

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
денна форма навчання)

Сіваченко Аюни Юріївни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук,
асистент кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ТІЛОМ.....	7
1.1 Поняття тілесного дисморфічного розладу та його симптоми.....	7
1.2 Незадоволеність тілом, як симптом тілесного дисморфічного розладу.....	12
1.3 Специфіка самопрезентації особи у соціальних мережах.....	18
1.4 Вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.....	21
Висновки до першого розділу.....	24
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ТІЛОМ.....	26
2.1 Концептуальна модель та гіпотези емпіричного дослідження.....	26
2.2 Організація та методи емпіричного дослідження.....	28
2.3 Формування вибірки та збір даних.....	35
Висновки до другого розділу.....	36
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ТІЛОМ.....	38
3.1 Аналіз та інтерпретація описових статистик.....	38
3.2 Аналіз результатів дослідження впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.....	46
3.3 Медіаційний аналіз	51
3.4 Порівняльний аналіз рівня незадоволеності тілом у різних групах респондентів.....	54
Висновки до третього розділу.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному світі ми тісно пов'язані з соціальними мережами. Соціальні мережі впливають майже на всі аспекти людського життя. Різноманітні платформи є дзеркалом, яке відображає людські цінності та особливості. За допомогою соціальних мереж молодь самовиражається та розвиває різноманітні свої якості. Життя без соціальних мереж майже неможливе, але в цей самий час соціальні мережі мають великий вплив на життя людини.

Звичайно, соціальні мережі є корисним способом комунікації та самовираження, але з іншої сторони це також постає ідеальною картинкою, яка викривляє реальну картину життя. Люди порівнюють себе у соціальних мережах, намагаються досягнути уявних стандартів краси, що має свої наслідки.

Тілесний дисморфічний розлад є поширеною проблемою серед різних вікових категорій людей. Люди все частіше використовують соціальні мережі. Процес фокусу на своїй зовнішності може бути наслідком використання соціальних мереж, де містяться різноманітні пости та фотографії інших людей. Саме такі соціальні мереж можуть потім провокувати незадоволеність тілом, як як симптому тілесного дисморфічного розладу.

Дана тема є достатньо актуальною серед клінічних психологів тому, що люди все частіше стикаються з незадоволеністю тілом, що може сприяти появі тілесного дисморфічного розладу. Цей розлад характеризується патологічною фіксацією на сприйнятті власних фізичних недоліків, що може дуже заважати життю. Великий відсоток людей наразі можуть мати негативні думки стосовно своєї зовнішності або певних частин тіла. Ця проблема є вагомою для широкого вивчення, багато для кого цей стан неприйняття себе стає вже нормою, яка буде постійно впливати на життя людини.

Наразі постає проблема визнання тілесного дисморфічного розладу серед людей, які можуть його мати. Багато людей і наразі не визнають, що

цей розлад є серйозним та поширеним і тому не звертають увагу на вагомі симптоми даного розладу. В умовах, коли соціальні мережі формують стандарти краси та соціальної оцінки, спостерігається посилення самокритичності, тривожності та незадоволення своїм тілом, що може сприяти розвитку або загостренню дисморфофобії. Таким чином, незадоволеність тілом може проявлятися у різних ситуаціях та у різний віковий період.

Проблема залежності від соціальних мереж та незадоволеності тілом розглядалася низкою українських та закордонних дослідників. З тематикою незадоволеності тілом серед українських вчених працювали Максим Лапушенко, Лариса Абсаямова, Наталія Ремесник; серед іноземних – Томас Кеш, Катарін Філіпс, Дейвід Віл, Фуджен Незіроглу, Джеймс Фойснер, Сабін Вільгельм та інші. Тематику впливу соціальних мереж на незадоволеність власним тілом серед іноземних – Жасмін Фардолі, Маріка Тігеманн, Лора Ванденбош, Ленні Вартанян, Рейчел Коен

Проблема впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом є достатньо актуальною у наш час. Соціальні мережі часто містять ідеалізовані, відфільтровані образи, що підсилюють відчуття невідповідності та внутрішньої напруги у користувачів.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично визначити особливості впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз підходів українських та іноземних науковців, щодо визначення поняття тілесний дисморфічний розлад як прояву незадоволеності тілом та особливості його розвитку.
2. Виявити відмінності проявів незадоволеності тілом серед осіб різного віку та статі.

3. Проаналізувати перфекціонізм та рівень самооцінки, як потенційні предиктори незадоволеності тілом.
4. З'ясувати особливості впливу соціальних мереж на порушене сприймання тіла.

Об'єкт дослідження: сприймання тіла.

Предмет дослідження: незадоволеність тілом під впливом залежності від соціальних мереж.

Методи дослідження:

а) теоретичні: аналіз, синтез та узагальнення наукових джерел;

б) емпіричні:

1. Авторська анкета (Додаток 1)
2. Шкала залежності від соціальних мереж (Севост'янов та ін., 2024)
3. Шкала самооцінки Розенберга (Вельдбрехт та ін., 2025)
4. Ситуативна незадоволеність образом тіла Т. Кеша (Василевський, 2025)
5. Переглянута шкала перфекціонізму Р.Слені (Грубі та ін., 2018)

в) статистичні методи: обробка емпіричних даних виконувалася за допомогою математико - статистичних методів: лінійний регресійний аналіз, медіаційний аналіз, t-test двох незалежних вибірок, дисперсійний аналіз.

Дослідницька вибірка: вибірку складають 161 респондентів, з них 116 жінок та 45 чоловіків, віком від 14 до 59 років.

Наукова новизна: точніше доведено, що залежність від соціальних мереж може впливати на незадоволеність тілом, розглянуто різні вікові категорії та відмінності за статтю, а також виявлено, яка роль опосередковуючих факторів (самооцінка та перфекціонізм) на незадоволеність тілом.

Практична значимість роботи: результати дослідження можуть лягти в основу рекомендацій для психологів та батьків щодо мінімізації шкідливого

ефекту соціальних мереж на розвиток дисморфофобії. Такі рекомендації допоможуть особам виробити критичне ставлення до контенту в соцмережах та посилити віру у власні здібності. Матеріали роботи можна використовувати для розробки тренінгів, уроків чи консультацій, спрямованих на зростання самооцінки, набуття навичок самоприйняття й самоконтролю, що дозволяє зменшити залежність від думки оточуючих і протистояти негативу соціального порівняння.

Достовірність і обґрунтованість результатів: результати дослідження є достовірними завдяки репрезентативній вибірці, аналізу сучасних досліджень на дану тему та застосуванню валідних інструментів. Результати є актуальні в наш час, що підтверджує важливість та обґрунтованість результатів.

Структура роботи: складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 73 сторінки, основний зміст викладено на 60 сторінках. Робота містить 14 таблиць, 6 рисунків, 4 додатки. Список використаних джерел складає 55 праць українських та зарубіжних авторів, з них 49 – англомовних.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ТІЛОМ

1.1 Поняття тілесного дисморфічного розладу та його симптоми

Дисморфофобія (тілесний дисморфічний розлад) – це психічний розлад, що характеризується нав'язливою, надмірною заклопотаністю уявними або незначними дефектами зовнішності. Цей розлад зазвичай не помітний іншим, він супроводжується сильним стресом, соціальною дезадаптацією (Bjornsson et al., 2010). Зацикленість на уявних недоліках зовнішності зазвичай займає багато годин на день, і більшість людей вдаються до повторюваних і компульсивних дій, таких як постійне дивлячись у дзеркало, надмірний догляд за собою та вищипування шкіри, уникають соціальних ситуацій, маскують дефект або виправляють його за допомогою косметичної хірургії. Людину супроводжує постійне відчуття потворності або фізичного дефекту, який, на його думку, помітний іншим, хоча зовнішність знаходиться в межах норми (Castle & Harrison, 1999).

Зазвичай цей розлад починається у підлітковому віці та охоплює численні ділянки тіла, що провокує погане розуміння виражених порушень, при цьому наявні суїцидальні думки. Страждання людини часто супроводжується проведенням непотрібних хірургічних або дерматологічних процедур (Thomas & Goldberg, 1995). Цей розлад зустрічається приблизно у 1,1% населення, від 2-13% вибірки студентів неклінічних лікарів. Приблизно 12% відсотків людей відвідують дерматолога стосовно своїх невдовольень та 6-15% пацієнтів, які звертаються до косметичної хірургії (Phillips et al., 2005).

Поширеність тілесного дисморфічного розладу є різною серед жінок та чоловіків. У дослідження 2006 року, було виявлено різницю у акцентуванні на різних частинах тіла (Phillips et al., 2006). Чоловіки частіше зациклювалися на

своїх геніталіях, статури та випаданні волосся або облісінні. Також, у чоловік акцент відбувався на надмірному підніманні ваги, а також були присутні розлади пов'язані з вживанням психоактивних речовин. На відміну від них, жінки частіше зациклюються на більшому діапазоні ділянок тіла. Наприклад: на своїй шкірі, животі, вазі, грудях і грудній клітці, сідницях, стегнах, ногах, бічних частинах тіла, та надмірному оволосінні тіла/обличчя, а також надмірно переймалися більшою кількістю ділянок тіла. Чоловіки та жінки не мали істотних відмінностей у плані викривлених переконань щодо зовнішності (Furnham & Greaves, 1994).

Важливо зазначити, що за науковими даними, жінки частіше повідомляли про більш ранній початок незадоволення своєю зовнішністю, але без повного відповідності критеріям дисморфофобії.

Етіологія тілесного дисморфічного розладу тіла варіюється між теоріями про захисні механізми витіснення та дисфункціями нейромедіаторів. У психології існує теорія про те, що дисморфофобія виникає на фоні несвідомого перенесення сексуального чи емоційного імпульсу на певну частину тіла (Phillips, 1991). Симптоми даного розладу можуть з'являтися через відчуття провини, яке переноситься на певну ділянку тіла. Етіологія тілесного дисморфічного розладу включає взаємодію біопсихосоціальних та генетичних факторів. Генетичний фактор цього розладу показує помірну спадковість приблизно у 37-49 % , в залежності від віку (Enander et al., 2018). Діти, які у дитинстві зазнали емоційної зневаги або насильства можуть не сприймати своє тіло та уникати контакту з ним, що призводить до постійних негативних думок стосовно свого тіла. Таким чином, контакт з тілом, асоціюється з негативним досвідом у дитинстві, що може призводити до симптомів тілесного дисморфічного розладу. Низький рівень батьківської турботи також корелює з підвищеним ризиком розвитку тілесного дисморфічного розладу. Наприклад, реакція підлітка на батьківську критику, яка потім не супроводжується турботою, може бути схильність дитини

уникнення різних способів подолання труднощів, які стосуються його тіла (Lavell et al., 2025).

Причинами для розвитку дисморфофобії також можуть бути високі показники за такими рисами, як: інтроверсія та нейротизм (Schieber et al., 2013). Негативне сприйняття власного тіла та соціальна тривожність, часто передують появі дисморфофобії, зазвичай у ранньому підлітковому віці.

Тілесний дисморфічний розлад супроводжується порушенням нейровізуалізації. Дослідження 2022 року виявили докази нейробіологічних змін у мозковій активності, зокрема у лобово-стріатарних, лімбічних та зорових системах, порівняно зі здоровими особами контрольної групи та іншими клінічними групами (Machremiet et al., 2022). Тому, дисморфофобія базисно ґрунтується на порушенні функцій лобово-стріатальної системи з дисфункцією лімбічної та зорової систем (Li et al., 2013). При цьому розладі виникають порушення у фронтостріатних, ранніх зорових та лімбічних функціях відповідно. Таким чином лобові та лімбічні ділянки не здатні належним чином моделювати підвищену значущість та емоційну вагу, що надаються цим спотворенням і людина починає сприймати своє тіло у відмінній від норми формі. Одночасно орбітофронтостріатні ланцюги недостатньо регулюють моторні реакції, пов'язані з цими сприйняттями, що провокує компульсивну поведінку, таку як споглядання у дзеркало або розчісування шкіри. Зрештою, структурні недоліки в глобальній мережі мозку перешкоджають інтеграції між цими системами, сприяючи опорі на ізольовані локальні процеси, а не на скоординовану діяльність, яка могла б контекстуалізувати зорові сприйняття та пом'якшити ці порушення регуляції (Grace et al., 2017).

Велику роль у тенденції розвитку тілесного дисморфічного розладу грає низька самооцінка. Самооцінка – це процес оцінки себе, своїх здібностей та можливостей (Коляденко, 2021). Від початку життя, людина формує свою самооцінку, де велику роль грає, як соціальне оточення так і власні внутрішні

цінності. Процес самооцінки, в першу чергу ґрунтується на цінностях та любові, яке людина отримує впродовж життя у своєму середовищі. Якщо людина з дитячого віку отримує підтримку та любов від батьків і вчиться діяти згідно власним цінностям, відсоток формування здорової самооцінки збільшується. З іншої сторони, якщо дитину з раннього віку постійно критикують, засуджують, то розвивається низька самооцінка. Низька самооцінка формує негативні автоматичні думки, певні нереалістичні вимоги до себе та некоректну внутрішню критику. Саме такі аспекти поведінки можуть провокувати викривлене сприймання своєї зовнішності. Людина часто стикається з самозасудженням та навішуванням ярликів, на кшталт, “я негарна”. Ці ярлики є для людини узагальненим припущенням. Негативна оцінка власної зовнішності є ключовою посередницькою змінною. У дослідженні було висунуто гіпотезу, що низька самооцінка сприяє розвитку тілесного дисморфічного розладу, впливаючи на негативні переконання, щодо зовнішності та посилюючи соціальне порівняння (Kuck et al., 2021). Відомо також, що особи з тілесним дисморфічним розладом можуть переоцінювати фізичну привабливість, як міру загальної компетентності (Bosbach et al., 2024).

