



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

**Повезаност карактерних црта и тенденција ка поремећајима  
личности са прихватањем естетских интервенција**

Докторска дисертација

Др Драган Столић

Ментор: Др сци. мед. Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор

Крагујевац, 2019. године

## **Сажетак:**

**Увод:** Како идеал физичког изгледа није увек лако остварити природним путем, чак ни помоћу козметичких производа, све чешће се примењује озбиљнија манипулација кроз хируршке и нехируршке медицинске захвате. Последњих десетак година, дошло је до драстичног развоја неинвазивних техника естетске хирургије, јер ове интервенције представљају минимално инвазивне процедуре, не захтевају много времена, не укључују хируршке процедуре, период опоравка је кратак, и особа може реалтивно брзо да настави са нормалним активностима. У последње време, и њихова цена значајно опада.

**Циљ:** Студија се бави прихватањем и ставовима према естетским интервенцијама, као питањем односа одређених димензија личности и тенденција ка поремећајима личности и тих ставова. Циљ овог истраживања је испитати повезаност прихватања естетских интервенција са карактерним цртама личности (из Великих пет плус две модела), и тенденцијама ка поремећајима личности из Бековог модела. Додатни важан циљ ове студије био је и валидација Скале прихватања естетских интервенција на српском језику и у популацији особа које су биле подвргнуте некој нехируршкој естетској интервенцији.

**Материјал и метод:** Ова студија је корелациона, ретроспективно-проспективна студија пресека. Спроведена је у Центру за Естетску медицину у Београду. У истраживању је учествовало укупно 495 испитаника, 245 испитаника оба пола, који су имали неку нехируршку, минималну инвазивну или неинвазивну естетску интервенцију у последњих седам година (третирана група), и 250 испитаника оба пола, који нису имали естетску интервенцију, и који су чинили контролну групу. Подаци су прикупљени помоћу упитника о социодемографским карактеристикама и здравственом стању, ВП-2-70 скале за мерење димензија личности и скраћене скале Персоналних дисфункционалних уверења - PBQ-SF.

**Резултати:** Скала је показала изузетно високе вредности интерне поузданости, стабилност током времена, као и валидност. Трофакторски модел, у оквиру третиране групе, објашњава укупно 67,04% варијансе, док у оквиру контролне групе модел објашњава укупно 66,95% варијансе. Потврђена је његова трофакторска структура, и као и у оригиналној верзији издвајају се фактори: Интраперсонални, Решеност, и Социјални. Према проценту објашњене варијансе, као најважнији заједнички фактор, издвојио се интраперсонални. Степен прихватања естетских интервенција био је израженији у групи особа које су подвргнуте некој од нехируршких естетских интервенција. Прихватање естетских

интервенција показало је ниску повезаност са одређеним димензијама личности, док се у третираној групи, која је била и примарни фокус нашег истраживања може издвојити модел предвиђања, који показује да скуп одабраних варијабли непуних 10% варијансе критеријумске варијабле. Модел сугерише да виши нивои савесности (која највише предвиђа Прихватање естетских интервенција), виши нивои екстраверзије и виши нивои опсесивно-компулсивних тенденција предвиђају виши ниво прихватања естетских интервенција, нарочито оних нехируршких.

**Закључак:** Валидирана је скала прихватања естетских интервенција на српском језику, у популацији особа које су имале неке неинвазивне естетске интервенције и потврђена њена вредност добијена у претходним студијама. Група која је имала директно искуство са естетским интервенцијама показује њихово веће прихватање на свим димензијама скале и укупном скору од контролне групе, која није још имала директног искуства са овим типом интервенција. Студија је утврдила предиктивне вредности одређених тенденција личности мерених у овој студији са већим прихватањем естетских интервенција, па виши степен прихватања естетских интервенција у третираној групи предвиђају скорови на димензији савесности, екстраверзије, и тенденција ка опсесивно-компулсивном поремећају личности, која се у овом случају највероватније може поистоветити са тенденцијом ка перфекционизму.

**Кључне речи:** прихватање естетских интервенција, димензије личности, поремећаји личности.

## **Abstract:**



## САДРЖАЈ

1. УВОД.....	8
1.1. ЕСТЕТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ .....	9
1.1.1. Епидемиолошки подаци.....	9
1.1.2. Културолошки фактори и медији као фактори мотивације и прихватања естетских интервенција.....	13
1.1.3. Социјални фактори мотивације и прихватања естетских интервенција .....	14
1.1.4. Психолошки фактори мотивације и прихватања естетских интервенција .....	15
1.2. КОНЦЕПТ ДОЖИВЉАЈА СЛИКЕ ТЕЛА .....	17
1.2.1. Перцепција као фактор доживљаја слике тела.....	19
1.2.2. Незадовољство као фактор доживљаја слике тела .....	20
1.3. ЛИЧНОСТ И ДОЖИВЉАЈ СЛИКЕ ТЕЛА .....	22
1.3.1. Теорије личности .....	22
1.3.2. Петофакторски модел личности .....	24
1.3.3. Поремећаји личности.....	26
1.4. КОНЦЕПТ ДОЖИВЉАЈА СЛИКЕ ТЕЛА И ПРИХВАТАЊЕ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА .....	30
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА .....	34
2.1. Општи циљ .....	34
2.2. Специфични циљеви.....	34
3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА .....	37
3.1. Врста студије.....	37
3.2. Етички аспекти.....	37
3.3. Популација која се истражује и узорковање .....	37
3.4. Варијабле истраживања.....	38
3.4.1. Независне варијабле .....	38
3.4.2. Зависне варијабле.....	40
3.4.3. Збуњујуће варијабле .....	40
3.5. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА .....	40
3.5.1. Упитник о социодемографским карактеристикама .....	40
3.5.2. Упитник о здравственом стању и врстама интервенција.....	40
3.5.3. Скала ставова према естетским интервенцијама .....	41
3.5.4. Инструмент Великих пет плус два, скраћена верзија .....	41
3.5.5. Скала персоналних (дисфункционалних) уверења.....	42
3.6. Статистичка обрада података .....	42
4. РЕЗУЛТАТИ.....	45
4.1. СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СТУДИЈСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ.....	45
4.2. СТАВОВИ ПРЕМА ЕСТЕТСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЈАМА .....	48
4.3. СТАВОВИ ПРЕМА ЕСТЕТСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЈАМА У ОДНОСУ НА ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА.....	55
4.4. ТЕНДЕНЦИЈЕ КА ПОРЕМЕЋАЈИМА ЛИЧНОСТИ ИСПИТАНИКА.....	58

