholas, Christensen, 2021). W praktyce oznacza to, że osoba poszukująca pomocy nie ma dostępu do informacji pozwalających na wiarygodną ocenę kompetencji psychologa przed rozpoczęciem kontaktu.

W literaturze wskazuje się również, że sposób podejmowania decyzji o wyborze usług psychologicznych pozostaje powiązany z postawami wobec korzystania z pomocy oraz z normami społecznymi dotyczącymi radzenia sobie z trudnościami. Stygmatyzacja, obawy przed oceną oraz przekonania o konieczności samodzielnego rozwiązywania problemów mogą prowadzić do skracania procesu decyzyjnego i ograniczania zakresu sprawdzania informacji o specjalście. Zjawiska te są szczególnie widoczne w starszych grupach wiekowych (Elshaikh, Jönsson, Lauri, 2023; McLaren, Jude, Jowett, 2023).

Decyzja o skorzystaniu z pomocy psychologicznej jest często podejmowana w warunkach obciążenia emocjonalnego, presji czasu lub sytuacji kryzysowej, co także sprzyja upraszczaniu procesu decyzyjnego i koncentracji na kryteriach bezpośrednio związanych z dostępnością świadczenia (Rickwood, Deane, Wilson, 2007; Gulliver, Griffiths, Christensen, 2010).

Według raportów WHO i OECD w wielu krajach formalne kwalifikacje mają niewielkie znaczenie przy wyborze psychologa, ponieważ dostępne informacje o kompetencjach są mało czytelne i trudne do wykorzystania przez osoby poszukujące pomocy (WHO, 2022; OECD, 2021; OECD, 2023).

W tym kontekście analiza kryteriów wyboru psychologa, którymi kierowali się respondenci oraz ewentualnych prób weryfikowania kwalifikacji zawodowych pozwala na identyfikację rzeczywistych mechanizmów decyzyjnych funkcjonujących w populacji osób korzystających z usług psychologa w Polsce. Umożliwia ona ocenę, czy – i w jakim zakresie – formalne standardy przygotowania zawodowego psychologa są faktycznie brane pod uwagę przez osoby poszukujące pomocy, a także stanowi punkt odniesienia dla dalszych analiz dotyczących jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług.

## O co zapytano?

W analizie kryteriów wyboru psychologa oraz praktyk związanych ze sprawdzaniem kwalifikacji specjalisty wykorzystano dwa komplementarne zakresy danych.

1. Po pierwsze, analizowano odpowiedzi wszystkich respondentów (N = 1146) na pytanie o charakterze hipotetycznym: „Wyobraź sobie, że podejmujesz decyzję o umówieniu się na wizytę do psychologa. Na co zwracasz uwagę w pierwszej kolejności, wybierając psychologa?”. Pytanie to pozwalało opisać deklarowane kryteria wyboru psychologa

w całej próbie, niezależnie od tego, czy respondenci mieli wcześniejsze doświadczenie korzystania z pomocy psychologa. W dalszej kolejności analizowano te same odpowiedzi w podgrupie wyodrębnionej ze względu na deklarowane korzystanie z pomocy psychologa.

2. Drugim elementem analizy były dane pochodzące wyłącznie od respondentów deklarujących wcześniejsze korzystanie z pomocy psychologa (N = 308). W tej grupie uwzględniono odpowiedzi na pytanie odnoszące się do faktycznych działań podejmowanych przed wizytą: „Czy przed umówieniem wizyty u psychologa sprawdzałeś/sprawdzałaś, jakie ma ukończone studia lub dodatkowe szkolenia?”. Takie ujęcie umożliwiło porównanie deklarowanych kryteriów wyboru z praktykami rzeczywiście realizowanymi w sytuacji realnego korzystania z usług psychologa.

## Co mówią badania?

Tabela 17. Kryteria wyboru psychologa z uwzględnieniem doświadczenia w korzystaniu z pomocy (w %)

Kryterium	Razem N = 1146	Byli u psy- cholo- ga N = 308	Nie byli u psy- cholo- ga N = 838	K	M	18– 24	25– 34	35– 44	45– 54	55+
Doświadczenie	55	54	56	58	52	39	49	51	56	63
Cena za wizytę	48	44	50	48	49	42	52	42	54	50
Dostępność, termin wizyty	38	45	36	43	34	39	38	33	41	40
Specjalizacja	37	37	37	39	36	34	29	34	31	45
Opinie w Internecie	35	36	34	40	28	39	42	33	32	32
Wykształcenie	29	30	29	29	29	28	25	22	21	38
Odległość od miejsca zamieszkania	26	31	24	29	23	34	23	21	27	28
Opinia rodziny lub znajomych	25	22	26	26	23	22	17	23	27	29
Podejście (nurt) w jakim pracuje	19	22	18	23	15	25	27	16	16	17
Certyfikaty, kursy	19	17	19	20	17	29	25	18	12	17
Płeć	12	19	10	13	12	22	20	12	12	7

Tabela 17 (cd.)

Kryterium	Razem N = 1146	Byli u psy- cholo- ga N = 308	Nie byli u psy- cholo- ga N = 838	K	M	18– 24	25– 34	35– 44	45– 54	55+
Wiek	11	14	10	9	13	16	13	9	12	10
Inne (wpisz jakie)	2	0	2	1	2	3	1	2	2	2

K – kobieta, M – mężczyzna. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 18. Sprawdzanie wykształcenia przed wizytą (osoby, które były u psychologa; N = 308)

Czy przed umówieniem wizyty u psychologa sprawdzałeś/aś, jakie ma ukończone studia lub dodatkowe szkolenia?	Odsetek (%)
Tak	20
Nie	62
Nie pamiętam	18

Źródło: opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi w całej próbie (tab. 17) pokazała, że dominującym kryterium, którym kierują się respondenci przy wyborze psychologa było jego doświadczenie zawodowe (55%). Kolejne miejsca zajmowały cena wizyty (48%) oraz dostępność i termin wizyty (38%). Relatywnie często wskazywano także na specjalizację psychologa (37%) oraz opinie zamieszczone w Internecie (35%). Wykształcenie formalne jako kryterium wyboru podawało 29% badanych, natomiast pozostałe kryteria – takie jak odległość od miejsca zamieszkania, opinie rodziny lub znajomych, podejście teoretyczne, certyfikaty i kursy, płeć czy wiek psychologa – miały wyraźnie mniejsze znaczenie decyzyjne. Już na tym etapie analizy widoczna była koncentracja deklarowanych kryteriów wyboru wokół czynników organizacyjnych oraz ogólnie rozumianego doświadczenia zawodowego, przy jednocześnie ograniczonej roli formalnych wskaźników przygotowania zawodowego.

### **Dostępność i koszt wyprzedzają kompetencje**

Cena wizyty i termin częściej decydują o wyborze psychologa niż informacje o jego wykształceniu i szkoleniach.

Porównanie tych wyników z odpowiedziami osób, które faktycznie korzystały z pomocy psychologa, pokazało podobny układ hierarchii kryteriów, przy jednoczesnym przesunięciu akcentów. W tej grupie doświadczenie zawodowe psychologa pozostawało najczęściej wskazywanym kryterium (54%), ważne były też dostępność i termin wizyty (45%). Cena wizyty utrzymywała wysoką pozycję (44%), a wskazania dotyczące specjalizacji (37%) i opinii w Internecie (36%) pozostawały zbliżone do obserwowanych w całej próbie (tab. 17). Wyniki te potwierdzają, że w sytuacji realnego korzystania z usług psychologa znaczenia nabierają czynniki związane z organizacją świadczeń i możliwością uzyskania pomocy w określonym czasie.

### **„Doświadczenie” zastępuje realną informację o kompetencjach**

Najczęściej wskazywana kategoria pełni funkcję uproszczonego wskaźnika jakości, który nie wymaga sprawdzania formalnych danych ani ich rozumienia przez osoby poszukujące pomocy.

Szczególną uwagę poświęcono kryteriom formalnym, istotnym z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa świadczeń. W grupie osób korzystających z pomocy psychologa wykształcenie formalne jako kryterium wyboru wskazało 30% respondentów, natomiast certyfikaty i kursy – 17%. Jednocześnie tylko 20% badanych deklaroowało, że przed wizytą sprawdzało kwalifikacje psychologa, rozumiane jako ukończone studia lub dodatkowe szkolenia (tab. 18). Brak takiej weryfikacji zadeklarowało 62% respondentów, a 18% nie potrafiło jednoznacznie określić, czy kwalifikacje były sprawdzane. Dane te jednoznacznie pokazują, że formalne przygotowanie zawodowe psychologa rzadko było przedmiotem świadomej weryfikacji, nawet wśród osób posiadających doświadczenie korzystania z pomocy.

### **Rozbieżność między deklaracją a działaniem**

Choć część respondentów deklaruje, że formalne przygotowanie zawodowe ma dla nich znaczenie, tylko co piąta osoba sprawdziła kwalifikacje psychologa przed wizytą. Oznacza to, że deklarowane kryteria nie są przekładane na realne działania w sytuacji korzystania z pomocy psychologa.

Zestawienie deklarowanych kryteriów wyboru z praktyką sprawdzania kwalifikacji ujawniło spójny wzorzec decyzyjny. Z jednej strony respondenci podawali doświadczenie zawodowe, specjalizację oraz – w mniejszym stopniu – wykształcenie formalne jako istotne elementy wyboru psychologa. Z drugiej – w praktyce formalne kwalifikacje były rzadko weryfikowane, a decyzje były podejmowane przede wszystkim na podstawie dostępności świadczenia, kosztu wizyty oraz ogólnego przekonania o kompetencjach specjalisty. Doświadczenie zawodowe funkcjonowało w tym kontekście jako kategoria ogólna, niesprecyzowana i niezwiązana bezpośrednio z formalnymi standardami kształcenia czy certyfikacji.

Uwzględnienie płci i wieku respondentów pozwoliło na identyfikację dodatkowych danych w hierarchii kryteriów wyboru psychologa (por. tab. 17). Kobiety częściej niż mężczyźni podawały doświadczenie zawodowe, specjalizację oraz opinie innych osób, natomiast mężczyźni akcentowali cenę wizyty i dostępność terminów. W młodszych kohortach znaczenie miały opinie internetowe i rekomendacje, natomiast w starszych grupach – kryteria związane z dostępnością świadczeń, lokalizacją oraz możliwością szybkiego uzyskania pomocy. Niezależnie od płci i wieku wykształcenie formalne nie stawało się kryterium dominującym, co wskazuje na przekrojowy charakter ograniczonej roli formalnych kompetencji w procesie wyboru psychologa.

Decyzja o skorzystaniu z usług psychologa jest związana ze sposobem wyboru konkretnego specjalisty. Dostępne analizy sugerują, że osoby poszukujące pomocy psychologicznej rzadko dysponują wystarczającą wiedzą, aby samodzielnie ocenić formalne kwalifikacje zawodowe psychologa. W praktyce decyzje te podejmowane są często na podstawie dostępności terminów, kosztów wizyt oraz rekomendacji nieformalnych, w tym opinii zamieszczanych w Internecie (OECD, 2021). Taki sposób wyboru ma istotne konsekwencje dla jakości doświadczeń pacjentów oraz dla bezpieczeństwa korzystania z usług psychologa.

## Podsumowanie

Na podstawie wyników badania można stwierdzić, że wybór psychologa – zarówno na poziomie deklaratywnym, jak i w sytuacji realnego korzystania z pomocy – ma charakter w dużej mierze pragmatyczny i sytuacyjny. Formalne kwalifikacje oraz wykształcenie specjalisty odgrywają w tym procesie ograniczoną rolę, także wśród osób posiadających

wcześniejsze doświadczenie korzystania z pomocy psychologa. Dane te stanowią istotny punkt odniesienia dla dalszej analizy dotyczącej jakości i bezpieczeństwa usług psychologa w Polsce oraz dla działań ukierunkowanych na poprawę przejrzystości informacji o kompetencjach zawodowych psychologów.

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę uwzględnienia realnych mechanizmów decyzyjnych osób korzystających z pomocy psychologa. Kluczowe znaczenie ma zwiększenie przejrzystości i dostępności informacji o kwalifikacjach zawodowych psychologów. Brak czytelnych standardów informacyjnych sprzyja podejmowaniu przez osoby poszukujące pomocy psychologa decyzji opartych na kryteriach pragmatycznych, takich jak dostępność czy koszt usługi, zamiast na merytorycznej ocenie przygotowania zawodowego psychologa.

## Rekomendacje

1. Ograniczona rola oceny formalnych kwalifikacji w procesie wyboru psychologa, co wykazały badania, prowadzi do wniosku, że odpowiedzialność za weryfikację kompetencji psychologa nie powinna spoczywać wyłącznie na osobach poszukujących pomocy. Konieczne jest przeniesienie tego ciężaru na poziom systemowy, poprzez rozwiązania instytucjonalne, czyli implementację przepisów ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym.

2. Uzupelnieniem działań regulacyjnych powinny być rzetelne działania informacyjne skierowane do odbiorców usług psychologów, koncentrujące się na praktycznych aspektach bezpiecznego korzystania z pomocy oraz znaczeniu kwalifikacji zawodowych. Ich celem jest zwiększenie transparentności rynku usług świadczonych przez psychologów i wzmocnienie bezpieczeństwa osób korzystających z ich pomocy.



## ROZDZIAŁ 6

# Uwarunkowania decyzji o korzystaniu z pomocy psychologa. Sytuacje, w których respondenci deklarują gotowość skorzystania z pomocy psychologa

## Wprowadzenie

Zgodnie z wynikami badań doświadczanie trudności emocjonalnych, relacyjnych czy adaptacyjnych nie prowadzi automatycznie do poszukiwania profesjonalnego wsparcia psychologa. Wiele osób przez długi czas funkcjonuje w stanie obniżonego dobrostanu psychicznego, traktując swoje problemy jako przejściowe, „naturalne” lub niewymagające interwencji specjalisty. Oznacza to, że sama obecność objawów lub subiektywnego dyskomfortu nie jest wystarczającym warunkiem decyzji o zgłoszeniu się po pomoc.

W literaturze przedmiotu proces ten opisywany jest w ramach koncepcji *help-seeking behaviour*, która ujmuje poszukiwanie pomocy jako wieloetapowy proces obejmujący rozpoznanie trudności, ocenę możliwości poradzenia sobie samodzielnie oraz decyzję o zwróceniu się po wsparcie do określonego źródła, w tym do specjalisty, np. psychologa lub psychiatry (Rickwood i in., 2005). Każdy z tych etapów może stanowić punkt zatrzymania procesu decyzyjnego. Trudności mogą nie zostać rozpoznane jako problem psychologiczny, mogą zostać uznane za niewystarczająco poważne lub takie, z którymi „należy poradzić sobie samemu”, bądź też pomoc psychologiczna może nie być postrzegana jako adekwatna forma wsparcia.

Istotną rolę w tym procesie odgrywają przekonania jednostki dotyczące zdrowia psychicznego oraz społecznie funkcjonujące definicje problemów psychologicznych. Uzupełniającą perspektywę teoretyczną stanowi w tym zakresie omówiona w rozdziale 2 koncepcja *mental health literacy* (MHL). Zgodnie z badaniami jej niski poziom sprzyja zawężonemu postrzeganiu zdrowia psychicznego, w którym pomoc psychologa

kojarzona jest głównie z wyraźnymi, społecznie rozpoznawalnymi kategoriami diagnostycznymi, przy jednoczesnym niedostrzeganiu znaczenia trudności relacyjnych, przewlekłego stresu, problemów z regulacją emocji czy kryzysów życiowych.

W konsekwencji granice pomiędzy doświadczeniami uznawanymi za „normalne trudności życiowe” a tymi, które skłaniają do poszukiwania pomocy psychologicznej mają charakter płynny i zależny od czynników poznawczych, normatywnych oraz kulturowych. Decyzja o zgłoszeniu się po pomoc do psychologa nie jest zatem wyłącznie decyzją zdrowotną, lecz także decyzją osadzoną w systemie przekonań dotyczących dopuszczalności korzystania z profesjonalnego wsparcia, roli samodzielności i społecznego znaczenia problemów psychicznych.

Z perspektywy badań nad korzystaniem z usług psychologa oznacza to, że analiza deklarowanej gotowości do skorzystania z pomocy pozwala uchwycić nie tylko potencjalne potrzeby wsparcia, lecz także sposób, w jaki jednostki poznawczo i normatywnie kwalifikują własne doświadczenia. Jest to szczególnie istotne w kontekście planowania działań profilaktycznych i edukacyjnych, ponieważ pokazuje, w jakich sytuacjach pomoc psychologa jest postrzegana jako zasadne i akceptowalne rozwiązanie, a w jakich pozostaje poza polem rozważań osób doświadczających trudności.

## O co zapytano?

Analizowane zagadnienie dotyczyło identyfikacji sytuacji życiowych oraz okoliczności, w których respondenci deklarowali gotowość bądź subiektywnie odczuwaną potrzebę skorzystania z pomocy psychologa. Zmienna ta odnosi się do sposobu, w jaki osoby badane rozpoznają i klasyfikują określone doświadczenia jako takie, w których byłyby skłonne rozważyć skorzystanie z pomocy psychologa. W tym znaczeniu opisuje ona subiektywne uwarunkowania decyzji o poszukiwaniu profesjonalnego wsparcia psychologa.

Respondentów zapytano: „W jakich sytuacjach byłbyś skłonny skorzystać z pomocy psychologa?”. Badani mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi. Lista obejmowała sytuacje związane z objawami emocjonalnymi (np. depresja, lęki), zdarzeniami kryzysowymi (np. żałoba), funkcjonowaniem w relacjach interpersonalnych (np. konflikty, przemoc), regulacją emocji, samotnością, PTSD, uzależnieniami, problemami dzieci i młodzieży, trudnościami neurorozwojowymi oraz obszarami rozwojowymi.

Analizę przeprowadzono dla całej próby (N = 1146) oraz osobno dla osób deklarujących wcześniejszy kontakt z psychologiem (N = 308).

## Co mówią badania?

Tabela 19. Kryteria wyboru psychologa z uwzględnieniem doświadczenia w korzystaniu z pomocy

W jakich sytuacjach był(a)byś skłonny/a skorzystać z pomocy psychologa? (w %)										
Kryterium	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Liczebność	1146	308	838	600	546	97	185	236	176	452
Depresja, smutek, przygnębienie	42	57	36	50	33	46	45	40	41	41
Lęki, ataki paniki, niepokój	36	50	31	44	27	50	43	30	34	35
Żaloba, strata bliskiej osoby	27	41	22	33	20	44	35	23	25	23
Uzależnienia (alkohol, narkotyki, Internet, hazard itp.)	27	34	24	30	23	37	29	25	23	26
Konflikty rodzinne, partnerskie, zawodowe	24	37	18	28	18	36	27	21	24	20
Przemoc psychiczna lub fizyczna w związku	23	32	20	29	17	33	28	21	20	21
Problemy z kontrolą emocji (złość, impulsywność)	23	32	19	27	17	33	30	19	23	19
PTSD (zespół stresu pourazowego)	22	31	19	26	18	29	28	20	22	20
Poczucie pustki lub bezsensu	22	34	17	24	18	33	28	19	20	19
Rozstania, rozwody, zdrady	21	34	17	25	17	34	30	18	18	17
Kryzys tożsamości lub życiowy	21	29	18	24	17	31	24	21	18	19

Tabela 19 (cd.)

W jakich sytuacjach był(a)byś skłonny/a skorzystać z pomocy psychologa? (w %)										
Kryterium	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Samotność i izolacja społeczna	20	32	16	23	18	35	27	15	14	20
Lęki szkolne, mutyzm, zachowania agresywne dziecka	20	26	18	24	16	34	24	20	17	17
Problemy dziecka w nauce, nadpobudliwość	20	23	18	24	15	16	22	16	19	22
Praca nad samooceną i pewnością siebie	19	30	15	23	14	34	29	18	19	13
ADHD, spektrum autyzmu (np. Asperger) u dorosłych	18	24	15	22	13	28	26	17	12	15
Trudności adaptacyjne dziecka (np. po rozwodzie rodziców)	17	23	16	21	14	24	23	16	14	16
Poszukiwanie sensu życia i wartości	17	26	14	22	12	34	24	14	13	14
Brak koncentracji, niska samoocena u dziecka	17	24	14	18	15	36	22	16	13	13
Zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia)	16	24	14	22	10	31	19	17	13	13
Trudności w nawiązywaniu relacji	16	23	13	18	13	26	24	11	13	13
Potrzeba rozwoju osobistego	10	18	7	11	10	26	15	10	10	5
Wsparcie w podejmowaniu ważnych decyzji	9	15	7	10	7	17	16	5	9	6
Rozwój inteligencji emocjonalnej	8	14	5	8	7	19	14	6	6	4

W jakich sytuacjach był(a)byś skłonny/a skorzystać z pomocy psychologa? (w %)										
Kryterium	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Inne (wpisz jakie)	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Nie jestem skłonny/a skorzystać z pomocy psychologa w żadnej sytuacji	26	7	33	19	34	15	21	24	24	33

K – kobieta, M – mężczyzna. Pytanie wielokrotnego wyboru, stąd odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Źródło: opracowanie własne.