Так як зовнішність є домінуючим аспектом у визначенні себе – це може дуже впливати на прояв дисморфофобії. Низька самооцінка провокує людей до відвідування косметичної хірургії (Furnham & Levitas, 2012). Кореляція між низькою самооцінкою та попитом на косметичну хірургію вказує на зв'язок між самооцінкою та поведінкою, яка зосереджена на зовнішності. Самооцінка грає важливу роль у тому, щоб зробити людину вразливою до розвитку дисморфофобії. Таким чином для людини зовнішність стає головним аспектом для самооцінки. Зацикленість на зовнішності часто супроводжується дистресом, що в свою чергу виникає через брак психологічних ресурсів (Hartmann et al., 2014).

Тілесний дисморфічний розлад є підтверджений у DSM-5, де тілесний

дисморфічний розлад було віднесено до категорії obsесивно-компульсивних та пов'язаних з ними розладів (DSM-5). Часто, дисморфофобія або тілесний дисморфічний розлад розглядається у контексті розладу харчової поведінки. Загалом є три шляхи через які дисморфофобія може розглядатись у контексті цього розладу. Майже 35 % пацієнтів з розладами харчової поведінки мають прояви дисморфофобії. Розлади харчової поведінки – психічні захворювання, що характеризуються порушенням ставлення до їжі та ваги, часто порушується сприйняття свого тіла.

Тілесний дисморфічний розлад та розлади харчової поведінки розглядаються як окремі, але пересічні нозологічні одиниці, підкреслюючи їх статус, як окремих діагнозів із значною коморбідністю (Madsen et al., 2013).

Перший підхід, свідчить про те, що хоча ці стани є різними діагнозами з окремими критеріями, вони мають спільні істотні клінічні особливості. Різниця полягає у тому, що тілесний дисморфічний розлад виникає незалежно від проблем із вагою, а у пацієнтів з розладом харчової поведінки, а саме з нервовою анорексією це супроводжується зміною ваги, що свідчить про концептуальне розмежування, незважаючи на часте спільне виникнення (Grant et al., 2002).

Другий підхід стверджує, що цей розлад слід перекласифікувати як розлад харчової поведінки на основі спільних симптомів, реакцій на лікування та етіологічних факторів.

Третя перспектива позиціонує дисморфофобію, як фундаментальну психопатологічну основу розладів харчової поведінки, таких як: нервова анорексія та нервова булімія, характеризуючи її як «осьову» в типових проявах, припускаючи, що ці симптоми не є просто супутніми, а є центральними для прояву та динаміки розладів (Okonishnikova & Bryukhin, 2023). Таким чином можна зрозуміти, що тілесний дисморфофобічний розлад є частиною розладу харчової поведінки, але також може бути розглянутий, як повноцінний розлад.

Зазвичай пацієнти з тілесним дисморфічним розладом демонструють серйозні симптоми порушення сприйняття образу власного тіла. Образ тіла людини формується в дитинстві та продовжує формуватися впродовж життя. Порушення образу тіла – це викривлене сприйняття своєї тілесності, що порушує сприймання свого тіла (Остапенко & Ляшенко, 2023). Таке порушене сприйняття супроводжуються аномальною активацією мозку в лобовій, тім'яній, смугастій і зоровій системах, що свідчить про спільні нейронні субстрати порушення образу тіла. З іншої точки зору, такий стан супроводжується зацикленістю на зовнішності та високим рівнем незадоволеності власним тілом. При тілесному дисморфічному розладі та розладі харчової поведінки люди уникають різних ситуацій, де може бути приділена увага зовнішності, що провокує постійну перевірку свого тіла. Однак присутні відмінності у фокусі уваги. Пацієнти з розладами харчової поведінки в основному зациклені на вазі і формі тіла, тоді як пацієнти з тілесним дисморфофобічним розладом мають більш різноманітні фізичні скарги і повідомляли про більш негативну самооцінку і уникнення через зовнішність (Rosen et al., 1995).

Сучасні дослідження доводять, що коморбідність є поширеним явищем у пацієнтів з тілесним дисморфічним розладом. Пацієнти з цим розладом мають хоча б один супутній розладом. У дослідженні 2003 року було виявлено, що найчастіше супутними розладами є: розлади настрою, тривожні розлади, розлад вживання психоактивних речовин (Gunstad & Phillips 2003). Також відомо, що тілесний дисморфофобічний розлад має зв'язок з obsesивно-компульсивним розладом (ОКР), включаючи феноменологію та реакцію на лікування, що вказує на можливість пере kwalіфікації в рамках спектру ОКР. Таким чином, у DSM-5-TD цей розлад є у складі ОКР.

1.2 Незадоволеність тілом, як симптом тілесного дисморфічного розладу

Тілесний дисморфічний розлад в першу чергу являє собою

переживання стосовно тіла. Одними з симптомів цього психічного розладу є думки про: проблеми зі шкірою, непропорційні частини тіла, занадто тонке волосся або будь-які інші проблеми з певними ділянками тіла. Тілесний дисморфічний розлад спонукає людей порівнювати себе з іншими, приховувати ділянки свого тіла під одягом від інших та постійно перевіряти свої зміни у дзеркалі. Часто ці дефекти невидимі для інших людей, як вже зазначалося раніше. Наслідком цього розладу є постійне зосередження на тілі, що провокує втрату сенсу життя. Таким чином це призводить до соціальної ізоляції, безробіття та суїциду. Люди з дисморфофобією не тільки фокусуються на одному або кількох фізичних недоліках, які не бачать інші люди, а й надмірно думають про це. Вони одержимі, вони переживають, їхні переживання про зовнішній вигляд є причинами багатьох емоційних коливань (Phillips, 2009). Часто даний розлад викликає навіть сором у клієнтів, таким чином їм важко про це говорити іншим. Одним з симптомом також є високий рівень незадоволеності власним тілом. Людина постійно має відчуття незадоволеності своєю зовнішністю, що спонукає до постійного фокусу на тілі та затьмарення зовнішнього світу.

Часто люди, які мають симптоми дисморфофобії мають нормальну зовнішність, але мають порушене сприйняття зовнішності. На порушене сприймання зовнішності людиною впливає багато факторів: соціальний статус, оточення, соціальні мережі та інше. Дисморфофобія може проявлятися у різних формах. Саме процес порушення сприймання зовнішності провокує незадоволеність образом тіла. Цей розлад може стосуватись як певних частин свого тіла, так і загального його вигляду. Людині може здаватись, що її руки досить товсті або тіло непропорційно велике. Розлад часто починається з дитинства, процес розвитку відбувається непомітно з підвищеної самокритичності в період статевого дозрівання, переходячи в нав'язливе роздумування над незначними або уявними недоліками, такими як асиметрія обличчя або недосконалості шкіри. Роздуми

можуть призводити до компульсивних дій, таких як надмірне споглядання у дзеркало, догляд за собою або пошук косметичних процедур. Соціальна тривожність часто передує повному прояву розладу, посилюючи уникнення дзеркал, людей або активності (Rief et al., 2006).

Кожна людина з тілесним дисморфічним розладом стурбована певним аспектом своєї зовнішності, який вона вважає потворним, неприємним або «неправильним», і всі відчують дистрес або не функціонують так добре, як могли б, через свою стурбованість зовнішністю (Phillips, 2009). Тяжкість симптомів та деталі можуть відрізнятися від людини до людини, але часто незадоволеність власною зовнішністю є спільним симптомом для всіх. Таким чином цей розлад веде за собою роздуми про свої недоліки, як мінімум протягом однієї години. Невідомо, чому люди цим розладом бачать себе інакше, ніж інші. Це може бути пов'язано з проблемами із зоровою обробкою, наприклад, як мозок людини «бачить» своє оточення. Люди з тілесним дисморфічним розладом надмірно звертають увагу на деталі своєї зовнішності, головним порівнянням для них постає створена картинка в уяві, якою людина захоплюється. Крім того, люди з цим розладом можуть інтерпретувати свою зовнішність інакше, ніж інші, вважаючи частину тіла потворною або непривабливою, тоді як інші люди так не вважають. Тому у науковців часто постає питання не стільки в тому, чи є дефект «реальним» чи «уявним», скільки в тому, чому люди з цим розладом бачать свою зовнішність інакше, ніж інші, і вважають її настільки недосконалою.

Наразі існує когнітивна модель розуміння тілесного дисморфічного розладу (Veale et al., 1996). Когнітивні компоненти поділяються на сприйняття та ставлення. Сприйняття свого тіла, у цьому аспекті йде мова про естетичність. Саме розуміння певних естетичних пропорцій визначає, чому людина може сильно зосереджувати свою увагу на невеликих дефектах і звертатися до косметичної хірургії. Тому часто пацієнти з цим розладом подібні до пацієнтів з вродженими вадами, які звертаються до косметичної

хірургії. Переконання часто впливають на наше ставлення до свого тіла (Buhlmann et al., 2008). Враховуючи, що особи з тілесним дисморфічним розладом бояться негативної оцінки зовнішності з боку інших, а коморбідність даного розладу та соціальною тривожністю є високою, можливо, що особи з цим розладом відрізняються від інших груп за своєю імпліцитною оцінкою важливості доброти. Можна стверджувати, що цей процес є уникненням негативної оцінки. Таким чином, люди з порушеним сприйняттям власної зовнішності мають часто переконання, які орієнтовані на зовнішній світ.

Когнітивна модель припускає, що основні схеми у пацієнтів з дисморфічним розладом тіла виникають у результаті поєднання біологічної вразливості, досвіду раннього дитинства та культурних впливів. Досвід дитинства може включати широкі елементи, що сприяють низькій самооцінці (Densham et al., 2017). Фізична привабливість людини відіграє ключову роль у залученні романтичних партнерів. Страх відторгнення, особливо в підлітковому віці, ймовірно, має вроджені біологічні корені, а тому і може мати наслідки на майбутнє сприймання своєї зовнішності. У дитинстві сильний акцент на зовнішності від батьків, такий як перевага симетрії або розміру статевих ознак у зовнішності, може підвищити вразливість до тілесного дисморфічного розладу у майбутньому. Ключова подія або послідовність подій, такі як критичні коментарі однолітків у підлітковому віці, може потім спровокувати схему, що призведе до симптомів дисморфофобії та низької самооцінки.

Пацієнти з дисморфофобією зосереджуються на неіснуючій, вигаданій ваді, культивуючи надто детальний і точний образ тіла, який підкреслює всі недоліки, асиметрії або нерівності шкіри (Phillips, 2006). Пацієнти стають надто пильними навіть до незначних змін у своїй зовнішності. Існує припущення, що люди порівнюють свій образ тіла з недосяжним ідеалом досконалості, який вони нав'язують собі. Ця величезна різниця між

сприйнятим образом і нереалістичним стандартом викликає емоційний дистрес. Це поєднання створює замкнене коло незадоволеності власним тілом, де людина постійно намагається досягти бажаного результату. Більше того, пацієнти перебільшують значення цієї різниці, підсилюючи її через переконання про надзвичайну важливість зовнішності. Подібно до інших емоційних розладів, пацієнти відкидають або спотворюють інформацію, що суперечить їхнім переконанням (Padesky, 1994). Такі спотворення посилюються в умовах високого збудження, люди може відчувати більші емоційні реакції у соціумі або під час пильного огляду себе в дзеркалі. Надмірна зосередженість на на своєму тілі спонукає людей проектувати це бачення на інших, що призводить до соціальної ізоляції або надмірного використання маскуванню. Таким чином, з'являється переконання, що всі люди бачать і сприймаються зовнішність так само викривлено.

Відомо, що процес навчання передбачає, що уникнення соціальних ситуацій підсилює таку поведінку, блокуючи звикання до страхів, реалістичну оцінку загроз та спростування доказів. Чим довше людина уникає зовнішнього контакту – тим сильніші стають переконання. Ритуали перевірки та пошук заспокоєння також підсилюють симптоми, надаючи тимчасове полегшення від дискомфорту.

Занепокоєння власною зовнішністю може бути проявом перфекціонізму, який зароджується ще з дитячих років (Morris & Lomax, 2014). Перфекціонізм часто провокує людину до “ідеальності”, що порушує сприймання реальності. Важливо зазначити, що у соціумі люди надмірно контролюють себе, замість того щоб звертати увагу на зовнішні сигнали. У таких ситуаціях люди з симптомами тілесного дисморфічного розладу оцінюють себе з точки зору зовнішності і дещо більше переймаються внутрішньою відразою до своєї зовнішності.

Незадоволеність своєю зовнішністю є поширеною проблемою жінок у сучасному світі, саме цей аспект є важливим фактором ризику тілесного

дисморфічного розладу. Часто паттерн незадоволеності власною зовнішністю розвивається на фоні перфекціонізму. В першу чергу варто зрозуміти, що таке перфекціонізм і як він проявляється. Перфекціонізм – завищені очікування щодо себе, своєї зовнішності та досягнень (Hollender, 1965). Людина висуває до себе високі вимоги та хоче бути завжди ідеальною. Дуже часто перфекціонізм розглядаються як прояв невротичних нав'язливих ідей для досягнення власного ідеалу. Для високого рівня перфекціонізму характерне постійна незадоволеність своїми результатами. На виникнення перфекціонізму впливає соціум, в якому високі очікування закликаються людину бути більш досконалим. Досить часто результатом постійного прагнення до перфекціонізму, стає зниження самооцінки та тілесний дисморфічний розлад або розлади харчової поведінки (Hartmann et al., 2014). Таким чином можна говорити про те, що перфекціонізм має місце у темі тілесного дисморфічного розладу. Оскільки перфекціоністи мають нереалістичні очікування щодо себе та інших вони також схильні дотримуватись твердих переконань про те, як все має бути. Для них важливо досягати ідеальних рішень, мати ідеальну роботу та стосунки та успіх у всьому, що роблять.

Р. Слені виділяє три боки перфекціонізму: високі стандарти, прагнення до порядку та переживання невідповідності власним високим стандартам (Slaney et al., 2001). У контексті тілесного дисморфічного розладу важливо звернути увагу саме на перфекціонізм, який зосереджений на переживання невідповідності власним високим стандартам. Люди з високим рівнем цього перфекціонізму часто переживають негативні емоції через неспроможність досягти намічених цілей (Neumeister, 2004). Такі люди мають ризик розвинути незадоволеність своєю зовнішністю, що буде провокувати самокритику та мати прояви тілесного дисморфічного розладу. Саме невідповідність власним високим стандартам спонукає людей до контролю, а також такі люди більше приділяють зусиль для того, щоб контролювати свій

зовнішній вигляд. Будь-яка невдача у сфері досягнення власних стандартів краси буде супроводжуватись самокритикою та низкою негативних емоцій. Таким чином дослідження підтверджують, що перфекціонізм має відношення до стану незадоволеності своїм тілом (Wade & Tiggemann, 2013).