4.5. ОСОБИНЕ ЛИЧНОСТИ ПРЕМА ВЕЛИКИХ ПЕТ ПЛУС ДВА МОДЕЛУ ИСПИТАНИКА .....	61
4.6. ПРЕДВИЂАЊЕ ПРИХВАТАЊА ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА.....	64
5. <b>ДИСКУСИЈА</b> .....	68
5.1. СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СТУДИЈСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ.....	69
5.2. АНАЛИЗА СТАВОВА ПРЕМА ЕСТЕТСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЈАМА .....	72
5.2.1. Валидација скале .....	72
5.2.2. Димензије прихватања естетских интервенција.....	74
5.3. АНАЛИЗА ТЕНДЕНЦИЈА КА ПОРЕМЕЂАЈИМА ЛИЧНОСТИ И ПРИХВАТАЊА ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА.....	80
5.4. АНАЛИЗА ДИМЕНЗИЈА ЛИЧНОСТИ И ПРИХВАТАЊА ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА.....	85
5.4.1. Предвиђање прихватања естетских интервенција.....	87
6. <b>ЗАКЉУЧЦИ</b> .....	92
7. <b>ЛИТЕРАТУРА</b> .....	96
8. <b>ПРИЛОЗИ</b> .....	106

# **1. УВОД**



## 1.1. ЕСТЕТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

### 1.1.1. Епидемиолошки подаци

Естетска медицина је грана медицине која обухвата пластичну, реконструктивну и козметску хирургију. Према дефиницији Америчког друштва за пластичну хирургију (1), реконструктивна хирургија има за циљ да побољша функцију, а некада може и побољшати изглед, док се козметска медицина спроводи са циљем преобликовања и побољшања изгледа тела или делова тела. Крајњи циљ естетске медицине је да естетским интервенцијама омогући и оствари оптимални естетски резултат. Дакле, у односу на то да ли је потребно спровести естетску интервенцију и решити постојећи проблем из медицинских разлога или не, важна компонента естетске медицине је козметске природе (1-4).

Како идеал физичког изгледа није увек лако остварити природним путем, чак ни помоћу козметичких производа, све чешће се примењује озбиљнија манипулација кроз хируршке и нехируршке медицинске захвате. Према критеријуму инвазивности на људски организам, све естетске процедуре могу се поделити на две категорије - инвазивне методе и неинвазивне методе (4). Инвазивне методе подразумевају класичну хируршку процедуру, која се ради под анестезијом у клиници, а најчешће су липосукција, абдоминопластика, уметање импланта, операције дојки и операције лица. Неинвазивне методе укључују интервенције на површини тела, то су минимално инвазивне процедуре, не захтевају много времена и не укључују хируршке процедуре. Последњих десетак година, дошло је до драстичног развоја неинвазивних техника естетске хирургије, као што су филери или инјекције токсина (1-4). Такође, доступни су ласери и друге технологије засноване на светлосним зрацима, које се користе за подмлађивање лица, руку, груди, као и за уклањање естетских ефеката насталих због старења, излагања сунцу, лошим навикама у исхрани и пушења.

Данас, иако естетска медицина захтева знатна финансијска улагања клијента, ова грана медицине је све више доступна и особама са нижим социоекономским статусом (1-2). Према статистичким подацима америчког удружења са пластичну хирургију и естетску медицину (*ASAPS*), током 2010. године око 13 милиона естетских интервенција је спроведено у Сједињеним америчким државама (1). Ипак, чак 89% свих процедура чиниле су минимално инвазивне естетске интервенције као што су инјекције ботулинум

токсином типа А, употреба филера, хемијских пилинга и ласерских епилација (1). Поменути број спроведених минимално-инвазивних интервенција је данас сигурно драстично већи, имајући у виду да овакве интервенције у пракси спроводе и други медицински и не-медицински радници, не само лекари. Оваква енормна популарност минимално инвазивних естетских интервенција захтева посматрање и анализу различитих аспеката ове појаве и са различитих страна.

Нехируршке естетске интервенције су данас у правој експанзији и све више добијају на популарности, јер подразумевају процедуре за подмлађивање и улепшавање које не захтевају велике хируршке интервенције и општу анестезију, имају кратак период опоравка и пацијент може одмах да настави дневне активности, а нежељени ефекти су минимални и релативно су безбедне (5). Ипак, специфичност нехируршких естетских третмана је и да се морају понављати у одређеном периоду како би се одржао жељени изглед, па зато није необично да иста особа има преко пет третмана годишње (5). Минимално инвазивне естетске процедуре врло често захтевају поновљене третмане из разлога ограничених ефеката или реверзибилних промена након одређене интервенције, што свакако утиче значајно на повећање преваленце особа које подлежу естетским интервенцијама.

Резултати истраживања која су се бавила питањем пораста броја естетских интервенција показала су да се највише естетских интервенција уради код особа женског пола, у узрасној групи од 40 до 54 године живота (6). Према подацима Америчког удружења пластичних хирурга, најчешће хируршке интервенције код жена су липосукција, повећање и подизање груди, затезање стомака, и затезање очног капка (1). Најчешће интервенције код мушкараца биле су липосукција, естетска хирургија носа, затезање и подизање капака, редукција груди у случају гинекомастије, и фејслифтинг. Код тинејџера су заступљене операције за решавање недостатака, којима се други подсмевају, нпр. преобликовање носа (3). Према истраживању од неинвазивних естетских метода, код оба пола, најчешће су биле ботулинум токсин, хијалуронска киселина, пресађивање косе, хемијски пилинг, микродермоабразија (1, 6).

Интервенције које су се најчешће спроводиле током 2014. године су уградња имплантата дојке, липосукција, блефаропластика, абдоминопластика и ринопластика (2,4). Међутим, на пример у Норвешкој (2), статистички подаци говоре да су се око 3% мушкараца и 7% жена старости 18-65 година подвргли некој од процедура естетске

медицине. Разлог за овакве разлике у инциденци међу државама могу бити етнички принципи и строге регулативе о маркетингу естетске медицине које су у различитом степену заступљене у Европи и Америци. У Норвешкој од 2005. године на снази је закон који прописује и забрањује објављивање и фотографисање клијената пре и постоперативно, фотографисање особа са неправилностима и деформитетима спољашњег изгледа тела, али и забрањује доступност естетских интервенција и маркетиншке агресивне трикове омогућавањем кредита и попушта на естетску интервенцију, јер би такав начин маркетинга довео до импулсивних одлука за спровођењем естетских интервенција међу популацијом. Епидемиолошки подаци говоре да је САД држава са највећим бројем спроведених естетских хируршких и нехируршких естетских интервенција током 2014. године када је спроведена последња епидемиолошка анализа на светском нивоу (2, 4). Након ње Бразил је место где су су у скоро подјенако истом броју спроведе естетске интервенције, али све већа експанзија естетске медицине и употреба примећује се у Јапану, Јужној Кореји и Мексику. Доста нижа стопа употребе естетске медицине је у Европи, при чему су на врху листе Немачка и Француска (Табела 1).

