

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

Факультет психології
Кафедра експериментальної та прикладної психології

**ПАРАМЕТРИ ЦИФРОВОЇ ПОВЕДІНКИ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ ТА
ДИСМОРФОФОБІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ В МОЛОДІ**

Випускна кваліфікаційна робота магістра

Спеціальність: 053 Психологія
«Нейропсихологія»

Харченко Анастасія Вадимівна

Науковий керівник
доцент кафедри експериментальної
та прикладної психології

Ягіяєв Ілля Ігорович

Допустити до захисту в ЕК
кафедра експериментальної та прикладної
психології

Протокол від

Завідувач кафедри:

кандидат психологічних наук, доцент

Малишева Каріне Олегівна

_____ (підпис)

ЗМІСТ

Вступ	4
Розділ 1. Дисморфофобічний розлад та його нейропсихологічні кореляти	8
1.1 Теоретичні засади вивчення дисморфофобічного розладу.....	8
1.2 Нейропсихологічні аспекти та діагностика дисморфофобічного розладу.....	13
1.3 Роль перфекціонізму у формуванні дисморфофобічних тенденцій	18
1.4 Соціальні мережі як фактор впливу на розвиток дисморфофобічних тенденцій.....	21
Висновки до 1 розділу.....	23
Розділ 2. Емпіричне дослідження зв'язку між використанням соціальних мереж та дисморфофобічними тенденціями в молоді.....	25
2.1 Програма та методичний інструментарій емпіричного дослідження.....	25
2.2 Етапи емпіричного дослідження.....	28
2.2.1 Дослідження наявності дисморфофобічних тенденцій	28
2.2.2 Дослідження використання соціальних мереж	29
2.2.3 Дослідження інших супутніх чинників.....	33
2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження зв'язку між використанням соціальних мереж та дисморфофобічними тенденціями в молоді	35
Висновки до 2 розділу.....	40
Розділ 3. Формування позитивного образу тіла: психологічні та поведінкові підходи	42
3.1 Практичні рекомендації щодо зменшення негативного впливу соціальних мереж на сприйняття власного тіла.....	42
3.2 Психологічні та нейропсихологічні методи корекції негативного сприйняття власного тіла.....	44
Висновки до 3 розділу.....	50
Висновки	52
Перелік джерел.....	54

ВСТУП

Актуальність дослідження. У більшості світових культур саме тілесність відіграє центральну роль у формуванні самосприйняття, міжособистісних стосунків та соціальної ідентичності (Cash & Pruzinsky, 2002). Формування образу тіла розпочинається вже в ранньому дитинстві й надалі зазнає трансформацій шляхом свідомого та підсвідомого порівняння ідеального та реального образу тіла, що відбувається під впливом засобів масової інформації, культури, близьких людей та інших факторів (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999; Hale & Smith, 2012).

Хоча увага до власного тіла і є нормальним феноменом, надмірна стурбованість зовнішнім виглядом може свідчити про наявність психічного розладу. В медіапросторі особлива увага приділяється розладам харчування, таким як нервова анорексія та нервова булімія. Водночас, найбільш поширеним розладом, що безпосередньо стосується сприйняття власного тіла є дисморфофобічний розлад, якому і буде присвячене моє дослідження.

Дисморфофобічний розлад тіла, або ж дисморфофобія (BDD, body dysmorphic disorder), це стан, який характеризується стурбованістю людини одним або кількома уявними дефектами або недоліками своєї зовнішності, які, на її думку, виглядають потворними, непривабливими, ненормальними або деформованими (American Psychiatric Association, 2013). Дисморфофобічний розлад може суттєво впливати на повсякденне життя людини - в особи значно зростає рівень дистресу, схильність до появи депресивного стану та, як наслідок, ризик самогубства. За даними, що представлені Phillips (2007), близько 80% людей, які мають діагностований дисморфофобічний розлад, мають суїцидальні думки впродовж життя, а чверть з них, від 24% до 28%, здійснювали спроби самогубства. Навіть зважаючи на те, що дані про завершені самогубства є обмеженими, рівень самогубств оцінюється вченою як помітно високий. Цей факт лише підкреслює важливість розпізнавання, діагностування та ефективного лікування дисморфофобічного розладу.

Дисморфофобічний розлад є предметом активних досліджень у сфері клінічної

психології та психіатрії. Важливий внесок у вивчення цього розладу зробили такі вчені, як Енріко Морселлі, П'єр Жане, Кетрін Філіпс та Девід Вейл, що вивчали його симптоматику, етіологію та методи лікування. Окрему увагу в роботах вчених було приділено взаємозв'язку цього розладу з obsесивно-компульсивними розладами, тривожністю та депресією.

В наш час предметом досліджень стає також і вплив цифрових технологій, які є частиною нашого повсякденного життя. Для психологів представляє значний інтерес проблема впливу соціальних мереж на різні сфери життя людини, серед іншого й на формування образу власного тіла. Дослідження здебільшого фокусуються на загальному впливі соціальних мереж на самооцінку, тоді як безпосередній зв'язок між активністю у цифровому середовищі та симптомами дисморфофобічного розладу залишається недостатньо вивченим.

На мою думку, в українському контексті бракує наукових робіт, які б досліджували цей взаємозв'язок серед молоді. В Україні найбільш активними користувачами соціальних мереж є особи віком від 15 до 24 років - серед цієї вікової групи частка користувачів Інтернету становить 97% (Економічна правда, 2019). Разом із цим, Vjornsson та колеги (2013) дослідили, що дисморфофобічний розлад зазвичай виникає в підлітковому віці, і близько 45% підлітків мають діагностований розлад (це вдвічі більше ніж серед дорослих). Можу припустити, що молодь є тією віковою групою, де вірогідно існуючий зв'язок між наявністю симптомів дисморфофобічного розладу та використанням соціальних мереж буде найбільше помітний, що обумовлює мій вибір саме цієї групи для свого дослідження.

Це дослідження, на мій погляд, буде корисним для розуміння зв'язку між активним використанням соціальних мереж та наявністю симптомів дисморфофобії й розробки ефективних стратегій профілактики негативного впливу соціальних мереж на психоемоційний стан молоді.

Розуміння механізмів взаємозв'язку між соціальними мережами та дисморфофобічним розладом може допомогти психологам, працівникам медичної сфери, педагогам та батькам у

підтримці здорового формування самооцінки у молодого покоління. Крім того, я вважаю, що результати цього дослідження можуть бути корисними для розробників соціальних платформ щодо розуміння шляху оптимізації алгоритмів та впровадження функцій, що сприятимуть психологічному благополуччю користувачів, зменшуючи ризики розвитку психічних розладів.

Дані були зібрані мною за допомогою програмного забезпечення «Google Forms», що дозволило охопити широку вибірку молоді. Учасниками дослідження переважно є студенти та клієнти центру лікування розладів харчової поведінки «Redefine».

Для оцінки рівня залученості опитаних до соціальних мереж, мотивів їх використання, особистісних характеристик та симптомів дисморфофобічного розладу я застосувала валідизовані психодіагностичні методики: Шкала залучення молоді до соціальних мереж (SMES-A), Опитувальник щодо залучення до соціальних мереж (SMEQ), Шкала мотивації до користування соціальними мережами (Motivation Scale for Using Social Network Sites), Велика тривимірна шкала перфекціонізму (в адаптації Т. Грубі) та Шкала симптомів дисморфофобічного розладу (BDD-SS). Також я провела збір соціометричних даних для аналізу вибірки. Мною були розроблені питання, що мали на меті визначити, якими соціальними мережами особа користується найбільше та характер її залученості (регулярність використання, тривалість використання, вид активності, кількість підписників та доступність аккаунту, використання фільтрів, а також емоційний стан).

Аналіз даних проводився в програмі «Jamovi» відповідно до таких процедур: визначення описових статистик, перевірка надійності-узгодженості з використанням альфа Кронбаха, конфірмаційний факторний аналіз, кореляційний аналіз Пірсона, лінійний регресійний аналіз, та регресійний аналіз з аналізом медіації.

Мета дослідження - визначити зв'язок між використанням соціальних мереж та симптомами дисморфофобічного розладу серед молоді.

Об'єкт дослідження - симптоми дисморфофобічного розладу.

Предмет дослідження - зв'язок між використанням соціальних мереж та симптомами дисморфофобічного розладу в молоді.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до вивчення дисморфофобічного розладу та його вікову специфіку у молоді.
2. Дослідити рівень поширеності симптомів дисморфофобічного розладу серед активних користувачів соціальних мереж.
3. Визначити роль перфекціонізму як медіатора у взаємозв'язку між використанням соціальних мереж та вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу.
4. Розробити рекомендації щодо мінімізації негативного впливу соціальних мереж на психоемоційний стан молоді.

РОЗДІЛ 1. ДИСМОРФОФОБІЧНИЙ РОЗЛАД ТА ЙОГО НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ

1.1 Теоретичні засади вивчення дисморфофобічного розладу

Історично термін «дисморфофобія» вперше був запропонований італійським психіатром Енріко Морселлі у 1891 році. Це слово має походження від грецького «*dysmorphia*», що в перекладі означає «потворність» (Nicewicz, Torrigo, & Boutrouille, 2024). Першу згадку слова «дисморфія» можна знайти в творах Геродота, а саме в книзі «Історії», де згадується міф про «найпотворнішу дівчину Спарти» (Herodotus, 2013).

Морселлі використовував цей термін для опису осіб, що вважають себе фізично непривабливими, попри відсутність явних деформацій. У своїй праці він окреслював цей розлад як нав'язливу ідею щодо власної фізичної спотвореності, яка виникає раптово, фіксується у свідомості й супроводжується інтенсивними емоційними переживаннями, подібними до відчуття глибокої внутрішньої трагедії (Nicewicz, Torrigo, & Boutrouille, 2024).

Наступна значуща історична згадка про дисморфофобію належить французькому психіатру П'єру Жане, який описав випадок жінки, що впродовж п'яти років жила в ізоляції від зовнішнього світу. Вона була переконана, що має вуса, через що зазнавала серйозних труднощів у спілкуванні. Жінку постійно переслідувала думка, що сусіди насміхатимуться з її зовнішності, викриваючи її «дефектність». Страх осуду був настільки сильним, що неодноразово призводив до спроб самогубства (Franga et al., 2017).

П'єр Жане класифікував цей стан як різновид obsесивно-компульсивного неврозу, який він описав як «*l'obsession de la honte du corps*», що перекладається як «одержимість соромом тіла». Аналізуючи цей клінічний випадок, психіатр приділив особливу увагу стилю батьківського виховання. Він підкреслював, що авторитарність матері, високі очікування та відсутність підтримки могли спровокувати в жінки появу глибокого почуття сорому, що згодом трансформувалося в неприйняття власного тіла (Franga et al., 2017).

Жінка, яку досліджував П'єр Жане, досить швидко одужала завдяки лікуванню, яке

проводив її чоловік під керівництвом психіатра. Терапія включала вправи, спрямовані на підвищення мотивації та розвиток здатності до концентрації уваги з метою подолання проявів надмірної сором'язливості (Franca et al., 2017).

Зигмунд Фройд детально описав клінічний випадок, відомий як «людина-вовк». Його пацієнтом був російський аристократ, який страждав від нав'язливих думок про уявні дефекти носа, що спричиняли пацієнту глибокий соціальний дискомфорт. Чоловік мав повторюваний сон про білих вовків, які сиділи на голих гілках й пильно дивилися на нього через вікно спальні. У своїй інтерпретації Фройд припускав, що ніс пацієнта символізує його пеніс, а сам симптом вказував на несвідоме бажання бути кастрованим і перетвореним на жінку (Colton, 2025).

Згодом Рут Брансвік, американська психоаналітикиня та послідовниця психоаналітичної школи Зигмунда Фрейда, продовжила роботу над випадком «людини-вовка». Брансвік співпрацювала з Фройдом і брала участь у подальшому аналізі його пацієнтів, в саме вивчала динаміку їхніх симптомів після завершення первинної терапії. Психіатриня зазначала, що чоловік був настільки поглинений ідеєю про дефектність свого носа, що безперервно розглядав себе в дзеркалі. Така нав'язлива поведінка призводила до нехтування повсякденними обов'язками та професійною діяльністю. У підсумку сам пацієнт стверджував, що йому вдалося подолати ці нав'язливі думки, коли він примусив себе припинити дивитися у дзеркало (Nicewicz, Torrico, & Boutrouille, 2024).

Аналіз наведених історичних прикладів свідчить про те, що дисморфобія як психічний розлад існувала задовго до появи інтернету та цифрових технологій. Попри те, що на сьогодні дисморфобічний розлад може асоціюватися із впливом соціальних мереж і масової культури, її симптоматика простежувалася ще у клінічних спостереженнях психіатрів кінця XIX - початку XX століття. Водночас із розвитком психологічної науки підходи до діагностики й класифікації цього розладу зазнали значних змін.

Сучасна психіатрія пропонує більш чітко окреслені критерії для виявлення дисморфобічного розладу, що дозволяє ефективніше розпізнавати його прояви та

диференціювати від інших психічних станів. Нижче я розгляну актуальні симптоми та діагностичні ознаки цього порушення відповідно до міжнародних класифікацій.

Дисморфофобічний розлад тіла (BDD) - це психіатричний стан, описаний у книзі «Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання» (DSM-5) Американської психіатричної асоціації як занепокоєність уявними дефектами або вадами зовнішності, які є непомітними або здаються незначними для інших (American Psychiatric Association, 2013). Із часу першого включення дисморфофобічного розладу до діагностичної системи DSM у 1980 році його класифікація неодноразово переглядалася Американською психіатричною асоціацією. Спочатку розлад визначався як атипичний соматоформний, а у 1987 році був визнаний окремим видом соматофорного порушення.

У десятому перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) цей розлад мав назву «дисморфофобія» та належав до соматофорних розладів. Проте вже в одинадцятому виданні термін було змінено на «дисморфофобічний розлад» і віднесено до групи obsесивно-компульсивних та пов'язаних з ними розладів, так само як і у DSM-5, що свідчить про узгодженість систем.

Особи з дисморфофобічним розладом зосереджують увагу на неіснуючих або незначних недоліках зовнішності, які для інших часто залишаються малопомітними або взагалі непомітними. Цей надмірний фокус на зовнішності супроводжується вираженим емоційним дистресом і суттєво погіршує якість функціонування в соціальній, навчальній, професійній та інших сферах життя.

Діагностичні критерії дисморфофобічного розладу за DSM-5 включають:

А. Виражене занепокоєння одним або кількома уявними дефектами чи вадами зовнішності, які є непомітними або здаються незначними для інших.