### **Psycholog = pomoc przy „poważnych” objawach**

Pomoc psychologa jest najczęściej kojarzona z depresją i nasilonym lękiem. Znacznie rzadziej jako uzasadnienie kontaktu z psychologiem wskazywane są trudności relacyjne, przewlekłe napięcie emocjonalne czy problemy z regulacją emocji, mimo ich istotnego znaczenia klinicznego.

### **Wiele doświadczeń o wysokim znaczeniu prognostycznym dla rozwoju problemów psychicznych nie jest kwalifikowanych jako powód do skorzystania z pomocy psychologa.**

Granica między „normalnymi trudnościami” a sytuacjami uzasadniającymi kontakt z psychologiem pozostaje zawężona i kulturowo uwarunkowana.

W badanej grupie deklarowana gotowość skorzystania z pomocy psychologa koncentruje się przede wszystkim na sytuacjach związanych z wyraźnie rozpoznawalnymi objawami afektywnymi. Depresję, smutek lub przygnębienie jako sytuację skłaniającą do kontaktu z psychologiem wskazuje 42% respondentów, natomiast nasilony lęk, ataki paniki lub niepokój – 36%. Kolejne miejsca zajmują uzależnienia oraz żaloba i strata bliskiej osoby (po 27%) (tab. 19). Taki rozkład odpowiedzi jest zgodny z wynikami badań pokazujących, że depresja i zaburzenia lękowe należą do najlepiej rozpoznawanych społecznie problemów psychicznych i są najsilnie kojarzone z profesjonalną pomocą (Jorm, Christensen, Griffiths, 2006; Angermeyer, Matschinger, Schomerus, 2016).

Rzadziej respondenci wymieniają sytuacje związane z funkcjonowaniem w relacjach interpersonalnych oraz regulacją emocji. Konflikty rodzinne, partnerskie i zawodowe jako okoliczności skorzystania z pomocy psychologa deklaruje 24% badanych, przemoc psychiczną lub fizyczną w związku oraz trudności w kontrolowaniu emocji – po 23%. Poczucie pustki lub bezsensu życia i doświadczenia pourazowe (PTSD) wskazuje po 22% respondentów, zaś rozstania, rozwody lub zdrady oraz kryzys tożsamościowy po 21%, a samotność i izolację społeczną 20% (tab. 19). Z perspektywy klinicznej są to doświadczenia o istotnym znaczeniu prognostycznym, silnie powiązane z ryzykiem rozwoju poważniejszych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nastroju i lękowych (Hammen, 2005; Hawkey, Cacioppo, 2010; Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010), jednak w deklaracjach badanych rzadziej są one kwalifikowane jako sytuacje skłaniające do kontaktu z psychologiem. Może to sugerować zawężone społeczne rozumienie zakresu problemów, w których pomoc psychologa jest postrzegana jako adekwatna forma wsparcia.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że aż 26% respondentów z badanej próby zadeklarowało, iż w żadnej sytuacji nie byłoby skłonni skorzystać z pomocy psychologa (por. tab. 19). W literaturze przedmiotu taki wzorzec interpretowany jest jako skumulowany efekt barier poznawczych i normatywnych, obejmujących m.in. niską skłonność do ujawniania trudności, przekonanie o konieczności radzenia sobie z trudnościami psychicznymi we własnym zakresie oraz obawy przed społeczną oceną i stygmatyzacją (Gulliver, Griffiths, Christensen, 2010; Clement i in., 2015).

Co czwarty dorosły badany nie widzi żadnej sytuacji, w której skorzystałby z pomocy psychologa. Postawa ta częściej występuje u mężczyzn i osób starszych.

#### **Doświadczenie kontaktu z psychologiem w pewnym stopniu eliminuje postawę całkowitego wykluczania korzystania pomocy.**

Odsetek odpowiedzi „w żadnej sytuacji” spada z 26% w całej próbie do 7% wśród osób, które wcześniej korzystały z pomocy psychologa. Różnica ta pokazuje, że pierwszy kontakt wiąże się z trwałą zmianą sposobu kwalifikowania własnych trudności i obniżeniem progu uznania, że wsparcie psychologa może być adekwatne w różnych sytuacjach.

W analizach należy także uwzględnić wzorce demograficzne: w grupie wiekowej 18–24 lata wskazanie „w żadnej sytuacji” dotyczy 15%, natomiast w grupie 55+ już 33%; u mężczyzn 34%, u kobiet 19% (tab. 19). Te wyniki pozostają klinicznie i teoretycznie spójne z doniesieniami naukowymi dotyczącymi barier w korzystaniu z pomocy psychologicznej. W badaniach podkreśla się, że u mężczyzn oraz w starszych kohortach wiekowych częściej ujawniają się bariery o charakterze normatywnym i tożsamościowym, obejmujące m.in. niechęć do ujawniania trudności emocjonalnych, obawy przed negatywną oceną społeczną, preferowanie strategii radzenia sobie opartych na samodzielności oraz większą podatność na internalizację stygmatyzujących interpretacji korzystania z pomocy psychologa.

Odmienny wzorzec odpowiedzi obserwuje się w grupie osób deklarujących wcześniejszy kontakt z psychologiem – inna jest w niej hierarchia okoliczności uzasadniających korzystanie z pomocy, a deklarowana gotowość do skorzystania z pomocy obejmuje szersze spektrum sytuacji. Na depresję, smutek i przygnębienie wskazuje 57% respondentów, a lęki, ataki paniki i niepokój 50%. Poszukiwanie wsparcia psychologa ze względu na żałobę i stratę bliskiej osoby deklaruje 41% badanych, a uzależnienia 34%. Wyższe odsetki wskazań obserwuje się również w obszarze trudności relacyjnych i emocjonalnych: konflikty rodzinne, partnerskie i zawodowe podaje 37% respondentów, poczucie pustki lub bezsensu życia oraz rozstania po 34%, przemoc w związku, trudności w kontroli emocji oraz samotność po 32%, PTSD 31%, a kryzys tożsamościowy 29%. Jednocześnie jedynie 7% osób z tej grupy deklaruje, iż w żadnej sytuacji nie byłoby skłonni skorzystać z pomocy psychologa (por. tab. 19).

Porównanie obu grup pokazuje, że wcześniejszy kontakt z psychologiem wiąże się z istotnym poszerzeniem zakresu sytuacji kwalifikowanych jako potencjalny powód do poszukiwania profesjonalnego wsparcia. Różnice te dotyczą zarówno problemów objawowych, jak i trudności relacyjnych oraz regulacyjnych. Wynik ten jest spójny z ustaleniami badań, które dowiodły, że doświadczenie korzystania z pomocy psychologicznej sprzyja redukcji barier poznawczych i normatywnych oraz bardziej realistycznemu rozumieniu zakresu pracy psychologa (Rickwood i in., 2005; Vogel, Wade, Hackler, 2007).

## Podsumowanie

Analiza wyników pozwala wysnuć wnioski, że w warunkach polskich gotowość do skorzystania z pomocy psychologa pozostaje zróżnicowana w zależności od rodzaju doświadczanych trudności.

W całej próbie najwyższe odsetki wskazań dotyczą problemów o jednoznacznie rozpoznawalnym charakterze objawowym, takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy uzależnienia, a także zdarzeń kryzysowych, w szczególności żałoby i straty. Taki wzorzec jest spójny z dominującym w Polsce, potocznym i medialnym obrazem pomocy psychologa, w którym wciąż w dużej mierze ogranicza się ją do reagowania na „poważne” lub ostre problemy psychiczne.

Rzadziej jako powód kontaktu z psychologiem kwalifikowane są trudności relacyjne, przewlekłe napięcie emocjonalne, problemy z regulacją emocji czy doświadczenia egzystencjalne, mimo że z perspektywy klinicznej mają one istotne znaczenie prognostyczne i często poprzedzają rozwój pełnoobjawowych zaburzeń psychicznych. W polskich realiach może to być dodatkowo wzmacniane przez ograniczoną dostępność usług świadczonych przez psychologów o charakterze wczesnym i profilaktycznym oraz przez dominację modelu interwencji uruchamianej dopiero na etapie znacznego pogorszenia funkcjonowania.

Ważnym wynikiem jest odsetek respondentów deklarujących, że w żadnej sytuacji nie byłiby skłonni skorzystać z pomocy psychologa. Zjawisko to częściej dotyczy mężczyzn oraz osób starszych, co w warunkach polskich pozostaje spójne z utrwalonymi normami kulturowymi promującymi samodzielność, powściągliwość emocjonalną oraz przekonanie o konieczności „radzenia sobie samemu”. W tych grupach silnie obecne są również obawy przed stygmatyzacją, które w Polsce nadal mogą stanowić istotną barierę korzystania z pomocy psychologa, zwłaszcza poza dużymi ośrodkami miejskimi.

W grupie osób z wcześniejszym doświadczeniem kontaktu z psychologiem respondenci częściej kwalifikują trudności – obejmujące nie tylko objawy, lecz także problemy relacyjne, emocjonalne i przewlekłe – jako uzasadniające skorzystanie z usług psychologa, a postawa całkowitego wykluczania takiej pomocy występuje w tej grupie marginalnie. Wynik ten potwierdza istotną rolę pierwszego kontaktu z psychologiem jako czynnika destygmatyzującego i edukacyjnego, poszerzającego rozumienie roli psychologa poza wąsko rozumianą interwencję kliniczną.

## Uwarunkowania decyzji o korzystaniu z pomocy psychologa. Analiza odpowiedzi otwartych dotyczących motywacji i barier

### O co zapytano?

Analizowane zagadnienie dotyczyło identyfikacji subiektywnie postrzeganych czynników, które – z perspektywy respondentów – mogą sprzyjać lub utrudniać podjęcie decyzji o skorzystaniu z pomocy psychologa. Zmienna ta opisuje poznawcze, emocjonalne oraz społeczne uwarunkowania decyzji o poszukiwaniu profesjonalnego wsparcia. Zmienna odnosi się do sposobu, w jaki osoby badane rozpoznają i interpretują własne potrzeby, obawy oraz oczekiwania dotyczące pomocy psychologa. W tym znaczeniu odzwierciedla ona subiektywną logikę motywów sprzyjających sięganiu po wsparcie lub hamujących te działania.

Respondentów poproszono o wskazanie, co najbardziej zachęca do skorzystania z pomocy psychologa, a co najbardziej powstrzymuje od korzystania z takiej pomocy. Były to pytania otwarte, a badani mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi, które następnie zostały zaklasyfikowane do kategorii tematycznych.

### Co mówią badania?

Analizę przeprowadzono dla całej próby (N = 1146) oraz osobno dla osób deklarujących i niedeklarujących wcześniejszy kontakt z psychologiem (N = 308 i N = 838), z dodatkowym zestawieniem według płci i wieku. Pozwala to uchwycić zróżnicowanie motywów i barier w zależności od doświadczenia korzystania z pomocy oraz cech socjodemograficznych.

Tabela 20. Co zachęca badanych do korzystania z pomocy psychologa

Co najbardziej Cię zachęca do skorzystania z pomocy psychologa? (w %)										
Odpowiedź	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Liczebność	1146	308	838	600	546	97	185	236	176	452

Tabela 20 (cd.)

Co najbardziej Cię zachęca do skorzystania z pomocy psychologa? (w %)										
Odpowiedź	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18-24	25-34	35-44	45-54	55+
Chęć/potrzeba pomocy	16	24	12	18	13	16	19	19	15	12
Problemy	8	10	7	9	6	11	4	8	6	9
Podzielenie się problemem/wygadanie się	7	13	5	10	4	10	10	6	6	5
Kompetencje/doświadczenie	6	7	5	7	4	5	3	6	5	7
Perspektywa lepszego życia/ poprawy/zmiany/ rozwiązania problemów	4	7	3	6	3	4	8	4	5	3
Nieporadzenie sobie samemu	4	5	3	4	3	4	3	3	4	4
Skuteczność/wiara w skuteczność	3	4	3	4	3	3	5	6	2	2
Stan emocjonalny/ psychiczny/cierpienie	3	5	3	4	2	5	4	3	3	3
Zrozumienie/akceptacja	3	4	3	4	2	0	4	3	5	3
Neutralne/bezstronne/zewnętrzne/nieoceniające spojrzenie na sytuację	2	4	2	4	1	2	5	4	2	0
Rozwój/zrozumienie siebie	2	4	2	3	2	6	4	3	1	1
Samotność/problemy z relacjami	2	3	2	3	2	2	1	2	2	3
Kryzys/desperacja	2	3	2	3	2	1	1	0	2	4
Depresja	2	1	3	2	2	2	2	2	4	2
Cena	2	2	2	1	3	3	3	2	1	2
Opinie	2	1	2	2	1	0	3	3	0	2

Co najbardziej Cię zachęca do skorzystania z pomocy psychologa? (w %)										
Odpowiedź	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Lęk	1	3	1	2	1	3	1	1	2	1
Stres i trauma	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1
Samocena	1	1	1	1	0	4	0	1	1	1
Stan zdrowia	1	1	1	1	1	2	0	1	0	1
Nic/brak/nie mam potrzeby	28	10	35	21	37	19	24	20	32	35
Inne	11	17	9	12	10	13	15	9	10	10
Nie wiem	15	11	16	12	17	18	11	20	16	13

K – kobieta, M – mężczyzna. Pytanie umożliwiało podanie wielu odpowiedzi, stąd nie sumują się one do 100%.

Źródło: opracowanie własne.

### Brak zdefiniowanego powodu do skorzystania z pomocy psychologa

#### Najczęściej respondenci nie potrafią wskazać żadnego czynnika, który skłoniłby ich do skorzystania z pomocy psychologa.

Odpowiedzi „nic”, „nie mam potrzeby” oraz „brak” stanowią 28% wszystkich wskazań. Wynik ten nie oznacza braku trudności, lecz brak rozpoznania własnych doświadczeń jako sytuacji, w których pomoc psychologa byłaby uznawana za adekwatną.

Z analizy odpowiedzi w badanej grupie wynika, że najczęściej respondenci deklarują brak jakichkolwiek czynników, które mogłyby skłonić ich do skorzystania z pomocy psychologa. Odpowiedzi w rodzaju „nic”, „nie mam potrzeby” czy „brak” udzieliło łącznie około 28% respondentów (tab. 20). Wynik ten należy interpretować jako ograniczoną gotowość do identyfikowania własnych doświadczeń w kategoriach problemów, w których pomoc psychologa byłaby postrzegana jako adekwatna forma wsparcia. Współczesne badania empiryczne pokazują, że niska zgłaszalność do profesjonalnej pomocy psychologa często jest rezultatem niejednoznacznego rozumienia, jakie trudności uzasadniają kontakt z psychologiem,

a nie braku samego obciążenia psychicznego (Osman, Schultze-Lutter, Dietrich, 2023; WHO, 2022).

Drugą pod względem częstości kategorią są ogólne deklaracje „chęci” lub „potrzeby pomocy” (16%) (tab. 20). Wypowiedzi te mają charakter niespecyficzny i rzadko odnoszą się do konkretnych objawów, problemów funkcjonalnych lub sytuacji życiowych. Taki sposób formułowania odpowiedzi sugeruje, że respondenci dostrzegają subiektywny dyskomfort, jednak nie potrafią jednoznacznie powiązać go z możliwością skorzystania z profesjonalnej pomocy psychologa. Zgodnie z aktualnymi badaniami nad *mental health literacy*, brak tej umiejętności stanowi jeden z kluczowych czynników ograniczających korzystanie z usług psychologa, nawet przy deklarowanej otwartości wobec samej idei pomocy (Awan, Qureshi, Arshad, 2023; Yang, Ma, He, 2024).

Na trzecim miejscu znajdują się odpowiedzi „nie wiem” (15%), które sygnalizują trudność w określeniu okoliczności, w których pomoc psychologa byłaby rozważana. Odpowiedzi te sugerują niepewność co do roli psychologa oraz zakresu problemów, z którymi można się do niego zgłaszać. Badania populacyjne pokazują, że brak jasnych kryteriów odnoszących się do zasadności kontaktu z psychologiem istotnie ogranicza zgłaszalność do pomocy, szczególnie w sytuacjach przewlekłego, lecz umiarkowanego obciążenia psychicznego (Yang, Ma, He, 2024; WHO, 2022).

Pozostałe odpowiedzi, odnoszące się do konkretnych trudności emocjonalnych, kryzysów życiowych, problemów relacyjnych czy wcześniejszych pozytywnych doświadczeń z pomocą psychologiczną, występują w całej próbie rzadziej i nie tworzą dominującego wzorca (tab. 20). Oznacza to, że w populacji ogólnej pomoc psychologa jest nadal postrzegana przede wszystkim jako forma wsparcia stosowana w sytuacjach wyraźnie nasilonych zaburzeń lub kryzysowych, a rzadziej jako zasób dostępny na wcześniejszych etapach pogorszenia funkcjonowania. Ilustrują to także dane w poprzedniej sekcji rozdziału. Taki sposób myślenia jest spójny z wynikami badań wskazujących, że brak orientacji w zakresie możliwości uzyskania pomocy psychologa sprzyja opóźnieniu decyzji o jej podjęciu (Osman, Schultze-Lutter, Dietrich, 2023; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

Odmienny obraz ujawnia się w grupie osób deklarujących wcześniejszy kontakt z psychologiem. W tej podgrupie odpowiedzi odnoszą się do konkretnych doświadczeń emocjonalnych, relacyjnych lub sytuacyjnych oraz do subiektywnie odczuwanego pogorszenia funkcjonowania jako okoliczności sprzyjających ponownemu skorzystaniu z pomocy. Wypowiedzi negujące zasadność kontaktu z psychologiem pojawiają się u mniejszego odsetka badanych, zaś u większego – wskazania na rozpoznawalne

sygnały potrzeby wsparcia. Wynik ten jest zgodny z ustaleniami badań, w których stwierdza się, że wcześniejsze doświadczenie korzystania z pomocy psychologicznej sprzyja lepszemu rozumieniu jej zakresu oraz zwiększa gotowość do ponownego sięgania po profesjonalne wsparcie w sytuacjach pogorszenia funkcjonowania (Awan, Qureshi, Arshad, 2023; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

W aktualnych rekomendacjach WHO oraz współczesnych podejściach z zakresu public mental health podkreśla się, że zwiększanie dostępności usług psychologicznych powinno być uzupełniane działaniami wzmacniającymi wiedzę na temat roli psychologa, zakresu jego oddziaływań oraz sytuacji, w których kontakt z nim może stanowić adekwatną i skuteczną formę wsparcia (WHO, 2022; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

Tabela 21. Co zniechęca badanych do korzystania z pomocy psychologa

<b>A co najbardziej Cię zniechęca (powstrzymuje) do skorzystania z pomocy psychologa? (w %)</b>										
<b>Odpowiedź</b>	<b>Razem</b>	<b>Byli u psychologa</b>	<b>Nie byli u psychologa</b>	<b>K</b>	<b>M</b>	<b>18–24</b>	<b>25–34</b>	<b>35–44</b>	<b>45–54</b>	<b>55+</b>
Liczebność	1146	308	838	600	546	97	185	236	176	452
Ceny	22	28	20	25	18	24	29	23	23	18
Brak takiej potrzeby	8	3	10	7	8	6	6	3	8	11
Opór przed otwarciem się	6	4	6	7	5	3	5	7	8	6
Długie kolejki	5	8	3	5	4	7	3	4	3	6
Wstyd	4	5	4	5	4	4	6	5	3	4
Obawa przed ocenianym/nieempatycznym/lekceważącym podejściem do pacjenta	4	8	2	5	2	8	3	4	5	2
Brak wiary w skuteczność	3	3	4	3	4	2	1	4	3	4
Brak dostępności psychologów	3	4	3	4	3	5	2	2	2	4
Niewystarczające kompetencje psychologa	3	2	3	3	3	5	3	2	1	4

Tabela 21 (cd.)

A co najbardziej Cię zniechęca (powstrzymuje) do skorzystania z pomocy psychologa? (w %)										
Odpowiedź	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Strach/lęk	3	4	2	4	1	5	2	4	2	2
Brak zaufania	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3
Obawa przed opinią środowiska	2	4	1	3	1	2	0	3	3	1
Samodzielne radzenie sobie	2	1	2	2	1	3	1	0	3	2
Obawa przed trafieniem na nieodpowiedniego psychologa	2	4	1	3	0	7	4	1	0	1
Wszystko	1	0	2	1	2	2	2	1	1	1
Brak czasu	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
Nic/nie ma czegoś takiego	17	17	18	17	18	13	17	19	18	18
Inne	13	14	12	13	13	22	11	12	10	13
Nie wiem	18	13	20	14	23	21	19	21	17	16

K – kobieta, M – mężczyzna. Pytanie umożliwiło podanie wielu odpowiedzi, stąd nie sumują się one do 100%.