**Табела 1.** Укупан број естетских хируршких и не-хируршких интервенција током 2014.

Држава	Укупан број хируршких интервенц.	Процент хируршких интервенц. у односу на укупан број	Укупан број не-хируршких интервенц.	Процент не-хируршких интервенц. у односу на укупан број	Укупан број естетских интервенц.	Процент естетских интервенц. у односу на укупан број интервенц.
<b>САД</b>	1,483,020	15,4%	2,581,551	24,4%	4,064,571	20,1%
<b>Бразил</b>	1,343,293	13,9%	715,212	6,8%	2,058,505	10,2%
<b>Јапан</b>	326,398	3,4%	933,953	8,8%	1,260,351	6,2%
<b>Ј. Кореја</b>	440,583	4,6%	539,730	5,1%	980,313	4,8%
<b>Мексико</b>	381,207	4,0%	324,865	3,1%	706,072	3,5%
<b>Немачка</b>	287,262	3,0%	246,360	2,3%	533,622	2,6%
<b>Француска</b>	233,615	2,4%	182,533	1,7%	416,148	2,1%
<b>Колумбија</b>	252,244	2,6%	104,871	1,0%	357,115	1,8%

Према статистичком извештају *ASAPS* број нехируршких естетских спроведених интервенција у 2014. години у свету (1), значајно је већи у односу на број хируршких интервенција, што је још један разлог због чега би посебно требало обратити пажњу на

минимално инвазивне естетске интервенције (Табела 2). Према врсти интервенције, подаци говоре да се најчешће изводе процедуре подизања капака, липосукцијске методе и увећање груди од хируршких естетских интервенција, и интервенције ботулиnum токсином, хијалуронском киселином и методе епилације ако говоримо о нехируршким минимално инвазивним естетским интервенцијама (Табела 2).

**Табела 2.** Број (не)хируршких интервенција у 2014. према врсти естетске интервенције

<b>ХИРУРШКЕ ЕСТЕТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ</b>		
<i>Врста интервенције</i>	<i>Укупан број</i>	<i>Процент</i>
Подизање капака	1,427,451	14,8%
Липосукција	1,372,901	14,2%
Увећање груди	1,348,197	14,0%
Убризгавање масти	965,727	10,0%
Ринопластика	849,445	8,8%
Абдоминопластика	682,568	7,1%
Подизање груди	498,957	5,2%
Затезање лица	477,425	4,9%
Смањење груди	432,280	4,5%
Хирургија уха	247,518	2,6%
Имплантација и реконструкција груди	223,492	2,3%
Гинекомастија	172,048	1,8%
<b>НЕ-ХИРУРШКЕ ЕСТЕТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ</b>		
Ботулиnum токсин	4,830,911	45,6%
Хијалуронска киселина	2,690,633	25,4%
Епилација	1,277,581	12,1%
Хемијски пилинг	493,043	4,7%
Ласерско подмлађивање коже	480,271	4,5%
Микродермоабразија	366,698	3,5%
Калцијум хидроксиапатит	194,709	1,8%
Склеротерапија	101,721	1,0%
Дермоабразија	83,443	0,8%
Поли- <i>L</i> -Лактична киселина	72,495	0,7%

### **1.1.2. Културолошки фактори и медији као фактори мотивације и прихватања естетских интервенција**

Идеал женске лепоте се може разликовати током времена и у различитим културама. На пример, западна култура идеал женске лепоте поистовећује са израженим облицима женског тела тек почетком двадесетог века новог доба, да би се крајем двадесетог века идеал женске лепоте претворио у сасвим супротно томе (7). Поред тога, у литератури се напомиње веће незадовољство изгледом код жена азијског порекла у односу на жене афричког порекла и латиноамеричког порекла (8). Међутим, још увек је доминантан идеал мршавости готово у свим културама и све више постаје стандард у различитим културама. Подаци студија које су обухватиле више различитих светских региона, наводе да је основни узрок незадовољства сликом тела и изгледа висок индекс телесне масе и телесна тежина који не одговарају западним стандардима и да је овакво незадовољство уобичајено за високо економско-социјални сталеж (9). Неки аутори наводе и да узрок незадовољства није повезан са етничким идентитетом, али да општеприхваћени социо-културални ставови значајано корелирају са будућим естетским интервенцијама.

Очигледна интернационализација западних стандарда и идеала лепоте није повезан само са телесном тежином. У источној Азији, нарочито у Кини и Јужној Кореји, естетска хирургија нагло напредује тако што се жели смањити свака етничка карактеристика. Позната је „азијска горња блефаропластика“ која подразумева корекцију капака код азијата како би се ублажиле генетски и етничке карактеристике и приближиле западном идеалу лепоте. Неки аутори сматрају чак да горња блефаропластика није западњачки поступак већ поступак изведен пре више од једног века, а који је експанзијом естетске медицине добио на популарности (10, 11).

Све веће прихватање естетских интервенција у друштву може бити последица и великог интереса медија за естетску медицину. Чињеница је да сами медији могу допринети повећаном прихватању естетских интервенција, промовисањем и тривијализацијом одређених аспеката. Неколико студија испитало је однос медија и интереса у естетској медицини (12-14). Једна студија показала је да су пацијенти естетске медицине који су редовно пратили телевизијске програме са естетским интервенцијама пријавили бољу информисаност о свим естетским хируршким и не-хируршким интервенцијама у односу на оне који нису имали контакт са таквим

телевизијским програмом. Поред тога, друга истраживања показала су да интензивно праћење и заступљеност у визуелним медијима естетске медицине доприноси позитивнијим ставовима и већем интересовању за естетске интервенције. Утицај медија дакле није нимало занемарљив. Ефекат медија се огледа у константном притиску са циљем да се повећа интересовање гледаоца за естетским процедурама позивајући се на идеал лепоте. Поред тога, штампани медији све чешће и све више посвећују и по неколико чланака естетској медицини како би повећали интересовање и прихватање естетске медицине. Систематска истрага чланака из британских новина који садрже појам естетска медицина открила је да две трећине карактеристичних чланака о естетској медицини је представљала ту грану медицине као процедуре без ризика и без навођења потенцијалних проблема или компликација (13). Заправо, овакве тврдње аутора сигурно доприносе погрешним схватањима и нереалним очекивањима након естетске интервенције.