В. На певному етапі перебігу розладу особа виконує повторювані поведінкові дії (наприклад, часте розглядання себе у дзеркалі, надмірний догляд за собою, маніпуляції зі шкірою, пошук заспокоєння), або залучається до нав'язливих розумових дій (наприклад, порівняння своєї зовнішності з зовнішністю інших людей) у відповідь на занепокоєння

власним зовнішнім виглядом.

С. Зосередженість на зовнішності викликає клінічно значущий дистрес або помітні порушення функціонування у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життя.

Д. Занепокоєння зовнішнім виглядом не може бути пояснене лише стурбованістю жировими відкладеннями або вагою тіла як у осіб, чий симптоми відповідають діагностичним критеріям розладу харчової поведінки (American Psychiatric Association, 2013).

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) дисморфофобічний розлад також описується як нав'язливе занепокоєння зовнішністю, що супроводжується повторюваною поведінкою або психічними діями, спрямованими на корекцію або контроль «дефектів» (World Health Organization, 2019). Хоча критерії у МКХ-11 окреслені менш структуровано, ніж у DSM-5, акцент залишається на клінічно значущому дистресі та порушенні функціонування. У фокусі також перебуває диференціація з іншими розладами, зокрема з розладом харчової поведінки, якщо занепокоєння стосується ваги або форми тіла.

Окрім зазначених симптомів, важливим аспектом діагностики BDD є оцінка рівня критичного ставлення особи до власних переконань щодо зовнішності. Ступінь впевненості в реальності уявного дефекту може суттєво відрізнятись. У клінічній практиці зазвичай виокремлюють два варіанти перебігу розладу: з наявністю критики, коли людина допускає, що її уявлення можуть бути хибними й готова розглядати альтернативні пояснення своїх думок і дій, та з відсутністю критичного ставлення, коли переконання в існуванні дефекту є незмінними, і особа не сприймає жодної іншої інтерпретації свого стану (Phillips et al., 2010b).

На клінічному рівні дисморфофобічний розлад поєднує нав'язливі думки та компульсивну поведінку, подібно до obsесивно-компульсивного розладу. Люди з BDD можуть проводити години перед дзеркалом або, навпаки, повністю уникати відображень; вони постійно аналізують свою зовнішність, що супроводжується відчуттям сорому, відрази або розпачу. У важчих випадках це призводить до глибокої соціальної ізоляції, коли особа уникає міжособистісних контактів і може бути прикута до дому роками.

Особливе занепокоєння викликає високий рівень суїцидального ризику серед пацієнтів

із дисморфобічним розладом. У пацієнтів з BDD в 4 рази частіше виникають суїцидальні думки та у порівнянні зі здоровими людьми такі особи в 2,6 рази частіше роблять спроби. У багатьох випадках саме незадоволення власною зовнішністю виступає ключовим тригером для розвитку суїцидальних намірів. Фактори, що посилюють цей ризик, включають супутню депресію, тривалий соціальний відрив та хронічне емоційне виснаження (Veale, Gledhill, Christodoulou, & Hodsoll, 2016).

Функціональні наслідки BDD охоплюють майже всі сфери життя: від академічної й професійної до соціальної та особистої. Зниження якості життя проявляється в погіршенні навчальної успішності, униканні роботи аж до її можливої втрати, порушеннях у виконанні батьківських чи інших рольових обов'язків. Близько п'ятої частини підлітків із цим розладом припиняють навчання саме через інтенсивність симптомів (American Psychiatric Association, 2013). Соціальні контакти обмежуються або зникають повністю, стосунки стають напруженими або неможливими. У тяжких випадках пацієнти потребують госпіталізації в психіатричні заклади, оскільки симптоми набувають деструктивного характеру й суттєво знижують здатність до самостійного функціонування (Phillips, 2005).

Серед основних факторів, що можуть підвищувати ризик розвитку дисморфобічного розладу, можна виділити як індивідуально-психологічні, так і соціальні та біологічні чинники. Зокрема, до групи ризику належать особи з низькою самооцінкою, схильністю до тривожності, перфекціонізму та нав'язливих думок (Phillips et al., 2010a; Ryding & Kuss, 2020). Особливо вразливими є підлітки, для яких зовнішній вигляд часто асоціюється з соціальним прийняттям і майбутньою успішністю (Veale et al., 2016). Важливу роль відіграє культурний контекст - середовище, в якому домінують обмежені та нереалістичні стандарти краси здатне формувати гіперфокус на зовнішності.

Крім того, Phillips, Stein, Rauch та колеги (2010a) виявили зв'язок між розвитком дисморфобічного розладу та психотравматичними чинниками в дитячому віці, зокрема досвідом емоційної занедбаності та жорстокого поводження.

Водночас важливу роль відіграють генетичні та фізіологічні аспекти: за даними

досліджень, BDD частіше зустрічається серед родичів першого ступеня осіб з обсесивно-компульсивним розладом, що вказує на ймовірну спільну біологічну вразливість (Bienvenu et al., 2000).

Окрім індивідуальних, соціальних і біологічних чинників на клінічну картину BDD може впливати і гендер. Загалом чоловіки та жінки демонструють подібні симптоми, такі як вираженість тривоги щодо зовнішності, типи нав'язливих дій, схильність до суїцидальних думок чи звернення до косметичних втручань. Але все ж існують певні відмінності. Зокрема, у чоловіків частіше фіксація спостерігається на геніталіях, тоді як жінки мають вищу ймовірність супутніх розладів харчової поведінки. Окремим проявом, який майже виключно зустрічається серед чоловіків, є м'язова дисморфофобія - нав'язливе прагнення до збільшення м'язової маси попри її вже достатній розвиток (Phillips et al., 2010b).

Дисморфофобічний розлад тіла залишається складним для своєчасної діагностики та часто не розпізнається належним чином у клінічній практиці. Значна частина пацієнтів звертається не за психіатричною чи психотерапевтичною допомогою, а до фахівців у галузі дерматології, естетичної медицини чи пластичної хірургії з метою «корекції» уявних дефектів зовнішності. Такі втручання, як правило, не призводять до тривалого покращення психоемоційного стану, а іноді можуть навіть посилювати патологічні переконання (Veale et al., 2016).

Отже, формування клінічної настороженості та підвищення рівня міждисциплінарної обізнаності щодо дисморфофобічного розладу є необхідною умовою для своєчасного розпізнавання та ефективного втручання.

1.2 Нейропсихологічні аспекти та діагностика дисморфофобічного розладу

Нейропсихологічний підхід до вивчення дисморфофобічного розладу дозволяє глибше зрозуміти які саме когнітивні, емоційні та нейрофізіологічні механізми лежать в основі його формування й підтримки. Нейропсихологічні кореляти BDD охоплюють вивчення порушень у функціонуванні мозкових структур і когнітивних процесів, що забезпечують сприйняття,

інтерпретацію та оцінку власного тілесного образу.

Одним із ключових нейропсихологічних механізмів, що лежить в основі дисморфофобічного розладу, є порушення зорового сприйняття. У дослідженні, проведеному Feusner та співавторами (2009), за допомогою функціональної МРТ було виявлено, що особи з BDD демонструють підвищену активацію в лівій півкулі мозку під час обробки зображень обличь, навіть коли ці зображення мають низький рівень деталізації. Такий характер нейронної активації може свідчити про когнітивне зміщення у бік локалізованої перцепції візуальних стимулів за умови недостатньої залученості механізмів цілісної інтеграції зорового образу. Подібні результати були отримані і при обробці власного обличчя в більш ранньому дослідженні проведеному Phillips і колегами (1997), де поряд із гіпоактивністю первинної зорової кори спостерігалася гіперактивація фронто-стріарних структур, причому рівень цієї активності корелював із вираженістю симптомів за шкалою «Дисморфофобічний розлад тіла», модифікація Y-BOCS (BDD-YBOCS).

Порушення цілісного візуального сприйняття виявляються не лише при обробці облич, але й у випадках нейтральних стимулів, як-от будинки, що дозволяє припустити загальні відхилення в організації зорової обробки (Feusner, Nembacher, Moller, & Moody, 2011).

Дані електроенцефалографічних досліджень, проведених Ritter, Kaufmann, Krahmer та співавторами (2020), свідчать про знижену нейронну реактивність на візуальні стимули у пацієнтів із дисморфофобічним розладом. Це може вказувати на порушення процесів кодування зорової інформації. Такі відхилення здатні сприяти формуванню спотвореного образу власної зовнішності.

Поведінкові дослідження, проведені Feusner та колегами (2010), також вказують на знижений ефект інверсії обличь і підвищену здатність до виявлення дрібних відхилень у зовнішності, особливо за умов тривалого перегляду. У сукупності ці результати можуть вказувати на те, що дисморфофобічний розлад пов'язаний з домінуванням локальної обробки візуальної інформації, зниженою глобальною інтеграцією та підвищеною чутливістю до деталей, що разом сприяє формуванню нав'язливих переконань щодо «дефектів» зовнішності.

Окрім порушень зорової обробки, у пацієнтів з дисморфофобічним розладом простежуються труднощі у низці нейрокогнітивних сфер. Дослідження Dunai, Labuschagne, Castle, Kyrios & Rossell (2010), Hanes (1998), а також Jefferies-Sewell, Chamberlain, Fineberg & Laws (2017) засвідчили порушення виконавчих функцій: пацієнти з BDD демонструють знижену когнітивну гнучкість, утруднення у плануванні, сповільненість у прийнятті рішень та ризиковану поведінку в завданнях, що вимагають стратегічного мислення. Такі особливості можуть бути результатом надмірної когнітивної зайнятості тривожними образами, пов'язаними із зовнішністю.

Особливу увагу привертає також аномальна активність орбітофронтальної кори та її функціональна зв'язаність із іншими зонами мозку, що за своїм профілем нагадує зміни, типові для obsесивно-компульсивного розладу (Feusner et al., 2010). Це може частково пояснювати нав'язливий характер переживань щодо зовнішності.

Grace, Toh, Buchanan, Castle & Rossell (2019) встановили, що особи з дисморфофобічним розладом мають труднощі в ідентифікації емоцій на обличчях: зокрема, нейтральні вирази часто сприймаються як загрозові або осудливі. Подальше дослідження, проведене Deshpande, Lai, Li & Feusner (2021), за допомогою функціональної МРТ у стані спокою, виявило посилений функціональний зв'язок між мигдалевидним тілом та скроневими й лобовими ділянками. Ця особливість ймовірно зумовлює гіперфокусування на деталях зовнішності та сприяє формуванню спотвореного сприйняття себе.

Нейровізуалізаційні дослідження, присвячені особливостям будови мозку при дисморфофобічному розладі, виявили низку аномалій, що стосуються як об'єму сірої та білої речовини, так і ефективності міжрегіональних нейрональних зв'язків. Rauch та інші дослідники (2003) знайшли морфометричні відмінності регіональних об'ємів мозку при BDD, використовуючи МРТ-аналіз структур. У подальшому дослідженні Atmаса та колеги (2010) повідомили про збільшення загального об'єму білої речовини в поєднанні зі зменшеним об'ємом сірої речовини в орбітофронтальній корі та передній поясній звивині, що функціонально пов'язані з регуляцією емоцій, самосприйняттям і прийняттям рішень. Ці

результати були доповнені спостереженнями Buchanan та співавторів (2014), які встановили, що ступінь редукції об'єму в правій орбітофронтальній корі може корелювати з тривалістю розладу, вказуючи на ймовірність його прогресуючого характеру.

Дослідження, проведене Feusner та співавторами (2013), а також Buchanan, Rossell, Maller, Toh, Brennan і Castle (2013), з використанням дифузійної МРТ виявили знижену структурну цілісність білої речовини у трактах, що поєднують візуальні системи з зонами мозку, відповідальними за емоційне реагування та пам'ять. Такі результати свідчать про можливі порушення в інтеграції зорової та афективної інформації, що, ймовірно, є одним із ключових механізмів формування спотвореного образу власного тіла.

Незважаючи на обмежену кількість досліджень, нейрохімічні чинники розглядаються як потенційно значущі компоненти патофізіології дисморфофобічного розладу. В дослідженні 1999 року, проведеному Marazziti та колегами, прямо вивчалася серотонінергічна функція. В ході порівняння серотонінової активності у пацієнтів із дисморфофобічним розладом та здоровими особами вчені виявили непрямі свідчення порушення регуляції, зокрема знижену щільність рецепторного зв'язування серотоніну. Цей, хоча й попередній, результат послужив основою для клінічного використання препаратів, що впливають на серотоніновий метаболізм.

Ще одним потенційним маркером виступає гормон окситоцин, що традиційно пов'язується із соціальною поведінкою та емоційною прив'язаністю. Попередні дані свідчать про підвищений рівень окситоцину в осіб з дисморфофобічним розладом порівняно з контрольними учасниками (Fang et al., 2020). При цьому концентрація окситоцину була статистично пов'язана з вираженістю obsесивно-компульсивних симптомів, незалежно від рівня тривоги, депресії або медикаментозної терапії. Це може свідчити про залучення соціальних нейропроцесів до формування патологічного образу тіла, особливо в аспектах міжособистісного функціонування, уникнення соціальних ситуацій та очікувань осуду.

Поряд із нейропсихологічними та нейробіологічними особливостями, дисморфофобічний розлад характеризується високим рівнем коморбідності з іншими психічними станами, що значною мірою ускладнює його своєчасну діагностику та визначення

ефективної терапевтичної стратегії (American Psychiatric Association, 2013).

Найчастіше розлад супроводжується великим депресивним розладом, при цьому депресивні симптоми нерідко є вторинними, як реакція на хронічний дистрес, викликаний негативним сприйняттям себе та соціальною ізоляцією (Phillips et al., 2010a). Також поширеними є тривожні розлади, насамперед соціальна фобія, при якій уникнення контактів може бути зумовлене страхом осуду через уявні дефекти зовнішності (Phillips et al., 2010b).

Особливу увагу вимагає диференціація дисморфофобічного розладу від obsесивно-компульсивного розладу. Хоча обидва порушення мають спільні риси, такі як нав'язливі думки та компульсивна поведінка, при дисморфофобічному розладі фокус занепокоєння обмежується виключно зовнішністю. Крім того, рівень усвідомлення у пацієнтів часто є зниженим, аж до маревного переконання у реальності спотворень. У деяких випадках також спостерігається повторювана поведінка, наприклад, колупання шкіри чи видалення волосся, також спостерігається, однак, якщо її мета полягає в корекції зовнішнього вигляду, вона розглядається в межах дисморфофобічного розладу, а не як окремий obsесивно-компульсивний симптом (Phillips et al., 2010b).