1.3 Специфіка самопрезентації осіб у соціальних мережах

Постійне проведення у соціальних мережах може мати вплив на прояви тілесного дисморфічного розладу, а тому важливо розуміти, що кожна людина по-різному робить самопрезентацію себе у соціальних мережах. Соціальні мережі наразі є популярним засобом для спілкування, поширення інформації та підтримання зв'язків з референтними групами. Люди використовують соціальні мережі у різних цілях. Ця мережа охоплює багато платформ на яких молодь проводить свій час, поширює фото та транслює своє "ідеальне" життя.

Віртуальна самопрезентація, яка відрізняється від реального образу, створюється особистістю для того, щоб отримати новий досвід, і обумовлена її пошуком себе (Fox & Vendemia, 2016). Особливо у підлітковому віці самооцінка може змінюватися під впливом зовнішніх обставин. Самопрезентація виступає дієвим механізмом формування образу "Я" в рамках особистісних орієнтирів, поєднуючи соціальні та внутрішньо психологічні компоненти структури особистості. Вона базується на суспільних нормах. Відбувається відмежування реального від ідеального "Я", де поведінка починає змінюватись залежно від актуальної ролі, іміджу чи схваленої моделі. У цей же час зачіпаючи глибинні психологічні рівні, як-от індивідуально-типологічні риси.

Саморепрезентація у соціальних мережах може відрізнитися залежно від віку, рівня самооцінки та рівня перфекціонізму. Підлітки та молодь схильні до більш інтенсивного та емоційно навантаженого самовираження в соціальних мережах, оскільки соціальні мережі є для них простором, де вони формуються своєю ідентичність та отримують соціальне визнання. У цей

період публікації нерідко відображають не стільки реальний образ себе, скільки бажаний – той, яким людина прагне бути або яким хоче здаватись оточуючим. З віком людина починає ставитись більш усвідомлено до процесу саморепрезентації себе у соціальних мережах.

Самопрезентація пов'язана з високим рівнем соціального порівняння, причому соціальне порівняння переважно характеризується як порівняння вгору. Порівняння вгору – це процес, коли люди порівнюють себе з тими, кого сприймають як кращих. Конкретні форми самопрезентації, пов'язані з підвищеним порівнянням, включають редагування та публікацію фотографій, пошук відгуків через лайки та коментарі, а також стратегічний аналіз контенту (Chen et al., 2023). Ця взаємозв'язок діє через кілька психологічних механізмів: тривога щодо схвалення та потреба у підтвердженні спонукають до обдуманого самопрезентації, щоб отримати коментарі від інших. З іншої сторони, цей процес спонукає до моніторингу контенту інших, щоб спостерігати і порівнювати. Саме страх негативної оцінки опосередковує шлях від помилкової самопрезентації до надмірного використання соціальних мереж (Danielsen et al., 2024). Коли потреба в онлайн-підтвердженні через лайки та коментарі створювала вразливість до коливань у соціальній реакції. Це прагнення зовнішнього підтвердження спонукало як до посилення зусиль із самопрезентації, так і до посиленого соціального порівняння з іншими. Страх негативної оцінки став важливим посередником на шляху від неправдивого представлення себе до надмірного використання соціальних мереж. Особи, які представляли ідеалізовані версії себе, відчували підвищену тривогу щодо негативної оцінки, що, парадоксально, збільшувало їхню активність у соціальних мережах, оскільки вони прагнули заспокоєння (Nor et al., 2025). Люди з високим рівнем перфекціонізму частіше вибирають, ретельно коригують та контролюють кожен елемент свого соціального образу, який вони хочуть поширити. Цей процес може охоплювати, як фотографії, так і формулювання у текстах. Публікація будь-якого контенту

може супроводжуватись значною тривогою щодо того, як він буде сприйнятий. Така стратегія саморепрезентації, хоча й спрямована на досягнення «ідеального» образу, часто призводить до незадоволеності собою та постійною тривогою про те, що подумують інші люди.

Характеристики платформи пом'якшують цей взаємозв'язок, причому візуальний характер, Instagram передбачає більшу увагу до ділянок тіла, що викликають сильне занепокоєння, порівняно з Facebook. Для самопрезентації, орієнтованої на зовнішність, порівняння фізичної зовнішності та незадоволення тілом діяли як послідовні посередники. Частота використання Instagram призводить до посилення порівняння зовнішності, що підвищувало незадоволення тілом, що в результаті призводило до більшої візуальної уваги до самооцінних привабливих ділянок тіла. Це створювало цикл підсилення, оскільки незадоволення тілом передбачало вибірккову увагу до привабливих ділянок, що ще більше посилювало незадоволення.

Соціальне порівняння, а таким чином і самопрезентація є сильнішою для дівчат, ніж для хлопців. У всіх дослідженнях взаємозв'язок між самопрезентацією та соціальним порівнянням був переважно позитивним. Високий коефіцієнт є для взаємозв'язку між соціальним порівнянням та самооцінкою (Nor et al., 2025). Жінки зазвичай частіше редагують фотографії та відчують гірші емоційні наслідки після соціального порівняння з кращими за себе людьми. Таким чином, дівчата частіше виявляли високу зосередженість на поведінці самопрезентації.

Особисті риси особистості також можуть мати свій вплив на самопрезентацію в соціальних мережах (Gomez et al., 2022). Вища екстраверсія та нижча емоційна стабільність були пов'язані з більшою зосередженістю на самопрезентації. Особи з низькою самооцінкою частіше вдавалися до соціального порівняння з метою підкріпити самооцінку, самовдосконалення, а з іншої сторони і саморуйнування. Нижча самооцінка також була характерною для осіб, які часто вдавалися до соціального

порівняння з метою підвищення свого статусу або спонукала до мінімізації присутності в мережі через страх осуду

Особи з високою самооцінкою частіше презентують себе для того, щоб ділитися досягненнями або повсякденними моментами без надмірної потреби у схваленні. В обох випадках між реальним та створеним ідеальним “я” у соціальних мережах виникає значна дистанція, що з часом може посилювати внутрішній дискомфорт.

Тенденція до порівняння тіла та його образу опосередковувала ефекти редагування фотографій, тоді як базова незадоволеність своїм тілом більше характеризувалась з припиненням вести свої соціальні мережі.

Отже, можна узагальнити, що існує тенденція того, що люди, які часто порівнювали себе з іншими, почуваються безпечніше під час використання соціальних мереж. З іншої сторони, люди, які незадоволені своєю зовнішністю намагаються не використовувати свої соціальні мережі для почуття безпеки, але можуть використовувати їх для спостереження зі іншими людьми.

1.4 Вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом

З появою соціальних мереж, багато людей починають транслювати своє життя у соціальних мережах. Люди більше звертають увагу на зовнішність, на “ідеальне життя” зірок в соціальних мережах (Ahadzadeh et al., 2017). Таким чином створюються стандарти краси, які насправді не можуть бути для всіх однакові. У соціальних мережах висвітлюється ідеальність, яка порушує сприйняття власної зовнішності людини, яка може не відповідати реальності. Багато досліджень присвячено вивченню саме взаємозв'язку соціальних мереж з проявами дисморфофобії. Процеси соціального порівняння стали основним механізмом, коли люди порівнювали свою зовнішність з відібраними, відфільтрованими зображеннями в соціальних мережах. Індивідуальні фактори пом'якшували ці ефекти, зокрема перфекціонізм, який

посилював взаємозв'язок між використанням соціальних мереж, орієнтованих на зображення, та симптомами дисморфії тіла (Tavoloni et al., 2026). Дані свідчать про підвищену вразливість серед молоді, жінок та осіб, які вже мали проблеми з самооцінкою зовнішності. Багато досліджень підтверджують, що соціальні медіа впливають на прояви дисморфофобії тіла, особливо через використання зображень та зосередження уваги на зовнішньому вигляді, але для достовірних результатів потрібно мати більше проведених досліджень.

Основними платформами, які можуть мати вплив на прояви дисморфофобії найчастіше стають: Instagram, Snapchat. Причиною такої пріоритетності даних платформ є можливість поширення там фотографії та використання різноманітних фільтрів для покращення своєї зовнішності. Використання цих соціальних мереж провокує зосередженість на зовнішності людини, особливо на фотографіях, які поширюються.

Завдяки деяким дослідженням можна дізнатись, що існує «сильна кореляція» між інтенсивним використанням соціальних медіа та посиленням занепокоєння щодо зовнішності (Trichas et al., 2025). Численні дослідження показали, що платформи, орієнтовані на зображення, мають сильніший зв'язок із симптомами розладу тілесного дисморфічного розладу, ніж платформи, орієнтовані на текст. Зокрема, частота використання платформ, орієнтованих на зображення, але не платформ, орієнтованих на текст, мала значний зв'язок із симптомами дисморфофобії тіла.

Причиною того, що соціальні мережі мають вплив на прояви дисморфофобії є і теоретичні моделі. Теорія соціального порівняння стала центральною пояснювальною моделлю, згідно з якою соціальні порівняння з ідеалізованими образами в соціальних медіа посилюють занепокоєння щодо зовнішності.

З іншого боку існує соціально- когнітивна теорія згідно якої соціальні медіа формували ставлення та поведінку через просування зовнішності як основного критерію оцінки (Stevens et al., 2023). Соціальні мережі мають у

своїй основі певні шляхи, якими відбувається процес соціального порівняння, який потім дає початок для проявів дисморфічного розладу. Постійне підкреслення ідеалів краси, про які вже зазначалось раніше, стали початком для проявів невпевненості у собі, що призводиться до незадоволеності собою. Люди починають порівнювати себе з іншими у соціальних мережах, створювати власні уявні стандарти краси, що може провокувати переживання невідповідності до власних стандартів. Часто ці “ідеальні картинки” є майже неосяжними для звичайної людини (Jarman et al., 2021). Редагування фотографій та використання фільтрів створює нереалістичні очікування щодо пропорцій тіла та зовнішності. Публікації, які містили акцент на зовнішності можуть підкреслювати ідеалізовані стандарти краси (Laughter et al., 2023). Ще одним ключовим шляхом стало прагнення до визнання, коли користувачі публікують зображення, щоб отримати лайки та коментарі як зовнішнє підтвердження своєї зовнішності. Таким чином, процес отримання відгуків від підписників провокує задоволення і підвищує впевненість, але не завжди. Тому, факторами, що посилювали реакцію на коментарі та лайки незадоволеність своїм тілом, самооцінка та перфекціонізм (Gupta et al., 2023).

Соціальні мережі мають достатній вплив на сприйняття своєї зовнішності в сучасному світі. Вони слугують віртуальним дзеркалом, яке надає постійний зворотний зв'язок щодо зовнішнього вигляду, що підсилювало поведінку, спрямовану на перевірку тіла. Інтерналізація стандартів краси стала психологічним механізмом, за допомогою якого повторюване споглядання ідеалізованих зображень спонукає людей прийняти ці стандарти як особисті цілі. Також, відомо, що пошук зовнішнього визнання через лайки та коментарі в соціальних мережах призводить до зацикленості на зовнішності та закріплює цей цикл (Ryding & Kuss, 2020).

Отже, за різними науковими джерелами можна підсумувати, що соціальні мережі можуть і справді мати вплив на розвиток тілесного дисморфічного розладу. Важливо зазначити, що використання соціальних

мереж має багато допоміжних факторів, які треба враховувати, які можуть бути вагомими, якщо говорити про тілесний дисморфічний розлад.

Висновок до першого розділу

За результатами теоретичного аналізу головними симптомами ТДР визначаються незадоволеність образом тіла, постійно споглядання на себе в дзеркало та низька самооцінка. Тілесний дисморфічний розлад є складним психічним станом, що характеризується нав'язливою заклопотаністю уявними або незначними вадами зовнішності, які спричиняють виражений емоційний дистрес і суттєво порушують соціальне та професійне функціонування особистості. Сучасні дослідження переконливо свідчать, що цей розлад має мультифакторну природу: у його розвитку беруть участь нейробіологічні, когнітивні, особистісні та соціокультурні чинники.

Науковці розглядають незадоволеність власним тілом не просто як стан, а як предиктор дисморфічного розладу, що поєднує афективні, когнітивні, соціальні та поведінкові компоненти. Ґрунтуючись на теоретичному аналізі джерел, у емпіричному дослідженні буде корисно розглянути гендерні відмінності рівня незадоволеності власним тілом та самооцінки, які можуть призводити до тілесного дисморфічного розладу. Виходячи з аналізу наукових джерел нами встановлено, що самооцінка та високий рівень перфекціонізму можуть мати вплив на тенденцію розвитку цього розладу. Однак, відсутні наукові дослідження про те, чи можуть ці показники підвищувати рівень впливу соціальних мереж на незадоволення власним тілом.

За теоретичними даними відомо, що перфекціонізм може виступати важливим предиктором для розвитку тілесного дисморфічного розладу. Когнітивно-поведінкові моделі розглядають перфекціонізм як фактор ризику розвитку тілесного дисморфічного розладу. Зокрема, припускається, що особи з високим рівнем самоорієнтованого перфекціонізму більш схильні помічати незначні вади у своїй зовнішності та піддавати себе жорсткій

самокритиці за ці недоліки. Важливо розрізняти два механізми впливу перфекціонізму на розвиток ТДР. Перший пов'язаний із самоорієнтованим перфекціонізмом: людина переконана, що не відповідає власним ідеальним стандартам зовнішності. Другий – із соціально приписаним перфекціонізмом: людина вважає, що оточуючі оцінюють її зовнішність за надзвичайно високими стандартами, що підвищує вразливість до розвитку ТДР.