### **1.1.3. Социјални фактори мотивације и прихватања естетских интервенција**

Један од разлога који може допринети прихватању неке естетске интервенције је смањење табуа у друштву повезаних са новим естетским процедурама, јер фактори околине такође намећу интересовања код неких појединаца (15, 16). Познавање некога ко је имао естетску интервенцију или лична препорука снажно предвиђају интересовање за естетске процедуре (16). Такође, студије спроведене на пацијентима који су планирали неку интервенцију, показала је да око петине њих тражи запослење и тврди да су мотивисани за естетску интервенцију из професионалних разлога (16-18). Као могући предиктори интересовања за естетску интервенцију, често се наводе и материјалистичке инспирације, жеља за финансијским успехом, друштвеним препознавањем (17). Упркос старој изреци „није све у изгледу“, многе студије показују да у култури савременог друштва људи који су млади и привлачније изгледају, брже напредују на послу и зарађују више од својих колега са старијим и мање атрактивним изгледом, што је у складу са истраживањима која показују да се привлачнијим људима обично придају и позитивнији психолошки атрибути, па се тако и третирају боље у социјалној интеракцији (18-22). Фотографије у новинама и часописима, филмовима, телевизији и рекламама имају све већу улогу у дефинисању савреног тела, косе и одеће, како за жене тако и за мушкарце (12-14). Познате личности у свету моде и филма представљају стварне идеале лепоте, које многи покушавају постићи. Међутим, многи од ових наступа су нереални:

професионални фризер, шминкер, осветљење, уз рачунарску обраду чини већину изгледа у фотографијама недостижним. Естетске интервенције постају уобичајена пракса у постизању постојећих културних норми изгледа и начина повратка или стицања лепоте, младости, сексуалне привлачности, угледа и среће (18-22).

Поред тога, не можемо занемарити ни значај образовања у мотивисаности појединца да се одлучи на естетску интервенцију (16). Са једне стране, високо образовани људи теже бољем изгледу и бољем здравственом стању, али и због својих економских могућности врло често су конзументи естетске медицине. Са друге стране, студије показују да особе нижег образовања чешће подлежу неким естетским интервенцијама, на пример уградњи имплантата, јер имају различите мотиве, али и мању информисаност о процедурама.

Утицај глобализације на врсте и значења телесних промена је различит (19, 20, 23). Прво, упркос мишљењу да је естетска медицина грана медицине са бескрајним могућностима преобликовања тела ипак су се развили доминантни (западни) трендови о прихватању интервенција чији је крајњи резултат уноформност природе и телесног изгледа. Друго, процеси глобализације су отворили врата утицају других егзотичних култура и односа према сопственом изгледу тела, које сада бивају прерађене и реинтерпретиране у садашњем времену.

#### **1.1.4. Психолошки фактори мотивације и прихватања естетских интервенција**

Естетска медицина је специфична област медицине. За разлику од других грана медицине, где се успех операције може мерити специфичним, квантитативним показатељима, у естетској медицини тешко је субјективно проценити крајње резултате, јер доста зависи од субјективне перцепције самих клијената. Задовољство клијената исходом естетске хирургије је значајан фактор у одређивању његовог квалитета (23, 24). У литератури се све чешће налазе студије које процењују зашто су се пацијенти и конзументи естетске интервенције уопште одлучили да прођу једну интервенцију или операцију. На пример, описано је неколико психолошких процеса везаних за операцију повећања дојке. Поред основне жеље за идеалном женском фигуром, аутори су открили да и појава незадовољства, идеална фигура, самопоштовање, критике околине, одећа и сексуалност су фактори који стварају жељу за естетском интервенцијом (25, 26). Аутори су проучавајући овакве појаве, открили су да више од половине пацијената који дођу до

естетске процедуре, као мотив имају побољшање слике о себи и телу, незадовољавајуће сексуалне и међуљудске односе (5, 6, 23, 24).

Концепти темперамента, самопоуздања, личности према моделу Великих-Пет (екстраверзија, отвореност, прихватљивост, емоционална стабилност и савесност), повезивани су са сликом тела и интересовањем за естетску медицину (5). Слика тела је такође конципирана тако да има више димензија. Две доминантне димензије слике тела су евалуација изгледа - субјективни рејтинг појединог изгледа, и оријентације на сопствени изглед, сопствена пажња у изгледу. Међутим, интеракција између фактора личности, слике тела и естетске интервенције још увек нису у потпуности разумљиви. У литератури, низак ниво емотивне стабилности је врло често био повезан с лошим изгледом изгледа. Свами и сарадници су тестирали повезаност великих пет особина личности и различитих аспеката прихватања естетских интервенција у 332 универзитета широм света (16). Резултати су показали ниске нивое отворености и сарадљивости код учесника који су планирали неку естетску интервенцију.

Као најсложенија компонента мотивације и прихватања естетских интервенција, психолошка компонента, свакако заслужује детаљнију анализу. У даљем тексту, осврнућемо се на концепт доживљаја слике тела, као и психолошке чиниоце које утичу на варијабилност слике тела, као што су самоперцепција, незадовољство и друге емоције, фактори личности и карактера појединца.



## 1.2. КОНЦЕПТ ДОЖИВЉАЈА СЛИКЕ ТЕЛА

Историјски посматрано, у центру многих филозофских и верских система размишљања, суштина човека успостављена је хијерархијским дуализмом између човековог духа и тела у којем је дух имао примат над телом (15, 16). Концепт идентитета западњака је великим утицајем платонско-хришћанске, а затим картезијске традиције које га постављају у бинарни опозицију (духовно-физички, непроменљиви-променљиви), чиме се рационализује хијерархијски однос између претпостављених конститутивних елемената и идентитета као конструкта. Док древни концепт тела уједињује физички са моралним и интелектуалним квалитетима, рана филозофија маргинализовала је његов значај и нагласила моћ ума као основну и најважнију особину човека. Од друге половине 19. века постоји повећано интересовање за тело које се рефлектује у различитим дисциплинама, првенствено антропологији. Посебно је постала популарна антропометрија, тј. мерење, поређење и класификација телесних и лобањских карактеристика (28).