Розлади харчової поведінки, зокрема нервова анорексія та булімія, є ще однією групою частих супутніх порушень. Хоча всі ці стани включають стурбованість тілесністю, дисморфофобічний розлад зазвичай зосереджується не на вазі, а на окремих рисах зовнішності. Попри це, коморбідність можлива, і в таких випадках рекомендується діагностувати обидва розлади, оскільки кожен із них потребує специфічного втручання. Крім того, частина пацієнтів виявляють ознаки нарцисичного або уникаючого розладу особистості, що вказує на більш комплексні проблеми самосприйняття та самооцінки людини (Phillips et al., 2010b).

У процесі діагностики дисморфофобічного розладу важливо виключити такі стани, як шизофренія, де переконання про зміненій зовнішній вигляд можуть мати характер маячних і супроводжуються іншими психотичними симптомами (наприклад, дезорганізованою поведінкою або порушенням мислення) (Phillips et al., 2010a). Схожі риси можуть

спостерігатися при соматоформних розладах, однак при BDD акцент робиться саме на косметичних аспектах зовнішності, а не на фізичному здоров'ї.

Окрему діагностичну складність становлять рідкісні стани, такі як апотемнофілія (розлад цілісності тілесного образу), що передбачає бажання ампутації здорової кінцівки, або синдром Коро, при якому наявний страх втрати статевого органа. Вони часто супроводжуються фіксованими переконаннями, що можуть мати маячний характер, а мотивація пацієнтів у таких випадках пов'язана з відчуттям «чужорідності» певної частини тіла або тривогою з приводу її зникнення. Всі ці стани відрізняються за змістом тілесних переживань та механізмами формування симптомів. Дисморфофобічний розлад, на відміну від них, характеризується надмірною фіксацією на уявних або мінімальних вадах зовнішності, що супроводжується значним емоційним дистресом і порушенням функціонування в соціальній, професійній та особистісній сферах (Phillips et al., 2010a).

1.3 Роль перфекціонізму у формуванні дисморфофобічних тенденцій

Перфекціонізм - це один із важливих психологічних чинників, що може бути пов'язаний із виникненням і підтриманням дисморфофобічного розладу. Ця особистісна риса характеризується прагненням до бездоганності, надмірно високими стандартами і схильністю до критичної самооцінки у разі невідповідності цим стандартам (Flett & Hewitt, 2002). У науковій літературі перфекціонізм розглядається не як одновимірна риса, а як складне явище, що включає кілька взаємопов'язаних аспектів (Hewitt et al., 2003). Попри існування різних теоретичних підходів, емпіричні дослідження, проведені Stoeber & Otto (2006), дозволили виокремити два ключові виміри цієї риси: перфекціоністські прагнення (perfectionistic strivings), що стосуються орієнтації на високі досягнення, та перфекціоністські занепокоєння (perfectionistic concerns), які виявляються у страху помилок, самокритиці та тривозі щодо оцінки з боку інших. Хоча питання про адаптивність окремих складових досі дискусійне, саме перфекціоністські занепокоєння найбільш стійко асоціюються з розвитком психопатологічних проявів, зокрема дисморфофобічного розладу.

Перфекціонізм, як особистісна риса, що передбачає прагнення до недосяжної бездоганності, може відігравати значну роль у розвитку симптомів дисморфофобічного розладу (Arji, Borjali, Sohrabi, & Farrokhi, 2016). Його вплив проявляється насамперед через спотворене сприйняття власної зовнішності: особи з високим рівнем перфекціоністських установок частіше зосереджуються на дрібних недоліках, які інші можуть не помічати, і водночас надають цим недолікам надмірного значення. Таке надцінне ставлення до зовнішності формує постійне відчуття недостатності, підживлює внутрішню напругу та формує емоційний фон, де закріплюються нав'язливі переконання про «неприйнятність» власної зовнішності.

Особливо небезпечним є поєднання перфекціонізму з когнітивними викривленнями, які властиві дисморфофобічному розладу (Hu, Chibnall, & Slavin, 2019). Йдеться, зокрема, про катастрофізацію, дихотомічне мислення («усе або нічого»), тенденцію до перебільшення недоліків та мінімізації переваг. У таких випадках будь-яка відмінність від ідеалу трактується як катастрофа, яка нівелює інші досягнення особистості. Крім того, навіть так звані адаптивні форми перфекціонізму, які пов'язані з високими внутрішніми стандартами, можуть ставати джерелом патологічних переживань, якщо цих стандартів неможливо досягнути в реальних умовах або вони ґрунтуються на зовнішніх очікуваннях.

У цьому контексті перфекціонізм виконує роль своєрідного когнітивного фільтра, через який пропускається будь-яка інформація, пов'язана з тілесністю, роблячи індивіда більш уразливим до впливу соціального середовища. У цифрову епоху, коли соціальні мережі стали потужним інструментом трансляції естетичних норм, перфекціонізм посилює схильність до соціального порівняння, інтерналізації нереалістичних стандартів краси та формування зовнішньо-орієнтованої самооцінки. Люди з високим рівнем перфекціонізму схильні сприймати ці стандарти не як орієнтир, а як обов'язкову норму, що підлягає досягненню. У результаті, кожна візуальна невідповідність ідеалу стає джерелом фрустрації, що активує механізми уникнення, ізоляції та повторюваних поведінкових ритуалів, спрямованих на «виправлення» зовнішності.

Зважаючи на це, перфекціонізм не лише посилює ризик формування дисморфофобічних симптомів, а й може виступати як медіатор між впливом соціальних мереж та розвитком BDD. Соціальні мережі, що постійно демонструють ідеалізовані образи, можуть мати значно сильніший вплив на осіб з високою перфекціоністською установкою, оскільки сприймаються як джерело стандартів, яким необхідно відповідати. Перфекціонізм, у свою чергу, трансформує зовнішній вплив у внутрішній конфлікт, що виливається у зростання дистресу, самоосуду та неприйняття власного тіла.

Нещодавні дослідження підтверджують, що перфекціонізм, особливо в підлітковому віці, може відігравати суттєву роль у розвитку симптомів дисморфофобічного розладу. Дослідження проведене Hu, Chibnall, & Slavin (2019) серед підлітків віком 14-16 років, показало, що загальний рівень перфекціонізму позитивно корелює з вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу як на момент оцінки, так і в динаміці протягом шести місяців. Особливої уваги заслуговує той факт, що перфекціонізм направлений на себе (self-oriented), який передбачає висунення до себе надмірно високих стандартів, продовжував демонструвати значущий зв'язок із симптомами дисморфофобічного розладу після статистичного урахування супутньої тривожної та депресивної симптоматики.

Ці результати дозволяють припустити, що саме внутрішньо зумовлені очікування і прагнення до бездоганності, а не соціальний тиск, є більш значущим чинником у формуванні спотвореного ставлення до власної зовнішності. Це узгоджується з гіпотезою, згідно з якою люди з дисморфофобічним розладом орієнтуються не стільки на зовнішні стандарти, скільки на власні ідеалізовані уявлення про прийнятний зовнішній вигляд.

Таким чином, перфекціонізм, що направлений на себе може бути важливою ціллю психологічного втручання для зниження вразливості до дисморфофобічних симптомів. Більше того, оскільки перфекціонізм це змінна характеристика, дослідження вказують на перспективність його корекції засобами когнітивно-поведінкової терапії, що відкриває шлях до потенційної профілактики дисморфофобічного розладу.

1.4 Соціальні мережі як фактор впливу на розвиток дисморфофобічних тенденцій

У сучасному світі соціальні мережі стали невід'ємною частиною нашого життя. Вони суттєво впливають на життя людини і, в тому числі, й на формування самооцінки, уявлень про своє тіло та соціальні норми краси. Завдяки постійному доступу до великого обсягу візуального контенту, ці платформи виступають потужним каналом впливу на сприйняття власної зовнішності, що, у свою чергу, може стати передумовою для виникнення або загострення низки психоемоційних розладів, зокрема дисморфофобічного розладу.

Соціальні мережі, як показує власний досвід їх використання, активно сприяють формуванню нереалістичних стандартів краси. За допомогою фільтрів, цифрової обробки зображень та ретельно підібраних ракурсів формується спотворене уявлення про фізичну норму, що, у свою чергу, створює у користувача відчуття власної невідповідності ідеалістичним стандартам та незадоволеності своєю зовнішністю, підвищуючи рівень самокритики та стресу. Користувачі мереж, передусім підлітки, що перебувають в періоді формування самооцінки, особливо чутливі до подібного візуального тиску. Вони нерідко починають співвідносити свою зовнішність із медіаобразами, які не тільки недосяжні фізично, але й не є реалістичними, бо найчастіше технічно сконструйовані (Ryding & Kuss, 2020).

Не менш важливим фактором, що негативно впливає на психічне здоров'я користувачів є архітектура соціальних мереж. Для утримання уваги платформи було знайдене таке рішення, як «нескінченна стрічка» контенту. Розробка концепції «нескінченної стрічки» належить Ейзі Раскіну, який працюючи в компанії Humanized створив інтерфейс, що дозволяє безперервно прокручувати контент, без необхідності натискати кнопку «наступна сторінка». За рахунок ефекту відсутності кінця стрічки мережі спонукають до безперервного споживання візуального матеріалу. Згодом цю технологію активно інтегрували великі соціальні платформи, зокрема Facebook, Twitter та Instagram, що дозволило їм збільшити час перебування користувачів на платформах. Слід зазначити, що сам Ейз Раскін згодом визнав, що «нескінченна стрічка» може спричиняти звикання, змушуючи користувачів проводити більше часу в соцмережах, ніж вони планували спочатку. Як зазначає Ейз Раскін у дописі в

твітері «Один із уроків, який я виніс із розробки нескінченної стрічки: оптимізація чогось для зручності використання не означає, що це найкраще для користувача чи людства.» (Raskin, 2021).

Для того, щоб користувач якомога довше залишався в додатку, контент має бути індивідуально адаптований до його інтересів і настрою. Для цього в соціальних мережах використовуються алгоритми, які формують «розумну стрічку» - персоналізований потік контенту, що враховує інтереси, поведінку та емоційний стан користувача, підлаштовуючи контент під нього у режимі реального часу. Людина, яка демонструє підвищену увагу до зовнішності або виявляє занепокоєння тілесністю в реальному житті частіше за все обирає відповідний контент і у соціальних мережах. Алгоритми розпізнають, що саме привертає увагу користувача і можуть пропонувати ще більше подібного контенту, що призводить до формування інформаційної бульбашки. В такому середовищі відбувається постійне підкріплення образу тіла як центральної цінності, де індивід заохочується до порівняння з іншими, самокритики та прагнення відповідати недосяжним стандартам. Відтак, соціальні мережі можуть створювати замкнений психоемоційний цикл, у якому незадоволення зовнішністю та низька самооцінка лише посилюються з при кожній взаємодії з контентом.

Період юності є особливо вразливим до подібних впливів, оскільки саме тоді відбувається активне формування образу тіла, емоційного самоприйняття та соціальної ідентичності. За наявності особистісної схильності до перфекціонізму або вже наявних когнітивних викривлень, взаємодія з соціальними мережами може не лише закріплювати, а й поглиблювати патерни мислення, характерні для дисморфофобічного розладу. Повторюване зіткнення з ідеалізованими образами здатне привести до зростання відчуття тривоги, уникнення соціальних контактів, надмірної фіксації на уявних вадах зовнішності та інших характерних ознаках патологічного сприйняття себе.

Важливу роль у характері впливу соціальних мереж на особистість грає мотивація до їх використання, а також характер взаємодії. Mardiana (2020) у своєму дослідженні зазначає, що підлітки використовують соціальні мережі з різною метою. Найбільш поширеними причинами

є соціальна взаємодія, самопрезентація, розвага та отримання інформації. Водночас, як підкреслюють Ryding і Kuss (2020), мотивація, що пов'язана із зовнішністю, виступає значущим чинником ризику, оскільки асоціюється з нижчим рівнем задоволеності тілом і загальним психологічним добробутом. Зокрема, користувачі, які прагнуть відповідати естетичним стандартам, частіше схильні до негативного соціального порівняння та посиленої самокритики.

Спосіб взаємодії з контентом у соціальних мережах, активна (створення та публікація фото, коментарі, лайки) чи пасивна (спостереження за контентом інших) участь також виявляється важливим предиктором психологічного благополуччя. Обидві форми активності можуть сприяти посиленню незадоволеності зовнішністю через активацію механізмів порівняння (Saiphoo & Vahedi, 2019). Пасивне використання соціальних мереж часто супроводжується споживанням контенту, що демонструє «ідеальні» стандарти тіла й може провокувати зростання симптомів тривоги, незадоволення собою та дистресу. Водночас активне використання соціальних мереж, через формування власної самооцінки, орієнтованої на зовнішність, також може підвищувати ті ж самі ризики (Ryding & Kuss, 2020).

Висновки до 1 розділу

У межах першого розділу я здійснила комплексний аналіз дисморфобічного розладу як складного феномену, що має багатофакторну природу. Я провела теоретичний огляд і виявила, що дисморфобічний розлад характеризується стійкою та надмірною занепокоєністю уявними або незначними вадами зовнішності, що супроводжується вираженим дистресом та погіршенням повсякденного функціонування. Історичний аналіз концепції BDD свідчить, що цей розлад існував задовго до появи сучасних діагностичних критеріїв і був глибоко досліджений в медичній та психоаналітичній літературі.

Згадані вище нейропсихологічні дослідження вказують на залученість низки когнітивних функцій до патогенеза розладу. Це може бути порушення візуальної обробки інформації, планування, емоційної регуляції, прийняття рішень та дефіцитів пам'яті.

Структурні та функціональні зміни в таких ділянках мозку як орбітофронтальна кора, передня поясна кора, мигдалина та зорові області підкріплюють гіпотезу про нейробиологічні механізми дисморфофобічного розладу. Також було встановлено, що диференціальна діагностика BDD вимагає особливої уваги до коморбідних станів, таких як obsесивно-компульсивний розлад, розлади харчової поведінки, депресія та тривожні розлади, симптоми яких можуть частково збігатися.

Окрему увагу приділено ролі перфекціонізму як значущого чинника, що асоціюється з вираженістю симптомів BDD. Зокрема, самоорієнтований перфекціонізм може слугувати предиктором розвитку симптомів, а також виступати медіатором впливу зовнішніх факторів, серед іншого, соціальних мереж. Цей зв'язок вказує на можливу роль перфекціоністських установок у формуванні патологічної фіксації на власній зовнішності та зниженні стресостійкості в умовах соціального порівняння.