Дослідження про вплив соціальних мереж на розвиток і загострення тілесного дисморфічного розладу демонструють: чим більше часу людина проводить у візуальних соціальних мережах, тим вищий ризик розвитку незадоволеності тілом, перфекціонізму та заниженої самооцінки. Соціальні мережі діють як культурний підсилювач нереалістичних стандартів краси, роблячи їх не просто доступними, а невідворотними – вбудованими у повсякденний досвід користувача.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ТІЛОМ

2.1 Концептуальна модель та гіпотези емпіричного дослідження

Отримані результати аналізу наукової літератури дають розуміння того, що існує певний вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом, як одного з симптомів тілесного дисморфічного розладу. Багато факторів впливають на розвиток даного психічного розладу. Дослідження підтверджують, що низька самооцінка може бути одним з факторів для розвитку дисморфофобії. В основу моделі покладено положення теорії соціального порівняння (Festinger, 1954), згідно з якою люди схильні оцінювати себе через порівняння з іншими, а соціальні мережі створюють середовище інтенсивного та асиметричного порівняння зовнішності. Додатково модель спирається на когнітивно-поведінкову концепцію, яка розглядає дисфункційні переконання щодо власного тіла як центральний механізм розладу. Важливо перевірити, як саме впливає залежність від соціальних мереж на незадоволеність тілом та чи є самооцінка модератором між цими явищами. Дисморфічний розлад характеризується надмірною зайнятістю уявленими або незначними дефектами зовнішності, що призводить до значних емоційних страждань та порушень соціальної адаптації (American Psychiatric Association, 2013).

У контексті соціальних мереж модель фокусується на ролі цифрового контенту як каталізатора когнітивних, емоційних та поведінкових процесів, що посилюють розвитку тілесного дисморфічного розладу.

Змінні дослідження:

Залежна змінна: незадоволеність тілом, як симптом тілесного

дисморфічного розладу. Незалежна змінна: залежність від соціальних мереж. Але також є медіатори, які можуть впливати на тенденцію розвитку дисморфічного розладу, наприклад: самооцінка та рівень перфекціонізму (табл. 2.1).

Концептуальна гіпотеза: полягає у тому, що надмірне використання соціальних мереж впливає на появу незадоволеності тілом.

Емпіричні гіпотези дослідження:

1. соціальні мережі впливають на підвищення рівня незадоволеності тілом;
2. жінки частіше мають прояви дисморфофобії (незадоволеність тілом), ніж чоловіки;
3. незадоволеність тілом частіше проявляються у підлітковому та молодому віці;
4. рівень самооцінки є медіатором між залежністю від соціальних мереж та незадоволеність тілом;
5. рівень переживань про невідповідність до власних стандартів є медіатором між залежністю від соціальних мереж та незадоволеністю тілом.

Таблиця 2.1

Концептуальна модель емпіричного дослідження

Незалежна змінна	Медіатор	Залежна змінна
Залежність від соціальних мереж	—	незадоволеність тілом
Залежність від соціальних мереж	самооцінка	незадоволеність тілом
Залежність від соціальних мереж	перфекціонізм (переживання невідповідності власним стандартам)	незадоволеність тілом

2.2 Організація та методологія емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження виконане у формі крос-секційного дослідження з використанням методу онлайн-анкетування. Збір даних здійснювався за допомогою Google Forms та включав чотири стандартизовані психодіагностичні опитувальники і авторську анкету. Після збору даних аналіз результатів проводиться у статистичній програмі Jamovy.

Дослідження проводилось у Google Form та було повністю анонімним та конфіденційним, респонденти мали можливість припинити проходження дослідження у будь-який момент, а також мали можливість проходити опитування у зручний для них час. Дослідження тривало приблизно півтора місяці, завдяки чому була зібрана статистично значуща вибірка. У процесі аналізу дослідження було використані методи аналізу даних. Першим чином було проведено описову статистику та перевірка на нормальність розподілу (критерій Колмогорова-Смірнова). Головним методом аналізу даних постає регресійний аналіз, який допоможе виявити вплив соціальних мереж на тенденцію прояви тілесного дисморфічного розладу. Таким чином було проведено лінійний регресійний аналіз.

Першим етапом аналізу результатів є загальний аналіз показників за кожним опитувальником. У деяких опитувальниках акцент робився на певні субшкали. У шкалі залежності від соціальних мереж для дослідження потрібна була інформація лише про загальний показник залежності від соціальних мереж. Для дослідження нам не потрібно інформація за такими субшкалами як: фактор “значущість соціальних мереж”, фактор “самопочуття за неможливості користування соціальними мережами”, фактор “конфлікт через соціальні мережі”. Таким чином, ця інформація буде використана для розуміння загального рівня залежності від соціальних мереж та надалі допоможе виявити вплив використання соціальних мереж на тенденцію розвитку тілесного дисморфічного розладу.

Опитувальник “Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені” містить

три субшкали: високі стандарти, прагнення до порядку та переживання невідповідності власним високим стандартам. Для дослідження потрібно отримати та проінтерпретувати результати переживання невідповідності власним високим стандартам. Таким чином, ця інформація буде корисною при медіаційному аналізі, де перфекціонізм постає медіатором між соціальними мережами та незадоволеністю власним тілом. Також були отримані показники за шкалою самооцінки та шкалою незадоволеністю власним тілом. Ці показники дали змогу зрозуміти рівень самооцінки та рівень незадоволеності власним тілом у респондентів.

Для того, щоб виявити механізм впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом було використано лінійний регресійний аналіз. У даній регресійній моделі предиктором виступає “загальний показник залежності від соціальних мереж”, а незалежною змінною є “незадоволеність образом тіла”. Таким чином, отримані результати будуть підтверджені математико-статистичним методом та допоможуть спростувати або підтвердити емпіричну гіпотезу.

Наступний етапом є проведення медіаційного аналізу, де медіацією є самооцінка та перфекціонізм, а точніше: переживання невідповідності до власних стандартів. Для початку було створено кореляційну матрицю, що передуює медіаційному аналізу, якщо кожна медіація буде мати кореляцію з змінними тоді можна проводити медіаційний аналіз. Для кореляційної матриці був використаний параметричний критерій Пірсона, для нормального розподілу змінних та вибірки більше 30 респондентів. Після перевірки всіх кореляцій проводиться медіаційний аналіз.

Наступним етапом є порівняння відмінностей двох незалежних груп. Було обрано параметричний критерій Уелча ($p < 0.05$ при Левіна) за вимогою нормальності розподілу вибірки. За допомогою даного аналізу, буде виявлено відмінності між чоловіками та жінками за шкалою незадоволеність власним тілом.

Останнім етапом є проведення дисперсійного аналізу, для якого було використано критерій Фішера (рівні дисперсії, $p > 0.06$ при Левіна), щоб виявити різницю за шкалою незадоволеності власним тілом у дітей (до 17 років), людей молодого віку (від 18 до 45 років) та людей середнього віку (від 45 до 59 років).

Для дослідження були обрані методики, які допоможуть виявити вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом, а також чи є самооцінка та перфекціонізм вагомими модераторами для появи симптомів тілесного дисморфічного розладу під впливом соціальних мереж. Була створена авторська анкета, запитання якої допоможуть виявити, як часто люди порівнюють себе з іншими або звертають увагу на зовнішність інших людей (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Авторська анкета, яка була використана у дослідженні

Методика	Цілі	Вимірювані параметри
Авторська анкета (Додаток 1)	Отримати додаткові відповіді, для уточнення інформації стосовно використання соціальних мереж та симптомів незадоволеності тілом.	9 питань, які стосуються загальних даних (вік, стать, використання соціальних мереж)

Для нашого дослідження важливо виявити, як часто люди використовують соціальні мережі у своєму житті. При наявності залежності від соціальних мереж можна говорити про їх вплив на життя людини. Використання соціальних мереж у сучасному світі є постійним аспектом життя кожної людини, тому для її виявлення рівня залежності була обрана

психодіагностична методика (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Методика для виявлення рівня залежності від соціальних мереж

Методика	Цілі	Вимірювані параметри
Шкала залежності від соціальних мереж (Севост'янов та ін., 2024)	Методика, яка буде головною, для того, щоб визначити рівень використання соціальних мереж респондентами.	11 запитань, які оцінюються за шкалою Лайкерта. Містить: Фактор «Значущість соціальних мереж»: сума балів за пунктами 1-4; Фактор «Самопочуття за неможливості користування соціальними мережами»: сума балів за пунктами 5-8; Фактор «Конфлікт через соціальні мережі»: сума балів за пунктами 9-11; Загальний показник залежності від СМ: сума балів за пунктами 1-11.

Для дослідження важливо виявити рівень самооцінки. Вибір самооцінки як однієї зі змінних обґрунтовано тим, що в залежності від рівня

самооцінки у людини можуть бути різні думки про себе, про своє тіло, про свою зовнішність. Таким чином, завдяки методиці “Шкала самооцінки Розенберга” можна дізнатись, як людина оцінює сама себе. А отже, буде можливість виявити чи впливає самооцінка на появу симптомів тілесного дисморфічного розладу при використанні соціальних мереж (табл.2.4).

Таблица 2.4

Методика для виявлення рівня самооцінки

Методика	Цілі	Вимірювані параметри
Шкала самооцінки Розенберга (Вельдбрехт та ін,2025).	Методика, яка є корисною у контексті тілесного дисморфічного розладу тому, що низька самооцінка є одним з головних компонентів, які можуть викликати прояви незадоволеності тілом.	Шкала міститься 10 запитань, які оцінюються за шкалою Лайкерта. Містить обернені запитання і таким чином, інтерпретація результату відбувається сумування відповідей респондента за двома типами тверджень. Інтерпретація: 10-18 балів: низька самооцінка; 18-22 балів: середній рівень самооцінки; 23-34: помірно високий рівень самооцінки;

Методика на виявлення ситуативної незадоволеності образом тіла є однією з основних у дослідженні (табл. 2.5). Саме завдяки цій методиці будуть отримані результати, які у дослідженні будуть показником залежної змінної. Незадоволеність образом тіла може свідчити про порушене сприйняття власного тіла, що впливає на життя людини. Завдяки результатам буде відомо чи впливає використання соціальних мереж на порушення сприйняття власного тіла.

Таблиця 2.5

Методика для виявлення рівня незадоволеності образом тіла

Методика	Цілі	Вимірювані параметри
Ситуативна незадоволеність образом тіла Т. Кеша (Василевський, 2025)	Методик підходить для того, щоб виявити головні симптоми тілесного дисморфічного розладу, а саме симптом: незадоволеність тілом.	Опитувальник складається з 20 запитань, які оцінюються за шкалою лайкерта та дозволяють нам виявити чи присутня у респондента незадоволеність образом тіла. Норма ситуативної незадоволеності образом тіла для чоловіків – 57,27 із середнім квадратичним відхиленням 31,06, а норма для жінок становить 68,80 із квадратичним

		відхиленням 23,90 .
--	--	---------------------

Також, було прийнято рішення, що у дослідженні буде розглянуто критерій перфекціонізму, як один з показників, які можуть посилювати вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.

Перфекціонізм може проявлятися у різних аспектах. Наприклад, людина може бути заціклена на ідеальності або бути сильно строгою до себе та намагається контролювати все навколо. Для дослідження була обрана методика, яка описує процес сприймання людиною своїх власних високих стандартів (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Методика для виявлення рівня перфекціонізму

Методика	Цілі	Вимірювані параметри
Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені (Грубі та ін., 2018)	Для нашого дослідження найбільш цікаво використати результати за шкалою – «переживання невідповідності власним високим стандартам».	Опитувальник міститься 23 запитання та містить два типи перфекціонізму (адаптивний/дезадаптивний). Вищий рівень за певною шкалою пояснює: 12 - 31 бал: низький рівень; 32 - 45 балів: помірний рівень;

		46 - 84 балів: високий рівень.
--	--	--------------------------------

2.3 Формування вибірки та збір даних

Для проведення емпіричного дослідження щодо впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом було організовано збір даних методом онлайн-анкетування. Інструментарій дослідження розміщувався на платформі Google Forms та був доступний для проходження протягом двох місяців.

У дослідженні взяли участь 161 особа, віком від 14 років, серед яких 116 жінок та 45 чоловіків (рис.2.1).

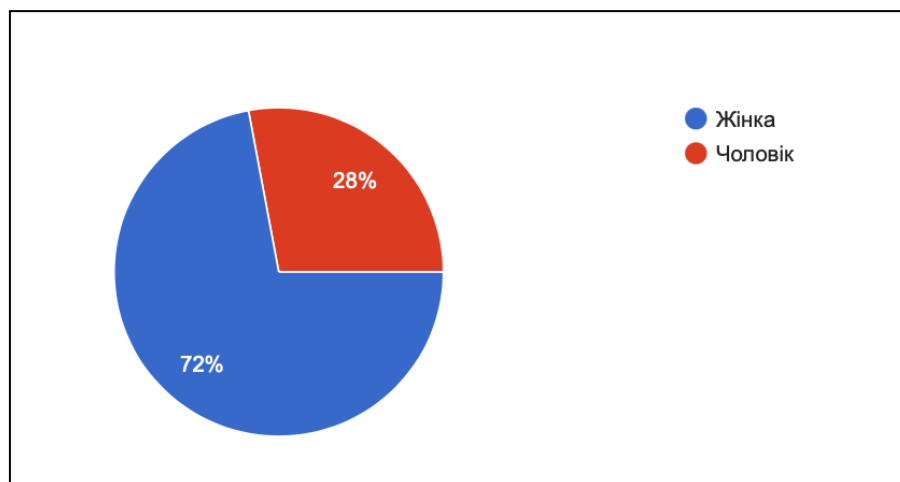


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за гендером

Були залучені учні 9-11 класів, студенти, молоді люди та люди середнього віку. Така вибірка забезпечила можливість отримати результати від різних вікових категорій. Оскільки дослідження стосується феномену, поширеного серед широкого кола осіб, було застосовано поширення посилання на опитування через соціальні мережі, де респонденти брали участь на добровільній основі. Тема тілесного дисморфічного розладу є вагомим починаючи з середини підліткового віку та старше. Дана вибірка допомогла отримати широкий спектр результатів за методиками, які оцінюють

самооцінку, залежність від соціальних мереж, перфекціонізм (рівень переживання невідповідності до власних стандартів) та незадоволеність образом тіла. Кількість учасників дозволила отримати статистично значущі результати та зібрати дані для виявлення впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.