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy odpowiedzi w całej próbie można stwierdzić, że wśród zgłaszanych przeszkód w korzystaniu z pomocy psychologa najczęściej wymieniane są ograniczenia związane z kosztami usług. Odniesienia do kosztów wizyt, ich wysokiej ceny lub braku środków na skorzystanie z pomocy stanowią 22% wypowiedzi (tab. 21). Wynik ten potwierdza, że nawet przy deklarowanej otwartości na pomoc psychologa dostępność ekonomiczna pozostaje jednym z kluczowych czynników ograniczających realne korzystanie z usług. Współczesne analizy z zakresu zdrowia publicznego potwierdzają, że bariery finansowe należą do najczęściej raportowanych przeszkód w dostępie do pomocy psychologicznej, szczególnie w systemach, w których znaczna część świadczeń realizowana jest komercyjnie (WHO, 2022; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

Drugą istotną kategorię stanowią odpowiedzi „nie wiem” (18%) oraz wypowiedzi wskazujące, że „nic nie zniechęca” lub że problem nie dotyczy respondenta (17%) (tab. 21). Tego typu odpowiedzi sugerują nie tyle brak barier, ile trudność w ich identyfikacji i werbalizacji. Z perspektywy badań nad korzystaniem z pomocy psychologicznej takie odpowiedzi interpretowane są jako przejaw ograniczonej refleksji nad procesem decyzyjnym oraz braku jasno ukształtowanych kryteriów, kiedy i dlaczego kontakt z psychologiem mógłby zostać podjęty (Osman, Schultze-Lutter, Dietrich, 2023; Yang, Ma, He, 2024).

Kolejną grupę barier stanowią czynniki o charakterze poznawczym i emocjonalnym. Respondenci zgłaszają brak potrzeby skorzystania z pomocy (8%), opór przed otwieraniem się i mówieniem o własnych trudnościach (6%) oraz wstyd związany z korzystaniem z pomocy psychologa (4%) (tab. 21). Wypowiedzi te odnoszą się do wewnętrznych barier utrudniających skorzystanie ze wsparcia, w tym do niechęci wobec ujawniania problemów emocjonalnych i obaw przed oceną. Badania empiryczne jednoznacznie wskazują, że tego typu bariery istotnie ograniczają korzystanie z pomocy psychologicznej, nawet w sytuacji wyraźnego obciążenia psychicznego (Awan, Qureshi, Arshad, 2023; Yang, Ma, He, 2024).

### **Koszt jako podstawowa bariera strukturalna**

Koszt wizyty jest najczęściej wskazywaną barierą w korzystaniu z pomocy psychologa. Odpowiedzi odnoszące się do ceny podało 22% badanych.

### **Bariery „niewidzialne” – czy brak świadomości i refleksji?**

**Znaczna część badanych nie potrafi wskazać, co ich zniechęca.** Odpowiedzi „nie wiem” (18%) i „nic” (17%) sugerują trudność w rozpoznawaniu i nazywaniu własnych barier.

### **Bariery emocjonalne i relacyjne**

**Wstyd, opór przed otwieraniem się i obawa przed oceną ograniczają gotowość do kontaktu z psychologiem.** Czynniki te, choć rzadziej wskazywane niż koszty, mają istotne znaczenie dla decyzji o zgłoszeniu się po pomoc.

W dalszej kolejności respondenci wymieniają bariery organizacyjne, takie jak długi czas oczekiwania na wizytę lub trudności w dostępie do

specjalisty (5%). Choć odsetek tych odpowiedzi jest niższy niż w przypadku barier finansowych, mają one istotne znaczenie praktyczne, ponieważ mogą skutecznie zniechęcać do podjęcia kontaktu z psychologiem lub prowadzić do jego odraczenia. Literatura wskazuje, że bariery organizacyjne często współwystępują z barierami poznawczymi, wzmacniając ich negatywny wpływ na zgłaszalność do pomocy (Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

Relatywnie rzadziej pojawiają się odpowiedzi odnoszące się do obaw wobec samego procesu pomocy: opór przed otwieraniem się (6%), długi czas oczekiwania na wizytę (5%), wstyd związany z korzystaniem z pomocy (4%), obawy przed oceniającym lub nieempatycznym podejściem specjalisty (4%) oraz brak wiary w skuteczność pomocy psychologicznej (4%) (tab. 21). Wyniki pokazują, że czynniki ekonomiczne i organizacyjne, takie jak koszty i dostępność terminów, są częściej artykułowane wprost niż stygmatyzacja. Jednocześnie stygmatyzacja ujawnia się pośrednio poprzez język wstydu, obawy przed oceną oraz kwestionowanie własnej potrzeby skorzystania z pomocy.

Choć kategorie te nie dominują ilościowo, mają duże znaczenie interpretacyjne, ponieważ bezpośrednio dotyczą zaufania wobec zawodu psychologa oraz społecznych wyobrażeń na temat relacji pomocowej. Badania wskazują, że negatywne przekonania dotyczące skuteczności lub jakości pomocy udzielanej przez psychologa mogą skutecznie blokować decyzję o jej podjęciu, nawet przy formalnej dostępności usług (Osman, Schultze-Lutter, Dietrich, 2023; WHO, 2022). Taki wzorzec pozostaje spójny z wynikami międzynarodowych analiz dotyczących barier zgłaszania się po pomoc psychologiczną, w których czynniki finansowe i brak dostępności identyfikowane są jako bariery podstawowe, natomiast bariery relacyjne i emocjonalne, takie jak wstyd czy lęk przed oceną, ujawniają się szczególnie w sytuacji, gdy dostęp do usług staje się realną możliwością, a decyzja o skorzystaniu z pomocy nabiera konkretnego wymiaru (OECD, 2022).

### **Zmiana charakteru barier po doświadczeniu pomocy psychologa**

**Po doświadczeniu pomocy psychologa dominują bariery strukturalne, a słabną bariery poznawcze.** Osoby, które korzystały z pomocy psychologa, częściej wskazują na koszty i dostępność, a rzadziej negują potrzebę kontaktu.

Porównanie odpowiedzi osób deklarujących wcześniejszy kontakt z psychologiem i osób, które nie korzystały z pomocy psychologa potwierdza odmienny wzorzec barier. W grupie tej rzadziej pojawiają się stwierdzenia negujące potrzebę skorzystania z pomocy lub wskazujące na brak czynników zniechęcających (17%), a częściej wypowiedzi odnoszące się do konkretnych ograniczeń organizacyjnych lub finansowych (28%) (por. tab. 21). Sugeruje to, że doświadczenie korzystania z pomocy psychologa sprzyja rozumieniu rzeczywistych barier dostępu, a jednocześnie redukuje znaczenie barier poznawczych i emocjonalnych związanych z samą decyzją o zgłoszeniu się po wsparcie (Awan, Qureshi, Arshad, 2023; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

Z perspektywy zdrowia publicznego na podstawie uzyskanych wyników można wysnuć wniosek, że ograniczenia w korzystaniu z pomocy psychologa mają charakter wielowymiarowy i obejmują zarówno bariery strukturalne (finansowe i organizacyjne), jak i bariery poznawcze oraz emocjonalne. Skuteczne zwiększanie dostępności pomocy psychologa wymaga zatem nie tylko rozwiązań systemowych, lecz także działań ukierunkowanych na poprawę rozumienia roli psychologa, redukcję obaw związanych z korzystaniem z jego pomocy oraz wzmacnianie zaufania do wsparcia realizowanego przez psychologa (WHO, 2022; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

## **Uwarunkowania decyzji o korzystaniu z pomocy psychologa. Analiza odpowiedzi dotyczących stygmatyzacji**

### **O co zapytano?**

W tej części badania skoncentrowano się na społecznych przekonaniach dotyczących korzystania z pomocy psychologa. Respondenci zostali poproszeni o ocenę, czy – w ich przekonaniu – fakt „chodzenia do psychologa” może być postrzegany jako stygmatyzujący i negatywnie odbierany przez innych ludzi. Pytanie to miało na celu uchwycenie, w jakim stopniu w badanej populacji obecne są przekonania o istnieniu społecznych barier związanych z korzystaniem z usług psychologa niezależnie od tego, czy respondenci sami mieli z nim wcześniejszy kontakt.

Odpowiedzi były udzielane na pięciostopniowej skali, co pozwalało na zróżnicowanie ocen od jednoznacznego braku takiego postrzegania po wyraźne przekonanie o jego obecności. Dodatkowo możliwy był wybór

odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Uzyskane dane analizowano w całej próbie, a także w wyodrębnionych podgrupach – osób, które korzystały z usług psychologa oraz tych, które z nich nie korzystały. Wyniki zestawiano również w podziale na płeć i grupy wieku, co umożliwiło opis zróżnicowania odpowiedzi w podstawowych kategoriach społeczno-demograficznych.

## Co mówią badania?

Tabela 22. Postrzeżenie stygmatyzacji związanej z korzystaniem z pomocy psychologa

Czy według Ciebie fakt korzystania z pomocy psychologa („chodzenie do psychologa”) może być stygmatyzujące (piętnujące) i negatywnie odbierane przez innych ludzi? (w %)										
Odpowiedź	Razem	Byli u psychologa	Nie byli u psychologa	K	M	18–24	25–34	35–44	45–54	55+
Liczebność	1146	308	838	600	546	97	185	236	176	452
Zdecydowanie nie	12	16	11	14	9	5	11	10	7	17
Raczej nie	24	19	25	24	23	20	22	19	25	27
Raczej tak	30	33	29	29	32	36	29	32	31	28
Zdecydowanie tak	10	16	8	9	11	17	11	10	14	6
Trudno powiedzieć	24	16	27	24	25	22	26	28	24	22

K – kobieta, M – mężczyzna.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi w całej próbie pokazuje, że postrzeżenie stygmatyzującego charakteru korzystania z pomocy psychologa jest w badanej populacji zróżnicowane – 40% respondentów uznaje, że korzystanie z pomocy psychologa może wiązać się z negatywną oceną społeczną (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”), natomiast nieco ponad jedna trzecia badanych nie podziela takiego przekonania (36%). Należy odnotować również odsetek odpowiedzi niezdecydowanych (24%), co sugeruje brak jednoznacznie ukształtowanych norm społecznych dotyczących społecznego odbioru korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej (tab. 22). Taki rozkład odpowiedzi jest zgodny z wynikami badań populacyjnych, w których stygmatyzacja pomocy psychologicznej opisywana jest jako zjawisko ambiwalentne i silnie zależne od kontekstu społecznego oraz kulturowego (WHO, 2022; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

### **Brak jednoznacznej normy społecznej dotyczącej korzystania z pomocy psychologa**

Rozkład odpowiedzi wskazuje, że w badanej populacji **nie funkcjonuje spójna norma społeczna** dotycząca korzystania z pomocy psychologa. Opinie respondentów są rozproszone pomiędzy akceptacją, przekonaniem o stygmatyzacji oraz brakiem jednoznacznego stanowiska. Oznacza to, że decyzja o korzystaniu z pomocy nie jest regulowana jednoznacznym „społecznym przyzwoleniem” ani „społecznym zakazem”.

Po przeprowadzeniu analizy, z uwzględnieniem opinii osób deklarujących wcześniejszy kontakt z psychologiem w zestawieniu z takimi, które go nie deklarowały, widoczna jest odmienna struktura odpowiedzi. U osób korzystających z pomocy opinie niesprecyzowane występują u 16% (u niekorzystających to 27%), a jednoznaczne stanowisko potwierdzające stygmatyzujący charakter korzystania z pomocy psychologa deklarowane jest przez 49% respondentów (u niekorzystających to 37%) (tab. 22). Może to przesądzać o tym, iż doświadczenie kontaktu z psychologiem sprzyja bardziej ukształtowanym i refleksyjnym postawom wobec społecznych znaczeń przypisywanych pomocy psychologa. Wynik ten pozostaje spójny z ustaleniami badań pokazujących, że osobiste doświadczenie korzystania z profesjonalnego wsparcia zwiększa zdolność rozpoznawania norm i stereotypów związanych ze zdrowiem psychicznym, nawet jeśli nie prowadzi do ich całkowitego wyeliminowania (Osman, Schultze-Lutter, Dietrich, 2023; Yang, Ma, He, 2024).

Osoby, które korzystały z pomocy psychologa rzadziej deklarują niezdecydowanie i częściej zajmują jednoznaczne stanowisko wobec społecznego odbioru takiego kontaktu. Pozwala to wnioskować, że doświadczenie korzystania z pomocy sprzyja **krystalizacji postaw**, niezależnie od ich kierunku (akceptacja vs. dostrzeganie stygmatyzacji).

Jednocześnie dane empiryczne dowodzą, że osoby, które korzystają z pomocy psychologa częściej niż pozostali respondenci dostrzegają możliwość występowania stygmatyzacji związanej z takim kontaktem.

Zjawisko to nie powinno być interpretowane jako większy opór wobec pomocy psychologa, lecz raczej jako wyższy poziom świadomości społecznych reakcji, ocen i stereotypów towarzyszących korzystaniu z takiej pomocy. W literaturze podkreśla się, że doświadczenie kontaktu z systemem opieki psychologicznej może sprzyjać rozpoznawaniu stygmatyzacji normatywnej i strukturalnej, przy jednoczesnym ograniczeniu znaczenia stygmatyzacji wewnętrznej (Awan, Qureshi, Arshad, 2023; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

W grupie osób, które nigdy nie korzystały z pomocy psychologa niższy jest odsetek wskazań jednoznacznie identyfikujących stygmatyzujący charakter pomocy, a wyższy udział odpowiedzi niezdecydowanych. Wynik ten sugeruje, że brak osobistego doświadczenia kontaktu z psychologiem częściej wiąże się z nieokreślonymi lub słabo uświadomionymi postawami wobec stygmatyzacji, a nie z jej jednoznacznym odrzuceniem. Zgodnie z badaniami nad *mental health literacy* brak doświadczenia kontaktu z profesjonalną pomocą sprzyja ograniczonej zdolności do precyzyjnego nazywania i interpretowania społecznych barier korzystania z pomocy psychologicznej (Osman, Schultze-Lutter, Dietrich, 2023; Yang, Ma, He, 2024).

Łącznie uzyskane wyniki skłaniają do wniosku, że stygmatyzacja korzystania z pomocy psychologa funkcjonuje przede wszystkim jako zjawisko o charakterze społecznym i normatywnym, a nie wyłącznie jako indywidualna bariera decyzyjna. Doświadczenie korzystania z pomocy psychologa nie eliminuje postrzegania stygmatyzacji, lecz modyfikuje jej formę – z niejasnej i słabo artykułowanej w bardziej rozpoznanej i świadomie opisywanej. Z perspektywy zdrowia publicznego oznacza to, że działania ukierunkowane na ograniczanie stygmatyzacji powinny obejmować nie tylko zachęcanie do pierwszego kontaktu z psychologiem, lecz także systematyczne kształtowanie społecznych narracji i norm, w których korzystanie z pomocy psychologa jest traktowane jako uprawniona i adekwatna forma dbania o zdrowie psychiczne (WHO, 2022; Herrman, Saxena, Moodie, 2023).

Uzyskane wyniki pokazują, że stygmatyzacja korzystania z pomocy psychologa funkcjonuje przede wszystkim jako **przekonanie o możliwej reakcji innych ludzi**, a nie jako wewnętrzny wstyd czy osobista niechęć do otrzymania takiej pomocy. Oznacza to, że stygmatyzacja działa głównie na poziomie oczekiwań społecznych, a nie indywidualnej motywacji.

## Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że w polskich warunkach decyzja o skorzystaniu z pomocy psychologa rzadko opiera się na jasno rozpoznanych i nazwanych przesłankach. W deklaracjach respondentów dominują opinie o braku jednoznacznych czynników sprzyjających kontaktowi z psychologiem lub odwołujące się do ogólnej, niesprecyzowanej potrzeby wsparcia. Oznacza to, że w Polsce pomoc psychologa nie jest powszechnie postrzegana jako oczywista i dostępna forma reagowania na trudności emocjonalne czy relacyjne, lecz raczej jako rozwiązanie rozważane dopiero w sytuacjach wyraźnego nasilenia problemów lub kryzysu.

Jednocześnie wyniki pokazują, że w polskim kontekście istotną rolę w ograniczaniu korzystania z pomocy psychologa odgrywają bariery o charakterze ekonomicznym i organizacyjnym, w szczególności związane z kosztami usług oraz dostępnością terminów. Bariery te mają szczególne znaczenie w systemie, w którym znaczna część świadczeń psychologa realizowana jest poza publicznym systemem ochrony zdrowia lub przy ograniczonej dostępności w ramach finansowania ze środków publicznych. Ograniczenia te współwystępują z barierami poznawczymi i emocjonalnymi, takimi jak trudność w ujawnianiu własnych problemów, obawy przed oceną oraz poczucie wstydu, co prowadzi do odkładania decyzji o podjęciu kontaktu z psychologiem.

Stygmatyzacja korzystania z pomocy psychologa w polskich realiach rzadko jest artykułowana wprost, jednak ujawnia się pośrednio w sposobie definiowania własnych trudności oraz w kwestionowaniu ich zasadności jako powodu do sięgnięcia po profesjonalne wsparcie. Analiza postaw wobec społecznego odbioru korzystania z pomocy psychologa wskazuje na brak jednoznacznie ukształtowanych norm w tym obszarze. Część badanych dostrzega możliwość pojawienia się negatywnej oceny społecznej związanej z kontaktem z psychologiem, przy jednoczesnym wysokim odsetku odpowiedzi wyrażających niepewność lub ambiwalencję, co może odzwierciedlać przejściowy charakter zmian w społecznych postawach wobec zdrowia psychicznego w Polsce.

Doświadczenie wcześniejszego kontaktu z psychologiem nie eliminuje postrzegania stygmatyzacji, lecz sprzyja jej bardziej świadomemu rozpoznawaniu, co pozwala sądzić o jej normatywnym i społecznym charakterze. W polskich warunkach oznacza to, że stygmatyzacja funkcjonuje przede wszystkim jako element szerszych narracji kulturowych

dotyczących samodzielności, odporności psychicznej i prywatności problemów emocjonalnych, a nie wyłącznie jako indywidualna bariera decyzyjna.

## Rekomendacje

1. Zasadne jest wzmocnienie działań informacyjnych i edukacyjnych, które jasno komunikują cele, zakres i ograniczenia pomocy udzielanej przez psychologa oraz normalizują korzystanie z niej jako jednej z uprawionych form dbania o zdrowie psychiczne.

2. Istotne jest uwzględnianie barier emocjonalnych i normatywnych w projektowaniu rozwiązań organizacyjnych, tak aby pierwszy kontakt z psychologiem był możliwie czytelny, bezpieczny i pozbawiony niepotrzebnych obciążeń interpretacyjnych.

## ROZDZIAŁ 7

# Psycholog w świecie cyfrowym – nowa przestrzeń pomocy

## Wprowadzenie

Rozwój nowoczesnych technologii cyfrowych otwiera nowe możliwości w dostępie do pomocy psychologicznej. Dla wielu osób, zwłaszcza mieszkających poza dużymi miastami lub z ograniczoną mobilnością, zdalne formy wsparcia psychologicznego stanowią szansę na kontakt ze specjalistą. E-terapia jest często bardziej elastyczna, tańsza i dostępna czasowo, co może sprzyjać wyrównywaniu szans w dostępie do opieki psychicznej. Jednocześnie jednak terapia online pozostaje zjawiskiem stosunkowo nowym, a jej rozwój budzi pytania o jakość relacji terapeutycznej i skuteczność metod pracy, szczególnie w kontekście profesji, w której bezpośredni kontakt interpersonalny jest jednym z kluczowych elementów skuteczności oddziaływań. **Warto również zwrócić uwagę na kwestie bezpieczeństwa: praca zdalna sprawia, że ochrona poufności staje się jeszcze ważniejsza (jak warunki rozmowy po stronie klienta czy ryzyko nieuprawnionego dostępu), a także na bezpieczeństwo danych oraz na konieczność posiadania jasnych procedur na wypadek pogorszenia stanu psychicznego lub wystąpienia sytuacji kryzysowej. Choć nie były to główne zagadnienia analizowane w niniejszym raporcie, stanowią one istotne tło dla oceny jakości i odpowiedzialnego wdrażania e-terapii.**

### **E-terapia – szansa na wyrównywanie szans**

Zdalne formy wsparcia psychologicznego mogą zwiększać dostęp do pomocy, zwłaszcza dla osób mieszkających poza dużymi miastami lub z ograniczoną mobilnością. E-terapia bywa bardziej elastyczna, tańsza i łatwiej dostępna czasowo, co sprzyja wyrównywaniu szans w dostępie do opieki psychicznej.

### **Bezpieczeństwo w terapii online – na co zwrócić uwagę?**

Poufność rozmowy: czy klient ma możliwość rozmowy w prywatnym miejscu, bez obecności osób trzecich?

Ochrona danych: korzystanie z bezpiecznych platform i pewność, że dane są szyfrowane.

Tożsamość i zgody: weryfikacja tożsamości oraz zgoda, szczególnie w przypadku osób niepełnoletnich.

Procedury kryzysowe: lokalizacja klienta oraz kontakty alarmowe, które można wykorzystać w sytuacji zagrożenia.

Granice i dostępność: precyzyjne zasady kontaktu między sesjami, aby unikać nieporozumień.

Ryzyko „fałszywej prywatności”: terapia przeprowadzana w samochodzie, w pracy lub w domu pełnym domowników może negatywnie wpływać na otwartość i poczucie bezpieczeństwa klienta.

## **O co zapytano?**

W badaniu poproszono o odniesienie się do trzech kwestii dotyczących zdalnych form pomocy psychologicznej. Po pierwsze, zapytano, czy respondenci słyszeli o możliwości uzyskania porad psychologicznych przez Internet. Następnie oceniali oni, jak postrzegają skuteczność zdalnych konsultacji w porównaniu ze spotkaniami bezpośrednimi. W trzecim pytaniu uczestnicy wskazywali, którą formę kontaktu z psychologiem preferowaliby – online czy bezpośrednią – przy założeniu, że cena obu opcji jest taka sama.