Слика тела тела представља једну од значајних димензија укупног искуства себе, и односи се на низ концепата, фантазија, емоција, ставова и сродних значења заједно са деловима тела и тела у целини (5, 6, 24). Феноменолошка и оперативна анализа слике тела на његовој основи првенствено захтева разумевање и разграничење различитих нивоа телесне репрезентације које, укључујући и континуитет визуелног, функционалног до симболичког, представљају јединствену целину поменутог феномена (7, 13, 15, 18). Основни ниво представља дијаграм тела у области неуролошког функционисања као органа представљања тела у мозгу. Такав почетни концепт телесног представљања је побољшана увођењем физиолошких, емоционалних, маштовитих, социо-културолошког и вредносног аспекта, стварајући истовремено предмет и предмет сопствене перцепције. Због тога се феномен људског тела посматра унутар оквира различитих научних дисциплина, али и у контексту културе, религије или традиције – као одраз одређеног система вредности или у неком филозофском смислу као мера лепоте, морала и трансценденције (7, 19, 21, 22).

Естетски и функционални стандард тела у одређеним културама је варијабилна категорија у којој је уобичајена тенденција одражавајући родне и родне улоге са пратећим биолошким, социјалним и симболичним карактеристикама. Та намера је била пренаглашена у одређеним периодима, док је у неким другим друштвеним контекстима

маскирана, имплицитна и стилизована. Тако, на пример, камени женски ликови направљени су у различитим палеолитима у различитим деловима Европе, без лица и са истакнутим лицима и секундарним полним карактеристикама, и подржавају тезу да је тело, у праисторији било симбол плодности, обиља и репродукције, и било важно средство преживљавања и опстанка (Слика 1).



**Слика 1.** Вилендровска Венера и идеал женске лепоте 25000 година пре нове ере (лево) и идеал женске фигуре у Древном Египту око 2000 година пре нове ере (десно)

Биолошка компонента преовладала је у праисторији супротно тенденцијама у старим цивилизацијама, на пример у Месопотамији, Египту и Кини, где налазимо почетак социјалног утицаја и уметности у концепту слике тела и идеала. Тако на пример, у старом Египту пожељни физички изглед и стандард заснован је на савршенству, хармонији и ванвремености (Слика 1). Примена прецизно дефинисаних естетских правила која се јављају у древној Грчкој и старом Риму, покушај је да се направи стандард лепоте и примена природних елемената симетрије и пропорција у пожељној естетици. Ово је такође важило за анатомију људског тела и идеал лепота тела. Древни концепт лепоте људског тела развијен је систематски кроз уметност, али и унутар филозофије и математике (29).

Касније, у ренесансном периоду поново је успостављен древни идеал пропорција, природне симетрије и хармоније, што је у складу са искуством и људским постојањем у целини. Леонардо Да Винчи 1490. године осликавањем Витрувијевог човека наглашава симетричност као основну карактеристику лепоте, док касније Рембрант 1694. године осликавањем Бат-Шебе истиче одређене делове тела и наглашава њихову симболичку и функционалну улогу у смислу мајчинства, плодности, женствености и пасивности (30).

Тек у новијем добу, почетом 20. века најављен је почетак императива губитка тежине и мршавости и дефинише стандард танког тела који траје до данас, а повезано је симболично са условима самоконтроле, дисциплине, здравља и атрактивности. У складу са тим развијају се и процедуре и активности одржавања и постизања идеалне фигуре и изгледа тела, са којим у исто време настају и негативне последице тих тежњи. Једна од тих последица је и појава незадовољства сликом тела и код жена и код мушкараца, а томе доприносе сви културолошки, социјални и психолошки фактори.

### **1.2.1. Перцепција као фактор доживљаја слике тела**

Слика тела је психолошко искуство у изгледу и функцији сопственог тела, односно начина на који се особа ментално представља себе. Иако се већ дуго сматрало да је слика тела једнодимензионална конструкција, најновије студије показале су да поседује вишедимензионалну структуру (31, 32), те да се перцептивно искуство особе темељи на бројним чиниоцима који учествују у развоју свести у откривању симетрије, хармоније и пропорција тела у погледу идеала физичког изгледа. У литератури се описује тзв. естетско искуство или естетско психичко стање које се базира на проприоцептивним информацијама. Заправо, аутори наводе да тежња ка физичком изгледу се заснива на осећају у перцепцији сопствене хармоније и настанак радости у афективном животу (31, 32).

У уметности је посебно изражена перцепција и лични доживљај изгледа. Доживљај слике тела, и телесно искуство се може разматрати у оквиру светских естетских и симболичких дела сликара и у подручју ликовне уметности. Наиме, фасцинација људским телом и изгледом била је присутна и у протеклим раздобљима и у делима бројних аутора, као што су Леонардо Да Винчи и Микеланђело Буонароти који наглашавају перцепцију и опажање као основу за доживљај слике тела али и за стваралаштво које су имали. Дакле, аспект форме и садржаја су последица личног опажања и доживљаја. Сопствени доживљај самог себе у основи обухвата и трагове

доживљаја себе и различитих функција организма, па је у уској повезаности и са стандардним тумачењима телесне схеме и слике тела. Тако и цртеж људске фигуре као пројективна техника перцепције може послужити за разумевање и доживљај сопственог ЈА испитаника и доживљаја слике тела (33, 34). Поред тога, искуство и опажање сопственог тела се међусобно преплићу.