Збір даних здійснювався протягом 2 місяців. Посилання на Google-форму поширювалось через особисті сторінки у соціальних мережах (Instagram, Telegram, Facebook) та через знайомих. Перед початком опитування респонденти отримували інформацію про мету дослідження, анонімність участі та право відмовитись у будь-який момент.

Середній час заповнення форми становив приблизно 15–20 хвилин.

Опитувальник складався з п'яти блоків: авторська анкета для збору соціально-демографічних даних та характеристик використання соціальних мереж, а також чотирьох стандартизованих психодіагностичних методик, які були зазначені раніше.

Після первинної обробки та відсіву некоректно заповнених анкет фінальна вибірка склала 161 осіб. Серед них 116 жінок та 45 чоловіків, середній вік респондентів – 24 роки років.

У процесі математико-статистичного аналізу було проведено перевірку на викиди, тому після використання фільтру вибірка складала 159 осіб.

Висновки до другого розділу

У другому розділі даної роботи наведено опис плану емпіричного дослідження впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом. Дослідження ґрунтувалось на кількісному підході з використанням лінійного регресійного аналізу та медіаційного аналізу, порівняння двох незалежних груп та проведення дисперсійного аналізу.

Таким чином, множинна лінійна регресія виявляє вплив залежності від соціальних мереж на симптоми тілесного дисморфічного розладу, а саме на рівень незадоволеності власним тілом, та чи є цей вплив статистично

значущим.

Для збору даних було використано чотири валідні методики та авторська анкета: авторська анкета, Шкала залежності від соціальних мереж (Севост'янов та ін., 2024), Шкала самооцінки Розенберга (Вельдбрехт та ін., 2025), Ситуативна незадоволеність образом тіла Т. Кеша (Василевський, 2025), Переглянута шкала перфекціонізму Р.Слені (Грубі та ін., 2018)

Етапи дослідження включали теоретичний аналіз, емпіричне тестування через Google Forms та статистичну обробку даних у “Jamovy”. До вибірки увійшли 161 учасники (72% жінок, 28% чоловіків) віком 14–59 років (переважають люди віком 20–22 роки). Перевагами дослідження виступали анонімність, доступність онлайн-формату, достатній обсяг для статистичної значущості. Обмеженнями дослідження є потенційний вплив соціальної бажаності через онлайн-збір даних.

Обрані методики є обґрунтованими та відповідають цілям емпіричного дослідження. Використання статистичного аналізу дозволяє отримати достовірні результати та підтвердити або спростувати гіпотези дослідження.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА НЕЗАДОВОЛЕНІСТЬ ТІЛОМ

3.1. Аналіз та інтерпретація описових статистик

Спочатку були отримані загальні результати за авторською анкетною методикою. За допомогою авторської анкети були отримані дані про часовий проміжок протягом якого респонденти використовують соціальні мережі. Таким чином в більшості випадків люди користуються соціальними мережами протягом 5-7 годин (рис.3.1). Тобто 32,3% відсотки респондентів користуються соціальними мережами протягом значної кількості часу в день, що може свідчити про уникнення реальних проблем, потребу у схваленні інколи навіть про самотність. Важливо враховувати з якою саме метою використовуються соціальні мережі, в залежності від мети можуть відрізнятись наслідки.

У сумі 54,7% респондентів користуються соціальними мережами до 5 годин на день. Можна зазначити, що приблизно однакова кількість респондентів користуються соціальними мережами або до 5 годин на день, або більше 5 годин на день. Постійне використання соціальних мереж може мати вплив на сприйняття реальності, що призводить до його викривлення. Також можна припустити про можливе погіршення сну, зниження продуктивності та постійному бажанні бути залученим до спілкування, але в онлайні.

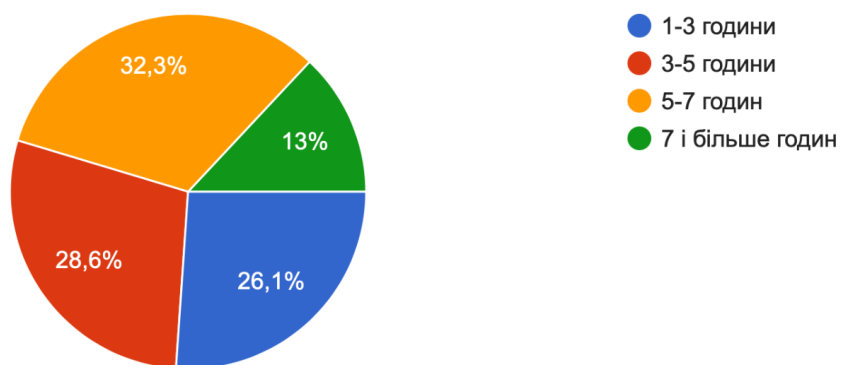


Рисунок 3.1. Діапазон використання соціальних мереж протягом дня

Завдяки запитанню про перелік соціальних мереж, якими ймовірно користуються респонденти кожного дня, були отримані такі результати: 93,2 % респондентів користується соціальною мережею – “Telegram”, 75,2% людей користуються “Тік ток” кожного дня, 70,8 % респондентів користуються “Instagram” кожного дня. 68,3 % людей користуються зазвичай соціальною мережею “Youtube”. Трохи менше людей користується “Threads” та “Viber”, приблизно по 27,3%. Також були представлені такі соціальні мережі як: facebook, whatsapp, twitch, snapchat. Ці соціальні мережі використовувало не більше 20% респондентів. Можна зазначити, що кожна з цих соціальних мереж має різний вплив. Тік ток частіше за все надає людям відчуття втечі від реальності, швидке розслаблення та відчуття причетності до трендів та культури, що є важливими для людей. Інстаграм в першу чергу поширює контент, який стосується зовнішності та візуального контенту. Людям це дозволяє отримати натхнення та схвалення від оточення, провокує поширювати світлинами через бажання визнання через власні публікації. Телеграм в свою чергу надає інформацію, яка задовольняє людську потребу у безпеці та спілкуванні.

Отже можна зробити узагальнення про те, що люди частіше використовують або соціальні мережі, які містять висвітлення життя інших людей, різноманітні відео та фото, а також де можна поспілкуватися у онлайн

форматі.

Завдяки авторській анкеті були отримані результати, які стосуються соціальних мереж та сприймання зовнішності. 48,4% респондентів відповіли, що схильні звертати увагу на зовнішній вигляд людей, які публікують свої дописи в соціальних мережах, 37,9% респондентів відповіли, що інколи можуть звертати увагу на зовнішній вигляд і тільки 13% відсотків людей не звертають увагу на зовнішність. Ця інформація може мати багато пояснень. Наприклад, людина, яка звертає увагу на зовнішній вигляд інших людей може порівнювати себе з ними або сприймати інших людей, як дзеркало своєї зовнішності. Також така поведінка може бути ознакою: низької самооцінки, незадоволеності власним тілом та перфекціонізмом.

Таким чином, зрозуміло, що більшість людей в сучасному світі звертають увагу на зовнішній вигляд людей у соціальних мережах. Як говорив Шеррі Теркл: “Соціальні мережі це простір, де люди хочуть представляти себе такими, якими вони хочуть бути, таким чином це провокує редагування образу” (Matei, 2008).

Також було виявлено, що 39,1% людей публікує на постійній основі свої фото в соціальних мережах, та 34,2% респондентів публікує фото інколи. 26,7 % людей зовсім не публікують фото у соціальних мережах. Отже, більшість людей хоча б інколи публікують фото у соціальних мережах. Наразі соціальні мережі мають сильний сенс для людей і тому постійний моніторинг соціальних мереж або публікації фото стають звичайною справою.

Авторська анкета містила запитання про використання фільтрів на фото, де були отримані результати, що більшість людей, а саме 70,2% ставляться нейтрально до використання фільтрів і тільки 14% відсотків ставляться до цього негативно.

Одне з питань стосувалось теми порівняння, а саме: чи схильна порівнювати свою зовнішність з зовнішністю інших людей. 36% респондентів відповіли, що інколи порівнюють себе з іншими, 33,5 відсотків

людей відповіли, що ніколи не порівнюють свою зовнішність, а 29,5% респондентів відповіли, що постійно порівнюють свою зовнішність з іншими людьми.

Була також отримана відповідь про порівняння зовнішності із зовнішністю іншої людини лише в контексті гендерної експресії. Таке порівняння може процесом ідентифікації себе з людьми та зовнішністю людей, до якого гендеру вони відчуває себе приналежною. Всі респонденти, які відповіли, що мають схильність до порівняння своєї зовнішності мали високий рівень незадоволеності власним тілом, а також високий рівень переживання невідповідності власним високим стандартам. Можна зробити припущення про те, що люди, які мають низьку самооцінку та високий рівень дезадаптивного перфекціонізму будуть частіше порівнювати себе з іншими людьми.

Респонденти також відповідають, що зовнішній вигляд є важливим аспектом їхнього життя, 32,9% стикаються з негативними думками стосовно своєї зовнішньої, 39,1% інколи мають негативні думки стосовно своєї зовнішності та 28% людей не мають проблем з негативними думками стосовно своєї зовнішності.

Тому можна стверджувати, що соціальні мережі наразі мають вагомий вплив на людину, навіть просто при їхньому використанні. Люди звертають увагу на інших людей, порівнюють себе з іншими у соціальних мережах, таким чином, стикаються з негативними думками стосовно своєї зовнішності.

Після отримання результатів за шкалою залежності від соціальних мереж можна сказати, що залежність від соціальних мереж присутня у різних вікових категорій (рис.3.2). Не можна сказати, що підлітки більше страждають від залежності ніж дорослі. Можна побачити, що загалом всі респонденти користуються соціальними мережами повсякденно і у великій кількості. Якщо поєднати всі фактори за шкалою: залежність від соціальних мереж присутня у 30 людей (23 жінки та 7 чоловіків). Результати, які вище

за діапазон норми $31,88 \pm 10,5$ для чоловіків та $36,35 \pm 12,2$ для жінок, говорять про те, що 18,5% респондентів мають залежність від соціальних мереж, а 16% людей мають результати нижчі норми, що може свідчити про відсутність частого споживання соціальних мереж. Враховуючи розмір вибірки та широкий діапазон норми, 65,4% респондентів знаходяться у межах норми за загальним показником залежності від соціальних мереж. Тому, можна зазначити, що всі респонденти користуються соціальними мережами у різній мірі, але більшість має показник норми, що в наш час не свідчить про надмірне використання соціальних мереж.

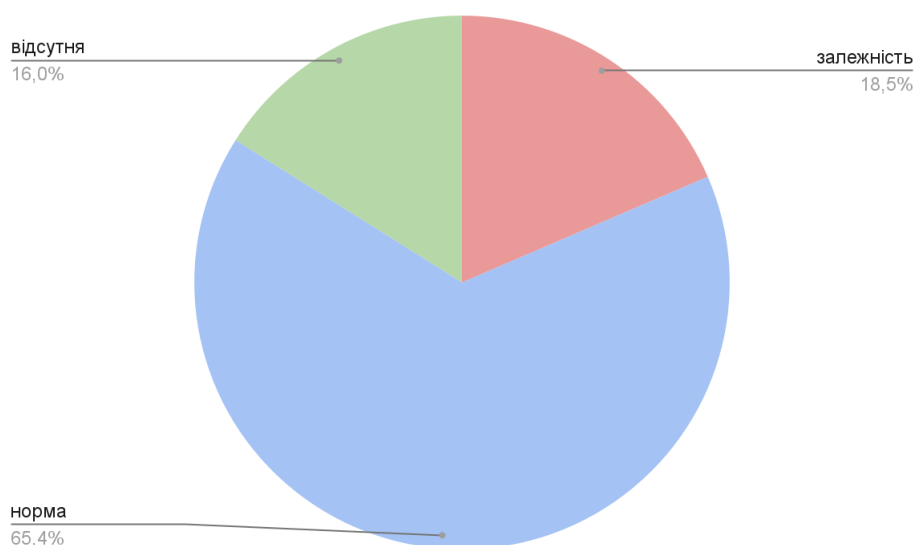


Рисунок 3.2. Результати загального показника залежності від соціальних мереж

Наступний опитувальник це – “Ситуативна незадоволеність образом тіла Т. Кеша”, враховуючи, що норма ситуативної незадоволеності образом тіла для чоловіків – 57,27 із середнім квадратичним відхиленням 31,06, а норма для жінок становить 68,80 із середнім квадратичним відхиленням 23,90. Було отримано такі результати: 8,8 % респондентів мають виражену незадоволеність образом тіла, інша частина респондентів (91,3 %) мають результати у межах норми (рис. 3.3). Таким чином результати свідчать, що у нашій вибірці присутнє порушене сприйняття власного тіла і дані результати

є важливими для аналізу. Тому можна стверджувати, що більшість респондентів мають показники у межах норми, хоча важливо врахувати достатньо великий розмір середнього квадратичного відхилення для діапазону норми за даною методикою.