Нарешті, соціальні мережі розглядаються як потужний сучасний середовищезформуючий чинник, що значно впливає на формування образу власного тіла, особливо в підлітковому віці. Технології персоналізації контенту, візуальний тиск та механізми постійного порівняння створюють ризик формування спотворених уявлень про власну зовнішність і можуть сприяти виникненню або загостренню дисморфофобічних симптомів. При цьому характер використання соціальних мереж та мотивації користувачів значною мірою зумовлюють індивідуальну вразливість до впливу цього середовища.

Отже, отримані дослідниками результати підтверджують необхідність багатовимірного підходу до дослідження дисморфофобічного розладу, який би поєднував аналіз нейропсихологічних механізмів, особистісних характеристик і соціального контексту. Такий підхід дозволить глибше зрозуміти механізми розвитку розладу та сформувати ефективніші превентивні й терапевтичні стратегії.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ВИКОРИСТАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ ТА ДИСМОРФОФОБІЧНИМИ ТЕНДЕНЦІЯМИ В МОЛОДІ

2.1 Програма та методичний інструментарій емпіричного дослідження

Для дослідження зв'язку між використанням соціальних мереж та симптомами дисморфофобічного розладу мною була розроблена відповідна програма дослідження. Метою дослідження є виявити можливий зв'язок між використанням соціальних мереж та симптомами дисморфофобічного розладу серед молоді.

У дослідженні брали участь українці віком від 14 до 35 років. Середній вік по всій вибірці - 24 роки. Вибірка складалася з 111 осіб, з них 83 особи жіночої статі (75%), і 25 - чоловічої (23%). Ще 2 осіб позиціонують себе як небінарні люди, 1 - трансгендерна людина (2%).

До безпосереднього проведення дослідження я створила діагностичну батарею, яка містила загальну інструкцію та обрані методики з інструкціями до кожної.

Для реалізації мети дослідження мною були поставлені наступні практичні завдання:

- 1) Дослідити наявність симптомів дисморфофобічного розладу в досліджуваній групі.
- 2) Проаналізувати особливості залучення молоді до соціальних мереж, зокрема рівень їхньої активності та мотивації користування.
- 3) Визначити рівень перфекціонізму у молоді та дослідити його взаємозв'язок із вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу; проаналізувати роль перфекціонізму як медіатора у взаємозв'язку між інтенсивністю використання соціальних мереж та вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу в молоді.
- 4) Проаналізувати зв'язок між характером залучення молоді до соціальних мереж та проявами дисморфофобічного розладу.
- 5) Виявити можливі кореляції між рівнем залучення до соціальних мереж, перфекціонізмом та дисморфофобічними симптомами за допомогою статистичних методів аналізу.

Перед проведенням дослідження я висунула такі гіпотези:

- 1) Припускаю, що високий рівень дисморфофобічних симптомів корелює з вищим рівнем перфекціонізму у молоді.
- 2) Імовірно, що особи з високою активністю в соціальних мережах мають вищий рівень дисморфофобічних симптомів.
- 3) Передбачаю, що перфекціонізм може виступати у ролі медіатора у взаємозв'язку між інтенсивністю використання соціальних мереж та вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу в молоді.
- 4) Припускаю, що рівень дисморфофобічних тенденцій позитивно корелює з перфекціонізмом та характером залученості до соціальних мереж.

Для реалізації поставленої мети я підбрала ряд методик:

- Шкала залучення молоді до соціальних мереж (SMES-A) (Ni et al., 2020).
- Опитувальник щодо залучення до соціальних мереж (SMEQ) (Przybylski, Murayama, DeHaan, & Gladwell, 2013).
- Шкала мотивації до користування соціальними мережами (Motivation Scale for Using Social Network Sites) (Masciantonio & Bourguignon, 2023).
- Велика тривимірна шкала перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі в адаптації Т. Грубі (Карамушка, Бондарчук і Грубі, 2018).
- Шкала симптомів дисморфофобічного розладу (BDD-SS) (Wilhelm, Phillips, & Steketee, 2013).

З метою виявлення особливостей користування соціальними мережами я обрала Шкалу залучення молоді до соціальних мереж (SMES-A), Опитувальник щодо залучення до соціальних мереж (SMEQ) та Шкалу мотивації до користування соціальними мережами.

SMES-A була розроблена для вимірювання залученості молоді до соціальних мереж, враховуючи емоційний, поведінковий та когнітивний аспекти їхньої взаємодії з онлайн-платформами. Шкала містить 13 пунктів. Кожен пункт має оцінювання за п'ятибальною шкалою Лайкерта: 1 = «зовсім не згоден», 2 = «швидше не згоден», 3 = «не визначився», 4 = «швидше згоден», 5 = «цілком згоден». Шкала допомагає виявити чи є використання

соціальних мереж звичкою і як використання подібних платформ впливає на емоційний та соціальний аспекти життя людини (Ni et al., 2020).

Опитувальник щодо залучення до соціальних мереж (SMEQ) складається з п'яти пунктів із шістьма варіантами відповідей від «Ніколи» до «Сім разів на тиждень». Опитувальник дозволяє виміряти ступінь залучення соціальних мереж до основних видів щоденної діяльності людини. Відповідно, опитувальник містить питання щодо використання соціальних мереж під час основних прийомів їжі та до нічного сну й після нічного сну відповідно (Przybylski, Murayama, DeHaan, & Gladwell, 2013).

Шкала мотивації до користування соціальними мережами (Motivation Scale for Using Social Network Sites) містить перелік можливих мотивацій, що складається із 39 пунктів. Учасники дослідження відповідали за п'ятибальною шкалою (1 = зовсім не згоден, 5 = цілком згоден) наскільки кожен з 39 пунктів відповідає їхнім причинам використання соціальних мереж (Masciantonio & Bourguignon, 2023).

Для визначення наявності симптомів дисморфофобічного розладу я використала Шкалу симптомів дисморфофобічного розладу (BDD-SS), адаптовану Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії. Шкала представлена у формі 7 окремих таблиць, що містять перелік симптомів. Для кожного з симптомів у таблицях відзначалась частота прояву протягом останнього тижня, а тоді оцінювалась загальна важкість симптомів на шкалі (Wilhelm, Phillips, & Steketee, 2013).

Для можливості аналізу зв'язку рівня перфекціонізму з досліджуваним феноменом я використала Велику тривимірну шкалу перфекціонізму М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберт, С. Шеррі в адаптації Т. Грубі. У початковій версії опитувальник містив 45 тверджень, у той час як адаптований варіант включає 44 твердження. Автори опитувальника розглядають перфекціонізм як багатовимірне явище, що поєднує три основні типи: «жорсткий», «самокритичний» та «нарцисичний» перфекціонізм. Кожен із зазначених типів перфекціонізму представлений окремими шкалами. Респонденти оцінювали твердження за п'ятибальною шкалою, де 1 = зовсім не згоден, а 5 = цілком згоден (Карамушка, Бондарчук і

Грубі, 2018).

2.2 Етапи емпіричного дослідження

2.2.1 Дослідження наявності дисморфофобічних тенденцій

Отримані результати за Шкалою симптомів дисморфофобічного розладу (BDD-SS) серед молоді зображені в Таблиці 1. Результати аналізу дають змогу визначити рівень вираженості симптоматики, а також загальну важкість проявів розладу. Коефіцієнт надійності Кронбаха для BDD-SS становить 0.874, що свідчить про високу внутрішню узгодженість інструменту та його придатність для використання в емпіричному дослідженні.

Щодо наявності симптомів дисморфофобічного розладу, 85 респондентів (76,6%) продемонстрували низький рівень проявів, що свідчить про відсутність або незначну вираженість відповідної симптоматики. У 25 осіб (22,5%) виявлено середній рівень симптомів, який може свідчити про наявність окремих клінічно значущих ознак розладу. В одного респондента (0,9 %) зафіксовано високий рівень симптомів, що потенційно вказує на клінічно виражений дисморфофобічний розлад.

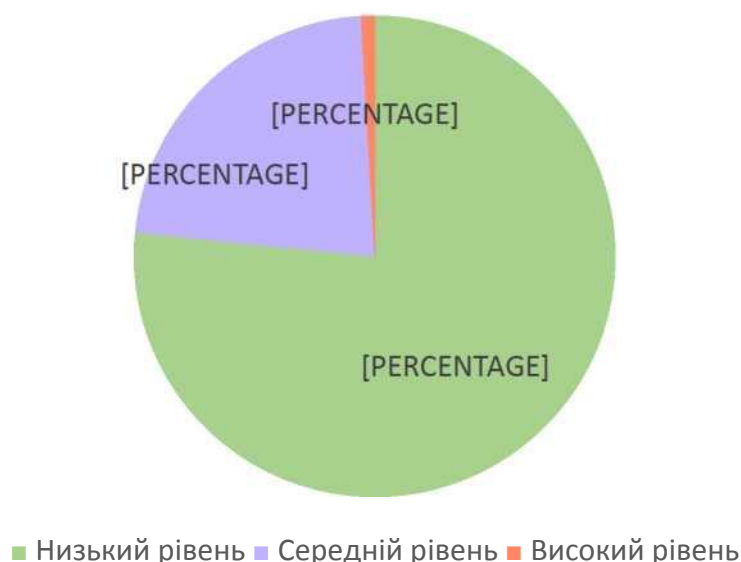
Аналіз показників загальної важкості симптомів засвідчив, що 100 респондентів (90,9%) мали низький рівень дистресу, пов'язаного з негативним сприйняттям власної зовнішності. У 11 осіб (9,1 %) було зафіксовано середній рівень тяжкості симптомів, що може свідчити про наявність помірного емоційного дискомфорту, викликаного переживаннями щодо зовнішності. Високий рівень загальної важкості симптомів у вибірці не спостерігався.

Додатковий аналіз перехресного розподілу відповідей показав, що 8 респондентів (7,2 %) мали одночасно середній рівень як за шкалою наявності симптомів, так і за шкалою загальної важкості. Ще 20 осіб (18,0%) продемонстрували середній рівень лише за однією зі шкал. Таким чином, загалом 28 респондентів (25,2 %) мали хоча б один показник середнього рівня, що свідчить про потенційну потребу в додатковій діагностичній увазі до цієї групи.

Таблиця 1. Розподіл результатів відповідей респондентів за шкалою BDD-SS

	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Наявність симптомів BDD	85	25	1
Загальна важкість симптомів	100	11	0

Симптоми дисморфофобічного розладу

**Рисунок 1.** Розподіл наявності симптомів дисморфофобічного розладу

2.2.2 Дослідження використання соціальних мереж

На початку проаналізую загальну картину активності вибірки в соціальних мережах. Усі респонденти зазначили, що користуються соціальними мережами понад п'ять років, при цьому більшість із них мають досвід використання соціальних платформ понад десять років. Високий рівень активності виявлено також за частотою звертання до мереж протягом доби: 59 осіб із 111 (53,2%) зазначили, що відкривають соціальні мережі понад шість разів на день. За суб'єктивною оцінкою тривалості користування, 52 респонденти (46,8%) повідомили, що проводять у соціальних мережах понад дві години щодня.

Найпоширенішим серед респондентів є використання Telegram-каналів, які використовують 110 осіб із 111, з них 67 осіб (60,4%) зазначили щоденне користування. Instagram займає друге місце за частотою щоденного звертання: його щодня використовують

52 особи (49,1%), хоча загалом до цієї мережі звертаються 106 учасників (95,5%). YouTube посів третє місце: 42 особи (37,8%) користуються ним щоденно, і лише одна особа не використовує його взагалі. Найменшу популярність серед респондентів мають TikTok, Pinterest, Facebook та Twitter/Threads - у порядку спадання частоти використання..

Перша для аналізу шкала - Social Media Engagement Scale for Adolescents (SMES-A) Загальний коефіцієнт альфа Кронбаха для шкали SMES-A становить 0.854, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості та надійності опитувальника. У ході дослідження рівня залучення молоді до соціальних мереж за цією шкалою мною було встановлено, що 28 осіб (25,2 %) продемонстрували високий рівень залучення, що свідчить про інтенсивну взаємодію з соціальними платформами, зокрема, регулярну перевірку новинної стрічки, коментування, публікації контенту тощо. Середній рівень залученості був зафіксований у 71 респондента (64 %), що відображає помірну, проте регулярну активність у цифровому середовищі. Низький рівень виявлено у 12 осіб (10,8 %), що може свідчити про помірне або епізодичне використання соціальних мереж.

Аналогічні результати були отримані за опитувальником SMEQ (Social Media Engagement Questionnaire), який оцінює частоту використання соціальних мереж під час основних видів щоденної діяльності (прийом їжі, засинання, пробудження). Загальний коефіцієнт альфа Кронбаха для шкали SMEQ становить 0.802, що свідчить про прийнятний рівень надійності та внутрішньої узгодженості шкали. 28 осіб (25,2 %) мають високий рівень залучення, що свідчить про щоденне використання соціальних мереж під час рутинних дій. 71 особа (64%) має середній рівень, тобто використовує соціальні мережі у вказаних контекстах майже щодня. Водночас, 12 осіб (10.8%) мають низький рівень залученості за цією шкалою, з яких 3 особи (2,7 %) взагалі використовують соціальні мережі під час їжі або до чи після сну.

Таким чином, обидві шкали продемонстрували узгодженість у розподілі респондентів за рівнем залучення, що підвищує надійність отриманих результатів та вказує на сталість тенденцій у поведінкових моделях використання соціальних мереж серед молоді.

Залученість молоді до соціальних мереж

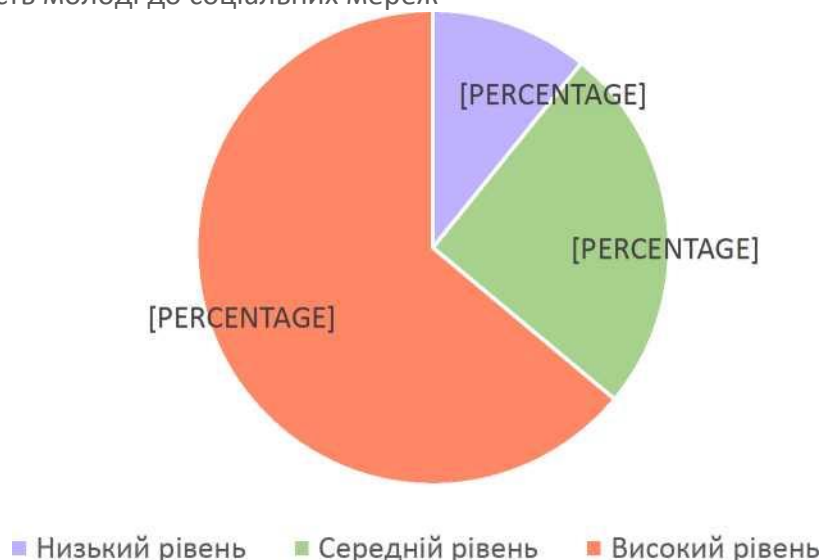


Рисунок 2. Розподіл залученості молоді до соціальних мереж

Останній проаналізований мною показник у контексті використання соціальних мереж — мотивація. Для цього я використала Шкалу мотивації до користування соціальними мережами (Motivation Scale for Using Social Network Sites), яка дозволяє виявити провідні цілі з якими молодь звертається до цифрових платформ. Аналіз мотивацій є важливим компонентом дослідження оскільки саме мотиваційний контекст значною мірою визначає характер і глибину залученості до онлайн-середовища. Різні типи мотивації можуть по-різному впливати на психоемоційний стан, зокрема на формування тілесної незадоволеності, румінацій щодо зовнішності або підвищену чутливість до зовнішніх оцінок.