### **1.2.2. Незадовољство као фактор доживљаја слике тела**

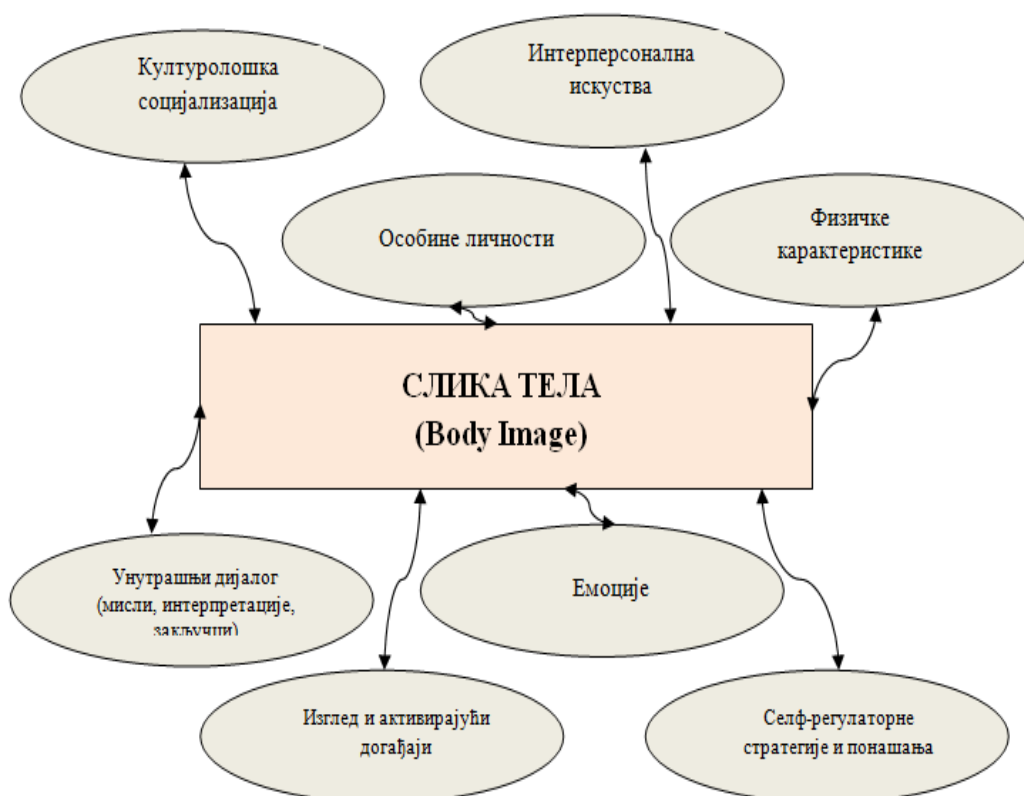
Незадовољство као врста емоције има важну улогу у концепту доживљаја слике тела. Емоција је унутрашњи феномен који може да се испољи кроз изразе лица и понашања али и не мора. Незадовољство сликом тела представља субјективну негативну процену сопственог изгледа тела, делова тела или његових карактеристика, попут величине и/или облика, чврстоће, итд. (35), при чему се интензитет тог незадовољстава може кретати од благог незадовољства неким делом тела до екстремног омаложавања целокупног свог изгледа коначно поремећаја слике тела (36-39). Заправо, у сржи незадовољства лежи раскорак између тела онаквог каквог га видимо и онаквог каквог бисмо желели да буде, а што је тај раскорак већи, веће је и незадовољство телом (31, 34).

Различити приступи другачије сагледавају настанак незадовољства. Тако на пример развојни приступ (40-42), усмерен је на развојне факторе који су посебно изражени током детињства и адолесценције, а усмерен је на циклус пуберталног сазревања, односно на период уласка у пубертет у односу на вршњаке, као централног чиниоца у каснијем настанку незадовољства сопственим телом. Познато је да је слика тела субјективни доживљај особе и субјективно искуство, врло често она није у складу са реалним особинама тела. Дакле, током раста и развоја, тело се развија и мења, а тиме и карактеристике тела, док се свест о сопственом телу развија врло рано. Резултати истраживања показују како деца већ са шест година изражавају незадовољство телом и забринутост телесном тежином, које се развојем и старењем повећава (40-42). Уласком у пубертет, у кратком временском року дечији телесни изглед одједном поприма драстичне промене које захтевају и психолошко прилагођавање, па због тога изглед тела постаје једна од главних преокупација адолесцената. Дакле, како се самопоштовање у адолесцентном добу темељи на слици тела, ако је негативна, онда долази до низа негативних осећаја и веровања о себи (40). Управо тада, током адолесцентног доба, забринутост за сопствени изглед и психичке промене услед преласка детета у одраслу особу, имају важну улогу у развоју депресивних поремећаја, поремећаја исхране и

ниског самопоштовања, као фактори ризика за настанак и озбиљних психијатријских поремећаја.

### 1.3. ЛИЧНОСТ И ДОЖИВЉАЈ СЛИКЕ ТЕЛА

Према Добсону, слика тела је сложен концепт, на који утичу поред поменутих фактора као што су културолошка социјализација, интерперсонална искуства, емоције и селф-регулаторни механизми, су веома важни чиниоци и карактеристике личности (43). Добсон је особине личности и емоције описао као најважније чиниоце у настанку слике тела, као што је фигуративно приказано и на Слици 3, при чему особине личности и емоције заузимају приближу позицију концепту слике тела.



Слика 3. Доживљај слике тела према когнитивно-биохевиоралном моделу Добсона (2001)

#### 1.3.1. Теорије личности

Личност је скуп психичких особина и механизма унутар појединца који су организовани и релативно издржљиви и утичу на интеракцију и адаптацију појединца на интрапсихичко, физичко и друштвено окружење (44, 45). Основна карактеристика личности је различитост у односу на друге и конзистентност у односу према себи.

Теорије личности се разликују у ономе што проучавају, које методе и за коју сврху, па се због тога дискутује о различитим теоријским приступима у истраживању личности.

Теорија личности је усклађен систем принципа, хипотеза, концепта и чињеница везаних за природу и функционисање личности (46). Свака теорија личности настоји да опише и објасни личност у целини, али су основни проблеми који се бави структуром, динамиком и формирањем и развојем личности, нормалности и однос личности и друштва (44-46). Савремене теорије личности се могу класификовати у пет основних група:

1. Психодинамичке теорије личности представљају групу теорија које наглашавају значај несвесних и ирационалних мотива у понашању личности. Представници овог приступа су Фројдова теорија психоанализе, Адлерова теорија личности и Јунгова аналитичка теорија;
2. Биохевиористичке теорије личности представљају групу теорија које сведе личност на споља видљиве реакције и обрасце понашања. Представници су Вотсонова теорија личности и Скинерова теорија личности;
3. Факторске теорије личности представљају групу теорија које заступају становиште да су основни елементи структуре личности фактори, односно црте личности, а представници овог приступа у теорији личности су Кателова теорија личности, Петофакторска теорија-Коста и Макри.
4. Хуманистичке теорије личности представљају групу теорија чији је предмет интересовања здрава, нормална и зрела личност и типично људски проблеми и потребе. Као представници овог приступа издвојили су се Масловљева теорија личности, Олпортова персоналистичка теорија личности. Према Олпорту, личност је дефинисана као диманична организација психофизичких система унутар индивидуе који одређују њено карактеристично понашање и мишљење. Сматрао је да је понашање последица црта личности, и те особине су урођене и трајне или тешко променљиве.
5. Социјалне теорије личности које обухватају теорије које сматрају пресудним утицај социјалних чинилаца и динамику личности, а главни представник овог приступа у психологији личности је Фром и његова социоаналитичка теорија.