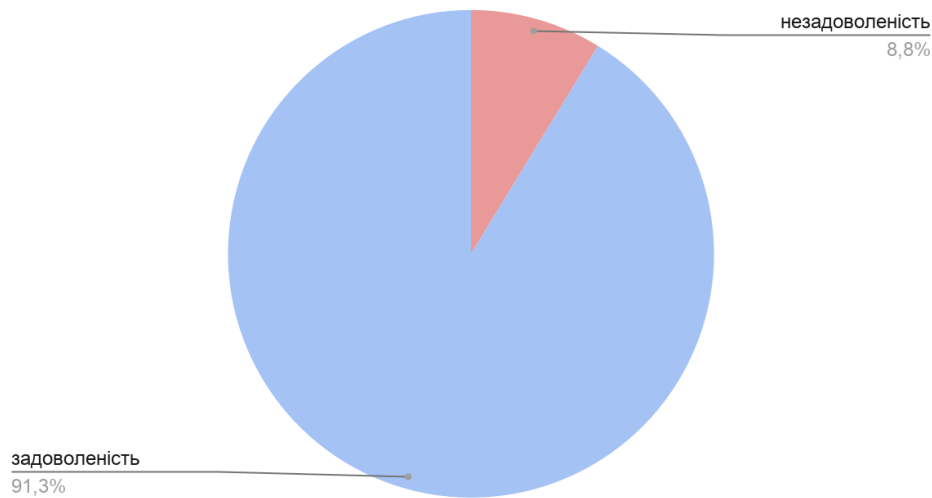


Рисунок 3.3 Результати методики “Ситуативна незадоволеність образом тіла Т.Кеша”

За результатами опитувальника Розенберга, враховуючи різноманітність вікових категорій при інтерпретації результатів, було виявлено, що більшість респондентів мають помірно високий рівень самооцінки – 48,4% , тоді як середній рівень самооцінки має 24,8 % опитуваних та 25,7% респондентів мають низький рівень самооцінки. Оцінювання відбувалось за певним діапазоном норм (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Розрахунок тестових норм за шкалою самооцінки

12-16 років	16-20	21-26	27+
17-21 років	23-26	27-29	30+
22-70 років	24-27	27-32	33+
	низький рівень	середній рівень	високий рівень

Таким чином можна зробити узагальнення, що більшість респондентів мають помірно високий рівень самооцінки, але відсоток людей з низьким рівнем самооцінки також є вагомим (рис.3.4).

Високий рівень самооцінки може свідчити про те, що людина має стійке, позитивне та реалістичне ставлення до себе, а особливо до своїх якостей, здібностей. Вона має власні цінності, як особистість, яких вона притримується. Людина з високою самооцінкою приймає себе такою, якою є, визнає як сильні сторони, так і недоліки, не потребує постійного зовнішнього підтвердження своєї значущості та здатна справлятися з помилками без надмірного самозвинувачення. Висока самооцінка має сильне підґрунтя впевненості, що дає можливість щиро радіти чужим успіхам без заздрості. Такі люди значно менше схильні до соціального порівняння, оскільки їхня внутрішня стабільність не залежить від того, як вони виглядають на фоні оточуючих. За результатами ми маємо достатньо великий відсоток людей з високою самооцінкою, важливо вміти розрізняти, що висока самооцінка це не завжди про зарозумілість, нарцисизм або демонстративну впевненість. Тому, що ці ознаки нерідко є саме характеристиками низькою або нормальної самооцінки. У нашому дослідженні, результати може означати те, що люди з високою самооцінкою є більш стійкими до негативного впливу соціального порівняння, рідше відчують незадоволеність власним тілом після перегляду ідеалізованого контенту. Люди не сприймають контент у соціальних мереж, як щось ідеалізоване, на відміну від людей з низькою самооцінкою.

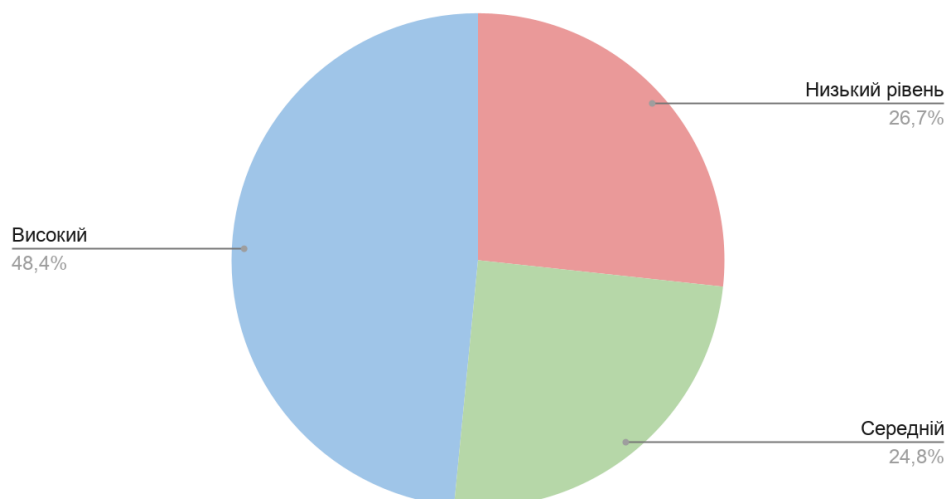


Рисунок 3.4. Результати виявленого рівня самооцінки у респондентів

Методика “Переглянута шкала перфекціонізму Р.Слені” містила три субшкали, для дослідження було важливо отримати результати за субшкалою “переживання невідповідності до власних стандартів”. За шкалою перфекціонізму, було отримано результати ґрунтуючись на такому діапазоні норми:

12 - 31 бал: низький рівень переживання невідповідності власним високим стандартам;

32 - 45 балів: помірний рівень переживання невідповідності власним високим стандартам;

46 - 84 балів: високий рівень переживання невідповідності власним високим стандартам.

Результати свідчать про, те що 57% респондентів мають високий рівень переживання невідповідності власним високим стандартам (рис. 3.5). Стійке відчуття невідповідності власним високим стандартам є головною ознакою дезадаптивного перфекціонізму. Низький рівень переживання стосовно невідповідності власним стандартам мають 29,8%, що свідчить про те, що респонденти відчувають відповідність до свого власного стандарту та відчувають себе комфортно у теперішньому становищі. Середній рівень мають лише 13% респондентів.

Отже, можна стверджувати, що більшість людей мають високий рівень переживання невідповідності до власних стандартів. Такий тип перфекціонізму свідчить про бажання бути бездоганим та ідеальним, як для себе так і в очах інших людей. Люди можуть відчувати постійне розчарування, виснаження та постійне незадоволення собою, що призводить до сильних обмежень, покарань або рамок. Великий відсоток респондентів мають цей тип переживань, що може призводити до порівняння себе з іншими та великих вимог до себе.

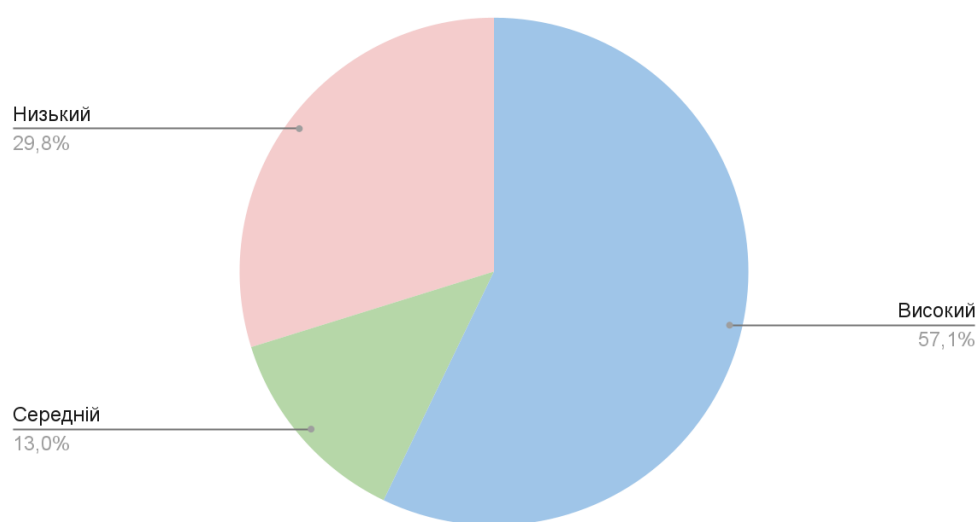


Рисунок 3.5. Результати переживання невідповідності до власних стандартів

3.2. Аналіз результатів дослідження впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом

В результаті емпіричного дослідження за методиками “Шкала залежності від соціальних мереж”, “Шкала самооцінки Розенберга”, “Переглянута шкала перфекціонізму Р.Слені” та “Ситуативна незадоволеність образом тіла Т. Кеша” були отримані вагомі результати.

Результати щодо рівня залежності від соціальних мереж, рівня загальної самооцінки та рівня незадоволеності власним тілом та рівень переживання невідповідності власним високим стандартам, були занесені до

статистичної програми “Jamovy” для подальшого аналізу. Було проведено аналіз мір центральної тенденції наших результатів та розсіювання отриманих показників за даними методиками (табл.3.2). Також було проведено перевірку на викиди, після якої було відфільтровано 2 респондентів і тому надалі загальна вибірка склала 159 осіб.

Наведені дані дозволяють проаналізувати отримані результати за різними шкалами. Середній рівень залежності від соціальних мереж у вибірці становить 33.7 бали, що свідчить про середній рівень залежності. Стандартне відхилення 12.4 свідчить про помірний розкид, тобто, більшість респондентів мають показники в діапазоні приблизно 21–46 балів. Такі результати свідчать про те, що вибірка є досить неоднорідною щодо рівня залежності від соціальних мереж: є як ті, хто практично не залежить, так і ті, хто демонструє виражену залежність.

За шкалою незадоволеність образом тіла був отриманий середній показник – 52.4, що свідчить про середній рівень незадоволеності власним тілом, а також був отриманий найвищий показник стандартного відхилення, що свідчить про великий розкид.. Дисперсія за даною шкалою вказує на те, що незадоволеність власним тілом є найбільш варіативною характеристикою у вибірці: респонденти дуже відрізняються між собою за цим показником.

Самооцінка має найменше стандартне відхилення серед усіх змінних ($SD = 5.90$), що свідчить про однорідність вибірки за цим показником, де більшість респондентів мають схожі рівні самооцінки в діапазоні приблизно 23–35 балів. Середнє значення 29.2, свідчить, що більшість респондентів мають середній рівень самооцінки.

Середній рівень переживань невідповідності власним високим стандартам становить 48.1 бали при стандартному відхиленні - 15, що свідчить про значний розкид у вибірці та високий показник переживання невідповідності до власних стандартів. Це означає, що респонденти суттєво відрізняються між собою за тим, наскільки гостро вони переживають розрив

між реальним та ідеальним образом себе.

Таблиця 3.2

Міри центральної тенденції

	Залежність від соціальних мереж	Незадоволеність образом тіла	Самооцінка	Переживання невідповідності власним високим стандартам
N	159	159	159	159
Середнє значення	33.7	52.4	29.2	48.1
Стандартне відхилення	12.4	18.5	5.90	15.0
Дисперсія	153	341	34.9	226

Було проведено перевірку на нормальність розподілу (табл.3.3). Було використано критерій Колмогорова-Смірнова тому, що вибірка складає більше 80 осіб. Результати свідчать про нормальність розподілу за кожною шкалою($p>0.05$). У подальшому аналізі буде використано параметричні методи. При порівнянні двох незалежних груп буде використано критерій Уелча, у процесі дисперсійного аналізу буде використано параметричний критерій Фішера та у процесі кореляційної матриці увага звертається на критерій Пірсона. Для регресійного аналізу важливою умовою є нормальність розподілу вибірку.

Таблиця 3.3

Перевірка на нормальність розподілу вибірки

	Загальний показник залежності від	Незадоволеність образом тіла	Рівень самооцінки	Переживання невідповідності власним високим
--	-----------------------------------	------------------------------	-------------------	---

	соціальних мереж			стандартам
$p > 0.05$	0.465	0.215	0.274	0.896

Для перевірки емпіричної гіпотези про вплив соціальних мереж на на незадоволеність образом тіла (як симптома тілесного дисморфічного розладу) було проведено простий лінійний регресійний аналіз. Вибірка мала достатній обсягом для отримання статистично надійних результатів у регресійному аналізі. Результати лінійної регресії є значущими (табл.3.4). Результати показали, що модель є статистично значущою: $F = 21.7$, $p < .001$. Це означає, що ймовірність отримати такий результат випадково становить менше 0.1%, тобто вплив предиктора на залежну змінну не є випадковим. Тому можна сказати, що чим більша залежність у людини від соціальних мереж – тим вищий рівень незадоволеності власним тілом вона відчуває. Значення $df1 = 1$ вказує на один предиктор у моделі, $df2 = 157$ – на кількість ступенів свободи залишків. Коефіцієнт кореляції $R = 0.348$ свідчить про помірний позитивний лінійний вплив незалежної змінної на незадоволеність власним тілом. Хоча наш результат є меншим за достовірний коефіцієнт $R (>0,7)$ Але можна сказати про вплив середньої сили. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.121$, при потрібному $R^2(>0,6)$ означає, що залежність від соціальних мереж пояснює 12.1% загальної дисперсії показника незадоволеності власним тілом. Хоча це може здаватися невеликим значенням, але можна зазначити про існування впливу соціальних мереж на незадоволеність образом тіла на 12,1% , що також є вагомим результатом. Таким чином 87.9% варіації залишається невідомою – тобто існують інші важливі предиктори (наприклад, рівень самооцінки, тип споживання контенту, частота соціального порівняння, вік, стать тощо). Таким чином соціальні мережі мають вплив на незадоволеність власним тілом.

Константа регресійного рівняння становить $b_0 = 34.806$ ($SE = 4.014$, $t = 8.67$, $p < .001$). Це теоретичне значення незадоволеності власним тілом у респондента, показник залежності від соціальних мереж якого дорівнює нулю. Значущість перехвату ($p < .001$) підтверджує, що навіть за відсутності залежності від соціальних мереж базовий рівень незадоволеності тілом є статистично відмінним від нуля, що є психологічно обґрунтованим, тобто незадоволеність образом тіла формується під впливом цілого ряду чинників, не лише соціальних мереж. Нестандартизований коефіцієнт регресії становить $b_1 = 0.520$ ($SE = 0.112$, $t = 4.65$, $p < .001$). Це означає, що зі збільшенням показника залежності від соціальних мереж на 1 одиницю рівень незадоволеності власним тілом зростає в середньому на 0.52 бали за умови контролю інших змінних. Стандартна похибка $SE = 0.112$ є відносно невеликою порівняно з коефіцієнтом, що свідчить про точність оцінки. Значення $t = 4.65$ при $p < .001$ підтверджує, що цей коефіцієнт статистично достовірно відрізняється від нуля. Коефіцієнти моделі незадоволеність образом тіла наведено у додатках (Додаток Б). Таким чином, регресійне рівняння має вигляд:

$$\text{незадоволеність образом тіла} = 34.806 + 0.520 \times (\text{залежність від соціальних мереж})$$

Таким чином результати лінійного регресійного аналізу свідчать про вплив соціальних мереж на незадоволеність власним образом тіла, що є симптомом тілесного дисморфічного розладу у межах 12,1 %. Даний результат є вагомим, якщо враховувати, що існуються інші незалежні змінні, які впливають на незадоволеність власним образом тіла.