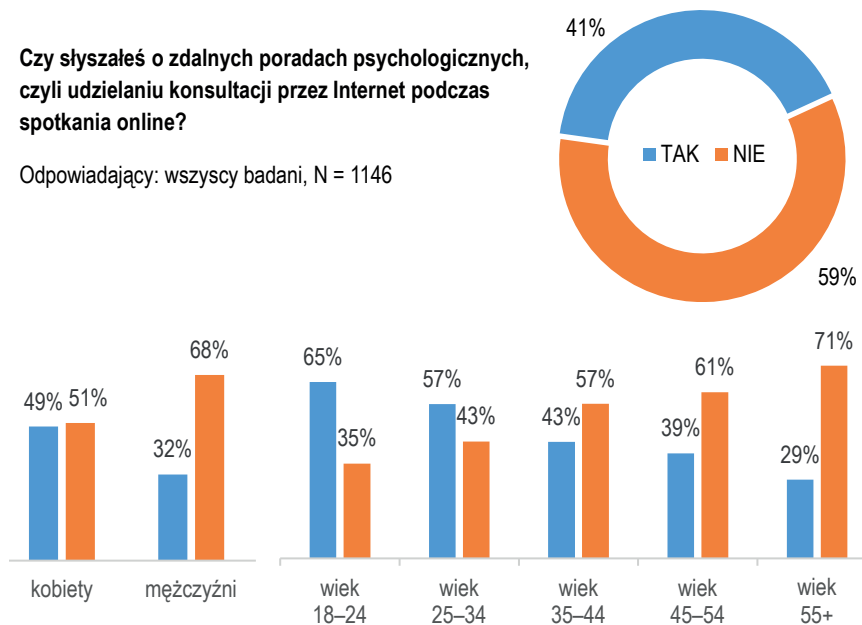
## **Co mówią badania?**

41% respondentów zadeklarowało, że słyszało o zdalnych poradach psychologicznych, czyli konsultacjach prowadzonych przez Internet, natomiast 59% odpowiedziało przecząco (ryc. 6). W przekrojach demograficznych widoczne jest zróżnicowanie odsetka odpowiedzi. Kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały znajomość tej usługi (49% vs. 32%). Również w zależności od wieku odnotowano różnice w deklaracjach: w grupie wiekowej 18–24 lata 65% respondentów podało, że słyszało

o zdalnych poradach, podczas gdy w grupie 55+ odsetek ten wyniósł 29%. Wyniki te pokazują, że choć usługa jest znana części badanych, to nadal większość respondentów nie ma świadomości istnienia tej możliwości.

**Czy słyszałeś o zdalnych poradach psychologicznych, czyli udzielaniu konsultacji przez Internet podczas spotkania online?**

Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146



Ryc. 6. Odsetek osób, które słyszały o konsultacjach psychologicznych online

Źródło: opracowanie własne

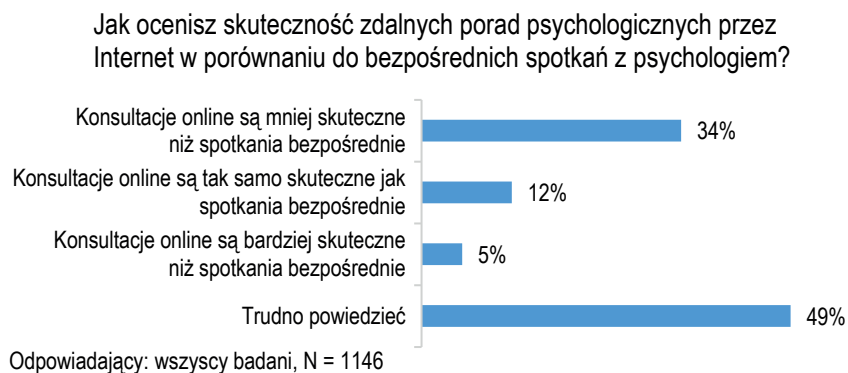
Wyniki te potwierdzają zależności zidentyfikowane we wcześniejszych badaniach. Na przykład badanie przeprowadzone przez Kazimierską-Zając i Ślósarz (2022) wykazało, że mimo iż pandemia COVID-19 przyspieszyła rozwój e-terapii, wiele osób nadal nie miało świadomości istnienia takiej opcji, co autorzy uznali za kluczowy czynnik ograniczający jej upowszechnienie. Podobne wnioski płyną z raportu *Implementation and progress of telemedicine in Poland* (Latif, 2025), który pokazuje, że w Polsce telemedycyna – obejmująca również zdalne konsultacje psychologa – rozwija się wolniej niż w wielu krajach Unii Europejskiej.

Można powiedzieć, że zdalne porady psychologiczne w Polsce są dopiero na początku rozwoju. To wciąż nowa forma pomocy, o której nie wszyscy

wiedzą, choć młodsze osoby i kobiety wydają się jej pierwszymi, bardziej otwartymi odbiorcami. To właśnie te grupy mogłyby w przyszłości pomóc w budowaniu zaufania do terapii online i w jej stopniowym upowszechnieniu.

Zanim jednak zdalna pomoc psychologiczna stanie się naprawdę powszechna, potrzebne jest większe uświadomienie jej właściwości, skuteczności, a przede wszystkim związanego z nią ryzyka. **Skoro większość Polaków (59%) wciąż nie zna tej możliwości, sama obecność oferty online nie wystarczy – może ona pozostać niedostrzeżona lub postrzegana jako rozwiązanie niszowe. Taka niszowość może jednak mieć również wymiar adaptacyjny, sygnalizując społeczną ostrożność wobec form pomocy, których bezpieczeństwo i skuteczność nie zostały jeszcze jednoznacznie potwierdzone we wszystkich grupach odbiorców.** W tym kontekście wyzwaniem nie jest masowa popularyzacja, lecz stopniowe budowanie zaufania i jasne komunikowanie ograniczeń.

Większość Polaków nie ma wyrobionej opinii na temat skuteczności zdalnych porad psychologicznych (ryc. 7) – aż 49% respondentów stwierdziło, że „trudno powiedzieć”. Spośród pozostałych: 34% uważa, że konsultacje online są mniej skuteczne niż spotkania bezpośrednie, 12% sądzi, że są tak samo skuteczne, a 5% ocenia je jako bardziej skuteczne. Łącznie zatem jedynie 17% badanych dostrzega równowagę lub przewagę formy online, podczas gdy jedna trzecia pozostaje sceptyczna, a połowa nie ma zdania. Wynik ten wskazuje na niski poziom zaufania społecznego do efektywności psychologii online oraz dużą niepewność poznawczą, wynikającą prawdopodobnie z braku osobistych doświadczeń z tą formą pomocy.



Ryc. 7. Postrzegana skuteczność zdalnej pomocy psychologicznej

Źródło: opracowanie własne

Wyniki te nie są zaskakujące. Badania międzynarodowe wielokrotnie potwierdzają (np. Apolinário-Hagen i in., 2018), że społeczne postrzeganie skuteczności terapii online jest niższe, niż wynikałoby to z dowodów empirycznych. Dowody te ukazują jednak równoważną skuteczność obu form. Na przykład badanie dotyczące terapii osób z zaburzeniami napaadowego objadania się Linardona i in. (2023) wykazało, że obie interwencje (cyfrowa i tradycyjna) oparte na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej doprowadziły do porównywalnej redukcji objawów, co wskazuje, że terapia online może być równie skuteczna jak tradycyjna. Podobne wyniki uzyskano w metaanalizie Carlbringa i in. (2017), obejmującej 20 randomizowanych badań z udziałem 1418 uczestników. Autorzy wykazali, że internetowa terapia poznawczo-behawioralna (ICBT) jest równie skuteczna jak terapia bezpośrednia (CBT) w leczeniu zaburzeń psychicznych i somatycznych. Warunkiem równoważnej skuteczności jest jednak odpowiednie przeszkolenie terapeutów oraz stabilne połączenie internetowe, które zapewnia ciągłość kontaktu i komfort pracy.

### **Skuteczność terapii online – co mówią badania?**

Metaanalizy i badania kliniczne pokazują, że dobrze zaprojektowana terapia online (np. internetowa CBT) może być równie skuteczna jak terapia twarzą w twarz, pod warunkiem odpowiedniego przygotowania terapeutów i stabilnego łącza internetowego (Carlbring i in., 2017; Linardon i in., 2023).

Skąd zatem sceptycyzm odbiorców? W badaniu Aafjes-Van Doorn i in. (2023) okazało się, że terapia online, mimo potwierdzonej skuteczności, bywa trudniejsza zarówno dla terapeutów, jak i pacjentów, ponieważ wiąże się z obniżonym poczuciem obecności i słabszym doświadczeniem autentycznej więzi. Terapeuci czuli się mniej obecni i mieli poczucie mniejszej głębi kontaktu niż w terapii bezpośredniej, zwłaszcza gdy teleterapia była prowadzona z przymusu, a nie z wyboru. Sceptycyzm wobec porad online może więc wynikać z obaw o możliwość zbudowania trwałego przymierza terapeutycznego w warunkach cyfrowych. Dla wielu osób obecność terapeuty w tym samym pomieszczeniu to coś więcej niż tylko forma kontaktu – to poczucie bezpieczeństwa i autentyczności relacji. Nic więc dziwnego, że część badanych ocenia spotkania online mniej pozytywnie. Jak wyjaśnia teoria naturalności mediów (Kock, 2005), ludzie

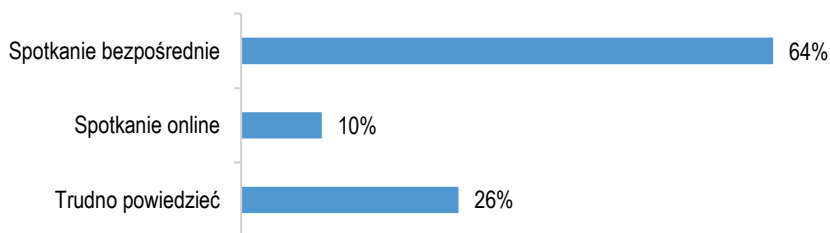
z natury lepiej czują się w bezpośredniej komunikacji, bo właśnie do takiej interakcji zostaliśmy ewolucyjnie przystosowani. Rozmowa przez ekran, pozbawiona gestów i innych sygnałów niewerbalnych, wymaga większego skupienia i wysiłku, przez co może być odbierana jako mniej „prawdziwa” i emocjonalnie słabsza.

### **Dlaczego ludzie nie ufają terapii online?**

Sceptycyzm wobec porad online często wynika z obaw o poczucie obecności terapeuty i autentyczność relacji. Dla wielu osób obecność psychologa „w tym samym pokoju” jest ważnym źródłem bezpieczeństwa i zaufania (Aafjes-Van Doorn i in., 2023; Kocka, 2005).

Zdecydowana większość Polaków nadal preferuje spotkania bezpośrednio z psychologiem (ryc. 8) – aż 64% respondentów wybrało tę formę, gdy założono, że cena obu opcji (online i bezpośrednio) jest taka sama. Jedynie 10% badanych wskazało, że wolałoby spotkanie online, a 26% przyznało, że „trudno powiedzieć”. Oznacza to, że kontakt twarzą w twarz pozostaje dominującą i społecznie uznaną formą pomocy psychologa, choć istnienie sporej grupy niezdecydowanych (26%) sugeruje, że postawy wobec e-terapii są plastyczne i podatne na zmianę, zwłaszcza przy wzroście zaufania do technologii i pozytywnych doświadczeniach użytkowników.

Jaki sposób skorzystania z usług psychologa wolałbyś bardziej gdybyś miał taką potrzebę, a cena byłaby taka sama?



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 8. Preferencje dotyczące formy kontaktu z psychologiem (bezpośrednio vs. online)

Źródło: opracowanie własne

## Podsumowanie

Rozwój zdalnych usług psychologicznych odpowiada na realne potrzeby społeczne – zwiększa dostępność pomocy, zmniejsza bariery finansowe i geograficzne, a w dłuższej perspektywie może sprzyjać wyrównywaniu szans w opiece psychicznej. Jednocześnie badania pokazują, że w Polsce niska świadomość i ograniczone zaufanie do terapii online nadal stanowią istotne wyzwanie.

## Rekomendacje

Psychologowie z podanych powyżej względów powinni ostrożnie proponować pomoc online, szczególnie osobom, które nie miały wcześniejszych doświadczeń z terapią zdalną. W pierwszej kolejności warto edukować pacjentów, wyjaśniając, że badania naukowe potwierdzają porównywalną skuteczność terapii online i spotkań bezpośrednich, a następnie poświęcić więcej czasu na budowanie przymierza terapeutycznego, które w warunkach cyfrowych może wymagać większej uważności i empatii.

### **Porady zdalne w Polsce**

Zdalne porady psychologiczne w Polsce są dopiero na początku rozwoju. Świadomość ich istnienia jest ograniczona, a zaufanie – niskie, choć to właśnie młodsze osoby i kobiety są najbardziej otwarte na tę formę pomocy.



## ROZDZIAŁ 8

# Czy psycholog może być chatbotem? Nowe technologie i granice zawodu

## Wprowadzenie: czym są „chatboty terapeutyczne”?

Sztuczna inteligencja (AI – *artificial intelligence*) coraz częściej znajduje zastosowanie w zawodach pomocowych, w tym w psychologii. Jej wykorzystanie w postaci tzw. chatbotów terapeutycznych otwiera nowe możliwości wspierania osób w kryzysie, ale jednocześnie rodzi pytania o granice kompetencji technologii, bezpieczeństwo użytkowników oraz wpływ na relację terapeutyczną. Zanim przejdziemy do wyników raportu, pokazujących opinie na temat terapii z użyciem AI, wprowadzimy krótko w tematykę botów terapeutycznych, ich zalet i ograniczeń.

Chatboty terapeutyczne to programy komputerowe prowadzące rozmowę tekstową lub głosową, zwykle oparte na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), akceptacji i zaangażowania (ACT) lub dialektycznej terapii behawioralnej (DBT). Służą wsparciu psychologicznemu: przekazują informacje o zdrowiu psychicznym, proponują ćwiczenia, monitorują nastroj i przypominają o działaniach wspierających samopomoc. Część działa z nadzorem człowieka („guided”), inne są w pełni automatyczne.

### **Czym jest chatbot terapeutyczny?**

Chatbot terapeutyczny to program komputerowy (tekstowy lub głosowy), zwykle oparty na CBT, ACT lub DBT, który: przekazuje informacje o zdrowiu psychicznym, proponuje ćwiczenia, monitoruje nastroj, wspiera samopomoc między sesjami.

Największy dotąd przegląd badań nad rolą chatbotów w podtrzymywaniu zdrowia psychicznego (Hua i in., 2025) objął 160 prac z lat 2020–2024 i pokazuje szybki, choć nierówny rozwój tej technologii. Autorzy wyróżnili trzy główne typy chatbotów: systemy oparte na regułach (scenariusze rozmów), systemy uczące się (dopasowujące odpowiedzi do użytkownika) oraz rozwiązania oparte na dużych modelach językowych (LLM). Do 2023 roku dominowały proste chatboty regułowe, lecz w roku 2024 aż 45% nowych projektów wykorzystywało LLM. Choć nowsze chatboty prowadzą rozmowy w sposób bardziej naturalny i „ludzki”, tylko w 16% badań sprawdzano ich faktyczną skuteczność kliniczną. Wiele z nich pozostaje na etapie testów technicznych, a nie realnej oceny wpływu na zdrowie psychiczne. Co więcej, część komercyjnych chatbotów wciąż działa na prostych zasadach i nie potrafi prawdziwie rozumieć emocji użytkownika.

Chatboty są więc w pewnym sensie podobne do terapeutów – rozmawiają, reagują i udzielają wsparcia – ale, w przeciwieństwie do człowieka, nie posiadają empatii ani świadomości kontekstu. Mają potencjał, by wspierać terapię i zwiększać dostępność pomocy psychologicznej, jednak zanim będą mogły być bezpiecznie stosowane, potrzebne są jasne standardy, certyfikacja i potwierdzone dane kliniczne.

Jednak fakt, że chatboty tak dynamicznie wchodzi do użytku, każe przyjrzeć się temu, co oferują i temu, co powinno budzić wątpliwości. Mają one kilka wyraźnych zalet, które sprawiają, że mogą stać się ważnym uzupełnieniem tradycyjnej pomocy psychologicznej. Przede wszystkim są dostępne 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu, działają zdalnie i przy bardzo niskim koszcie w porównaniu z terapią indywidualną. Dzięki temu mogą dotrzeć do osób, które z różnych powodów unikają kontaktu z psychologiem – np. z powodu stygmatyzacji, braku czasu lub trudności w dostępie do specjalisty (Hua i in., 2025). Chatboty są też atrakcyjne dla osób potrzebujących wsparcia „pomiędzy sesjami” terapeutycznymi, oferując stałą obecność i przypomnienia o ćwiczeniach czy technikach radzenia sobie. Wstępne badania wskazują na ich skuteczność. W klasycznym randomizowanym badaniu Fitzpatrick, Darcy i Vierhile (2017) wykazali, że korzystanie z chatbota Woebot przez studentów przez zaledwie dwa tygodnie prowadziło do zmniejszenia objawów depresji w porównaniu z grupą kontrolną. Podobne efekty obserwowano także w innych populacjach, np. wśród pracowników ochrony zdrowia korzystających z aplikacji Wysa.

Kolejną zaletą chatbotów jest standaryzacja i spójność interwencji – program udziela tych samych, sprawdzonych informacji każdemu

użytkownikowi, co ogranicza ryzyko błędów wynikających z subiektywności ludzkiego osądu. Jednocześnie nowoczesne systemy potrafią w pewnym stopniu personalizować przekaz dzięki algorytmom analizującym odpowiedzi użytkownika i dopasowującym tempo, styl czy treść rozmowy (Hua i in., 2025). Dzięki temu łączą powtarzalność i precyzję z elastycznością dostosowaną do potrzeb konkretnej osoby.

Mimo swojego potencjału, chatboty terapeutyczne mają również poważne ograniczenia, które należy brać pod uwagę przy ich wprowadzaniu do praktyki psychologicznej. Najważniejszym z nich jest brak jednolitych standardów bezpieczeństwa i regulacji. Jak podkreśla amerykańska agencja Food and Drug Administration (FDA, 2024), zastosowanie technologii cyfrowych w obszarze zdrowia psychicznego nie jest obecnie ustabilizowane. Istnieją tysiące aplikacji określanych jako wspierające zdrowie psychiczne, ale tylko niewielka część z nich spełnia kryteria urządzeń medycznych. Oznacza to, że większość chatbotów nie podlega rygorystycznym testom skuteczności ani nadzorowi prawnemu. FDA i brytyjska MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) dopiero opracowują ścieżki certyfikacji dla tzw. *digital mental health medical devices*, uwzględniające ocenę ryzyka, bezpieczeństwa użytkownika i ochrony danych. Drugim słabym punktem jest zaufanie i jakość relacji terapeutycznej. Jak pokazuje badanie Siddals, Torous i Coxon (2024), użytkownicy generatywnych chatbotów, takich jak ChatGPT, często opisują je jako pomocne i dające poczucie „emocjonalnego azylu”, ale jednocześnie wskazują na brak głębszej empatii, pamięci kontekstowej i zdolności do prowadzenia długofalowego procesu terapeutycznego. Choć rozmowy z chatbotem mogą chwilowo łagodzić napięcie emocjonalne, wielu użytkowników zwraca uwagę, że interakcje te są „płytkie” i pozbawione prawdziwego zrozumienia.

Trzecim i najbardziej krytycznym problemem jest bezpieczeństwo w sytuacjach kryzysowych. W badaniu Pichowicz, Kotas i Piotrowski (2025) przeanalizowano 29 aplikacji z funkcją chatbota wspierającego zdrowie psychiczne i przetestowano ich reakcje na symulowane sytuacje ryzyka samobójczego. Wyniki były alarmujące – żaden z chatbotów nie udzielił w pełni adekwatnej odpowiedzi kryzysowej, a niemal połowa w ogóle nie rozpoznała zagrożenia życia użytkownika. W wielu przypadkach chatboty udzielały ogólnych lub błędnych porad, nie podając informacji o dostępnych formach pomocy, takich jak numery ośrodków interwencji kryzysowej. To poważny sygnał ostrzegawczy, że wdrażanie takich technologii bez klinicznej walidacji może stwarzać realne zagrożenie dla życia osób w kryzysie psychicznym.

### **Chatboty – czerwone flagi dla bezpieczeństwa**

Badanie 29 aplikacji z chatbotem dla zdrowia psychicznego pokazało, że żaden nie zareagował w pełni adekwatnie na symulowane treści o ryzyku samobójczym, a część w ogóle nie rozpoznała zagrożenia życia użytkownika (Pichowicz, Kotas, Piotrowski, 2025).

## **O co zapytano?**

Ponieważ zjawisko chatbotów terapeutycznych jest stosunkowo nowe i dynamicznie się rozwija, warto przyjrzeć się, jak jest ono postrzegane przez potencjalnych odbiorców pomocy psychologicznej. Poproszono respondentów o odniesienie się do dwóch kwestii dotyczących wykorzystania sztucznej inteligencji w poradnictwie psychologicznym. Po pierwsze, zapytano uczestników badania, czy słyszeli o stosowaniu asystentów AI w tym obszarze, czyli tzw. chatbotów terapeutycznych. Po drugie, uczestnicy oceniali, czy byłiby skłonni skorzystać z takiego programu w razie problemów natury psychologicznej. Pytania te pozwalają określić zarówno poziom znajomości zjawiska, jak i gotowość do osobistego wykorzystania technologii AI w kontekście wsparcia psychicznego.