Мотивації можна згрупувати у декілька змістових категорій: емоційно-регуляторні (відпочинок, розваги, забуття, творчість), соціальні (спілкування з друзями та родиною, знайомства, участь у дискусіях, розділення власних проблем з іншими, піклування про інших), самопрезентаційні (бажання розповісти про себе, проявити свою індивідуальність, самореклама), пізнавальні (отримання нових ідей), кар'єрні (робота, ведення переговорів, розбудова професійної мережі, продаж онлайн), а також інструментальні (покупки онлайн, фіксування подій).

Найбільш часто респонденти обирали мотивацією використання соціальних мереж отримання нових ідей. Цю відповідь вказали 97 осіб (87,4%). Майже така ж кількість (93

респонденти, 83,8%) використовує соцмережі для спілкування з друзями та родиною, що свідчить про ключову роль мереж у підтриманні соціальних зав'язків. Відпочинок і розваги були відзначені по 92 рази (82,9%), що також вказує на важливість компенсаторної та емоційно-регуляторної функції соціальних медіа.

Серед мотивацій, пов'язаних із самопрезентацією та самоідентифікацією, відносно високі показники спостерігались за пунктами «проявляти індивідуальність» (78 осіб, 70,3%), «запам'ятати особливі події» (75 осіб, 67,6%), «розповісти про себе» (47 осіб, 42,3%) та «для самореклами» (35 осіб, 31,5%).

Менш популярними виявилися професійно-орієнтовані мотивації: лише 43 особи (38,7%) вказали на важливість соціальних мереж для розбудови професійної мережі, 21 особа (18,9%) - на використання соцмережах для продажів онлайн, і тільки 13 осіб (11,7%) використовують платформи для ведення переговорів.

Найменше серед відповідей зустрічається використання соціальних мереж для отримання порад у складних ситуаціях. Лише 9 осіб (8,1%) зазначили це як мету.

Ці результати можуть свідчити про те, що основним вектором залучення молоді до соціальних мереж є передусім емоційно-комунікативні та розважальні чинники. Молодь найчастіше використовує соціальні платформи для підтримки стосунків із близькими, пошуку нових ідей, відпочинку та розваг. Це дозволяє зробити висновок, що соціальні мережі виконують компенсаторну функцію: забезпечують емоційне розвантаження, почуття причетності, а також простір для самовираження й побудови соціальної ідентичності. У цьому контексті соціальні мережі постають не як інструментальний ресурс, спрямований на досягнення конкретних життєвих або професійних цілей, а радше як особистісно значущий простір, у якому реалізуються психологічні потреби, як потреби у належності, прийнятті, увазі з боку інших, а також у творчості та самопредставленні.

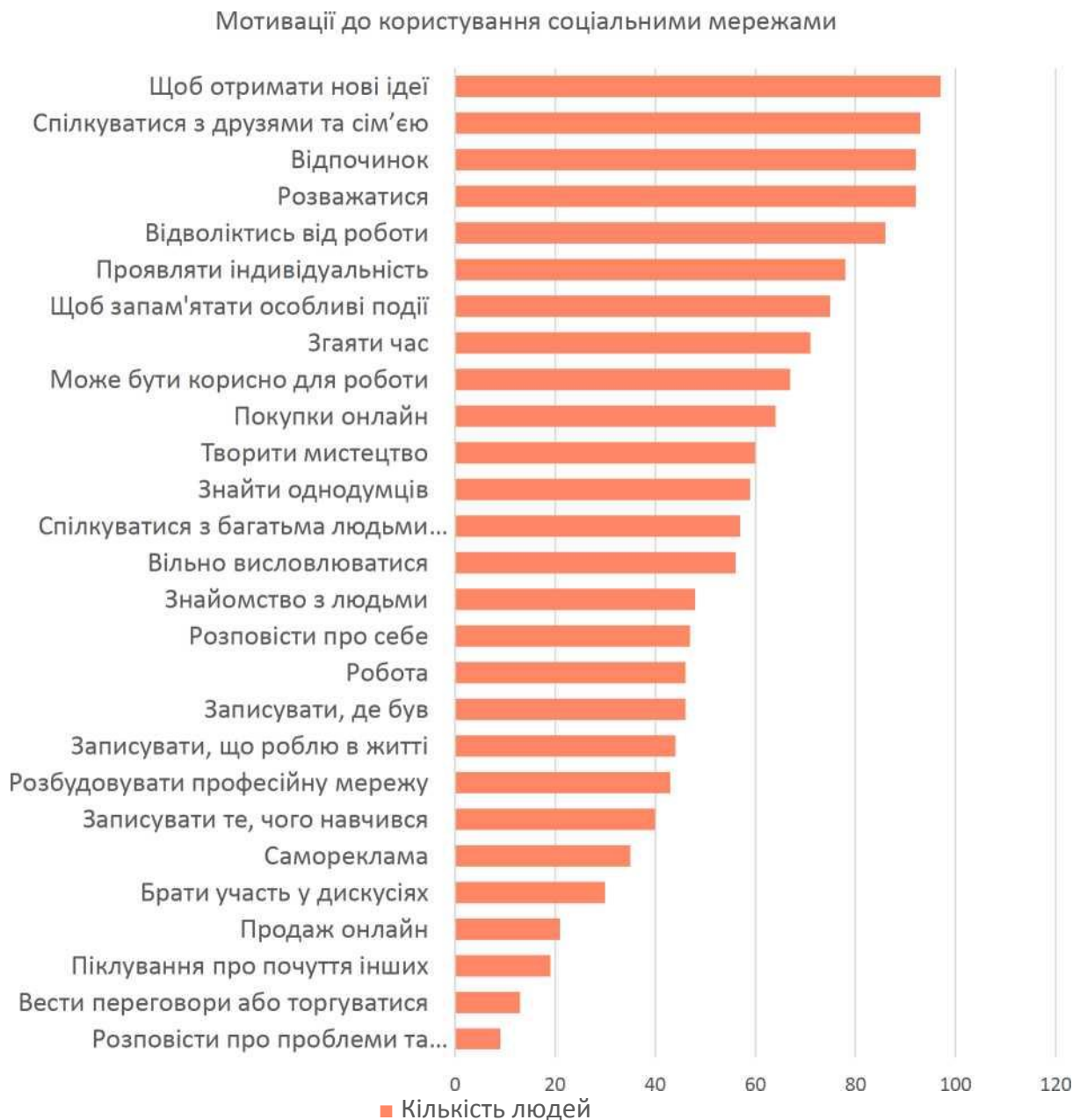


Рисунок 3. Розподіл респондентів за вибором мотивації використання соціальних мереж

2.2.3 Дослідження інших супутніх чинників

У межах дослідження особливостей перфекціонізму серед молоді я застосувала Велику тривимірну шкалу перфекціонізму авторства М. Смітта, Д. Саклофскі, Й. Стоєберта, С. Шеррі (у адаптації Т. Грубі). Ця методика дозволяє оцінити загальний рівень перфекціонізму, а також розмежувати три його складові: жорсткий, самокритичний і нарцисичний перфекціонізм, які відображають різні механізми регуляції поведінки, самооцінки та взаємодії з соціальним середовищем. Загальний коефіцієнт альфа Кронбаха для шкали перфекціонізму становить 0.943, що вказує на високий рівень внутрішньої узгодженості та надійності методики, а також

підтверджує її відповідність для дослідження даної психологічної характеристики.

За результатами цього дослідження, високий рівень загального перфекціонізму спостерігається у 20 респондентів (18%), середній - у 22 осіб (19,8%), тоді як переважна більшість учасників демонструє низький рівень перфекціоністських установок (69 осіб, 62,2%). Така тенденція може свідчити про відносно помірне поширення перфекціоністських диспозицій у вибірці.

У структурному аналізі за окремими шкалами найбільше вираженим типом виявився самокритичний перфекціонізм - 36 респондентів (32,4%) мали високі бали за цією шкалою. Це може свідчити про схильність значної частини молоді до внутрішньої жорсткої саморефлексії, заниженої самооцінки, тривожності та самоосуду при невідповідності очікуванням. Помірний рівень за цим показником виявлено у 18 осіб (16,2%), а низький - у 57 (51,4%).

Жорсткий перфекціонізм, що асоціюється із високими стандартами, вимогливістю до себе та орієнтацією на досягнення, мав високі показники у 22 респондентів (19,8%), середній - у 21 (18,9%), а низький - у 68 (61,3%).

Натомість нарцисичний перфекціонізм, пов'язаний із потребою у схваленні, демонстративністю та прагненням здаватися досконалим в очах інших, виявився найменш вираженим. Високі результати за цим типом спостерігались лише у 14 осіб (12,6%), тоді як середній рівень - у 30 респондентів (27%), а низький - у 67 (60,4%).

Загалом результати вказують на домінування самокритичних установок серед досліджуваних форм перфекціонізму, що може мати вагомні наслідки для емоційного стану та психологічного благополуччя молоді. Водночас помірне поширення жорсткого та нарцисичного перфекціонізму може свідчити про меншу орієнтацію на соціальні стандарти досконалості, ніж на внутрішній тиск і самовимогливість.

Таблиця 2. Розподіл результатів відповідей респондентів за Великою тривимірною шкалою перфекціонізму

	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень

Загальний рівень перфекціонізму	20	22	69
«Жорсткий перфекціонізм»	22	21	68
«Самокритичний перфекціонізм»	36	18	57
«Нарцисичний перфекціонізм»	14	30	67

2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження зв'язку між використанням соціальних мереж та дисморфофобічними тенденціями в молоді

У результаті проведеного кореляційного аналізу із застосуванням коефіцієнта Пірсона було виявлено статистично значущі зв'язки між показниками симптомів дисморфофобічного розладу, інтенсивністю використання соціальних мереж та рівнем перфекціонізму серед молоді.

До проведення дослідження я припускала, що високий рівень дисморфофобічних симптомів корелює з вищим рівнем перфекціонізму у молоді (гіпотеза 1). Аналіз зв'язків між симптомами дисморфофобічного розладу та загальним рівнем перфекціонізму виявив

середню позитивну кореляцію ($r = 0.447$; $p < .001$), яка посилюється у випадку окремих типів перфекціоністських настанов: самокритичного перфекціонізму ($r = 0.386$; $p < .001$), жорсткого ($r = 0.352$; $p < .001$) та нарцисичного ($r = 0.313$; $p < .001$). Таким чином, особи з підвищеним рівнем вимог до себе, зокрема у формі самокритичності, демонструють схильність до інтенсивнішого переживання щодо зовнішності, що може бути пов'язане з формуванням симптомів дисморфофобічного розладу.

Мною також була висунута ще одна гіпотеза - особи з високою активністю в соціальних мережах мають вищий рівень дисморфофобічних симптомів (гіпотеза 2).

В ході дослідження я встановила, що мотиваційна та емоційна залученість до соціальних мереж за шкалою SMES-A статистично значуще корелює з симптомами дисморфофобії ($r = 0.361$; $p < .001$), тоді як побутове включення соцмереж у щоденну активність за шкалою SMEQ не виявило значущого зв'язку з показниками BDD ($r = 0.053$; $p = 0.577$). Це дозволяє припустити, що саме психологічна значущість і емоційна мотивація використання соціальних мереж (а не просто частота користування) є потенційно пов'язаними із симптоматикою дисморфофобічного розладу.

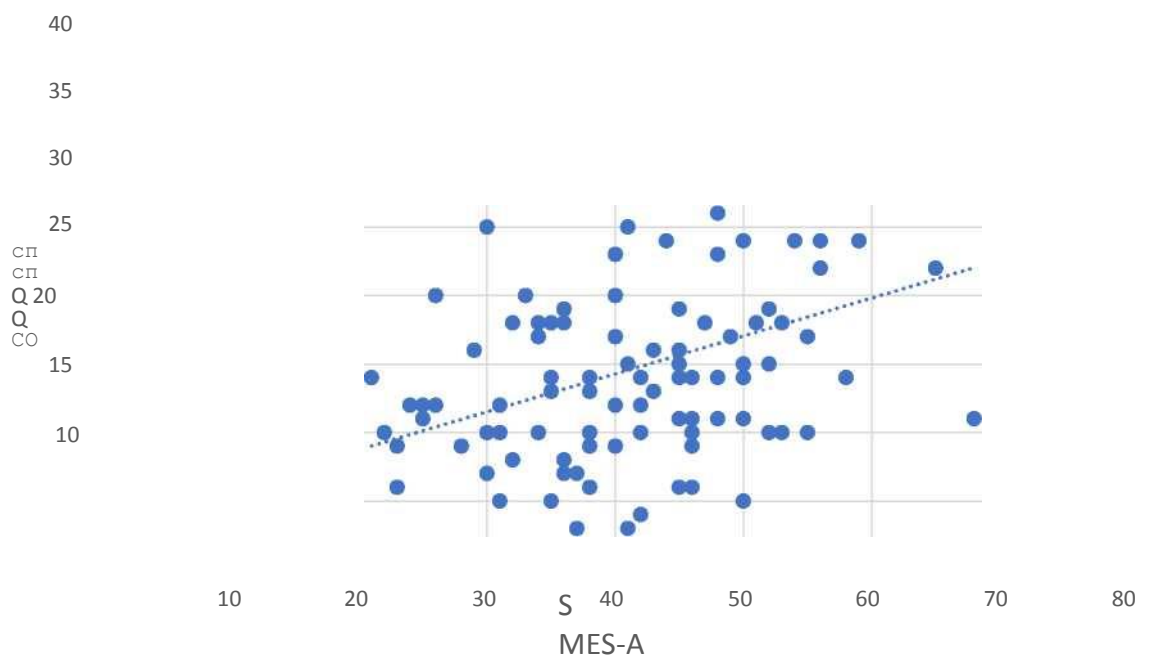


Рисунок 4. Діаграма розсіювання взаємозв'язку між дисморфофобічними тенденціями (BDD-SS) та емоційною залученістю молоді до соціальних мереж (SMES-A)

Для з'ясування ролі самокритичного перфекціонізму та частоти використання соціальних мереж у формуванні симптомів дисморфофобічного розладу (BDD-SS), було проведено множинний регресійний аналіз із включенням предикторів: інтенсивності користування соціальними мережами (SMES-A), самокритичного перфекціонізму, віку та статі.