Таблиця 3.4

Показники лінійної регресії вплив соціальних мереж на незадоволеність образом тіла

R	R ²	F	df1	df2	p
---	----------------	---	-----	-----	---

0.348	0.121	21.7	1	157	<0.01
-------	-------	------	---	-----	-------

Важливо зазначити, що лінійний регресійний аналіз виявив, що соціальні мережі впливають на прояви незадоволеності власним тілом тільки в певній мірі і тому повна картина даного симптому залишається невідомою. Тому можна узагальнити, що залежність від соціальних мереж здійснює статистично значущий позитивний вплив на тенденцію розвитку тілесного дисморфічного розладу, враховуючи те, що існують і інші незалежні змінні, які мають сильний вплив на появу симптомів даного розладу.

3.3. Медіаційний аналіз

Спочатку було проведено кореляційний аналіз, щоб отримати дані про наявність кореляції між змінними та медіатором (Додаток В). Розглядаючи самооцінку, як медіатора було виявлено, що присутній помірний негативний зв'язок рівня самооцінки та незадоволеність образом тіла ($r = -0.356$, $p < .001$). Тому можна стверджувати, що чим вищі показники незадоволеності власним тілом – тим нижча самооцінка. Кореляцію між загальним показником залежності від соціальних мереж та рівнем самооцінки не було виявлено ($r = -0.142$, $p = .074$). Це слабкий негативний зв'язок, але він не досягає статистичного порогу. Для проведення медіаційного аналізу потрібно, щоб предиктор змінні значущо корелювали з медіатором. На даному етапі кореляція відсутня. Таким чином проведення медіаційного аналізу, де самооцінка буде виступати медіатором неможлива тому, що емпірична гіпотеза буде не підтверджена.

Змінна, переживання невідповідності власним високим стандартам, корелює як з предиктором так і з залежною змінною. Було отримано сильний позитивний зв'язок між шкалою незадоволеність образом тіла та переживанням невідповідності до власних стандартів ($r = 0.572$, $p < .001$).

Тому можна констатувати, що чим більша незадоволеність власним тілом – тим вищий рівень переживання стосовно невідповідності власним високим стандартам.

За результатами наступної кореляції було виявлено: помірний позитивний зв'язок між загальним показником залежності від соціальних мереж та переживанням невідповідності стосовно власним високим стандартам($r = 0.324$, $p < .001$). Таким чином, більша залежність від соціальних мереж означає більше переживань невідповідності до власних стандартів. А також, було зафіксовано помірний позитивний зв'язок між незадоволеністю образом тіла та залежністю від соціальних мереж($r = 0.348$, $p < .001$). Тому результати цього кореляційного аналізу є також значущим. Таким чином, було проведено два медаційні аналізи, де медіатором постала шкала: самооцінка та переживання невідповідності до власних стандартів. Медіаційний аналіз з шкалою самооцінки, був проведений для того, щоб підтвердити достовірність результатів, які були отримані після кореляційного аналізу.

Завдяки результатам медаційного аналізу, де медіатором була самооцінка було отримані результати, які спростовують гіпотезу про те, що самооцінка є значущим медіатором між соціальними мережами та незадоволеністю власним тілом (табл. 3.5). У медаційній моделі був статистично не підтверджений непрямий зв'язок . А також довірчий інтервал включав нуль , що не дає підстав для підтвердження медаційної ролі самооцінки у цьому зв'язку. Прямий вплив та загальний вплив є статистично значущими, що свідчить про загальний вплив соціальних мереж на незадоволеність образом тіла , а також про те, що самооцінка не перехоплює і не пояснює цей зв'язок.

Отримані результати узгоджуються з даними попереднього кореляційного аналізу, який вже на етапі перевірки передумов вказував на слабкий та статистично незначущий зв'язок між залежністю від соціальних

мереж і рівнем самооцінки, що фактично передбачало відсутність значущого шляху в медіаційній моделі. Таким чином, самооцінка не виконує роль медіатора у зв'язку між залежністю від соціальних мереж та незадоволеністю власним тілом.

Таблиця 3.5

Результати медіаційного аналізу, де медіатором була самооцінка

Непрямий ефект	0.066	0.134
Прямий ефект	0.454	<0.001
Загальний ефект	0.520	<0.001

Результати медіаційного аналізу, де медіатором був рівень переживання невідповідності власним стандартам свідчать про наявність часткової медіації (табл. 3.6). Після введення медіатора прямий ефект соціальних мереж на незадоволеність образом тіла залишився значущим ($b = 0.272$, $p = .014$), що свідчить про те, що соціальні мережі здійснюють самостійний вплив на незадоволеність тілом, незалежно від медіатора. Непрямий ефект через переживання невідповідності до власних стандартів є статистично значущим ($b = 0.248$, $p < .001$), а довірчий інтервал (95%) є підставою для підтвердження медіаційної гіпотези (Додаток Г). Оскільки обидва ефекти: прямий і непрямий досягли статистичної значущості, отримані результати свідчать про часткову медіацію, за якої переживання невідповідності до власних стандартів пояснюють 47.7% загального впливу соціальних мереж на незадоволеність тілом. Таким чином залежність від соціальних мереж впливає на незадоволеність тілом через процес переживання невідповідності до власних стандартів. Тому чим вищий показник залежності від соціальних мереж, то респондент більше переживає стосовно невідповідності до власних стандартів, що і посилює незадоволеність тілом.

Результати медіаційного аналізу, де медіатором було переживання невідповідності до власних стандартів

Непрямий ефект	0.248	$p < .001$
Прямий ефект	0.272	0.014
Загальний ефект	0.520	< 0.001

Отже, результати свідчать про те, що людина, яка має високий рівень перфекціонізму, а саме високий рівень переживання невідповідності до власних високих стандартів буде більш вразлива до розвитку тілесного дисморфічного розладу при використанні соціальних мереж. Можна зробити припущення, що такі люди будуть більш критично до себе при використанні соціальних мереж, що може спровокувати критику до себе та прояви незадоволеності своїм тілом. При використанні соціальних мереж, людина несвідомо може починати себе порівнювати з уявним ідеалізованим образом, який вона створила. Таким чином при спогляданні різних ідеалізованих постів, людина зіставляє власну зовнішність із образами, що транслюються в цифровому просторі.

Оскільки частіше за все образи є ретельно відредагованими: реальна зовнішність людини неминуче починає сприйматися як така, що не відповідає засвоєним стандартам краси. Саме цей процес переживання невідповідності власним високим стандартам створює постійний цикл думки про те, якою, на думку людини, вона мала б бути. І таким чином цей процес постає важливим медіатором при використанні соціальних мереж, що збільшує вплив та призводить до незадоволеності власним тілом.

3.4 Порівняльний аналіз рівня незадоволеності тілом у різних групах респондентів

Для даного емпіричного дослідження поставлено дві гіпотези, які стосуються порівняння груп. Таким чином було проведено t-тест незалежних

вибірок для перевірки відмінностей між жінками ($N = 115$) та чоловіками ($N = 44$) за рівнем незадоволеності власним тілом. Для порівняння рівня незадоволеності власним тілом між жінками та чоловіками було застосовано незалежний t-тест Уелча. Оскільки критерій Левіна виявився статистично значущим ($p = 0,026$), що свідчить про порушення припущення про рівність дисперсій у групах (табл. 3.7). Результати засвідчили статистично значущу відмінність між групами ($p < 0.01$). Було отримано середній розмір ефекту (d Коена - 0.596) Жінки демонстрували достовірно вищий рівень незадоволеності власним тілом ($M = 55.2$, $SD = 19.0$) порівняно з чоловіками ($M = 45.0$, $SD = 14.7$). Варто також зазначити, що більший розкид показників у жінок ($SD = 19.0$ проти $SD = 14.7$ у чоловіків) свідчить про більшу неоднорідність переживань незадоволеності тілом у жіночій групі, що й зумовило порушення припущення про рівність дисперсій.

Таблиця 3.7

T-test незалежних вибірок

Чоловіки	Жінки	Критерій Левіна	p	Коен d
M = 45.0	M = 55.2	0.026	<.001	0.596
SD = 14.7	SD = 19.0			

Отже, можна зазначити про наявність середнього ефекту при порівнянні двох груп, що є статистично значущим результатом. Жінки демонструють частіше незадоволеність образом тіла, ніж чоловіки. Ці результати також підтверджують результати, які були отримані при теоретичному аналізі літератури. Жінки частіше відчувають тиск від соціальних мереж, що може спровокувати незадоволеність тілом та соціальне порівняння про, яке зазначається у багатьох наукових джерелах. До жінок існуються буля жорстокі соціальні стандарти краси, а також наявність культурної об'єктивізації жіночого тіла у світі. Тому даний результат не є

випадковий, а лише підтверджує, що жінки частіше відчують незадоволеність власним тілом.

Також було проведено t-тест незалежних вибірок для перевірки відмінностей між жінками ($N = 115$) та чоловіками ($N = 44$) за рівнем самооцінки. Було обрано критерій Стюдента тому, що критерій Левіна < 0.05 (0.432). За результатами відомо, що не існує статистично значущої відмінності між групами ($p = 0.725$). Тому немає підстав стверджувати, що жінки, які мають низьку самооцінку, мають вищий рівень незадоволеності власним тілом, ніж у чоловіків.

Для порівняння трьох груп, а саме: респондентів підліткового віку (14-17 років), молодого віку (18-44 роки) та середнього віку (45-59 років) було обрано односторонній ANOVA (табл. 3.8). Критерій Левіна виявився значущим ($p = 0.544$) тому було обрано параметричний критерій Фішера. Дисперсії груп є однорідними, що підтверджує коректність застосування методу.

Критерій Колмогорова-Смірнова ($p = 0.230$) свідчить про нормальність розподілу. Результати зафіксували відсутність статистично значущих відмінностей та малий розмір ефекту ($\eta^2 = 0.014$, $p = 0.334$) у рівні незадоволеності власним тілом між трьома віковими групами.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що статистично значущих відмінностей не виявлено. Тому незадоволеність власним тілом, як симптом тілесного дисморфічного розладу може проявлятися у різних вікових категоріях людей.

Таблиця 3.8

Результати дисперсійного аналізу

η^2	p	критерій Левіна	критерій Колмогорова-Смірнова
0.014	0.334	0.544	0.230

Отже, статистично значущих відмінностей між трьома віковими групами не виявлено, а тому рівень незадоволеності власним тілом не відрізняється достовірно залежно від віку. За результатами можна стверджувати, що незадоволеність тілом є відносно стабільним явищем у різних вікових групах і не зростає або не зменшується суттєво з віком. Не підтвердилась гіпотеза про те, що у підліткові віці люди більше стикаються з незадоволенням власним тілом.

Висновок до третього розділу

Узагальнюючи результати проведеного емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що високий рівень залежності від соціальних мереж має вплив на прояви незадоволеності тілом.

Важливо зазначити, що хоча і вплив існує, але існують інші невідомі фактори, які мають вплив на незадоволеність тілом, що в поєднанні з використанням соціальних мереж провокують високу тенденцію до розвитку незадоволеності власним тілом. Виявлено, що у жінок спостерігається вищий рівень незадоволеності тілом, ніж у чоловіків. Але не було підтверджено статистично значущої різниці між чоловіками та жінками та рівнем самооцінки. Учасники дослідження, які мали високий рівень незадоволеності тілом більше схильні до порівняння своєї зовнішності з зовнішністю інших людей.

Також встановлено, що високий рівень незадоволеності власним тілом пов'язаний з високим рівнем переживання невідповідності до власних стандартів. Враховуючи результати медіаційного аналізу було виявлено, що самооцінка не є вагомим медіатором між залежністю від соціальних мереж та незадоволеністю тілом. З іншої сторони, переживання невідповідності до власних стандартів виявилось достовірним медіатором між залежністю від соціальних мереж та незадоволеністю тілом. Такий результат свідчить про те, що високий рівень переживання невідповідності до власних стандартів підкріплює і підвищує вплив залежності від соціальних мереж на симптоми

тілесного дисморфічного розладу (високий рівень незадоволеності тілом).

Окремо було проведено порівняння чоловіків та жінок за рівнем незадоволеності тілом. Результати свідчать про те, що жінки частіше переживають незадоволеність тілом, ніж чоловіки. Порівнюючи різні вікові групи, а саме: підлітковий вік, молодий вік та середній вік не було виявлено статистично значущої різниці між групами. Тому результати свідчать, що рівень незадоволеності власним тілом може бути різний незалежно від віку.

ВИСНОВКИ

Мета кваліфікаційної роботи полягала в проведенні теоретичного аналізу та емпіричного виявлення впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.

У теоретичній частині дослідження було проаналізовано наукові джерела, які стосуються тілесного дисморфічного розладу та порушення сприймання власного тіла. Визначено, що тілесний дисморфічний розлад – це психічний розлад, при якому людина надмірно занепокоєна незначними або уявними дефектами своєї зовнішності. Незадоволеність тілом є головним симптомом цього розладу. Людина відчуває постійну незадоволеність, критикує себе та відчувають сором за свою зовнішність. Незадоволеність власним тілом є достатньо широко розповсюдженим симптомом. Наразі люди постійно порівнюють себе з іншими у соціальних мережах, що також має свій вплив, кожна людина починає по-різному саморефлексувати соціальні мережі. Для людей стає важливо створювати ідеальну картинку та досягати свої власних стандартів.