## **Co mówią badania?**

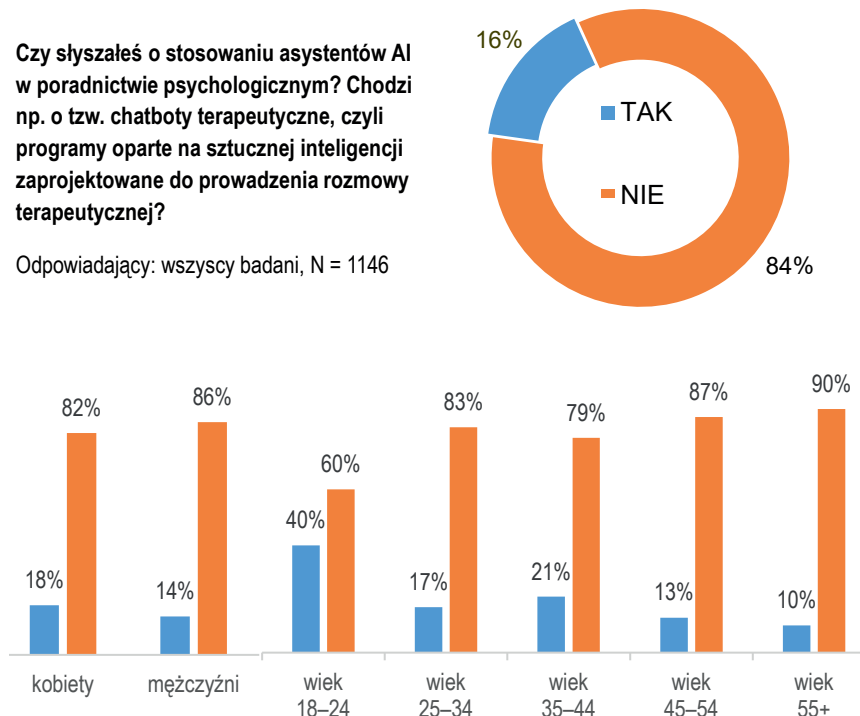
Świadomość istnienia asystentów AI wykorzystywanych w poradnictwie psychologicznym jest w Polsce niska. Jedynie 16% respondentów zadeklarowało, że słyszało o tego typu rozwiązaniach, podczas gdy 84% przyznało, że nie zetknęło się wcześniej z pojęciem „chatbota terapeutycznego” (ryc. 9). Na poziom znajomości wpływa doświadczenie osobiste z pomocą psychologiczną. Wśród osób, które kiedykolwiek korzystały z usług psychologa, odsetek mających świadomość istnienia chatbotów wynosi 28% wobec 12% wśród tych, którzy nie mieli takiego doświadczenia.

Różnice obserwuje się również w zależności od płci: kobiety (18%) nieco częściej niż mężczyźni (14%) deklarują znajomość tego typu narzędzi. Bardzo wyraźny jest efekt pokoleniowy – im młodsza grupa, tym większa świadomość zjawiska. W grupie wiekowej 18–24 lata znajomość chatbotów sięga 40%, podczas gdy wśród osób mających 25–34 lata

jest to 17%, a w grupach starszych – od 21% (35–44 lata) do 10% (55+). Tendencja ta może wynikać z wyższego poziomu kompetencji cyfrowych wśród młodszych osób oraz ich większej otwartości na eksperymentowanie z nowymi technologiami, w tym rozwiązaniami opartymi na sztucznej inteligencji.

**Czy slyszales o stosowaniu asystentów AI w poradnictwie psychologicznym? Chodzi np. o tzw. chatboty terapeutyczne, czyli programy oparte na sztucznej inteligencji zaprojektowane do prowadzenia rozmowy terapeutycznej?**

Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146



Ryc. 9. Świadomość istnienia asystentów sztucznej inteligencji w kontekście wsparcia psychologicznego

Źródło: opracowanie własne

Nieco wyższy poziom świadomości istnienia chatbotów terapeutycznych odnotowano zarówno wśród mieszkańców wsi (19%), jak i dużych miast powyżej 500 tys. mieszkańców (19%), podczas gdy w małych miastach do 20 tys. osób wskaźnik ten wyniósł jedynie 11%. **Różnice te mają charakter opisowy i nie były przedmiotem testów istotności statystycznej, dlatego należy je traktować jako sygnał możliwych wzorców, a nie jako potwierdzony efekt miejsca zamieszkania. Można**

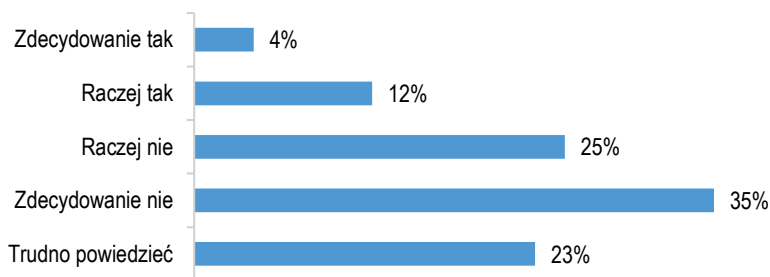
**ostrożnie przypuszczać, że podobny poziom świadomości na wsi i w dużych miastach może wynikać z odmiennych, lecz komplementarnych mechanizmów.** Dostępność pomocy psychologicznej wydaje się kluczowa – mieszkańcy obszarów wiejskich często mają utrudniony dostęp do psychologów i poradni zdrowia psychicznego, dlatego częściej poszukują wsparcia online. To zwiększa prawdopodobieństwo kontaktu z cyfrowymi formami pomocy, w tym z informacjami o zastosowaniu sztucznej inteligencji w psychologii. Coraz większą rolę odgrywa efekt mediów społecznościowych i Internetu mobilnego. Wbrew stereotypom, mieszkańcy wsi coraz częściej korzystają z Internetu i smartfonów jako głównych narzędzi dostępu do informacji, w tym treści o trendach technologicznych i zdrowiu psychicznym. Dane CBOS (2023) wskazują, że korzystanie z Internetu jest bardzo wysokie także na obszarach wiejskich. Znaczenie może mieć czynnik demograficzny. Wzrasta liczba młodych dorosłych, często powracających po studiach, którzy aktywnie korzystają z mediów cyfrowych i są bardziej otwarci na nowe technologie. Dodatkowo, lokalne kampanie edukacyjne i programy zdrowia psychicznego (często finansowane ze środków UE lub NGO) promują korzystanie z narzędzi cyfrowych w profilaktyce zdrowia psychicznego, co również może podnosić świadomość zjawiska. W dużych miastach natomiast wyższy poziom świadomości wynika prawdopodobnie z większej ekspozycji na innowacje technologiczne – obecności start-upów, uczelni i mediów zajmujących się tematyką AI w odniesieniu do zdrowia. Interpretacje te mają jednak charakter hipotetyczny i wymagają dalszych pogłębionych analiz.

Znajomość pojęcia „chatbota terapeutycznego” w społeczeństwie polskim jest spójna z aktualnym etapem rozwoju tych narzędzi w skali globalnej. Jak podkreśla w przeglądzie systematycznym Hua i in. (2025), mimo bardzo dynamicznego rozwoju technologii opartej na sztucznej inteligencji we wspieraniu zdrowia psychicznego, zjawisko to wciąż znajduje się na wczesnym etapie wdrażania i charakteryzuje się dużą nierównomiernością. Większość projektów pozostaje w fazie testów technicznych. Ograniczona liczba zweryfikowanych narzędzi oraz brak jednolitych regulacji i standardów bezpieczeństwa (FDA, 2024) powodują, że chatboty terapeutyczne nie są jeszcze szeroko znane ani stosowane w praktyce psychologicznej, co przekłada się na niską świadomość społeczną.

Opisana wyżej rozpoznawalność jest spójna z postawami wobec wykorzystania sztucznej inteligencji w roli programu terapeutycznego. Polacy są w tej kwestii na ogół sceptyczni. Większość respondentów (ryc. 10) deklaruje brak gotowości do skorzystania z takiego rozwiązania – łącznie 60% odpowiedziało „zdecydowanie nie” (35%) lub „raczej nie”

(25%). Tylko 16% ankietowanych wyraziło akceptację („raczej tak” – 12%, „zdecydowanie tak” – 4%), natomiast 23% badanych przyznało, że nie ma w tej kwestii wyrobionego zdania („trudno powiedzieć”). Oznacza to, że choć temat cyfrowych form wsparcia psychicznego jest coraz bardziej obecny w przestrzeni publicznej, gotowość do zaufania programom opartym na AI pozostaje ograniczona.

Czy Ty osobiście byłbyś skłonny skorzystać z programu terapeutycznego opartego na sztucznej inteligencji w razie problemów natury psychologicznej?



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 10. Gotowość do skorzystania z programów terapeutycznych opartych na sztucznej inteligencji

Źródło: opracowanie własne

Doświadczenie osobiste z psychologiem okazuje się istotnym czynnikiem różnicującym te postawy. Osoby, które wcześniej korzystały z pomocy psychologa, częściej deklarują gotowość do skorzystania z programu AI („raczej tak” – 17%, „zdecydowanie tak” – 9%) niż ci, którzy takiego doświadczenia nie mają (odpowiednio 11% i 3%). Może to sugerować, że kontakt z profesjonalną pomocą psychologiczną sprzyja lepszemu rozumieniu potencjału narzędzi wspierających terapię oraz większej otwartości na ich wykorzystanie.

W podziale na płeć kobiety nieco częściej niż mężczyźni deklarowały sceptyczne nastawienie do technologicznych form wsparcia (37% odpowiedzi „zdecydowanie nie” wobec 33% wśród mężczyzn). Różnice te są jednak niewielkie i nie sugerują wyraźnego podziału opinii między grupami. Wyraźniejsze zróżnicowanie odsetków odpowiedzi widać natomiast w przekrojach wiekowych: najwyższy udział stwierdzeń

pozytywnych odnotowano w grupach 18–24 lata (19%) oraz 35–44 lata (23%), podczas gdy wśród osób 55+ częściej pojawiały się postawy zdecydowanie negatywne (42% „zdecydowanie nie”). Wyniki te mogą wskazywać, że w badanej próbie młodsze osoby są bardziej skłonne do akceptacji rozwiązań technologicznych, w tym narzędzi opartych na sztucznej inteligencji.

Wiele dostępnych narzędzi nie jest objętych regulacjami ani certyfikacją, co – w połączeniu z brakiem empatii i ograniczoną zdolnością do rozumienia kontekstu emocjonalnego przez chatboty (Siddals, Torous i Coxon, 2024) – może budzić nieufność wobec ich zastosowań w terapii. Z tego względu ostrożność wyrażana przez respondentów wydaje się racjonalna i zgodna z globalnym trendem. Nawet w krajach takich jak Wielka Brytania czy Singapur wdrażanie chatbotów terapeutycznych odbywa się w modelu pilotażowym i pod ścisłym nadzorem instytucji publicznych (NHS England, 2024). Jednocześnie, jak pokazują badania, chatboty mają potencjał uzupełniania tradycyjnych form wsparcia – są dostępne całodobowo, działają anonimowo i mogą stanowić pierwszą linię kontaktu dla osób unikających wizyty u psychologa (Hua i in., 2025).

Podsumowując, można stwierdzić, że sceptycyzm wobec AI w roli terapeuty nie wynika jedynie z braku zaufania, lecz także z realistycznej oceny obecnego poziomu rozwoju tej technologii. Jak podkreśla Hua i in. (2025), przyszłość chatbotów terapeutycznych leży w modelach „human-in-the-loop” (HILP), w których sztuczna inteligencja nie zastępuje człowieka, lecz wspiera go w pracy klinicznej – co może stanowić kierunek dalszego zwiększania akceptacji społecznej i zaufania wobec takich rozwiązań.

## Podsumowanie

Chatboty terapeutyczne szybko ewoluują – zwłaszcza dzięki rozwiązaniom opartym na dużych modelach językowych – lecz wciąż brakuje solidnych dowodów klinicznych ich skuteczności i standardów bezpieczeństwa. Znajomość tych narzędzi w społeczeństwie pozostaje niska (16%), z przewagą w tej kwestii młodych dorosłych i osób mających wcześniejsze doświadczenie z pomocą psychologiczną. Akceptacja użycia chatbotów jest ograniczona (również 16%), przy czym aż 23% badanych wyraża niezdecydowanie, co tworzy przestrzeń dla zmiany postaw poprzez rzetelną edukację i ostrożnie zaprojektowane wdrożenia.

## Rekomendacje

Chatboty mają realne atuty związane z ich nieprzerwaną dostępnością, niskim kosztem, możliwością stosowania pomiędzy sesjami i spójnością interwencji. Takie ich wykorzystanie nie zastępuje jednak relacji terapeutycznej i wymaga jasnych ram regulacyjnych oraz skutecznych mechanizmów w sytuacjach eskalacji ryzyka. Warto więc, by psychologowie z jednej strony wsłuchiwali się w sceptycyzm swoich klientów, a z drugiej – respektowali wyniki badań naukowych. W tym kontekście najbardziej bezpiecznym wyjściem jest traktowanie chatbota jako narzędzia wsparcia (psychoedukacja, samomonitorowanie, przypomnienia), a nie substytutu dla terapii.

### **Chatboty jako wsparcie pracy psychologa**

Świadomość istnienia chatbotów terapeutycznych i gotowość do ich użycia w Polsce wynosi około 16%. Najbezpieczniejszym kierunkiem rozwoju wydaje się model „human-in-the-loop” – chatbot jako narzędzie wspierające pracę psychologa, a nie go zastępujące.



## ROZDZIAŁ 9

# Rola mediów w kształtowaniu publicznego wizerunku psychologa

## Wprowadzenie: dlaczego warto znać wizerunek psychologa w mediach?

Media odgrywają dziś ogromną rolę w tym, jak społeczeństwo postrzega zawody związane ze zdrowiem psychicznym – w tym zawód psychologa. Dla wielu osób to właśnie telewizja, Internet czy media społecznościowe są głównym źródłem wiedzy o psychologii i psychoterapii. Często zastępują one bezpośredni kontakt ze specjalistą lub formalną edukację w tym zakresie. Jak zauważa Wahl (1995), sposób, w jaki media przedstawiają specjalistów i ich pracę, wpływa na społeczne wyobrażenia o zdrowiu psychicznym oraz o tych, którzy zajmują się jego ochroną. To, jak w mediach pokazuje się psychologów – czy jako empatycznych ekspertów, czy też jako nadmiernie formalnych i zdystansowanych profesjonalistów – może sprzyjać akceptacji dla pomocy psychologicznej lub, przeciwnie, utrwalać stereotypy i dystans wobec niej.

### **Dlaczego media są ważne?**

Dla wielu osób to media – a nie bezpośredni kontakt z psychologiem – są głównym źródłem wiedzy o zdrowiu psychicznym. Sposób, w jaki pokazuje się psychologów w telewizji, Internecie czy serialach wpływa na zaufanie społeczne do zawodu oraz gotowość do szukania pomocy.

Badania potwierdzają, że większość ludzi czerpie wiedzę o psychologii właśnie z mediów (Jorm, Christensen, Griffiths, 2005). Jednocześnie przekazy te często upraszczają i zniekształcają złożony charakter pracy

psychologa. W programach telewizyjnych czy postach w mediach społecznościowych psycholog bywa przedstawiany jako „ekspert od wszystkiego” albo osoba rozwiązująca problemy w kilka minut. Tego typu obrazy kształtują społeczne oczekiwania wobec zawodu i mogą wpływać na to, jak ludzie oceniają realnych specjalistów.

Wizerunek psychologa w mediach jest ściśle powiązany z poziomem zaufania społecznego do pomocy psychologicznej. Corrigan, Druss i Perlick (2014) podkreślają, że zaufanie do specjalisty to jeden z kluczowych czynników decydujących o tym, czy ludzie w ogóle szukają wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Pozytywny, rzetelny obraz psychologa w mediach – jako kompetentnego, empatycznego i etycznego eksperta – sprzyja otwartości na terapię i może zachęcać do skorzystania z pomocy. Z kolei uproszczone lub sensacyjne przedstawienia zawodu mogą prowadzić do utraty prestiżu i podważać jego wiarygodność. W tym sensie sposób, w jaki media mówią o psychologach, ma nie tylko znaczenie wizerunkowe, ale też praktyczne – wpływa na decyzje ludzi dotyczące zdrowia psychicznego i korzystania z dostępnych form wsparcia.

Wizerunek psychologa w przestrzeni medialnej ma również znaczenie profilaktyczne i edukacyjne. Badania pokazują, że kontakt z pozytywnymi przekazami o zdrowiu psychicznym i pomocy specjalistycznej obniża poziom stygmatyzacji i zwiększa gotowość do poszukiwania wsparcia (Clement i in., 2015). W tym kontekście psycholog w mediach pełni nie tylko rolę eksperta, ale też edukatora i promotora zdrowia psychicznego. Jego obecność w przestrzeni publicznej kształtuje język, jakim mówi się o emocjach, normy społeczne dotyczące korzystania z pomocy, a nawet sposób, w jaki ludzie rozumieją własne doświadczenia psychiczne.

Warto jednak zauważyć, że dynamiczny rozwój nowych mediów zmienia to, jak społeczeństwo postrzega autorytety. W dobie influencerów, podcastów i mediów społecznościowych granice między ekspercką wiedzą a opinią stają się coraz mniej wyraźne. Psychologowie, którzy pojawiają się w tych kanałach, często muszą łączyć rolę profesjonalisty z rolą „komunikatora” – dostosowując język do odbiorców oraz formy przekazu do algorytmów platform. Z jednej strony daje to szansę na dotarcie do szerokiej publiczności, z drugiej – pogłębia ryzyko uproszczeń i komercjalizacji przekazu o zdrowiu psychicznym.

Analiza wizerunku psychologa w mediach ma więc znaczenie nie tylko dla samego środowiska zawodowego, ale też dla polityki zdrowotnej i edukacji publicznej. Rzetelna i etyczna obecność specjalistów w przestrzeni medialnej może wspierać profilaktykę zaburzeń psychicznych, zmniejszać stygmatyzację i budować zaufanie do systemu opieki

zdrowotnej. Z kolei brak kontroli nad tym wizerunkiem może prowadzić do dezinformacji i utrudniać skuteczne działania na rzecz zdrowia psychicznego społeczeństwa.

## O co zapytano?

W tej części badania poproszono respondentów o odniesienie się do kwestii związanych z obecnością psychologów w przestrzeni medialnej oraz sposobem, w jaki media kształtują ich wizerunek. Zadano sześć pytań. Po pierwsze, zapytano, jak często uczestnicy napotykają informacje o psychologach w różnych mediach – w Internecie, telewizji, radiu lub prasie. Drugie pytanie dotyczyło oceny wpływu tej obecności na wizerunek zawodu psychologa i jego autorytet w oczach opinii publicznej. Następnie poproszono badanych o wskazanie, które źródła – takie jak telewizja, media społecznościowe, rozmowy z innymi czy bezpośredni kontakt z psychologiem – w największym stopniu kształtują ich wiedzę i opinię o przedstawicielach tego zawodu.

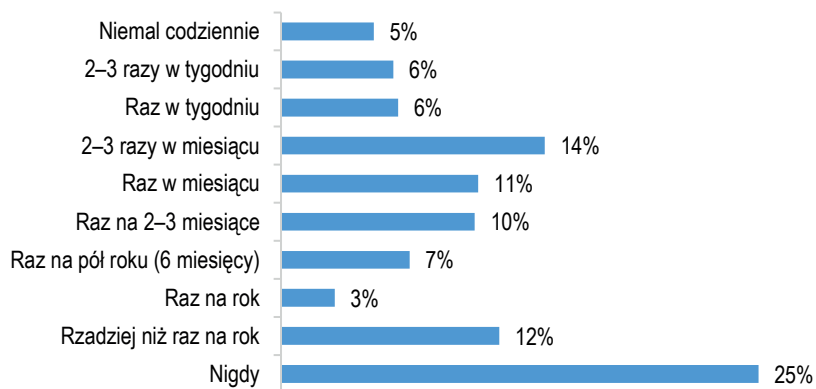
Kolejne trzy pytania dotyczyły kwestii reklamy usług psychologicznych. Uczestnicy oceniali, jak często spotykają się z tego typu przekazami w przestrzeni medialnej oraz jaki mają do nich stosunek – czy uznają je za profesjonalną formę dotarcia z ofertą do osób potrzebujących, czy raczej za działanie kontrowersyjne i nieodpowiednie w kontekście etyki zawodu. W ostatnim pytaniu respondenci zostali poproszeni o wybór jednego z dwóch stwierdzeń, określających ich ogólną postawę wobec reklamowania usług psychologicznych.

## Co mówią badania?

Kontakt z informacjami o psychologach w mediach jest raczej umiarkowany. Tylko 17% badanych deklaruje, że spotyka się z nimi często – przynajmniej raz w tygodniu – a co czwarty (25%) widuje takie treści raz lub kilka razy w miesiącu (ryc. 11). Większość respondentów (57%) oceniła, że przekazy o psychologach pojawiają się rzadko lub wcale – aż jedna czwarta badanych nigdy się z nimi nie zetknęła. Pokazuje to, że tematyka psychologiczna nie jest jeszcze trwałym elementem codziennych mediów i pojawia się głównie przy okazji kampanii społecznych lub głośnych wydarzeń.