До проведення дослідження я припускала, що рівень дисморфофобічного розладу позитивно корелює з перфекціонізмом та залученням до соціальних мереж (гіпотеза 4).

Отримані результати свідчать, що самокритичний перфекціонізм є статистично значущим предиктором вираженості симптомів дисморфофобічного розладу (Estimate = 0.171; $p = 0.002$). Це вказує на те, що зі зростанням рівня самокритичного перфекціонізму підвищується і рівень дистресу, пов'язаного з уявленими вадами зовнішності.

Інтенсивність використання соціальних мереж за шкалою SMES-A виявила тенденцію до статистичної значущості (Estimate = 0.168; $p = 0.059$), що узгоджується з попередніми результатами кореляційного аналізу, проте не дозволяє зробити остаточні висновки без подальшого дослідження.

Щодо контрольних змінних, ані вік, ані статеві ідентичність не виявили статистично значущого впливу на симптоми дисморфофобічного розладу ($p > 0.1$). Це свідчить про те, що в межах цієї вибірки, саме особистісні характеристики, зокрема перфекціоністські, відіграють ключову роль у формуванні симптоматики, на відміну від соціально-демографічних змінних.

За результатами кореляційного аналізу, проведеного між окремими мотиваціями до користування соціальними мережами (відповідно до Шкали мотивації до користування соціальними мережами) та симптомами дисморфофобічного розладу (BDD-SS), виявлено переважно статистично незначущі зв'язки. Єдина мотивація, яка показала статистично значущий зв'язок із симптомами дисморфофобічного розладу, - це «розповісти про себе» ($r = 0.240$, $p = 0.011$). Такий результат може свідчити про наявність певного зв'язку між потребою в саморозкритті в соціальних мережах та рівнем дистресу пов'язаного з власною зовнішністю.

З метою вивчення того, як самокритичний перфекціонізм впливає на зв'язок між

інтенсивністю використання соціальних мереж та вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу, було проведено модераційний аналіз (гіпотеза 3). Незалежною змінною виступала інтенсивність залучення до соціальних мереж (SMES-A), модератором - рівень самокритичного перфекціонізму, а залежною змінною - симптоми дисморфофобічного розладу (BDD-SS Symptoms).

Отримані результати свідчать про наявність статистично значущого ефекту модерації ($b = 0.00961$, $p = 0.018$), що вказує на взаємодію між SMES-A та самокритичним перфекціонізмом у прогнозуванні рівня симптомів дисморфофобічного розладу. Окрім того, було виявлено головні ефекти як SMES-A ($b = 0.20826$, $p = 0.001$), так і самокритичного перфекціонізму ($b = 0.10883$, $p = 0.005$), які також мали позитивну асоціацію із симптомами розладу.

Для візуалізації модераційного ефекту було побудовано графік простих нахилів, згідно з яким зв'язок між використанням соціальних мереж та симптомами дисморфофобічного розладу є виразнішим у групі осіб із високим рівнем самокритичного перфекціонізму. У респондентів із низьким рівнем перфекціонізму відповідний зв'язок є слабким або невираженим.

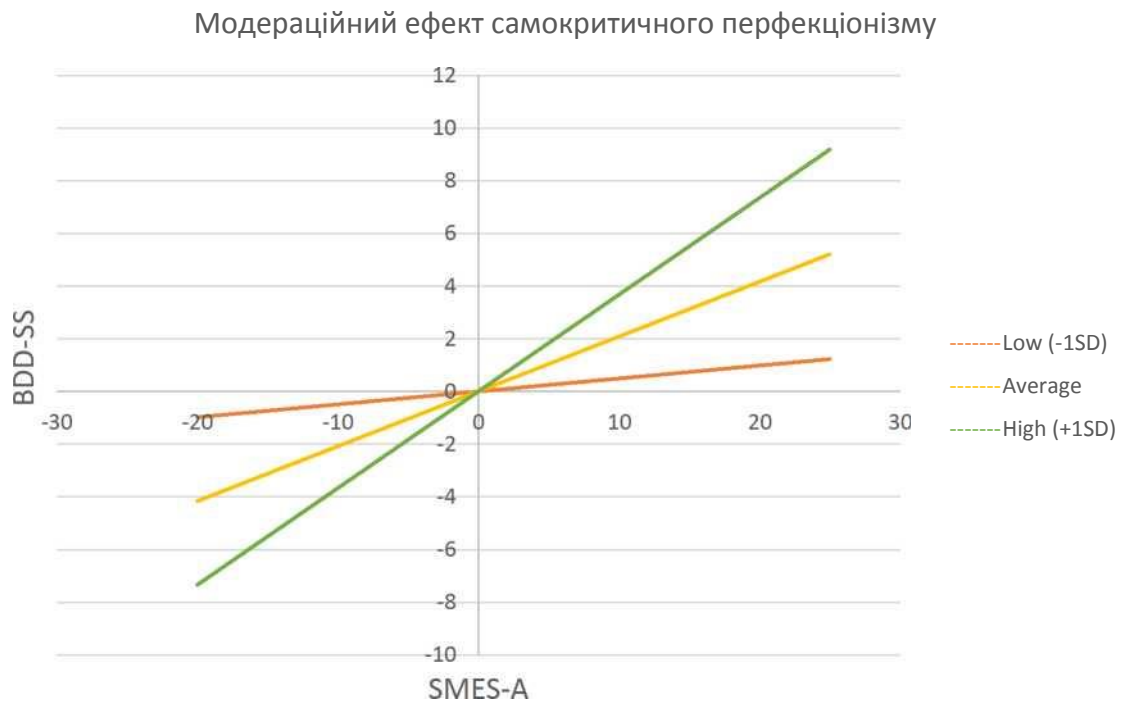


Рисунок 5. Модераційний ефект самокритичного перфекціонізму у зв'язку між дисморфофобічними тенденціями (BDD-SS) та емоційною залученістю молоді до соціальних мереж (SMES-A)

Таким чином, результати підтверджують наявність значущого модераційного ефекту самокритичного перфекціонізму. Саме цей особистісний чинник істотно посилює негативний вплив емоційної залученості до соціальних мереж на формування дисморфофобічної симптоматики. Отримані дані підкреслюють важливість урахування перфекціоністських настанов у контексті профілактики та психокорекції розладів, пов'язаних із спотвореним тілесним самосприйняттям.

На відміну від самокритичного перфекціонізму, загальний рівень перфекціоністських настанов не продемонстрував значущого модераційного ефекту у взаємозв'язку між емоційною залученістю до соціальних мереж та симптомами дисморфофобічного розладу. Це означає, що незалежно від того, наскільки загалом виражені перфекціоністські тенденції в особистості, їхній вплив, скоріше за все, не змінює характер зв'язку між активністю в соціальних мережах і вираженістю симптоматики BDD. Статистичний аналіз не засвідчив значущої взаємодії між цими змінними ($\beta = 0.00266$; $p = 0.179$), що дає підстави припускати відсутність модераційного ефекту загального перфекціонізму в цій моделі.

Висновки до 2 розділу

У другому розділі мною було здійснено ґрунтовне емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення зв'язку між використанням соціальних мереж, рівнем перфекціонізму та симптомами дисморфофобічного розладу серед молоді. Вибірка складалася зі 111 респондентів віком від 14 до 35 років, з переважанням осіб жіночої статі. Задля досягнення поставленої мети було застосовано валідні психодіагностичні методики, які виявили високий рівень внутрішньої узгодженості (α Кронбаха > 0.80).

Результати аналізу показали, що серед досліджуваної молоді переважає низький рівень симптомів дисморфофобічного розладу. Проте в чверті випадків (25,2 %) були виявлені помірні симптоми або помірна загальна важкість проявів, що свідчить про потенційну психологічну вразливість частини вибірки.

Оцінка залучення до соціальних мереж засвідчила переважну активність респондентів, причому емоційно-мотиваційна залученість (SMES-A) статистично значуще корелює з симптомами дисморфофобічного розладу ($r = 0.361$; $p < .001$). Водночас побутова частота користування (SMEQ) не виявила зв'язку з цими симптомами, що дозволяє зробити висновок про важливість не кількісного, а якісного виміру взаємодії з соцмережами.

Рівень перфекціонізму також відіграє важливу роль у формуванні симптоматики. Було виявлено середні позитивні кореляції між загальним перфекціонізмом ($r = 0.447$; $p < .001$) та симптомами BDD, а також між окремими його типами, зокрема самокритичним ($r = 0.386$; $p < .001$), що продемонстрував найвищу прогностичну силу.

Подальший регресійний аналіз підтвердив, що саме самокритичний перфекціонізм є статистично значущим предиктором симптомів дисморфофобії ($p = 0.002$), тоді як інтенсивність використання соцмереж (SMES-A) лише наближається до статистичної значущості ($p = 0.059$). Це дає підстави припускати, що внутрішні психологічні риси, а не сам факт використання платформ, є основними факторами ризику.

Значний науковий інтерес становить результат модераційного аналізу, в якому самокритичний перфекціонізм виявився значущим модератором у зв'язку між залученням до

соціальних мереж та симптомами BDD. Зокрема, зв'язок між інтенсивним користуванням соцмережами та BDD є сильнішим саме у респондентів із високим рівнем самокритичного перфекціонізму, що свідчить про взаємопідсилення цих чинників.

Окрему увагу в дослідженні було приділено мотиваціям використання соціальних мереж. Хоча більшість із них не продемонстрували статистично значущих асоціацій з BDD, мотивація «розповісти про себе» мала помірний позитивний зв'язок із симптомами розладу ($r = 0.240$; $p = 0.011$). Це може вказувати на зв'язок між саморозкриттям у цифровому середовищі та вразливістю до тілесної самокритики.

Таким чином, результати аналізу дозволили емпірично підтвердити гіпотези дослідження та окреслити ключові психологічні чинники, що зумовлюють формування симптомів дисморфофобічного розладу в молоді в контексті використання соціальних мереж. Найбільш вагомими предикторами виступають самокритичний перфекціонізм та мотиваційно-емоційна залученість до соцмереж, а їхня взаємодія суттєво посилює ризик розвитку симптомів.

РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОГО ОБРАЗУ ТІЛА: ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПІДХОДИ

3.1 Практичні рекомендації щодо зменшення негативного впливу соціальних мереж на сприйняття власного тіла

Соціальні мережі відіграють важливу роль у формуванні уявлень про норми зовнішності та краси у сучасному суспільстві. Увагу привертає тенденція до ідеалізації зовнішності, зокрема репрезентація образів, що часто не відповідають реальності через використання фільтрів, цифрової обробки або маніпулятивної подачі. Це може призводити до викривлення сприйняття власного тіла, зниження самооцінки та розвитку дисморфобічної симптоматики, особливо у психоемоційно вразливих осіб.

З огляду на актуальність проблеми, надзвичайно важливим є формування ефективних стратегій профілактики та зниження негативного впливу соціальних мереж на сприйняття образу тіла серед молоді. Однією з ключових складових такої стратегії є розвиток критичного ставлення до контенту, що транслюється у віртуальному просторі. Молоді користувачі мають усвідомлювати, що більшість зображень у соціальних мережах створені з метою естетичного впливу та підвищення кількості переглядів, що має на меті розміщення якнайбільшої кількості реклами, а не для достовірного відображення реальності. У зв'язку з цим важливо навчати розпізнавати відредаговані або ідеалізовані зображення, формувати стійкість до нереалістичних стандартів краси та розуміння того, що зовнішність у соціальних мережах часто є продуктом ретельного візуального конструювання, а не природної тілесної репрезентації.

Іншим важливим чинником є обмеження часу, який проводиться у соціальних мережах. Дослідження доводять, що надмірне користування соціальними платформами асоціюється з підвищеним рівнем тривоги, депресивних переживань та тілесної незадоволеності (Gupta, Jassi, & Krebs, 2023; Ryding & Kuss, 2020; Saiphoo & Vahedi, 2019). Зменшення тривалості перебування у цифровому середовищі дозволяє не лише знизити

психоемоційне навантаження, а й створити умови для включення в офлайн-активності, що підтримують психологічне здоров'я - фізичні вправи, хобі, безпосередню міжособистісну взаємодію. Таким чином, регулювання часу в соціальних мережах може виступати превентивною стратегією у контексті формування тілесного дискомфорту.

Значну роль у протидії негативному впливу соціальних мереж відіграє також переорієнтація ціннісних установок з акценту на фізичну привабливість до загального благополуччя - як фізичного, так і емоційного. Така установка повинна стати частиною культури здорового суспільства та має підтримуватися всіма доступними суспільству ресурсами.

Усвідомлення важливості функціонального аспекту тілесності, а не лише її естетичного виміру, сприяє формуванню здорового образу тіла. Регулярна фізична активність, якісний сон, харчова збалансованість та психоемоційна стабільність забезпечують загальне відчуття життєвої енергії, що знижує потребу у самопорівнянні та естетичній самокритиці.

Розвиток позитивної самооцінки та прийняття власного тіла є ще одним важливим ресурсом у подоланні впливу соціальних мереж. Самооцінка виступає своєрідним буфером, що послаблює ефект самопорівняння, характерного для візуально орієнтованого контенту. Рекомендовано впроваджувати психопрофілактичні практики, спрямовані на формування прийняття себе: ведення рефлексивних щоденників, використання технік самопідтримки. Надзвичайно важливо усвідомити, що стандарти краси є соціально сконструйованими і не мають універсального характеру. Визнання унікальності кожного тіла допомагає знизити залежність від зовнішніх оцінок та формувати внутрішньо узгоджене сприйняття себе.

Суттєвим ресурсом є також модифікація інформаційного середовища. Формування здорового цифрового простору передбачає свідомий вибір контенту: варто відмовитися від підписок на акаунти, що пропагують недосяжні естетичні стандарти, та надати перевагу тим, які транслюють ідеї бодіпозитиву, різноманіття, інклюзивності та психоемоційного благополуччя. Такий підхід створює умови для більш реалістичного сприйняття зовнішності

та знижує ризик формування деструктивного ставлення до власного тіла.