Свеобхватно посматрајући, можда је Сигмунд Фројд, аутор психоаналитичке теорије, учинио највећи напор у покушају стварања свеобухватне теорије личности. Било

је и других великих теорија које су створене након Фројдовог покушаја, али у последњих неколико деценија већина истраживача личности схватила је да у овом подручју тренутно нема свеобухватне теорије личности, тако да је психологија данас фокусирана на теорије средњег и ужег обима, покушавају да одговори на конкретна питања, а мање на свеобухватно објашњење личности (47). Уместо тога, истраживачи су углавном били фокусирани на појединачне домене функционисања. У том смислу, у недостатку свеобухватне теорије личности, анализа појединачних домена и црта личности је од изузетне важности при процени личности.

### **1.3.2. Петофакторски модел личности**

У основи схватања о базичним димензијама личности је учење о цртама личности о којима се закључује на основу спољашњег видљивог понашања. Црте личности су релативно трајне и уопштене особине личности којима се објашњавају доследност и постојаност у понашању, па је стога, на основу њих, могуће је предвидети понашање особе са одређеним степеном вероватноће (46). Црте нам описују карактер личности као карактеристику личности, јер различите особе имају различите црте, у различитој мери изражене, при чему све заједно чине целину, односно личност. Базичне димензије личности су диспозициони конструкти који могу објаснити највећи део индивидуалних разлика у популацији и често су изражени као биполарни континууми (44, 45).

Бројна истраживања у последњих неколико деценија у области психологије индивидуалних разлика довела су до закључка да се особа може описати из пет главних црта или основних димензија, те је из тих истраживања конципиран и концепт или теорија о Великих пет (*Big Five*) димензија личности (48-50). Свака од ових основних димензија обухвата низ специфичних особина личности и тенденције према одређеним понашањима понашања, а димензије су: *неуротицизам*, *екстраверзија*, *отвореност*, *сарадња* и *савесност* (48-51).

*Неуротицизам* је општа тенденција да доживи негативна осећања као што су: анксиозност, депресија, узнемиреност, љутња, осећај кривице и повређеност. Мушкарци и жене који имају истакнуту линију неуротицизма су склонији ирационалним идејама, мање контролишу своје импулсе и имају мање капацитете за превазилажење стреса. Људи са мање израженим неуротицизмом могу се окарактерисати као емоционално стабилни, стабилни, опуштени, способни да се суоче са стресним ситуацијама без паничне анксиозности.



*Екстраверзија* се односи на друштвену способност и социјализацију. Екстравертне особе воле велике скупове људи, оне су причљиве и комуникативне, самопоуздане, активне, импулсивне, срећне су и оптимистичне, импулсивне и пуне енергије. Насупрот томе, интроверти су више резервисани, емоционално затворени, независнији (што не значи да су асоцијални) и умеренији, боље контролишу њихова осећања, не предају се тренутним импулсима.

*Отвореност* као особина личности укључује естетску осетљивост, интелектуалну радозналост, маштовитост, преференцију разноликости, потребу за променом, независност мишљења, склоност недогматским ставовима и толеранцију двосмислености. Особе отвореног духа су отворене како за унутрашње перцепције тако и за спољне догађаје. Њихов живот је богат доживљајима, ови људи су склони експериментисању, новим идејама и неконвенционалним вредностима. Ове особе интензивније доживљавају како позитивна тако и негативна осећања. Они су спремни да доводе у питање ауторитет, отворени су за прихватање нових идеја и вредности, што не значи одсуство принципа и доследности. Особе ниске на овој димензији личности су конвенционалног изгледа и понашања, склоне конзервативним ставовима, преферирају познато у односу са новим. Емоционалне реакције су им умерене, а интересовања су им сужена и мање интензивна.

*Сарадљивост* као особина личности особе која је алтруистична у основи. Она симпатише и саосећа са другим људима, има потребу да им помогне и верује да ће други људи бити једнако великодушни према њој. Особа ниска на димензији сарадљивости је егоцентрична, скептична у погледу других, антагонистички и такмичарски настројена.

*Савесност* као једна од основних димензија личности се огледа пре свега у индивидуалним разликама у процесима планирања, организовања и обављања задатака као аспекта самоконтроле. Савесне особе су јаке воље, усмерене ка неком циљу, скрупулозне, тачне и поуздане. Особе које имају слабије изражену ову црту личности, нису обавезно аморалне особе, али морални принципи те особе су за њих мање обавезујући, и ове особе су окренуте хедонизму.

Овај модел, почео је да се користи и у области проучавања слике тела и незадовољства сликом тела. У прегледном раду који је анализирао неке од ових студија (38), помиње се више појединачних налаза, али и више методолошких проблема, који могу довести до збуњујућих резултата. Један такав проблем, вреди издвојити, а то је

различит начин мерења и процењивања слике тела, перцепције слике тела и незадовољства њоме. Аутори наводе концепте као што су преокупација сликом тела, инвестирање у слику тела, оријентација према физичком изгледу, као вредносне или евалуативне концепте који се често могу помешати у сличним истраживањима (38).

На основу појединачних резултата аутори сумирају одређене претпоставке, које су до сада делимично потврђене и могу послужити као хипотезе за даља истраживања на већим узорцима (38). Према њима, људи који бележе више скорове на неуротицизму имају тенденцију да буду више свесни сопственог изгледа и дају већи значај сопственом изгледу, али такође имају тенденцију и да се више пореде са другима. Аутори такође истичу да подаци говоре да би особе које су високо на екстраверзији требало да буду у мањем ризику од негативне слике тела, јер су више природно окренуте људима, асертивне, комуникативније. Ове особе су такође и склоније позитивнијим емоцијама (овај концепт је касније придружен и димензији позитивна валенца). Остале три димензије нису значајно повезиване са концептима слике тела, мада аутори наглашавају да постоје и неке смислене везе. Они сматрају да особе које су високо на скали сарадљивости више прихватају традиционалне вредности и више су упућени на социјално средину и њене норме, што их може изложити већем ризику од социјалног притиска. Супротно томе, особе које показују већу отвореност, теже интелектуалној и емотивној аутономији, па би требало да буду и више отворене за различите слике тела. Коначно, савесне особе имају тенденцију да више прихватају социјалне конвенције, али и да показују висок ниво самопоуздања, што их ставља у позицију најмање јасне везе са сликом тела, нарочито са концептом незадовољства сликом тела (38).