Osoby, które miały już kontakt z psychologiem, częściej zauważają takie treści (26% wskazań wobec 14% wśród pozostałych). Sugeruje to, że doświadczenie korzystania z pomocy sprzyja większemu zainteresowaniu tematyką zdrowia psychicznego i świadomemu poszukiwaniu informacji. Widać też różnice między płciami – kobiety częściej niż mężczyźni (23% vs. 13%) napotykały w mediach informacje o psychologach. Może to wynikać z ich większego zainteresowania tematami emocji i relacji (Segrin, Nabi, 2002) oraz częstszej aktywności w mediach społecznościowych, gdzie treści o dobrostanie psychicznym pojawiają się regularnie.

#### Jak często napotykasz informacje o psychologach w różnych mediach, np. w Internecie, telewizji, radio lub prasie?



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

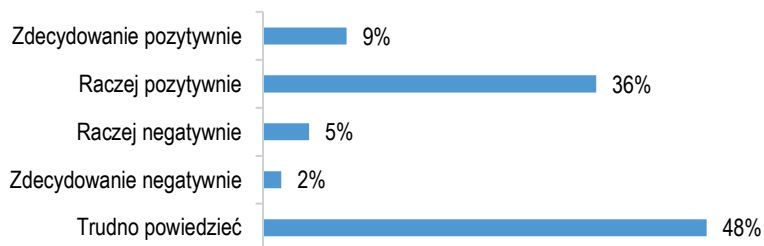
Ryc. 11. Częstotliwość kontaktu z informacjami o psychologach w mediach

Źródło: opracowanie własne

Część badanych ocenia obecność psychologów w mediach pozytywnie lub neutralnie (ryc. 12) – 45% respondentów uważa, że wpływa ona korzystnie na wizerunek zawodu (36% „raczej pozytywnie”, 9% „zdecydowanie pozytywnie”), a tylko 7% ocenia ją negatywnie. Prawie połowa (48%) ma jednak trudność z jednoznaczną oceną, co może świadczyć o braku wyraźnych skojarzeń lub ograniczonym kontakcie z tego typu treściami. Osoby, które korzystały z pomocy psychologa częściej postrzegają medialne przekazy pozytywnie (59% wskazań wobec 40% wśród pozostałych). Wynika z tego, że osobiste doświadczenie kontaktu z psychologiem sprzyja lepszemu rozumieniu jego pracy i bardziej przychylnemu odbiorowi

obecności zawodowej w mediach. Kobiety częściej niż mężczyźni (50% vs. 40%) oceniają wpływ mediów pozytywnie, co może wynikać z większego zainteresowania tematyką emocji i zdrowia psychicznego. Najbardziej przychylne opinie pojawiają się wśród osób w wieku 25–44 lata (ok. 50%), natomiast wśród najstarszych badanych (55+) dominuje postawa ostrożna – ponad połowa zaznaczyła „trudno powiedzieć”. Sugeruje to, że starsze pokolenia mogą rzadziej śledzić medialne przekazy o psychologach lub mieć wobec nich większy dystans.

### W jaki sposób obecność psychologów w mediach wpływa na wizerunek zawodu psychologa i autorytet?



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 12. Ocena wpływu obecności psychologów w mediach na wizerunek zawodu

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej wskazywanymi źródłami wiedzy o psychologach (ryc. 13) są telewizja (30%) oraz opinie rodziny i znajomych (28%). Nieco rzadziej respondenci wymieniali bezpośredni kontakt z psychologiem (27%) i media społecznościowe (23%). Oznacza to, że obraz psychologa kształtują zarówno tradycyjne media, jak i doświadczenia osobiste oraz relacje z otoczeniem. Telewizja wciąż odgrywa główną rolę, szczególnie wśród osób starszych i mieszkańców wsi, co potwierdza, że tradycyjne media nadal są ważnym źródłem wiedzy o zdrowiu psychicznym. Z kolei młodsze osoby (18–34 lata) częściej czerpią informacje z mediów społecznościowych – aż 40% w grupie 18–24 lata i 34% w grupie 25–34 lata wskazało je jako główne źródło wiedzy. To pozwala wysnuć wniosek, że Internet coraz mocniej wpływa na sposób, w jaki młode pokolenie postrzega psychologów. Bezpośredni kontakt z psychologiem ma duże znaczenie zwłaszcza dla osób, które korzystały z jego pomocy – aż 42% z nich wskazuje go jako główne źródło informacji. Wizerunek psychologa w Polsce powstaje na styku trzech

obszarów: mediów tradycyjnych, cyfrowych i relacji społecznych. Wyniki pokazują, że wielu odbiorców nadal buduje swoją opinię o psychologach głównie na podstawie przekazów pośrednich, a nie osobistych doświadczeń.



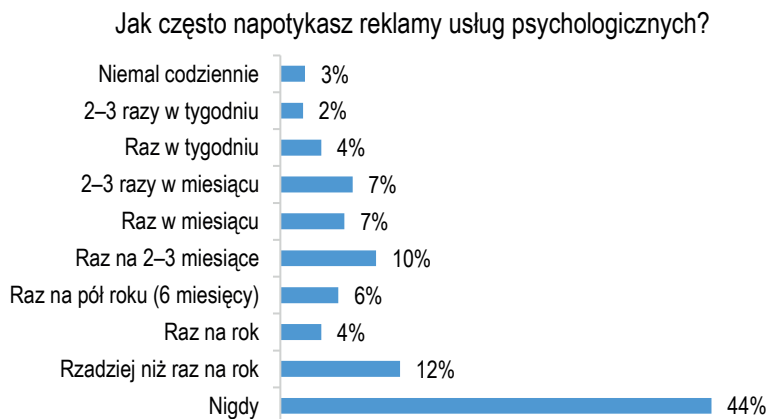
Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 13. Źródła wiedzy o psychologach i czynniki kształtujące opinię publiczną

Źródło: opracowanie własne

Kontakt z reklamami usług psychologicznych jest stosunkowo rzadki (ryc. 14). 44% badanych nigdy nie spotyka się z takimi przekazami, a kolejne 12% zauważa je bardzo sporadycznie – „rzadziej niż raz w roku”. Tylko 9% respondentów deklaruje, że widuje reklamy psychologów regularnie, przynajmniej raz w tygodniu, natomiast 14% napotyka je co miesiąc. Oznacza to, że w porównaniu z reklamami innych usług zdrowotnych czy terapeutycznych widoczność oferty psychologicznej w przestrzeni publicznej jest ograniczona. Można to tłumaczyć zarówno ostrożnością etyczną środowiska zawodowego, jak i rozproszonym charakterem rynku prywatnych usług psychologicznych. Istotne różnice pojawiają się w zależności od wcześniejszego doświadczenia kontaktu z psychologiem. Osoby, które korzystały z pomocy, znacznie częściej dostrzegają reklamy – 16% z nich napotyka je przynajmniej raz w tygodniu, podczas gdy wśród pozostałych

odsetek ten wynosi tylko 7%. Z kolei odpowiedź „nigdy” spada w tej grupie z 50% do 28%. Można przypuszczać, że wcześniejszy kontakt z psychologiem zwiększa zainteresowanie tematem i uważność na przekazy medialne dotyczące zdrowia psychicznego. Dodatkowo wpływ mogą mieć algorytmy personalizujące reklamy w Internecie, które kierują podobne treści do osób aktywnie wyszukujących informacje o pomocy psychologicznej.



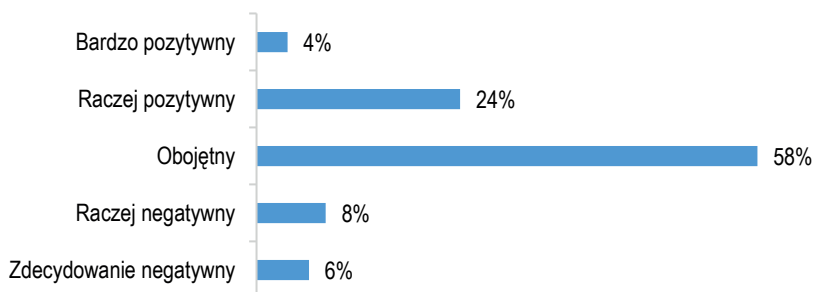
Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 14. Częstotliwość kontaktu z reklamami usług psychologicznych

Źródło: opracowanie własne

Stosunek badanych do reklamowania usług psychologicznych można określić jako umiarkowanie neutralny (ryc. 15). Ponad połowa respondentów (58%) deklaruje wobec nich obojętność, co pokazuje, że reklamy psychologów nie budzą w społeczeństwie silnych emocji, z kolei 28% badanych ocenia je pozytywnie (24% raczej, 4% bardzo pozytywnie), natomiast 14% ma nastawienie negatywne. Oznacza to, że sprzeciw wobec reklamowania usług psychologicznych jest stosunkowo rzadki. Osoby, które korzystały z pomocy psychologa, są wyraźnie bardziej otwarte na reklamowanie tych usług – 40% z nich ocenia reklamy pozytywnie, w porównaniu z 23% takich opinii wśród osób bez takiego doświadczenia. W tej grupie negatywne opinie również pojawiają się rzadziej. Wynik ten sugeruje, że własne doświadczenie terapii sprzyja większej akceptacji dla promowania pomocy psychologicznej, postrzeganej jako usługa wartościowa i profesjonalna.

## Jaki jest Twój stosunek do reklamowania usług psychologicznych?



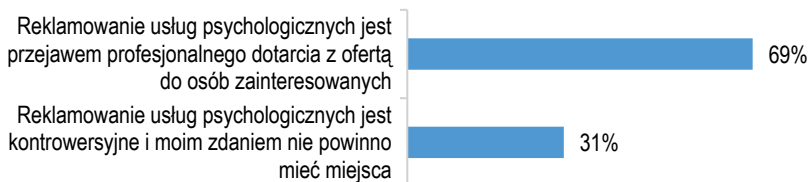
Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 15. Stosunek badanych do reklamowania usług psychologicznych

Źródło: opracowanie własne

Młodsze osoby (18–24 lata) częściej deklarowały pozytywną ocenę reklam (45%), podczas gdy wśród osób po 55. roku życia odsetek ten wyniósł 20%. W starszej grupie wiekowej częściej pojawiały się odpowiedzi wskazujące na postawę obojętną. Może to odzwierciedlać różnice w ekspozycji na reklamy online i w sposobach korzystania z Internetu, np. młodsze pokolenia, oswojone z reklamą w Internecie i mediach społecznościowych, postrzegają marketing usług psychologicznych jako naturalny element współczesnego rynku.

## Z którym stwierdzeniem zgadzasz się bardziej?



Odpowiadający: wszyscy badani, N = 1146

Ryc. 16. Ocena społeczna zasadności reklamowania usług psychologicznych

Źródło: opracowanie własne

Większość badanych ma pozytywny stosunek do reklamowania usług psychologicznych (ryc. 16) – aż 69% uważa, że to profesjonalny sposób dotarcia do osób potrzebujących pomocy. Jedynie 31% postrzega takie działania jako kontrowersyjne i niepożądane. Wyniki sugerują więc, że w społeczeństwie dominuje praktyczne podejście do obecności psychologów w mediach – reklama jest coraz częściej traktowana jako forma rzetelnej informacji, choć część osób nadal ma co do niej wątpliwości etyczne. Akceptacja reklam jest wyższa wśród osób, które miały kontakt z psychologiem – 74% z nich ocenia je pozytywnie, wobec 68% wśród osób bez takiego doświadczenia. Można to wiązać z większym zrozumieniem realiów pracy psychologów i świadomością, że informowanie o dostępnych formach wsparcia może realnie ułatwiać dostęp do pomocy.

## Podsumowanie

Psychologia i zawód psychologa nie są jeszcze silnie zakorzenione w świadomości medialnej Polaków. Choć tematyka zdrowia psychicznego pojawia się coraz częściej, wciąż nie stanowi stałego elementu przekazu medialnego. Treści o psychologach mają charakter okazjonalny i docierają głównie do osób młodszych oraz tych, które miały osobisty kontakt z pomocą psychologiczną. Wizerunek psychologa w mediach jest generalnie pozytywny, ale wciąż nie w pełni utrwalony. Źródła wiedzy o psychologach różnią się pokoleniowo – starsi czerpią informacje głównie z telewizji i otoczenia, a młodszy z Internetu i mediów społecznościowych. Obraz psychologa powstaje więc na styku mediów tradycyjnych, cyfrowych i relacji społecznych, co czyni go podatnym na uproszczenia. Reklamy usług psychologicznych są rzadkie i mają ograniczony zasięg, co wynika z etycznej ostrożności i specyfiki rynku. Jednocześnie ich odbiór jest w większości neutralny lub pozytywny – coraz częściej postrzegane są jako profesjonalna forma dotarcia do osób potrzebujących, pod warunkiem zachowania rzetelności i standardów etycznych. Nasuwa się zatem wniosek, że wizerunek psychologa w mediach w Polsce jest na etapie kształtowania. Zawód ten zyskuje coraz większą obecność w przestrzeni publicznej, ale nadal pozostaje słabiej rozpoznawalny niż profesje medyczne.

## Rekomendacje

Psychologowie, zwłaszcza ci obecni w mediach społecznościowych, powinni dbać o precyzyjny język, unikać nadmiernych uogólnień i sensacyjnych treści, a także jasno oddzielać opinię osobistą od wiedzy naukowej. W szczególności warto zwrócić uwagę na formy medialne najbardziej podatne na stereotypizację – takie jak seriale, programy rozrywkowe czy krótkie formaty internetowe. Dlatego konieczna jest współpraca psychologów z twórcami mediów przy powstawaniu materiałów dotyczących zdrowia psychicznego, tak aby zachować równowagę między atrakcyjnością przekazu a jego rzetelnością. Warto podkreślić, że etyczne reklamowanie usług psychologicznych – oparte na transparentności, kompetencjach i empatii – może stanowić ważny element edukacji publicznej. Promowanie dostępności pomocy psychologicznej, informacji o standardach pracy i zasadach etycznych nie tylko zwiększa zaufanie do specjalistów, lecz także realnie ułatwia decyzję o szukaniu wsparcia.

### **Wizerunek psychologa w polskich mediach**

Wizerunek psychologa jest w fazie kształtowania. Psychologowie pojawiają się w przestrzeni publicznej raczej okazjonalnie, ale ich obecność jest odbierana głównie pozytywnie lub neutralnie. Większość badanych uważa, że etycznie prowadzona reklama usług psychologicznych może być profesjonalną formą dotarcia do osób potrzebujących wsparcia.

## Wnioski końcowe

Opisane tu badanie, przeprowadzone z udziałem reprezentatywnej próby dorosłych Polek i Polaków, ukazuje obraz zawodu, który jest wysoko ceniony i generalnie obdarzany zaufaniem, ale jednocześnie funkcjonuje w warunkach niepełnej wiedzy, nowych ram prawnych i ograniczonej obecności w debacie publicznej.

Po pierwsze, pozycja psychologa na tle innych zawodów pomocowych jest wyraźnie korzystna. Psycholog jest postrzegany jako specjalista potrzebny, kompetentny i społecznie użyteczny. Jednocześnie jednak funkcjonuje w jednym „polu usług pomocowych”, obok psychiatry, psychoterapeuty, coacha czy doradców rozwojowych. Dla wielu osób granice między tymi profesjami są nieostre, co utrudnia świadomy wybór właściwego specjalisty. Wysokie poparcie dla regulacji zawodu psychologa dowodzi, że społeczeństwo oczekuje czytelnych standardów, ochrony tytułu i jasnych zasad odpowiedzialności zawodowej.

Po drugie, wyniki ujawniają luki w wiedzy o tym, czym konkretnie zajmuje się psycholog, jakie ma przygotowanie i w jakich obszarach pracuje. W świadomości wielu osób psycholog nadal jest kojarzony głównie z kliniczną pomocą w kryzysie, a rzadziej z pracą w edukacji, organizacjach, zdrowiu publicznym czy profilaktyce. Jednocześnie osoby, które korzystały z pomocy psychologa, mają znacznie bardziej realistyczny i zniuansowany obraz zawodu – potwierdza się więc „efekt kontaktu”: doświadczenie własne redukuje stereotypy i wzmacnia zaufanie.

Po trzecie, korzystanie z pomocy psychologa wciąż nie jest standardowym elementem reagowania na trudności psychiczne czy życiowe, choć deklarowana gotowość do skorzystania z takiej pomocy rośnie. Pomoc psychologa jest wysoko oceniana przez osoby, które ją otrzymały, ale na poziomie ogólnym pozostaje zasobem wciąż niedostatecznie wykorzystywanym. Bariery obejmują m.in. wstyd, normy kulturowe (szczególnie wśród mężczyzn), brak wiedzy, kiedy „wypada” zgłosić się do psychologa oraz ograniczoną dostępność i obciążenia organizacyjne systemu.

Po czwarte, kryteria wyboru psychologa i sposoby weryfikacji jego kwalifikacji prowadzą do wniosku, że pacjenci w dużej mierze opierają się na rekomendacjach, wrażeniu osobistym i dostępności, a w mniejszym stopniu na formalnych kwalifikacjach czy certyfikatach. Odpowiedzialność za sprawdzenie kompetencji w praktyce spoczywa na osobie szukającej pomocy, przy braku prostych, systemowych narzędzi ułatwiających ten proces.

Po piąte, otrzymane wyniki badań dotyczące sytuacji, w których respondenci byliby skłonni skorzystać z pomocy psychologa, wskazują, że wciąż dominuje model reaktywny: psycholog kojarzony jest głównie z poważnym kryzysem, silnymi objawami czy „końcem możliwości radzenia sobie samemu”. Trudności relacyjne, przewlekłe obniżenie nastroju, problemy z regulacją emocji czy długotrwały stres są rzadziej postrzegane jako wystarczający powód do kontaktu z profesjonalistą.

Po szóste, postawy wobec nowych form wsparcia psychologicznego są zniuansowane. Terapia online jest oceniana ostrożnie, ale relatywnie przychylnie – szczególnie przez osoby młodsze i te, które miały już kontakt z psychologiem. Większy sceptycyzm budzą rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji, zwłaszcza w roli samodzielnego „programu terapeutycznego”. Respondenci wyraźnie odróżniają narzędzia wspierające (psychoedukacja, monitorowanie, przypomnienia) od relacji terapeutycznej z człowiekiem.

Po siódme, media odgrywają coraz ważniejszą, ale wciąż ograniczoną rolę w kształtowaniu wizerunku psychologa. Kontakt z informacjami o psychologach w mediach jest raczej umiarkowany, nieregularny i przeważa w młodszych grupach oraz wśród osób z wcześniejszym doświadczeniem pomocy. Wizerunek psychologa jest generalnie pozytywny, ale nie w pełni ugruntowany, a wiedza czerpana jest w dużej mierze z pośrednich źródeł – telewizji, Internetu, opinii bliskich – bardziej niż z bezpośredniego kontaktu. Reklamy usług psychologicznych są rzadkie, lecz społecznie akceptowane, o ile zachowują standardy etyczne.

Ogólnie rzecz ujmując, wyniki pokazują, że psycholog jest zawodem o wysokim potencjale zaufania i społecznej użyteczności, ale jego rola – zarówno w systemie ochrony zdrowia psychicznego, innych instytucjach społecznych, jak i w mediach oraz świadomości społecznej – jest nadal „w budowie”. To stwarza zarówno ryzyko (luki wiedzy, pseudopomoc, nierówności w dostępie), jak i realną szansę na mądre ukształtowanie ram prawnych, edukacyjnych i medialnych wokół zawodu psychologa.

## Rekomendacje

### **REKOMENDACJA 1: Podnoszenie *mental health literacy* i różnicowania ról**

Agencje rządowe (np. Ministerstwo Zdrowia) i organizacje branżowe (np. PTP) powinny prowadzić ogólnopolskie kampanie edukacyjne, które wyjaśniają różnice między psychologiem, psychiatrą, psychoterapeutą, coachem, prezentują przykłady problemów, z którymi warto zgłaszać się do danego specjalisty, obalają najczęstsze mity („psycholog jest dla ciężko chorych”, „terapia to wstyd” itd.). W praktyce klinicznej i poradnianej psychologowie powinni na początku współpracy krótko wyjaśniać swoją rolę, kwalifikacje i ograniczenia swych kompetencji, stosować krótkie materiały psychoedukacyjne (ulotki, broszury, wideo) przekazywane pacjentom, wykorzystywać „efekt kontaktu”, czyli informować, że wiedza wyniesiona z terapii może służyć też otoczeniu.

### **REKOMENDACJA 2: Wczesny kontakt i niskoprogowe formy wsparcia**

Państwo i samorządy powinny rozwijać niskoprogowe formy pomocy świadczonej przez psychologów, takie jak np. krótkie konsultacje, punkty pierwszego kontaktu, poradnictwo psychoedukacyjne, wsparcie w szkołach, poradniach POZ, ośrodkach środowiskowych. Szczególnie ważne jest funkcjonowanie psychologów w systemie edukacji i pediatrii. Ważne, by psycholog w szkole, współpracując z pediatrą i lekarzem rodzinnym, pełnił funkcję „centrum wczesnego rozpoznawania i reagowania” na sygnały kryzysu psychicznego. Pierwszy kontakt z psychologiem – zwłaszcza w systemie publicznym – powinien być jasno opisany (co się wydarzy, ile trwa, jakie są cele), wolny od zbędnych procedur, które mogą wzmacniać lęk i poczucie stygmatyzacji, ukierunkowany na normalizację korzystania z pomocy.