У тих випадках, коли вплив соціальних мереж набуває інтенсивного характеру і викликає клінічно значущі прояви дистресу, незадоволення собою, порушення харчової поведінки або дисморфофобічну симптоматику, рекомендовано звертатися по фахову допомогу. Психологічне консультування або психотерапія дозволяють опрацювати внутрішні чинники тілесної незадоволеності, знизити рівень тривожності та розробити нові стратегії адаптації у цифровому середовищі. Комплексна психологічна підтримка є важливим інструментом відновлення позитивного образу себе в умовах тиску інформаційного простору.

Таким чином, протидія негативному впливу соціальних мереж на сприйняття власного тіла є багаторівневою та повинна включати розвиток критичного ставлення до контенту, регуляцію часу у цифровому просторі, переорієнтацію цінностей, зміцнення самооцінки, створення підтримувального інформаційного середовища та, за необхідності, професійну психологічну допомогу. Лише комплексний підхід дозволяє зберігати психоемоційне благополуччя молоді та сприяти формуванню здорового ставлення до власного тіла в умовах медіарізноманіття сучасного світу.

3.2 Психологічні та нейропсихологічні методи корекції негативного сприйняття власного тіла

Розглянемо психологічні методи, спрямовані на корекцію негативного сприйняття власного тіла, викликаного впливом соціальних мереж, та на розвиток здорового ставлення до себе.

У тих випадках, коли самоусвідомлення і самодопомога не дають бажаного ефекту, вирішальну роль відіграє психотерапевтична підтримка. Професійна терапія забезпечує безпечний простір для глибокого дослідження причин негативного сприйняття тіла, часто пов'язаних із травматичним досвідом, соціальним тиском або внутрішніми конфліктами. Психотерапевт може використовувати різноманітні техніки, від КПТ до гештальт-підходів і

арт-терапії, адаптуючи їх до потреб конкретного пацієнта. Однією з ефективних форм психотерапевтичної роботи є групова терапія. Вона не тільки дозволяє подолати ізоляцію, а й відкриває можливість для обміну досвідом, формування емпатії та розвитку почуття приналежності.

У випадку дисморфофобічного розладу, що є клінічно складною формою негативного сприйняття тіла, рекомендовано застосовувати комплексне втручання, яке поєднує медикаментозне лікування з використанням селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Відповідно до рекомендацій Американської психіатричної асоціації та клінічних протоколів, КПТ є емпірично обґрунтованим методом лікування дисморфофобічного розладу (Phillips et al., 2010; Hartmann, Greenberg, Wilhelm, 2013). Зокрема, результати рандомізованих контрольованих досліджень, проведених Veale et al. (2014) та Wilhelm et al. (2019), підтвердили довготривалі позитивні зміни після проходження КПТ у пацієнтів з порушеним образом тіла. Крім того, КПТ включено до клінічних рекомендацій як перша лінія лікування дисморфофобічного розладу (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

Згідно з основними принципами КПТ, уявлення про власне тіло формуються на основі когнітивних процесів, які можуть бути спотворені за допомогою хибних переконань або ідеалізованих уявлень, що часто демонструються в соціальних мережах.

Початковий етап терапії передбачає психоосвітню роботу з клієнтом, формування індивідуалізованої моделі розладу, в якій враховуються біологічні, психологічні та соціокультурні фактори. Важливим аспектом на цьому етапі є пояснення пацієнтові різниці між тілесним образом і реальним зовнішнім виглядом, а також формування спільного розуміння механізмів підтримання симптомів.

Однією з основних цілей КПТ є виявлення й модифікація когнітивних спотворень - автоматичних негативних думок, базових переконань («Я непривабливий», «Мене не можна любити таким, який я є»), а також деструктивних поведінкових стратегій, таких як уникання дзеркал, ритуали контролю зовнішності або нав'язливі порівняння себе з іншими. На цьому

етапі ефективним є використання когнітивного реструктурування, яке дозволяє пацієнту піддавати сумніву власні переконання, наприклад: «Я знаю, що всі дивляться на мій шрам і вважають мене огидним». Такі твердження обговорюються за допомогою сократівського діалогу: «Які є докази цього?», «Чи ця думка допомагає мені жити краще?».

Крім того, робота з глибинними переконаннями потребує залучення техніки «стрілки вниз» - багаторазового запитання пацієнта про можливі наслідки його страхів, що дозволяє вийти на базові схеми («Я недостойний любові», «Я не цінний, якщо не ідеальний»). Зміна цих схем досягається шляхом поєднання реструктурування, поведінкових експериментів і таких технік, як «пиріг самооцінки», що розширює уявлення пацієнта про джерела власної цінності за межі зовнішності (наприклад, особистісні якості, досягнення, цінності).

Паралельно з когнітивною роботою терапевт і пацієнт складають індивідуальну ієрархію ситуацій, які викликають тривогу або уникаються (наприклад, участь у соціальних подіях, поїздки в громадському транспорті, перебування у роздягальні). Важливо, щоб експозиційні вправи проводились поступово - від менш загрозливих до більш складних ситуацій. Терапевт забезпечує безпечний простір, у якому пацієнт може вчитись залишатися в дискомфортних ситуаціях без використання захисних ритуалів. Така систематична експозиція допомагає знижувати чутливість до тригерів і водночас змінює дисфункційні переконання про себе.

Особливу увагу приділяють роботі з ритуалами. До них належать повторне перевіряння власного вигляду, надмірне використання косметики, нав'язливе позування перед дзеркалом тощо. Для їх подолання застосовують стратегії «відкладання», «скорочення» та повне утримання від ритуалу. Вправи на експозицію часто оформлюють як поведінкові експерименти з метою перевірки хибних прогнозів, наприклад: «Якщо я не одягну капелюх, усі звертатимуть увагу на моє поріділе волосся».

Додатково у рамках КПТ використовують метод перцептивного перенавчання. Це робота перед дзеркалом, під час якої пацієнт вчиться описувати своє тіло нейтрально, без оціночних суджень («У мене є родимка на щоці» замість «Моя шкіра огидна»). Завданням

терапевта є спрямування пацієнта на формування більш об'єктивного сприйняття зовнішності та розширення уваги на інші аспекти життя. Цей метод доповнюється практиками майндфулнес і фокусуванням на навколишньому середовищі (звуки, запахи, візуальні образи), що сприяє зменшенню селективної уваги до недоліків.

Згідно з оглядом Andrea Hartmann, Jennifer Greenberg і Sabine Wilhelm (2013), саме така послідовна, структурована й багаторівнева КПТ-модель демонструє високу ефективність у лікуванні дисморфофобічного розладу, зменшуючи симптоматику, покращуючи якість життя та знижуючи ризик рецидивів.

Важливим доповненням до КПТ є майндфулнес. Це практика усвідомленої присутності, що вчить зосереджуватися на моменті «тут і тепер», зменшуючи автоматичне занурення в самокритику й порівняння. Особливо корисною є робота з тілесним усвідомленням: спостереження за відчуттями у тілі дозволяє людині відновити зв'язок із собою, не відштовхуючи тіло як джерело дискомфорту, а приймаючи його як частину цілісної особистості. Регулярне застосування майндфулнес-практик, таких як глибоке дихання, прогресивне м'язове розслаблення або медитація сканування тіла, продемонструвало високу ефективність у зниженні рівня тривожності, покращенні емоційного самопочуття та підвищенні психологічної стійкості. Метааналіз, проведений Khoury та співавторами (2015), показав, що майндфулнес-досвід значно знижує рівень стресу і сприяє загальному психологічному благополуччю. Подібні результати були отримані й у дослідженні Goyal et al. (2014), де систематичний огляд медитативних програм засвідчив зменшення симптомів тривоги та депресії.

Окрім суто психологічних методів роботи з порушенням сприйняття власного тіла існують й ті, що мають нейропсихологічне обґрунтування. Нейропсихологічні методи корекції базуються на глибокому розумінні взаємозв'язку між функціонуванням мозку, когнітивною сферою та емоційними реакціями, що визначають тілесне самосприйняття.

Одним із ключових нейропсихологічних напрямів є відновлення інтегративних процесів у структурах мозку, що відповідають за формування образу тіла, зокрема в зоні

тім'яної кори, лімбічній системі, префронтальній корі та стріатумі. Нейровізуалізаційні дослідження, що були проведені Feusner з колегами (2010) та Buchanan (2013) показали, що у людей із дисморфофобічним розладом спостерігаються функціональні та структурні зміни в цих ділянках - зокрема, надмірна активація візуальних асоціативних зон під час обробки обличчя, що призводить до гіперфокусування на деталях зовнішності. Відтак корекція тілесного образу потребує нейропсихологічного втручання, спрямованого на перебудову сенсорної інтеграції та зменшення селективної уваги до «дефектів».

Ефективними у цьому напрямі є методики нейрокогнітивного тренування, зокрема ті, що спрямовані на покращення виконавчих функцій, емоційної регуляції та когнітивної гнучкості. Встановлено, що труднощі у перемиканні уваги, знижена когнітивна гнучкість і схильність до негативних емоційних реакцій є поширеними когнітивними патернами у пацієнтів із дисморфофобічним розладом (Grace et al., 2019; Dunai et al., 2010). Нейропсихологічні тренінги, спрямовані на розвиток робочої пам'яті, інгібіції автоматичних реакцій та тренування переключення уваги, можуть сприяти більшій адаптивності мислення і зменшенню фіксації на тілесних недоліках.

Особливе місце посідають інтервенції, засновані на нейрофідбек-технологіях. Нейрофідбек ґрунтується на принципі нейропластичності - здатності мозку змінювати свою структуру та функції у відповідь на досвід. За допомогою електроенцефалографії або функціональної магнітно-резонансної томографії фіксується мозкова активність, яка потім відображається пацієнту у вигляді візуальних або аудіосигналів. Ці сигнали допомагають пацієнту усвідомити та модифікувати свої мозкові патерни, пов'язані з тривогою, нав'язливими думками та іншими симптомами BDD. Дослідження Thibault та співавторів (2018) показало, що тренування в бета-діпазоні, зокрема у фронтальних ділянках, позитивно впливає на рівень самоконтролю та знижує румінації, пов'язані з образом тіла. У такий спосіб нейрофідбек сприяє розвитку саморефлексії та емоційної стійкості без медикаментозного втручання.

Застосування нейрофідбеку також показало ефективність у зменшенні симптомів,

пов'язаних з коморбідними станами, такими як обсессивно-компульсивний розлад, тривожні розлади та депресія, які часто супроводжують BDD. Це робить нейрофідбек цінним компонентом комплексного підходу до лікування дисморфофобічного розладу (Neurofeedback Training Co., n.d.).

Важливою складовою нейропсихологічного підходу є тілесно-орієнтована терапія, яка поєднує роботу з тілом і нервовою системою. Практики соматичної інтеграції, тілесної обізнаності та нейросенсорної релаксації сприяють активізації парасимпатичного тону та зниженню тривожної активації. Завдяки регулярному фокусуванню уваги на тілесних відчуттях і роботі з сигналами тіла, пацієнти вчаться сприймати його не як об'єкт оцінки, а як суб'єктивну частину власного «Я», що заслуговує на прийняття. Цей підхід був розроблений Пітером Левіном, який вважає, що травматичні переживання можуть призводити до дисфункції нервової системи, і що соматичне переживання допомагає відновити зв'язок між тілом і розумом, сприяючи зціленню від травми (Levine, 1997).

Ще одним перспективним напрямом є використання віртуальної реальності у межах нейропсихологічної реабілітації. VR-середовище дозволяє моделювати безпечні соціальні або тілесні ситуації, з якими клієнт має труднощі, та поступово знижувати рівень дистресу під контролем фахівця. Дослідження показують, що занурення у віртуальні простори, де відбувається тренування образу тіла в умовах реалістичного, але контрольованого середовища, сприяє більш глибокій перебудові сприйняття (Riva et al., 2016).

Таким чином, нейропсихологічні методи дозволяють значно розширити арсенал корекційних засобів при роботі з негативним образом тіла. Їхня ефективність полягає в інтеграції мозкових механізмів, тілесних процесів та психічної регуляції, що забезпечує комплексний підхід до відновлення здорового тілесного самосприйняття. Особливо актуальним таке поєднання є в умовах підвищеного інформаційного навантаження, коли традиційна когнітивна інтервенція потребує доповнення на рівні нейропсихологічної стабілізації. Ефективна корекція негативного сприйняття тіла базується на комплексі взаємопідсилюючих стратегій - когнітивно-поведінковій терапії, майндфулнес-практиках,

соціальної підтримці та глибокій психотерапевтичній роботі. Їхнє цілісне застосування дозволяє не лише зменшити симптоми тривожності й депресії, а й суттєво покращити якість життя молоді, яка зазнає тиску деструктивного медіасередовища.

Висновки до 3 розділу

У третьому розділі роботи мною було розкрито практичні підходи до зменшення негативного впливу соціальних мереж на сприйняття власного тіла та окреслено ефективні психологічні та нейропсихологічні методи корекції негативного тілесного образу.

Соціальні мережі, за умови некритичного споживання контенту, можуть формувати викривлені уявлення про зовнішність, спричиняти дистрес і знижувати самооцінку. У відповідь на ці виклики особливо важливо застосовувати практики, що сприяють розвитку медіаграмотності, усвідомленості та тілесного прийняття, зокрема контроль часу перебування в соціальних мережах, свідоме ставлення до інформаційного середовища, зміцнення самооцінки та формування критичного мислення.

Поряд із профілактичними стратегіями, у розділі я розглянула доказові терапевтичні підходи, які ефективно застосовуються для корекції негативного образу тіла. Особливе місце посіла когнітивно-поведінкова терапія, що зарекомендувала себе як провідний метод лікування дисморфофобічного розладу. Також було висвітлено значення майндфулнес-практик, тілесної усвідомленості, групової підтримки та індивідуальної психотерапії як дієвих інструментів покращення психоемоційного стану.

Окрему увагу в контексті корекції негативного сприйняття тіла було приділено нейропсихологічним методам, зокрема тілесно-орієнтованій терапії та нейрофідбеку. Ці підходи дозволяють працювати на рівні нейрофізіологічної регуляції та відновлювати цілісне відчуття себе через взаємодію з тілом і мозком. Їхня інтеграція в терапевтичний процес сприяє підвищенню ефективності втручань, особливо у випадках підвищеної тривожності, стресу та емоційної дестабілізації, що супроводжують дисморфофобічний розлад.

Всі описані методи мають на меті не лише зниження симптомів тривоги та незадоволеності тілом, а й зміцнення позитивного ставлення до себе та повернення до повноцінного функціонування в соціальному середовищі.