Завдяки теоретичному аналізу джерел було з'ясовано, що використання соціальних мереж можуть мати вплив на прояви незадоволеності тілом. Крім того, важливо враховувати, що на незадоволеність тілом впливають такі фактори, як: соціальне середовище, рівень перфекціонізму, рівень самооцінки та інші аспекти життя людини.

У другому розділі даної роботи було розроблено дизайн емпіричного дослідження. Методики були підібрані у відповідності до цілей нашої роботи: авторська анкета, шкала залежності від соціальних мереж, шкала самооцінки Розенберга, ситуативна незадоволеність образом тіла Т. Кеша, переглянута шкала перфекціонізму Р.Слені.

До вибірки увійшли 161 респондент, з них 116 жінок та 45 чоловіків, віком від 14 до 59 років.

Основними методами статистично-математичної обробки даних були:

регресійний аналіз, медіаційний аналіз, порівняння відмінностей двох незалежних груп (t-критерій Уелча), дисперсійний аналіз (ANOVA, F-критерій Фішера).

Третій розділ був присвячений емпіричному дослідженню впливу залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом. За результатами емпіричного дослідження можемо зробити наступні висновки:

1. Залежність від соціальних мереж здійснює статистично значущий позитивний вплив на незадоволеність тілом, враховуючи те, що існують і інші незалежні змінні, які мають сильний вплив на незадоволеність тілом.
2. Існує відмінність між чоловіками та жінками за рівнем незадоволеності тілом. Жінки частіше мають вищий рівень незадоволеності тілом, що говорить про частіші прояви симптомів тілесного дисморфічного розладу.
3. Емпірична гіпотеза про відмінності між трьома віковими групами була спростована, а тому рівень незадоволеності власним тілом не відрізняється достовірно залежно від віку.
4. Самооцінка не є значущим медіатором при впливі залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.
5. Переживання невідповідності до власних стандартів є значущим медіатором при впливі залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом.

Отже, емпіричне дослідження продемонструвало, що існує вплив залежності від соціальних мереж на незадоволеність тілом, однак існують інші змінні, які можуть впливати на сприймання тіла. Тому перспективами подальших досліджень є розгляд інших незалежних змінних, які будуть мати статистично значущий виражений вплив на прояви симптомів тілесного дисморфічного розладу.

ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1. Василевський, В. С. (2025). Адаптація опитувальника «Ситуативна незадоволеність образом тіла» Т. Кеша. *Ментальне здоров'я*, (4), 50–52. doi:10.32782/3041-2005/2025-4.8
2. Вельдбрехт , О., Зінченко , Н., & Тавровецька , Н. (2025). Шкала самооцінки Розенберга: українська адаптація та психометричні властивості. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 13, 142-172. doi:10.32999/2663-970X/2025-13-7
3. Грубі, Т. В., Карамушка, Л. М., & Бондарчук, О. І. (2018). Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум. Медобори-2006, 36-38. Retrived from <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/29838/1/Grubi%20T.,%20Karamushka%20L.,%20Bondarchuk%20O,%20Praktykum.pdf>
4. Коляденко, С. А. (2021). *Самооцінка як фактор становлення особистості* (Doctoral dissertation). Retrived from <https://dspace.nuft.edu.ua/server/api/core/bitstreams/660b5be8-60d2-4c1f-bd79-f305fbc7eb36/content>
5. Остапенко, О., & Ляшенко, О. (2023). Теоретичні основи розуміння поняття «образ тіла» у психологічній науці. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12*, 21(66). doi:10.31392/NPU-nc.series12.2023.21(66).05
6. Севост'янов П.О., Яновська С.Г., Туренко Р.Л., Пивовар Д.Є. (2024). Психометричні показники та адаптація україномовної версії шкали залежності від соціальних мереж (М. G. Shahnawaz, U. Rehman Social Networking Addiction Scale). *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*, (77), 21-27. doi:10.26565/2225-7756-2024-77-03
7. Ahadzadeh, A. S., Sharif, S. P., & Ong, F. S. (2017). Self-schema and self-discrepancy mediate the influence of Instagram usage on body image

- satisfaction among youth. *Computers in Human Behavior*, 68, 8–16. doi:10.1016/j.chb.2016.11.011
8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
 9. Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 221–232. doi:10.31887/DCNS.2010.12.2/abjornsson
 10. Bosbach, K., Martin, A., Stricker, J., & Schoenenberg, K. (2024). Enhancing self-esteem in adults with body dysmorphic symptoms: Experimental testing and initial evaluation of a brief internet-based training. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 52(3), 226–242. doi:10.1017/S1352465824000110
 11. Buhlmann, U., Teachman, B. A., Gerbershagen, A., Kikul, J., & Rief, W. (2008). Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 213–225. doi:10.1007/s10608-006-9095-9
 12. Castle, D., & Harrison, T. (1999). Treatment of imagined ugliness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 5(3), 171–178. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/treatment-of-imagined-ugliness/740745240EB5CEEE4E811B3E715939E5>
 13. Chen, S., van Tilburg, W. A., & Leman, P. J. (2023). Women's self-objectification and strategic self-presentation on social media. *Psychology of Women Quarterly*, 47(2), 266–282. doi: <https://doi.org/10.1177/03616843221143751>
 14. Danielsen, H. E., Finserås, T. R., Andersen, A. I. O., Hjetland, G. J., Woodfin, V., & Skogen, J. C. (2024). Mirror, mirror on my screen: Focus on self-presentation on social media is associated with perfectionism and disordered eating among adolescents. Results from the

- "LifeOnSoMe"-study. *BMC Public Health*, 24(1), Article 2466. doi:10.1186/s12889-024-19317-9
15. Densham, K., Webb, H. J., Zimmer-Gembeck, M. J., Nesdale, D., & Downey, G. (2017). Early adolescents' body dysmorphic symptoms as compensatory responses to parental appearance messages and appearance-based rejection sensitivity. *Body Image*, 23, 162–170. doi:10.1016/j.bodyim.2017.09.005
 16. Enander, J., Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Kuja-Halkola, R., Ljótsson, B., Lundström, S., Rück, C. (2018). Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: A population-based nationwide twin study. *Psychological Medicine*, 48(16), 2740–2747. doi:10.1017/S0033291718000375
 17. Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., & Bookheimer, S. (2007). Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1417–1425. doi:10.1001/archpsyc.64.12.1417
 18. Fox, J., & Vendemia, M. A. (2016). Selective self-presentation and social comparison through photographs on social networking sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(10), 593–600. doi:10.1089/cyber.2016.0248
 19. Furnham, A., & Greaves, N. (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, 8(3), 183–200. doi:10.1002/per.2410080304
 20. Furnham, A., & Levitas, J. (2012). Factors that motivate people to undergo cosmetic surgery. *Canadian Journal of Plastic Surgery*, 20(4), 47–50. doi:10.1177/229255031202000406
 21. Gomez, M., Klare, D., Ceballos, N., Dailey, S., Kaiser, S., & Howard, K. (2022). Do you dare to compare?: The key characteristics of social media users who frequently make online upward social comparisons. *International*

- Journal of Human–Computer Interaction, 38(10), 938–948.
doi:10.1080/10447318.2021.1976510
22. Grace, S. A., Labuschagne, I., Kaplan, R. A., & Rossell, S. L. (2017). The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 83–96. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.10.003
 23. Grant, J. E., Kim, S. W., & Eckert, E. D. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 291–300. doi:10.1002/eat.10091
 24. Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270–276. doi:10.1016/S0010-440X(03)00088-9
 25. Gupta, M., Jassi, A., & Krebs, G. (2023). The association between social media use and body dysmorphic symptoms in young people. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1231801. doi:10.3389/fpsyg.2023.1231801
 26. Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2014). A comparison of self-esteem and perfectionism in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(12), 883–888. doi:10.1097/NMD.0000000000000215
 27. Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94–103. doi:10.1016/S0010-440X(65)80016-5
 28. Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A., & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. doi:10.1016/j.bodyim.2020.11.005
 29. Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145. doi:10.1080/07481756.2002.12069030

- 30.Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P. C., Hoppen, L., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 310. doi:10.1186/s12888-021-03185-3
- 31.Laughter, M. R., Anderson, J. B., Maymone, M. B., & Kroumpouzos, G. (2023). Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clinics in Dermatology*, 41(1), 28–32. doi:10.1016/j.clindermatol.2023.03.002
- 32.Lavell, C. H., Oar, E. L., & Rapee, R. M. (2025). Body dysmorphic disorder in adolescents: Family history, parental distress, rearing, and accommodation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1–15. doi:10.1080/15374416.2025.2476189
- 33.Machremi, E., Bakirtzis, C., Karakasi, M. V., Boziki, M. K., Siokas, V., Aloizou, A. M., Dardiotis, E., & Grigoriadis, N. (2022). What scans see when patients see defects: Neuroimaging findings in body dysmorphic disorder. *Journal of Integrative Neuroscience*, 21(2), Article 45. doi:10.31083/j.jin2102045
- 34.Madsen, S. K., Bohon, C., & Feusner, J. D. (2013). Visual processing in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: Similarities, differences, and future research directions. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1483–1491. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.06.003
- 35.Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: Teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New Media & Society*, 10(3), 393–411. doi:10.1177/1461444808089415
- 36.Morris, L., & Lomax, C. (2014). Assessment, development, and treatment of childhood perfectionism: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(4), 225–234. doi:10.1111/camh.12067

37. Speers Neumeister, K. L. (2004). Interpreting successes and failures: The influence of perfectionism on perspective. *Journal for the Education of the Gifted*, 27(4), 311–335. doi:10.4219/jeg-2004-320
38. Nor, N. F. M., Iqbal, N., & Shaari, A. H. (2025). The role of false self-presentation and social comparison in excessive social media use. *Behavioral Sciences*, 15(5), Article 675. doi:10.3390/bs15050675
39. Okonishnikova, E., Bryukhin, A., Lineva, T., & Belokrylov, I. (2021). Assessment of body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. The final data of the study. *European Psychiatry*, 64(S1), S355-S355. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.951
40. Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267–278. doi:10.1002/cpp.5640010502
41. Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138–1149. doi:10.1176/ajp.148.9.1138
42. Phillips, K. A. (2006). The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Primary Psychiatry*, 13(7), 51–59.
43. Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. Oxford University Press.
44. Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 77–87. doi:10.1016/j.comppsy.2005.07.002
45. Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325. doi:10.1176/appi.psy.46.4.317

46. Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877–885. doi:10.1017/S0033291706007264
47. Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 77–84. doi:10.1016/0005-7967(94)e0030-m
48. 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*, 9(4), 412–435. doi:10.1016/j.psychres.2013.06.009
49. Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., Müller, A., & Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 210(1), 242–246.
50. Stevens, S. M., Markatia, Z. A., Ameli, K., Bayaraa, E., & Lee, W. W. (2023). Prevalence of body dysmorphic disorder in orbital plastic surgery and its relationship with the use of social media. *Aesthetic Plastic Surgery*, 47(6), 2447–2452. doi:10.1007/s00266-023-03483-z
51. Tavoloni, V., Di Giuseppe, M., Innamorati, M., Mirabella, M., Lingiardi, V., & Muzi, L. (2026). The burden of the perfect frame: A scoping review on personality and muscle dysmorphia. *Behavioral Sciences*, 16(2), Article 173. doi:10.3390/bs16020173
52. Thomas, C. S., & Goldberg, D. P. (1995). Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(3), 231–236. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09574.x
53. Trichas, M., Janniger, C. K., & Schwartz, R. A. (2025). Body dysmorphic disorder: 21st century challenges. *International Journal of Dermatology*, 64(8), 1342–1348. doi:10.1111/ijd.17708
54. Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive

- behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 717–729.
doi:10.1016/0005-7967(96)00025-3
55. Wade, T. D., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), Article 2.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета

1. Скільки часу ви зазвичай проводите у соціальних мережах?
 - 1-3 години
 - 3-5 годин
 - 5-7 годин
 - 7+ годин
2. Які соціальні мережі Ви переважно використовуєте?
 - Instagram
 - Tik tok
 - Telegram
 - Facebook
 - Threads
 - Viber
 - Youtube
 - Snapchat
 - WhatsApp
 - інше
3. Чи схильні Ви звертати увагу на зовнішній вигляд людей, які публікують свої дописи в соціальних мережах?
 - Так
 - Ні
 - Інколи
 - Інше
4. Чи публікуєте ви свої фото в соціальних мережах ?
 - Так
 - Ні
 - Інколи

- Інше
5. Як ставитесь до використання фільтрів для покращення вигляду фото?
- Позитивно
 - Негативно
 - Нейтрально
6. Чи схильні Ви порівнювати свою зовнішність із зовнішністю інших людей?
- Так
 - Ні
 - Інколи
 - Інше
7. Чи виникають у вас негативні думки стосовно того, як Ви виглядаєте?
- Так
 - Ні
 - Інколи
 - Інше

Коефіцієнти моделі - Незадоволеність власним тілом

Предиктор		оцінити	SE	t	p
Перехват		34.806	4.014	88.67	<<.001
Загальний	показник	0.520	0.112	44.65	<<.001
залежності від СМ					

		Переживання невідповідності до власних стандартів	Рівень самооцінки	Загальний показник залежності від СМ	Незадоволеність власним тілом
Переживання невідповідності до власних стандартів	г Пірсона	—			
	df (ступенів свободи)	—			
	р-значення	—			
Рівень самооцінки	г Пірсона	-0.467	—		
	df (ступенів свободи)	157	—		
	р-значення	<.001	—		
Загальний показник залежності від СМ	г Пірсона	0.324	-0.142	—	
	df (ступенів свободи)	157	157	—	
	р-значення	<.001	0.074	—	
Незадоволеність власним тілом	г Пірсона	0.572	-0.356	0.348	—
	df (ступенів свободи)	157	157	157	—
	р-значення	<.001	<.001	<.001	—

Mediation Estimates						
Effect	Estimate	SE	95% Confidence Interval		Z	p
			Lower	Upper		
Indirect	0.248	0.0740	0.1186	0.402	3.36	<.001
Direct	0.272	0.1109	0.0494	0.498	2.45	0.014
Total	0.520	0.1111	0.3106	0.754	4.68	<.001