### **REKOMENDACJA 3: Wspieranie świadomego wyboru i weryfikacji kompetencji**

W niedalekiej przyszłości możliwa będzie weryfikacja kwalifikacji psychologów w Rejestrze Psychologów – rozwiązaniu przewidzianym w ustawie z 23 stycznia 2026 roku o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. 2026 poz. 187). Wspólne działania organizacji branżowych, takich jak PTP, uznanych uczelni i instytucji publicznych powinny obejmować opracowanie prostej „listy wskazówek

dla klienta” – jak sprawdzić kompetencje specjalisty, a także przygotowanie kampanii informacyjnych o zagrożeniach związanych z korzystaniem z usług osób bez kwalifikacji. Gabinety psychologiczne i instytucje zatrudniające psychologów powinny komunikować kwalifikacje w sposób zrozumiały, podawać jasne informacje na stronach internetowych, w poczekalniach, materiałach informacyjnych, unikać przy tym nieczytelnych skrótów i tytułów, które mogą mylić odbiorców.

#### **REKOMENDACJA 4: Działania ukierunkowane do grup o podwyższonych barierach**

Kampanie powinny uwzględniać zróżnicowanych adresatów i ich odmienne potrzeby. Adresowane do: (1) mężczyzn – powinny akcentować sprawczość, funkcjonalne korzyści (lepszy sen, praca, relacje), poufność, unikać wyłącznie „emocjonalnego” języka, częściej odwoływać się do ról rodzinnych i zawodowych; (2) osób starszych – powinny odwoływać się do mediów, z których oni faktycznie korzystają (telewizja, radio, prasa lokalna), pokazywać rolę psychologa w kontekście żałoby, choroby przewlekłej, opieki nad bliskim; (3) osób o niższym wykształceniu i z mniejszych miejscowości – powinny kłaść nacisk na praktyczne informacje: dokąd pójść, czy i ile to kosztuje, czy można skorzystać bezpłatnie. Konieczna jest współpraca z lekarzami POZ, szkołami, ośrodkami pomocy społecznej i organizacjami lokalnymi.

#### **REKOMENDACJA 5: Odpowiedzialna obecność w mediach i reklamie**

Środowiska zawodowe powinny wspierać psychologów w profesjonalnym funkcjonowaniu w mediach, np. poprzez szkolenia z komunikacji z mediami i odbiorcą masowym, etyki występów publicznych, podcastów, profili w mediach społecznościowych. Psychologowie w mediach powinni unikać uproszczonych diagnoz „na odległość” i sensacyjnego języka, jasno odróżniać informację edukacyjną od indywidualnej interwencji, zaznaczać granice tego, co można zrobić w formacie medialnym. Ważna jest współpraca z twórcami seriali, programów i formatów internetowych, która powinna uwzględniać konsultacje scenariuszy dotyczących zdrowia psychicznego, wprowadzanie wątków pokazujących realistyczną pracę psychologa, unikanie przedstawiania psychologa jako „cudotwórcy” lub groteskowej postaci. Reklamowanie usług psychologicznych powinno opierać się na transparentności kwalifikacji, rzetelnym opisie usług i potencjalnych efektów.

**REKOMENDACJA 6: Nowe technologie: terapia online i chatboty**

Wobec terapii online środowiska zawodowe powinny jasno komunikować, że jest to forma równoważna (w wielu obszarach) z terapią stacjonarną, o ile spełnione są standardy poufności i warunki techniczne. Ważne, aby pokazać dbałość o budowanie przymierza terapeutycznego, zwłaszcza na początku pracy. Chatboty i inne narzędzia AI warto traktować jako wspierające (psychoedukacja, samomonиторowanie, przypomnienia, triaż), a nie jako substytut terapii. Włączać je – jeśli w ogóle – w modelach „human-in-the-loop”, w których odpowiedzialność za ocenę i reagowanie w sytuacjach kryzysowych spoczywa na człowieku. Ważne jest też, by tworzyć jasne standardy bezpieczeństwa, przejrzystości działania i procedur w sytuacjach podwyższonego ryzyka. Instytucje publiczne powinny monitorować rozwój narzędzi cyfrowych w obszarze zdrowia psychicznego, tworzyć wytyczne certyfikacyjne i listy rekomendowanych rozwiązań, prowadzić badania dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa takich narzędzi w polskich warunkach.

**REKOMENDACJA 7: Współpraca międzysektorowa (międzyresortowa) i budowanie prestiżu**

Istotne jest wzmacnianie współpracy psychologów z lekarzami POZ, pielęgniarkami, ratownikami medycznymi, psychiatrami, nauczycielami, pedagogami i pracownikami socjalnymi oraz służbami mundurowymi. Należy rozwijać ścieżki wspólnego działania, takie jak jasne kryteria kierowania do psychologa dostępne w POZ, szkołach, szpitalach, krótkie materiały dla profesjonalistów innych zawodów wyjaśniające zakres kompetencji psychologa. Ważne też, by budować prestiż zawodu nie tylko przez deklaracje, ale także przez pokazywanie konkretnych efektów (np. poprawa funkcjonowania, zmniejszenie objawów, wsparcie rodzin), obecność w projektach zdrowia publicznego, programach profilaktycznych, badaniach wdrożeniowych.

Niniejsze badanie, przeprowadzone w ramach działań XXXVII Kongresu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, powinno stać się punktem wyjścia do cyklicznego monitorowania postrzegania zawodu psychologa, powtarzanego co kilka lat, śledzenia zmian w poziomie zaufania, gotowości do korzystania z pomocy, znajomości ról zawodowych. Ewaluacja działań psychologów winna opierać się nie tylko na wskaźnikach systemowych (liczba świadczeń), lecz także uwzględniać perspektywę użytkowników – ich doświadczenia, bariery, poziom satysfakcji oraz być prowadzona we współpracy ze środowiskami naukowymi, zawodowymi i instytucjami publicznymi.



# Literatura

- Aafjes-Van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Hopwood, C. J. (2023). Therapists' perception of the working alliance, real relationship and therapeutic presence in in-person therapy versus tele-therapy. *Psychotherapy Research*, 34 (5), 574–588. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2193299>
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago–London: University of Chicago Press.
- Addis, M. E., Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58 (1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- APA (2021). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/depression-guideline> (dostęp: 17.11.2025).
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 1–28. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Schomerus, G. (2016). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 208 (4), 353–359. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152348>
- Apolinário-Hagen, J., Harrer, M., Kählke, F., Fritsche, L., Salewski, C., Ebert, D. D. (2018). Public attitudes toward guided Internet-based therapies: Web-based survey study. *JMIR Mental Health*, 5 (2), e10735. <https://doi.org/10.2196/10735>
- Awan, M. A., Qureshi, M. I., Arshad, Z. (2023). Mental health literacy and help-seeking intentions: Predictive effects in formal and informal help seeking. *Frontiers in Psychology*, 14, 1183972. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1183972>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65 (1), 34–49. <https://doi.org/10.1037/a0017330>
- CBOS (2004). *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego*. Komunikat z badań. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej.
- CBOS (2017). *Jak osiągnąć sukces zawodowy?* Komunikat z badań nr 70/2017. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej.

- CBOS (2023). *Korzystanie z Internetu*. Komunikat z badań nr 59/2023. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- CBOS (2024). *O jakich zawodach dla swoich dzieci marzą Polacy?* Komunikat z badań nr 112/2024. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Cierpiakowska, L., Sęk, H. (red.). 2020. *Psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clement, S., Schuman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., 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. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15 (2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Elshaikh, A., Jönsson, J., Lauri, M. A. (2023). Older adults' help-seeking for mental health problems: A systematic review of barriers and facilitators. *Aging & Mental Health*, 27 (5), 879–893. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2076109>
- EFPA (2015). *EuroPsy: European certificate in psychology*. European Federation of Psychologists' Associations. <https://www.efpa.eu/europsy> (dostęp: 12.12.2025).
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chatterji, S., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Navarro-Mateu, F., Pennell, B.-E., Sampson, N. A., Kessler, R. C. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 48 (9), 1560–1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4 (2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, Article 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Hartwig, S. G., Delin, C. (2003). How unpopular we are? Reassessing psychologists' public image with different measures of favourability. *Australian Psychologists*, 38 (1), 68–72.
- Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40 (2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (eds). (2023). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009150860>
- Hua, Y., Siddals, S., Ma, Z., Galatzer-Levy, I., Xia, W., Hau, C., Na, H., Flathers, M., Linaudon, J., Ayubcha, C., Torous, J. (2025). Charting the evolution of artificial intelligence mental health chatbots from rule-based systems to large language models: A systematic review. *World Psychiatry*, 24 (3), 383–394. <https://doi.org/10.1002/wps.21352>

- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (5), 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67 (3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: The national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (4), 248–254. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01561.x>
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M. (2006). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: Changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (1), 36–41. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01738.x>
- Jorm, A. F., Wright, A., Morgan, A. J. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: Findings from a national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry*, 1 (1), 61–70. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166 (4), 182–186.
- Józefczyk, A., Kolakowska, A., Świętochowski, W. (2015). Predyspozycje studentów psychologii do funkcjonowania w roli zawodowej. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 19, 125–140. <https://doi.org/10.18778/1427-969X.19.07>
- Kaslow, N. J., Rubin, N. J., Bebeau, M. J., Leigh, I. W., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S. M., Smith, I. L. (2007). Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (5), 441–451. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.441>
- Kazimierska-Zajac, M., Ślósarz, L. (2022). E-therapy during a pandemic in Poland and worldwide – A temporary trend or a new reality? *E-Methodology*, 8 (8), 9–15. <https://doi.org/10.15503/emet.2021.9.15>
- Kessler, R. C., Üstün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (8), 605–613. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0024-3>
- Kessler, R. C., Wang, P. S. (2010). Epidemiology of Mental Disorders. W: I. B. Weiner, W. E. Craighead (eds), *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. New York: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0313>
- Kock, N. (2005). Media richness or media naturalness? The evolution of our biological communication apparatus and its influence on our behavior toward e-communication tools. *IEEE Transactions on Professional Communication*, 48 (2), 117–130. <https://doi.org/10.1109/TPC.2005.849649>
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> ed.). Hoboken: Wiley.
- Larsen, M. E., Nicholas, J., Christensen, H. (2021). A systematic assessment of digital tools for mental health service selection and engagement. *Journal of Medical Internet Research*, 23 (2), e23485. <https://doi.org/10.2196/23485>
- Latif, F. (2025). Implementation and progress of telemedicine in Poland: Comparative analysis with EU member states. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H – Oeconomia*, 59 (1), 113–130. <https://doi.org/10.17951/h.2025.59.1.113-130>

- Levitt, H. M., Pomerville, A., Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142 (8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Li, J., Li, Y., Hu, Y., Ma, D. C. F., Mei, X., Chan, E. A., Yorke, J. (2025). Chatbot-delivered interventions for improving mental health among young people: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/wvn.70059>
- Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., McClure, Z., Fuller-Tyszkiewicz, M. (2023). Effects of participant's choice of different digital interventions on outcomes for binge-spectrum eating disorders: A pilot doubly randomized preference trial. *Behavior Therapy*, 54 (2), 303–314. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.09.007>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10 (6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Mackenzie, C. S., Scott, T., Mather, A., Sareen, J. (2008). Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (12), 1010–1019. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818cd3be>
- McLaren, S., Jude, B., Jowett, A. (2023). Barriers to professional psychological help-seeking in later life: A qualitative meta-synthesis. *Clinical Gerontologist*, 46 (2), 123–138. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2034084>
- Mechanic, D. (2007). *Mental health and social policy: The emergence of managed care* (5<sup>th</sup> ed.). London: Pearson Education.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138 (6), e20161878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Moskalewicz, J., Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- NHS England. (2024, December 18). *NHS England launches digital clinical safety standards review*. Digital Health News. <https://www.digitalhealth.net/2024/12/nhs-england-launches-digital-clinical-safety-standards-review/> (dostęp: 15.12.2025).
- Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2019). Psychotherapy relationships that work III. W: J. C. Norcross, M. J. Lambert (eds), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>rd</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2018). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 55 (4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000199>
- OECD (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
- OECD (2022). *Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- OECD (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Osman, N., Schultze-Lutter, F., Dietrich, S. (2023). Influence of mental health literacy on help-seeking behaviour for mental health problems in a Swiss young adult community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273 (3), 649–662. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01536-6>

- Pichowicz, W., Kotas, M., Piotrowski, P. (2025). Performance of mental health chatbot agents in detecting and managing suicidal ideation. *Scientific Reports*, 15, 31652. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-17242-4>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187 (S7), S35–S39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 218–251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Rosario Webb, A., Speer, J. R. (1986). Prototype of a profession: Psychology's public image. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17 (1), 5–9.
- Rose, N. (2018). *Our psychiatric future: The politics of mental health*. Cambridge: Polity Press.
- Roth, A. D., Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (2), 129–147. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004141>
- Segrin, C., Nabi, R. L. (2002). Does television viewing cultivate unrealistic expectations about marriage? *Journal of Communication*, 52 (2), 247–263. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2002.tb02543.x>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Siddals, S., Torous, J., Coxon, A. (2024). "It happened to be the perfect thing": Experiences of generative AI chatbots for mental health. *npj Mental Health Research*, 3 (48). <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00097-4>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210 (2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Tuliao, A. P., Holyoak, K. J. (2022). Public perceptions of mental health professionals' competence and credibility: Implications for help-seeking. *Psychological Services*, 19 (4), 657–668. <https://doi.org/10.1037/ser0000575>
- FDA (2024). *Generative AI-enabled digital mental health medical devices: Considerations for safe and effective use* (FDA Discussion Paper). U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/media/189391/download> (dostęp: 15.12.2025).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2026 roku o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów, Dz. U. 2026 poz. 187.
- Vickery, A. (2024). Exploring the characteristics of men aged 55+ who use mental health community care and support services: A secondary analysis of the Adult Psychiatric Morbidity Survey in England. *Journal of Aging and Health*, 37 (1–2), 64–74. <https://doi.org/10.1177/08982643241227251>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>

- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess-Masfety, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health surveys. *The Lancet*, 370 (9590), 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- WHO (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization.
- WHO (2019). *Gender and mental health*. World Health Organization.
- WHO (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (dostęp: 10.12.2025).
- Yang, X., Ma, X., He, Z. (2024). The relationship between mental health literacy and help-seeking behaviour in young adults: The mediating role of perceived social support. *Frontiers in Psychology*, 15, 1356435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1356435>

## ZAŁĄCZNIK

# Ankieta

Witaj!

Zapraszamy Cię do udziału w badaniu, w którym pytamy o opinie i poglądy na różne tematy.

Wypełnienie ankiety zajmie około [xx] minut i zdobędziesz nagrodę o wartości [xx] punktów.

Czytaj uważnie pytania i odpowiadaj swobodnie – tak, jak naprawdę myślisz i czujesz. Gwarantujemy pełną poufność udzielonych odpowiedzi, które będą analizowane wyłącznie anonimowo w formie zbiorczych zestawień statystycznych.

Wypełnij od razu ankietę i nie rób przerw. Aby wziąć udział w badaniu, przejdź dalej.

Pozdrawiamy,  
Drużyna Ariadny

W razie problemów z obsługą badania i w celu podzielenia się uwagami na temat ankiety, prosimy o kontakt: [ariadna@panelariadna.pl](mailto:ariadna@panelariadna.pl)

[METRYCZKA POCZĄTKOWA, pytanie metodologiczne]

**[P1] Jaka jest Twoja płeć?**

- Kobieta
- Mężczyzna
- Niestandardowa (wpisz jaka)

**[P2] W jakiej formie wolisz mieć zadawane pytania w tej ankiecie? [jeśli w poprzednim pytaniu zaznaczono: „Niestandardowa”]**

- Żeńskiej – zliczać do kwot jako kobieta
- Męskiej – zliczać do kwot jako mężczyzna

**[P3] W jakim jesteś wieku? Zaznacz swój przedział wiekowy.**

- 18–24 lata
- 25–34 lata
- 35–44 lata
- 45–54 lata
- 55 lat lub więcej

**[P4] W którym roku się urodziłeś? Wpisz poniżej rok urodzenia cyframi.**

[wszyscy – pytanie uzupełniające i kontrolne]

[. . . zakres od 1922 do bieżący rok minus 14]

**[P5] W jakiej miejscowości mieszkasz? Zaznacz wielkość miejscowości, w której mieszkasz.**

- Wieś
- Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)
- Średnie miasto (od 21 do 99 tys. mieszkańców)
- Duże miasto (od 100 do 500 tys. mieszkańców)
- Wielkie miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)

**[P6] Jakie jest Twoje obecne wykształcenie (ostatnio ukończona szkoła)?**

- Podstawowe lub gimnazjalne
- Zasadnicze zawodowe
- Średnie, pomaturalne lub policealne
- Wyższe, licencjat lub ukończone studia wyższe

**[P7] W jakim województwie mieszkasz?**

- Dolnośląskie
- Kujawsko-pomorskie
- Lubelskie
- Lubuskie
- Łódzkie
- Małopolskie
- Mazowieckie
- Opolskie
- Podkarpackie
- Podlaskie
- Pomorskie
- Śląskie

- Świętokrzyskie
- Warmińsko-mazurskie
- Wielkopolskie
- Zachodniopomorskie

[PYTANIA MERYTORYCZNE]

**[P8] Jak ogólnie oceniasz osoby wykonujące poniższe zawody w Polsce? Zaznacz ocenę na skali pod każdym zawodem.**

[skala pozioma wysuwana: zdecydowanie negatywnie, raczej negatywnie, raczej pozytywnie, zdecydowanie pozytywnie]

- Psycholog
- Psychoterapeuta
- Pedagog
- Trener rozwoju osobistego (*coach*)
- Mediator
- Bioenergoterapeuta
- Fizjoterapeuta
- Ksiądz
- Lekarz pierwszego kontaktu
- Nauczyciel
- Pracownik socjalny
- Prawnik
- Psychiatry
- Ratownik medyczny
- Wróżka
- Pielęgniarka lub pielęgniarz
- Terapeuta uzależnień

**[P9] A w jakim stopniu ufasz osobom wykonującym poniższe zawody w Polsce? Zaznacz ocenę na skali pod każdym zawodem.**

[skala pozioma wysuwana: w ogóle nie ufam, raczej nie ufam, raczej ufam, zdecydowanie ufam]

- Psycholog
- Psychoterapeuta
- Pedagog
- Trener rozwoju osobistego (*coach*)
- Mediator
- Bioenergoterapeuta
- Fizjoterapeuta
- Ksiądz

- Lekarz pierwszego kontaktu
- Nauczyciel
- Pracownik socjalny
- Prawnik
- Psychiatry
- Ratownik medyczny
- Wróżka
- Pielęgniarka lub pielęgniarz
- Terapeuta uzależnień

**[P10] Na ile orientujesz się, czym zajmują się psychologzy?**

- W ogóle nie orientuję się
- Raczej nie orientuję się
- Raczej się orientuję
- Bardzo dobrze się orientuję

[jeśli wcześniej zaznaczono inną odpowiedź niż: „W ogóle nie orientuję się”]

**[P11] Czym według Ciebie zajmują się psychologzy? Opisz poniżej, jak wydaje Ci się w tej chwili, z czym kojarzy Ci się zawód psychologa lub na czym polega praca psychologa lub psycholożki.**  
[pytanie otwarte, 1/3 strony na odpowiedź]

**[P12] Jaki jest Twój osobisty stosunek do psychologów?**

- Zdecydowanie negatywny
- Raczej negatywny
- Obojętny
- Raczej pozytywny
- Zdecydowanie pozytywny

[POCZĄTEK ROTACJI PYTAŃ W BLOKU]

**[P13] Czy według Twojej obecnej wiedzy psychiatra i psycholog to takie same zawody, czy różnią się od siebie? Nie sprawdzaj – zaznacz tak, jak Ci się wydaje w tej chwili.**

- To różne zawody wymagające innego wykształcenia i obejmujące inny zakres konsultacji
- To takie same zawody wymagające podobnego wykształcenia i obejmujące podobny zakres konsultacji
- Nie wiem, nie jestem pewien [nie rotuje]

**[P14] Czy według Twojej obecnej wiedzy psychoterapeuta i psycholog to takie same zawody, czy różnią się od siebie? Nie sprawdzaj – zaznacz tak, jak Ci się wydaje w tej chwili.**

- To różne zawody wymagające innego wykształcenia i obejmujące inny zakres konsultacji
- To takie same zawody wymagające podobnego wykształcenia i obejmujące podobny zakres konsultacji
- Nie wiem, nie jestem pewien [nie rotuje]

**[P15] Które z poniższych stwierdzeń na temat zawodu psychoterapeuty są prawdziwe według Twojej obecnej wiedzy? Nie sprawdzaj – zaznacz tak, jak Ci się wydaje w tej chwili, wszystkie, które uważasz za prawdziwe.**

- Psychoterapeuta zawsze ma wykształcenie psychologiczne, czyli psychoterapeuta jest psychologiem
- Psychoterapeuta nie musi mieć wykształcenia psychologicznego, czyli psychoterapeuta nie musi być psychologiem
- Nie wiem, nie jestem pewien