ВИСНОВКИ

У межах першого завдання дослідження я проаналізувала наукові підходи до вивчення дисморфофобічного розладу. Я встановила, що дисморфофобічний розлад є складним психопатологічним явищем, тісно пов'язаним із низкою нейропсихологічних, когнітивних і соціальних чинників. Одним із ключових механізмів у формуванні цього розладу виступає спотворене тілесне сприйняття, що зумовлюється поєднанням вроджених особливостей обробки візуальної інформації та набутих переконань щодо зовнішності. Проаналізовані мною нейропсихологічні дослідження дозволили виокремити характерні зміни в роботі мозку, зокрема гіперактивність фронто-стріатальних систем, дисфункцію зорової кори, а також дефіцити у сфері виконавчих функцій, що сприяють формуванню нав'язливих думок і ритуальної поведінки.

У рамках другого завдання було досліджено рівень поширеності симптомів дисморфофобічного розладу серед активних користувачів соціальних мереж. Отримані емпіричні дані засвідчили статистично значущий зв'язок між високою залученістю молоді до соціальних мереж і вираженістю дисморфофобічних симптомів. Найбільшою мірою це стосується тих користувачів, для яких характерна висока потреба в соціальному порівнянні, демонстрації себе й отриманні зовнішнього схвалення. Таким чином, соціальні мережі виступають тригером, який посилює самооб'єктивацію, критику власної зовнішності та психоемоційне виснаження.

Третє завдання передбачало з'ясування ролі перфекціонізму як медіатора у взаємозв'язку між використанням соціальних мереж та вираженістю симптомів дисморфофобічного розладу. Важливим теоретичним надбанням стало встановлення ролі перфекціонізму як особистісного чинника, що виступає каталізатором розвитку дисморфофобічної симптоматики. Перфекціоністські установки, спрямовані на досягнення нереалістичних стандартів зовнішності, підсилюють внутрішній конфлікт і спричиняють хронічне невдоволення собою.

Четверте завдання було реалізовано через обґрунтування комплексу ефективних психологічних стратегій, спрямованих на зменшення впливу соціальних мереж на психоемоційний стан молоді та корекцію негативного сприйняття тіла. Я розглянула практичні профілактичні заходи, що орієнтовані на формування критичного мислення, розвиток медіаграмотності, зміцнення самоцінності особистості та підтримку психоемоційної стабільності. Провідною інтервенцією є когнітивно-поведінкова терапія, що дає змогу працювати зі спотвореними переконаннями, ритуалами та деструктивною поведінкою. Значний терапевтичний потенціал мають також майндфулнес-практики й тілесна усвідомленість, які сприяють прийняттю себе, зниженню тривожності та відновленню зв'язку з тілом. Не менш важливою є роль групової підтримки та індивідуальної психотерапії, які створюють умови для безпечного емоційного контакту й формування позитивної ідентичності. Особливу увагу приділено нейропсихологічним підходам, які посилюють ефективність психотерапії завдяки роботі з нейрофізіологічними основами емоційної регуляції. Використання тілесно-орієнтованої терапії, соматичної інтеграції та нейросенсорної релаксації сприяє зменшенню тривожної активації та активації симпатичної нервової системи. Перспективним інструментом є нейрофідбек, що дозволяє коригувати мозкову активність і знижувати симптоми тривоги, депресії та obsесивно-компульсивної поведінки, які часто супроводжують дисморфофобічний розлад. Таким чином, інтеграція психологічних і нейропсихологічних підходів, урахування особистісних і соціальних чинників формують цілісний та дієвий підхід до розуміння і терапії цього розладу.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ

1. Al-Menayes, J. (2015). Social media use, engagement and addiction as predictors of academic performance. *International Journal of Psychological Studies*, 7(4), 86-86. <https://doi.org/10.5539/ijps.v7n4p86>
2. American Psychiatric Association. (2013). *Body Dysmorphic Disorder*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Arji, M., Borjali, A., Sohrabi, F., & Farrokhi, N. (2016). Role of perfectionism and body image in the prediction of body dysmorphic disorder symptoms. *Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology*, 3(1), e42560. <https://doi.org/10.5812/ajnpp.42560>
4. Atmaca, M., Bingol, I., Aydin, A., Yildirim, H., Okur, I., Yildirim, M. A., et al. (2010). Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 258-263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.012>
5. Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., et al. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287-293. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00831-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00831-3)
6. Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 893-903. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X13000795>
7. Body Dysmorphic Disorder Foundation. (n.d.). History of BDD. Retrieved from <https://bddfoundation.org/information/more-about-bdd/history-of-bdd/>
8. Buchanan, B. G., Rossell, S. L., Maller, J. J., Toh, W. L., Brennan, S., & Castle, D. J. (2013). Brain connectivity in body dysmorphic disorder compared with controls: A diffusion tensor imaging study. *Psychological Medicine*, 43(12), 2513-2521. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/S0033291713000421>

9. Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.
10. Colon, S. (2025). Body dysmorphic disorder. *Encyclopedia Britannica*. Retrieved from <https://www.britannica.com/science/body-dysmorphic-disorder>
11. Deshpande, R., Lai, T. M., Li, W., & Feusner, J. (2021). The neurobiology of body dysmorphic disorder. *International OCD Foundation*. Retrieved from <https://bdd.iocdf.org/professionals/neurobiology-of-bdd/>
12. Dunai, J., Labuschagne, I., Castle, D. J., Kyrios, M., & Rossell, S. L. (2010). Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 40(9), 1541-1548. <https://doi.org/10.1017/S003329170999198X>
13. Fang, A., Jacoby, R. J., Beatty, C., Germine, L., Plessow, F., Wilhelm, S., et al. (2020). Serum oxytocin levels are elevated in body dysmorphic disorder and related to severity of psychopathology. *Psychoneuroendocrinology*, 113:104541. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104541>
14. Feusner, J. D., Arienzo D., Li, W., Zhan, L., Gadelkarim, J., Thompson, P. M., et al. (2013). White matter microstructure in body dysmorphic disorder and its clinical correlates. *Psychiatry Res.* 211(2):132-40. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2012.11.001>
15. Feusner, J. D., Hembacher, E., Moller, H., & Moody, T. D. (2011). Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 1 -13. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000572>
16. Feusner, J. D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., Moller, H., et al. (2010). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2):197-205. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.190>
17. Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., McKinley, M., Moller, H., & Bookheimer, S. (2009). Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder.

- Psychiatry Research, 172(2), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.12.003>
18. Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-001>
 19. Franga, K., Roccia, M. G., Castillo, D., ALHarbi, M., Tchernev, G., Chokoeva, A., Lotti, T., & Fioranelli, M. (2017). Body dysmorphic disorder: history and curiosities. *Wiener medizinische Wochenschrift* (1946), 167(Suppl 1), 5-7. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0544-8>
 20. Grace, S. A., Toh, W. L., Buchanan, B., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2019). Impaired recognition of negative facial emotions in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc.* 25(8):884-9. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000419>
 21. Gupta, M., Jassi, A., & Krebs, G. (2023). The association between social media use and body dysmorphic symptoms in young people. *Frontiers in psychology*, 14, 1231801. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1231801>
 22. Hale, B. D., & Smith, D. (2012). Bodybuilding. In *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 66-73). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00046-8>
 23. Hanes, K. R. (1998). Neuropsychological performance in body dysmorphic disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 4:167-71. <https://doi.org/10.1017/S1355617798001672>
 24. Hartmann, A., Greenberg, J., & Wilhelm, S. (2013). Therapist's guide for the treatment of body dysmorphic disorder. Retrieved from <https://bdd.iocdf.org/professionals/therapists-guide-to-bdd-tx/>
 25. Herodotus. (2013). *The Histories* (G. Rawlinson, Trans.). Roman Roads Media. Retrieved

from <https://files.romanroadsstatic.com/materials/herodotus.pdf>

26. Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of personality and social psychology*, 84(6), 1303-1325. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1303>
27. Hu, K.S., Chibnall, J.T. & Slavin, S.J. (2019). Maladaptive Perfectionism, Impostorism, and Cognitive Distortions: Threats to the Mental Health of Pre-clinical Medical Students. *Acad Psychiatry* 43, 381-385. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01031-z>
28. Jefferies-Sewell, K., Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., & Laws, K. R. (2017). Cognitive dysfunction in body dysmorphic disorder: New implications for nosological systems and neurobiological models. *CNS Spectrums*, 22(1), 51-60. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000468>
29. Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100445. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100445>
30. Levine, P. A. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. North Atlantic Books.
31. Marazziti, D., Dell'Osso, L., Presta, S., Pfanner, C., Rossi, A., Masala, I., et al. (1999). Platelet [3H] paroxetine binding in patients with OCD-related disorders. *Psychiatry Research*, 89(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00102-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00102-X)
32. Mardiana, H. (2020). The impact of teenagers' digital literacy on the use of social media. *Proceedings of the 3rd International Conference on Sustainable Information Engineering and Technology (SIET 2019)*. <https://doi.org/10.4108/eai.20-6-2020.2300631>
33. Masciantonio, A., & Bourguignon, D. (2023). Motivation Scale for Using Social Network Sites: Comparative Study between Facebook, Instagram, Twitter, Snapchat and LinkedIn. *Psychologica Belgica*, 63(1), 30-43. <https://doi.org/10.5334/pb.1161>

34. McLean, H. (2011). Body dysmorphic disorder: Does media play a role? *European Journalism Centre*. Retrieved from <http://ejc.net/magazine/article/body-dysmorphic-disorder-does-media-play-a-role>
35. Neurofeedback Training Co. (n.d.). Neurofeedback for Body Dysmorphic Disorder (BDD). Retrieved from <https://neurofeedback.io/uses/bdd>
36. Ni, X., Shao, X., Geng, Y., Qu, R., Niu, G., & Wang, Y. (2020). Development of the Social Media Engagement Scale for Adolescents. *Frontiers in psychology*, 11, 701. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00701>
37. Nicewicz, H. R., Torrico, T. J., & Boutrouille, J. F. (2024). Body Dysmorphic Disorder. In StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555901/>
38. Ozimek, P., Brailovskaia, J., & Bierhoff, H.-W. (2023). Active and passive behavior in social media: Validating the Social Media Activity Questionnaire (SMAQ). *Telematics and Informatics*, 84, 101741. <https://doi.org/10.1016/j.teler.2023.100048>
39. Paramboukis, Olga & Skues, Jason & Wise, Lisa. (2016). An Exploratory Study of the Relationships between Narcissism, Self-Esteem and Instagram Use. *Social Networking*. https://www.researchgate.net/publication/301712492_An_Exploratory_Study_of_the_Relationships_between_Narcissism_Self-Esteem_and_Instagram_Use
40. Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder* (Rev. & exp. ed.). Oxford University Press.
41. Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, 14(12), 58-66. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2361388/>
42. Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22. Retrieved from

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9133747/>

43. Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., et al. (2010a). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 528-555. <https://doi.org/10.1002/da.20705>
44. Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J., & Stein, D. J. (2010b). Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 573-591. <https://doi.org/10.1002/da.20709>
45. Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Social Media Engagement Questionnaire (SMEQ). Open Science Framework. Retrieved from <https://osf.io/jcwb9/download>
46. Raskin, A. [@aza]. (2021, August 18). One of my lessons from infinite scroll: that optimizing something for ease-of-use does not mean best for the user or humanity [Tweet]. X (formerly Twitter). <https://x.com/aza/status/1138268959982022656>
47. Rauch, S. L., Phillips, K. A., Segal, E., Makris, N., Shin, L. M., Whalen, P. J., et al. (2003). A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 122(1), 13-19. [https://doi.org/10.1016/S0925-4927\(02\)00117-8](https://doi.org/10.1016/S0925-4927(02)00117-8)
48. Reimann, L.-E., Ozimek, P., Rohmann, E., & Bierhoff, H.-W. (2023). Validation of the Motives to Use Social Networking Sites Scale (MOTUS). *Telematics and Informatics Reports*, 10, 100080. <https://doi.org/10.1016/j.teler.2023.100080>
49. Ritter, V., Kaufmann, J. M., Krahmer, F., Wiese, H., Stangier, U., & Schweinberger, S. R. (2020). Neural correlates of own- and other-face perception in body dysmorphic disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 302. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00302>
50. Riva, G., Banos, R. M., Botella, C., Mantovani, F., & Gaggioli, A. (2016). Transforming experience: The potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 164. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00164>

51. Ryding, F. C., & Kuss, D. J. (2020). The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. *Psychology of Popular Media Culture*, 9(4), 412-435.
<https://doi.org/10.1037/ppm0000264>
52. Saiphoo, A. N., & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259275.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
53. Singh, A. R., & Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S131-S135.
<https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry 528 18>
54. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
<https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004 2>
55. Sullivan, S. (2024). Body dysmorphia in teens: Symptoms and causes. Bright Path Behavioral Health. Retrieved from <https://www.brightpathbh.com/body-dysmorphia-in-teens/>
56. Thibault, R. T., Lifshitz, M., Birbaumer, N., & Raz, A. (2015). Neurofeedback, Self Regulation, and Brain Imaging: Clinical Science and Fad in the Service of Mental Disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(4), 193-207.
<https://doi.org/10.1159/000371714>
57. Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10312-000>
58. Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body im age*,

- 18, 168-186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>
59. Wilhelm, S., Phillips, K. A., & Steketee, G. (2013). The Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale (BDD-SS). Retrieved from <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/OKana-cuMnT0MiB-BDD.pdf>
60. World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
61. Дисморфофобічний розлад. (н.д.). Коло сім'ї: центр здоров'я та розвитку. Retrieved from <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/dmfr/>
62. Данилкова, І. (2014). КПТ дисморфофобічного розладу. Retrieved from <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/II/Данилкова-І.-КПТ-дисморфофобічного-розладу.pdf>
63. Карамушка, Л. М., Бондарчук, О. І., & Грубі, Т. В. (2018). Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості. Retrieved from <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/714480/1/Практикум.-Карамушка-Бонларчук-Грубi.pdf>
64. Опанасенко, Є. (2023). Психологічні особливості емоційного благополуччя у юнацтва з різною залученістю в соціальні мережі [Bachelor's thesis, НаУКМА]. Retrieved from <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d27966c8-f9b3-48af-9a9b-bdb036c620c6/content>
65. Шаварин, І. (2024). Вплив соціальних мереж на формування психологічного благополуччя у юнацькому віці [Bachelor's thesis, Волинський національний

63 університет імені Лесі Українки]. Retrieved from

[https://evnuir.vnu.edu.Ua/bitstream/123456789/25585/1/shavaryn 2024.pdf](https://evnuir.vnu.edu.Ua/bitstream/123456789/25585/1/shavaryn%2024.pdf)

66. *Зкономічна правда*. (2019, October 11). Кількість користувачів інтернетом в Україні.

Retrieved from <https://epravda.com.ua/ua/news/2019/10/11/652498/>