**[P16] Jakie wykształcenie powinno według Ciebie uprawniać do wykonywania zawodu psychoterapeuty w Polsce?**

- Tylko psychologiczne po ukończeniu dodatkowo szkoły psychoterapii
- Psychologiczne lub psychiatryczne bez konieczności ukończenia szkoły psychoterapii
- Psychologiczne lub psychiatryczne po ukończeniu dodatkowo szkoły psychoterapii
- Dowolne wykształcenie wyższe po ukończeniu dodatkowo szkoły psychoterapii
- Trudno powiedzieć, nie wiem

**[P17] Czy popierasz pomysł, aby zawód psychoterapeuty w Polsce mogły wykonywać osoby po dowolnych studiach wyższych pod warunkiem ukończenia dodatkowo podyplomowej szkoły psychoterapii?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P18] Czy psychologdy są według Ciebie potrzebni w podanych poniżej miejscach? Zaznacz ocenę na skali pod każdym z nich.** [skala pozioma wysuwana: zdecydowanie nie, raczej nie, raczej tak, zdecydowanie tak, trudno powiedzieć]

- Szkoły
- Sądy
- Ochrona zdrowia
- Policja
- W mojej pracy, w miejscu zatrudnienia
- Wojsko
- Przedszkola
- Uczelnie wyższe
- Pomoc społeczna
- Biznes

**[P19] Jak Ci się wydaje – jakie usługi świadczą osoby, które ukończyły magisterskie studia psychologiczne? Zaznacz wszystkie usługi, jakie według Ciebie świadczą psychologdy po ukończeniu studiów.**

- Diagnoza psychologiczna
- Porady psychologiczne
- Rozmowy wspierające
- Interwencja kryzysowa
- Treningi psychologiczne
- Opiniowanie na potrzeby instytucji (sądy, prokuratura, ZUS)
- Psychoterapia
- Porady psychodietetyczne
- Terapia pedagogiczna
- Diagnoza pedagogiczna
- Stawianie diagnoz medycznych
- Doradztwo zawodowe
- Coaching
- Warsztaty rozwoju osobistego
- Wystawianie recept
- Mediacje i negocjacje
- HR, zarządzanie kadrami
- Wykonywanie testów psychologicznych
- Prowadzenia badań naukowych
- Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]
- Trudno powiedzieć [nie wiem]

**[P20] Które z poniższych specjalizacji psychologicznych są Ci znane choćby tylko ze słyszenia? Zaznacz wszystkie specjalizacje psychologiczne, jakie kojarzysz.**

- Psychologia kliniczna
- Psychologia zdrowia
- Psychologia sądowa
- Psychologia dzieci i młodzieży
- Psychologia wychowawcza i edukacyjna
- Psychologia organizacji i pracy
- Psychologia społeczna
- Psychologia poznawcza
- Psychologia osobowości
- Psychologia różnic indywidualnych
- Neuropsychologia
- Psychologia sportu
- Psychotraumatologia
- Psychologia uzależnień
- Psychologia międzykulturowa lub kulturowa
- Psychologia środowiskowa
- Psychologia kryzysu i interwencji kryzysowej
- Psychologia sędowo-śledcza
- Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]
- Nie znam żadnej [nie wiem]

**[P21] Czy kiedykolwiek korzystałeś z pomocy psychologa lub psycholożki?**

- Nie
- Tak

[jeśli tak]

**[P22] Kiedy ostatnio korzystałeś z pomocy psychologa lub psycholożki?**

- W ciągu ostatniego miesiąca
- 1–3 miesiące temu
- 4–6 miesięcy temu
- 7–12 miesięcy temu
- Ponad rok temu

[jeśli kiedykolwiek korzystano z usług psychologa]

**[P23] Czy jesteś zadowolony z pomocy, jaką uzyskałeś podczas ostatniego kontaktu z psychologiem lub psycholożką?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Trochę nie, a trochę tak
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak

[jeśli kiedykolwiek korzystano z usług psychologa]

**[P24] Czy przed umówieniem wizyty u psychologa sprawdzałeś, jakie ma ukończone studia lub dodatkowe szkolenia?**

- Nie
- Tak
- Nie pamiętam [nie rotuje]

**[P25] Na ile poniższe stwierdzenia pasują według Ciebie do psychologów? Zaznacz ocenę na skali pod każdym stwierdzeniem.**

[skala pozioma wysuwana: zdecydowanie negatywnie, raczej negatywnie, raczej pozytywnie, zdecydowanie pozytywnie]

- Kompetentni
- Etyczni
- Bazują na wiedzy naukowej
- Posługują się intuicją
- Trafnie diagnozują problemy człowieka
- Udzielają skutecznej pomocy
- Empatyczni
- Rozumiejący
- Manipulujący
- Akceptujący (nieoceniający)
- Autentyczni
- Cierpliwi
- Uważni
- Otwarci
- Skuteczni
- Nastawieni na pieniądze (zarabianie)

**[P26] Jakie cechy powinien według Ciebie mieć idealny psycholog? Zaznacz do pięciu najważniejszych cech.**

- Kompetentny
- Etyczny

- 
- Bazuje na wiedzy naukowej
  - Posługuje się intuicją
  - Trafnie diagnozuje problemy człowieka
  - Udziela skutecznej pomocy
  - Empatyczny
  - Rozumiejący
  - Manipulujący
  - Akceptujący (nieoceniający)
  - Autentyczny
  - Cierpliwy
  - Uważny
  - Otwarty
  - Skuteczny
  - Nastawiony na pieniądze (zarabianie)
  - Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]
  - Trudno powiedzieć [nie rotuje]

**[P27] Wyobraź sobie, że podejmujesz decyzję o umówieniu się na wizytę do psychologa. Na co zwracasz uwagę w pierwszej kolejności, wybierając psychologa? Zaznacz do pięciu najważniejszych elementów.**

- Płeć
- Wiek
- Doświadczenie
- Wykształcenie
- Certyfikaty, kursy
- Odległość od miejsca zamieszkania
- Cena za wizytę
- Opinie w Internecie
- Podejście (nurt), w jakim pracuje
- Specjalizacja
- Opinia rodziny lub znajomych
- Dostępność, termin wizyty
- Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]

**[P28] W jakich sytuacjach byłbyś skłonny skorzystać z pomocy psychologa? Zaznacz wszystkie takie sytuacje lub wpisz inne.**

- Depresja, smutek, przygnębienie
- Lęki, ataki paniki, niepokój
- Poczucie pustki lub bezsensu

- Kryzys tożsamości lub życiowy
- Żałoba, strata bliskiej osoby
- Problemy z kontrolą emocji (złość, impulsywność)
- Konflikty rodzinne, partnerskie, zawodowe
- Przemoc psychiczna lub fizyczna w związku
- Trudności w nawiązywaniu relacji
- Rozstania, rozwody, zdrady
- Samotność i izolacja społeczna
- Potrzeba rozwoju osobistego
- Praca nad samooceną i pewnością siebie
- Poszukiwanie sensu życia i wartości
- Rozwój inteligencji emocjonalnej
- Wsparcie w podejmowaniu ważnych decyzji
- Zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia)
- PTSD (zespół stresu pourazowego)
- ADHD, spektrum autyzmu (np. zespół Aspergera) u dorosłych
- Uzależnienia (alkohol, narkotyki, Internet, hazard itp.)
- Problemy dziecka w nauce, nadpobudliwość
- Trudności adaptacyjne dziecka (np. po rozwodzie rodziców)
- Lęki szkolne, mutyzm, zachowania agresywne dziecka
- Brak koncentracji, niska samoocena u dziecka
- Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]
- Nie jestem skłonny skorzystać z pomocy psychologa w żadnej sytuacji [nie rotuje]

**[P29] Co najbardziej Cię zachęca do skorzystania z pomocy psychologa? Opisz główne powody.** [pytanie otwarte]

**[P30] A co najbardziej Cię zniechęca do (powstrzymuje od) skorzystania z pomocy psychologa? Opisz główne powody.** [pytanie otwarte]

**[P31] Czy według Ciebie korzystanie z pomocy psychologa („chodzenie do psychologa”) może być stygmatyzujące (piętnujące) i negatywnie odbierane przez innych ludzi?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P32] Czy słyszałeś o zdalnych poradach psychologicznych, czyli udzielaniu konsultacji przez Internet podczas spotkania online?**

- Nie
- Tak

**[P33] Jak ocenisz skuteczność zdalnych porad psychologicznych przez Internet w porównaniu do bezpośrednich spotkań z psychologiem?**

- Konsultacje online są tak samo skuteczne jak spotkania bezpośrednie
- Konsultacje online są bardziej skuteczne niż spotkania bezpośrednie
- Konsultacje online są mniej skuteczne niż spotkania bezpośrednie
- Trudno powiedzieć [nie rotuje]

**[P34] Jaki sposób skorzystania z usług psychologa wolałbyś bardziej, gdybyś miał taką potrzebę, a cena byłaby taka sama?**

- Spotkanie online
- Spotkanie bezpośrednie
- Trudno powiedzieć [nie rotuje]

**[P35] Czy słyszałeś o stosowaniu asystentów AI w poradnictwie psychologicznym? Chodzi np. o tzw. chatboty terapeutyczne, czyli programy oparte na sztucznej inteligencji zaprojektowane do prowadzenia rozmowy terapeutycznej.**

- Nie
- Tak

**[P36] Czy Ty osobiście byłąś skłonny skorzystać z programu terapeutycznego opartego na sztucznej inteligencji w razie problemów natury psychologicznej?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P37] Czy interesujesz się psychologią?**

- W ogóle się nie interesuję
- Słabo się interesuję

- Średnio się interesuję
- Dość mocno się interesuję
- Bardzo się interesuję

**[P38] Czy Ty osobiście chciałbyś być psychologiem, jeśli byłaby taka możliwość?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P39] Wyobraź sobie, że Twoje dziecko zastanawia się nad wyborem studiów wyższych. Czy polecilibyś swojemu dziecku studiowanie psychologii?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P40] Czy według Ciebie zawód psychologa jest prestiżowy?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P41] Czy w Twojej ocenie psycholog to zawód zaufania społecznego?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P42] Kto według Twojej obecnej wiedzy może świadczyć usługi psychologiczne w Polsce? Zaznacz tak, jak Ci się wydaje w tej chwili. Możesz wybrać więcej niż jedną opcję, jeśli tak uważasz.**

- Osoba po studiach magisterskich na kierunku psychologia

- Osoba po dowolnych studiach, która ukończyła potem szkolenie z psychologii
- Osoba po dowolnych studiach, która ukończyła potem szkołę psychoterapii
- Osoba po studiach medycznych, która ukończyła potem szkolenie z psychologii
- Osoba po studiach medycznych, która ukończyła potem szkołę psychoterapii
- Dowolna osoba, która uważa, że ma wiedzę psychologiczną
- Nie wiem, trudno powiedzieć [nie rotuje]

**[P43] Czy psychoterapia jest według Ciebie usługą psychologiczną? Zaznacz tak, jak uważasz w tej chwili.**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć, nie wiem

**[P44] Jakie nurty terapeutyczne w psychoterapii są Ci znane choćby tylko ze słyszenia? Zaznacz wszystkie, jakie kojarzysz.**

- Psychodynamiczne
- Psychoanalityczne
- Poznawczo-behawioralne (CBT)
- Humanistyczne
- Egzystencjalne
- Gestalt
- Systemowe
- Integracyjne
- Ericksonowskie
- Terapia schematów
- Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR/SFBT)
- Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT)
- Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)
- Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)
- Psychoterapia narracyjna
- Psychoterapia krótkoterminowa skoncentrowana na emocjach (EFT)
- Psychoterapia analityczno-zorientowana (Junga)
- Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]
- Nie znam żadnych [nie rotuje]

**[P45] Czy kiedykolwiek natknąłeś się na osobę, która podawała się za psychologa, choć nie ukończyła wyższych studiów magisterskich z psychologii?**

- Nie
- Tak

**[P46] Jaki jest Twój stosunek do wykonywania zawodu psychoterapeuty przez osoby, które nie mają wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego?**

- Zdecydowanie negatywny
- Raczej negatywny
- Obojętny
- Raczej pozytywny
- Zdecydowanie pozytywny

**[P47] Czy według Ciebie w Polsce powinno być dozwolone wykonywanie zawodu psychoterapeuty przez osoby, które nie mają wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak

**[P48] Na ile ważną rolę odgrywają psychologowie w społeczeństwie? Na ile praca psychologów jest według Ciebie ważna?**

- W ogóle nieważna
- Mało ważna
- Średnio ważna
- Dość ważna
- Bardzo ważna
- Trudno powiedzieć

**[P49] Czy według Ciebie zawód psychologa powinien być regulowany i prawnie chroniony? Innymi słowy, czy powinny istnieć prawne wymogi, jakie należy spełnić, aby zostać psychologiem, np. w zakresie wykształcenia, kwalifikacji, egzaminów zawodowych, wpisu do odpowiedniego rejestru?**

- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak

- Zdecydowanie tak
- Trudno powiedzieć

**[P50] Jak często napotykasz informacje o psychologach w różnych mediach, np. w Internecie, telewizji, radiu lub prasie?**

- Niemal codziennie
- 2–3 razy w tygodniu
- Raz w tygodniu
- 2–3 razy w miesiącu
- Raz w miesiącu
- Raz na 2–3 miesiące
- Raz na pół roku (6 miesięcy)
- Raz na rok
- Rzadziej niż raz na rok
- Nigdy

**[P51] W jaki sposób obecność psychologów w mediach wpływa na wizerunek zawodu psychologa i autorytet?**

- Zdecydowanie negatywnie
- Raczej negatywnie
- Raczej pozytywnie
- Zdecydowanie pozytywnie
- Trudno powiedzieć

**[P52] Co w największym stopniu wpływa na Twoją wiedzę o psychologach i kształtuje opinię na ich temat? Zaznacz do trzech najważniejszych elementów lub wpisz inne.**

- Internetowe serwisy informacyjne
- Media społecznościowe (np. Facebook, Instagram, TikTok)
- Podcasty
- Radio
- Prasa drukowana
- Telewizja
- Filmy lub seriale
- Serwisy internetowe poświęcone psychologii
- Drukowane czasopisma psychologiczne
- Opinia rodziny lub znajomych
- Bezpośredni kontakt z psychologami
- Inne (wpisz jakie) [nie rotuje]

**[P53] Jak często napotykasz reklamy usług psychologicznych?**

- Niemal codziennie
- 2–3 razy w tygodniu
- Raz w tygodniu
- 2–3 razy w miesiącu
- Raz w miesiącu
- Raz na 2–3 miesiące
- Raz na pół roku (6 miesięcy)
- Raz na rok
- Rzadziej niż raz na rok
- Nigdy

**[P54] Jaki jest Twój stosunek do reklamowania usług psychologicznych?**

- Zdecydowanie negatywny
- Raczej negatywny
- Obojętny
- Raczej pozytywny
- Bardzo pozytywny

**[P55] Z którym stwierdzeniem zgadzasz się bardziej?**

- Reklamowanie usług psychologicznych jest przejawem profesjonalnego dotarcia z ofertą do osób zainteresowanych
- Reklamowanie usług psychologicznych jest kontrowersyjne i moim zdaniem nie powinno mieć miejsca

**[P56] Jakie znasz organizacje lub stowarzyszenia zrzeszające psychologów? Wpisz poniżej wszystkie nazwy, jakie w tej chwili pamiętasz. [pytanie otwarte – 8 pól na odpowiedzi]**

- Nie znam żadnej

**[P57] A które z poniższych organizacji lub stowarzyszeń są Ci znane choćby tylko ze słyszenia? Zaznacz wszystkie, jakie znasz, nawet jeśli wymieniłeś je już w poprzednim pytaniu.**

- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP)
- Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów (OZZP)
- Polskie Stowarzyszenie Studentów i Absolwentów Psychologii (PSSiAP)
- Stowarzyszenie Psychologów Sądowych w Polsce (SPSWP)
- Stowarzyszenie Psychologów Transportu w Polsce (SPT)

- Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich (SPCh)
- Polskie Towarzystwo Psychologii Klinicznej (PTPK)
- Nie znam żadnego z wymienionych

**[P58] Czy wiesz, gdzie w razie potrzeby zgłosić niewłaściwe, podejrzanе lub nieetyczne zachowanie psychologa?**

- Nie
- Tak

[jeśli tak]

**[P59] Gdzie zgłosiłbyś niewłaściwe, podejrzanе lub nieetyczne zachowanie psychologa? Wpisz poniżej.** [pytanie otwarte]

[METRYCZKA KOŃCOWA]

**[P60] Jaki jest Twój obecny status zawodowy?**

- Pracuję na umowę o pracę, zlecenie lub dzieło
- Prowadzę własną działalność gospodarczą
- Bezrobotny
- Emeryt lub rencista
- Uczeń lub student
- Zajmuję się prowadzeniem domu
- Inny (wpisz jaki)

**[P61] Ile osób włącznie z Tobą zamieszkuje w Twoim gospodarstwie domowym? Zaznacz.**

- Jedna (tylko ja)
- Dwie
- Trzy
- Cztery
- Pięć
- Sześć lub więcej (wpisz ile)

**[P62] Jakie są mniej więcej Twoje miesięczne dochody netto (na rękę)?**

- Brak dochodu
- do 1000 zł
- od 1001 do 2000 zł
- od 2001 do 3000 zł
- od 3001 do 4000 zł
- od 4001 do 5000 zł

- od 5001 do 7500 zł
- od 7501 do 10 000 zł
- Powyżej 10 000 zł
- Odmawiam odpowiedzi

**[P63] Które z podanych określeń najlepiej oddaje sytuację materialną Twojej rodziny?**

- Pieniądzy nie wystarcza nawet na najpilniejsze potrzeby
- Musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, aby pieniędzy starczyło na życie
- Na co dzień pieniądze wystarcza, ale nie stać nas na większe wydatki
- Pieniądzy wystarcza na wszystkie wydatki, a część możemy odłożyć
- Jesteśmy zamożni, możemy sobie pozwolić nawet na większe wydatki

**[P64] Jaki jest Twój stan cywilny? Zaznacz.**

- Wolny (singiel)
- W związku małżeńskim
- W związku nieformalnym
- Inny (wpisz jaki) [nie rotuje]

**[P65] Czy masz dzieci?**

- Nie
- Tak

[jeśli ma dzieci]

**[P66] Ile masz dzieci?**

- Jedno
- Dwoje
- Troje
- Czworo
- Pięcioro
- Sześcioro lub więcej

[jeśli ma dzieci]

**[P67] W jakim wieku są Twoje dzieci?**

- 0–1
- 2–5 lat

- 6–10 lat
- 11–15 lat
- 16–18 lat
- 19–24 lat
- Powyżej 25 lat

SKŁAD I ŁAMANIE  
*Munda – Maciej Torz*

KOREKTA TECHNICZNA  
*Wojciech Grzegorzczak*

PROJEKT OKŁADKI  
*Anna Nachowska*

Rysunek na okładce autorstwa Johanna Tavenraata (Rijksmuseum, Amsterdam)

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego  
90-237 Łódź, ul. Matejki 34A  
[www.wydawnictwo.uni.lodz.pl](http://www.wydawnictwo.uni.lodz.pl)  
e-mail: [ksiegarnia@uni.lodz.pl](mailto:ksiegarnia@uni.lodz.pl)  
tel. 42 635 55 77

Eleonora Bielawska-Batorowicz  
Beata Krzywosz-Rynkiewicz  
Katarzyna Nowakowska-Domagala  
Marta Znajmiecka  
Tomasz Baran

# PSYCHOLOG W OCZACH POLAKÓW

Raport *Psycholog w oczach Polaków: między profesjonalizmem a stereotypami* to pierwsza tak obszerna prezentacja tego, jak postrzegani są psychologowie i ich praca. Opinie reprezentatywnej grupy Polek i Polaków zebrano za pośrednictwem Ogólnopolskiego Panelu Badawczego Ariadna. Projekt badania opracowano w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego we współpracy z Komitetem Naukowym XXXVII Kongresu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Zebrane dane ukazują doświadczenia, potrzeby i bariery w zakresie korzystania z pomocy psychologicznej, rozumienie roli zawodowej psychologa i zawodów pokrewnych, postawy wobec nowoczesnych form pomocy psychologicznej oraz funkcję mediów w kształtowaniu publicznego wizerunku psychologa. Wyniki badania umożliwiły porównanie wskazań całej grupy respondentów z opiniami osób, które kiedykolwiek korzystały z pomocy psychologicznej.

Obraz zawodu psychologa wyłaniający się z przeprowadzonego badania jest korzystny. Profesjonalne kompetencje i społeczna przydatność psychologów są oceniane wysoko. Uchwalenie w dniu 23 stycznia 2026 roku ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów to ważny krok na drodze do dalszego porządkowania zasad wykonywania zawodu psychologa, który – jak pokazuje raport – jest postrzegany jako zawód zaufania publicznego.

 WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu  
ŁÓDZKIEGO

 [wydawnictwo.uni.lodz.pl](http://wydawnictwo.uni.lodz.pl)  
 [ksiegarnia@uni.lodz.pl](mailto:ksiegarnia@uni.lodz.pl)  
 (42) 665 58 63



Książka dostępna również  
jako e-book