### **1.3.3. Поремећаји личности**

Данас се поремећаји личности сматрају озбиљним социјалним, медицинским и научним проблемом (39). Преваленца поремећаја личности у општој популацији се креће између 11% и 23% у зависности од примењених дијагностичких критеријума (52-54). Четири психолошка процеса: когнитивни, емотивни, мотивациони и бихевиорални, најчешће су издвојени као језгро које објашњавају различите теорије о поремећајима личности данас (52-54). Особе са поремећајем личности чешће оболевају и од соматских болести, али и других психијатријских болести. Поред тога, особе са поремећајем личности имају често и проблеме у свакодневном животу, у професионалном и приватном аспекту. Упркос распрострањености и важности ових поремећаја, све до 80-

тих година прошлог века, интересовање клиничара и истраживача је било релативно скромно. Тек су увођењем III Ревизије дијагностичког и статистичког приручника (DSM, *Diagnosics and Statistical Manual*) и класификације менталних болести поремећаји личности класификовани према прецизним дијагностичким критеријумима који су засновани на типичном понашању, осећањима и расуђивању. Дефинисан је и критеријум са минималним бројем симптома који је потребан за постављање дијагнозе поремећаја личности (39, 52-54).

Према последњој ревизији класификације болести, поремећаји личности се могу описати као „трајни, свеобухватни нефлексибилни обрасци искуства и понашања који битно одступају од очекивања културе којој индивидуа припада, имају почетак у позном детињству, адолесценцији или раном зрелом добу и стабилни су током времена а узрок су субјективне нелагодности и/или проблема у адаптацији у широком спектру животних ситуација“ (39). У четвртој ревизији DSM, поремећаји личности се могу класификовати у 10 стандардних категорија, груписаних у три групе (А, Б и Ц) према сличности (39, 52-54).

Група А укључује параноидни, схизоидни и схизотипални поремећај личности чија је заједничка карактеристика необичност, ексцентричност у испољавању. *Параноидни поремећај личности* обележава ескцесивна сумњичавост према другима, која се испољава у сталној тенденцији да се поступци других људи интерпретирају као злонамерност, претња или превара. Овакав поремећај се испољава кроз различите радне и социјалне проблеме. Специфични симптоми су укључују неоправдану бригу око лојалности и поверења у пријатеље и колеге, избегавање поверавања другима из страха да то може бити злоупотребљено. *Схизоидни поремећај личности* одликује социјална отуђеност и низак ниво емоционалне експресије и интерперсоналном контексту. Њихова нелагодност у интерперсоналним односима и слаба скупљена емоционалност су упадљиви, а околина их обично доживљава као повучене, чудне, усамљене особе. Неки од симптома укључују недостатак потребе и способности уживања у блиским односима, преферирање усамљеничких активности. *Схизотипални поремећај личности* обележава стална нелагодност у интерперсоналним и социјалним ситуацијама, уз снижен капацитет за блиске релације, когнитивне и перцептивне дисторзије и ексцентрично понашање. Симптоми карактеристични за овај поремећај личности су претерано детаљно или стереотипно и магловито мишљење и говор, идеје и говор, необична веровања.

Група Б подразумева гранични, антисоцијални, нарцистички поремећај личности, чија је заједничка карактеристика драматичност, импулсивност, ератичност у понашању. *Антисоцијални поремећај личности* се испољава кроз свеонухватни образац кршењљ социјалних норми, непоштовања и угрожавања права других. Дијагностикује се тек након навршених 18 година живота, а обавезан критеријум је постојање података о поремећају понашања до 15. године живота. Симптоми који карактеришу овај поремећај су неспособност поштовања социјалних и законских норми, лажљивост, импулсивност, агресивност, неодговорност и недостатак свести. Гранични поремећај личности подразумева первазивну нестабилност интерперсоналних односа, слике о себи, афективну нестабилност, импулсивност са симптомима као што су ексцесивна осетљивост на сепарацију, смањивање идеализације и обезвређивања у односима са другим особама, склоност самоповређивању, покушајима суицида, хронично осећање празнине. *Хистрионични поремећај личности* се испољава кроз наглашену емотивност и потребу за пажњом. Њихово понашање је сликовито, драматично, екстровертно и ексцитабилно. Симптоми описују њихову сугестибилност, поводљивост, потребу да буду у центру пажње и склоност ка драматизацији, театралности. *Нарцистички поремећај личности* одликује се предимензионираним доживљајем сопствене важности и грандиозна осећања сопствене јединствености и посебности, потреба за сталним потврђивањем од стране других, недостатак емпатије. Поред тога, присутна су и супериорна размишљања о себи, маштање о сопственој моћи, лепоти, успешности, арогантност у ставовима и понашању, склоност искоришћавању других.

Група Ц припадају избегавајући, зависни, опсесивно-комплузивни поремећај личности а заједничке карактеристике су им анксиозност и страшљивост. *Избегавајући поремећај личности* обележава наглашено и свепрожимајуће осећање сопствене неадекватности, избегавање социјалних размена, преосетљивост на негативне оцене од стране других. Неки од симптома су склоност избегавању послова који укључују интезивније социјалне размене, резервисаност чак и у блиским односима из страха да ће бити постиђени, исмејани, избегавање преузимање ризика или укључивање у нове активности јер се могу осрамотити. *Зависни поремећај личности* је поред избегавајућег и граничног, најучесталији. Овај поремећај одликује изразита потреба особе да се о њој неко брине, те су ове особе претерано субмисивне и склоне снажном везивању за друге. Особе са овим поремећајем личности не могу да доносе самостално одлуке чак ни оне свакодневне препуштајући другима да брину и о важним аспектима њиховог живота.

*Опсесивно-компулзивни поремећај личности* је поремећај који се одликује перфекционизмом, преокупораношћу правилима и редом, наглашеном потребом за менталном и интерпесоналном контролом. Такве особе су заокупљене редоследом, организацијом, теже да посао заврше савршено, посвећени су раду и продуктивности, занемарују све друге активности, чувањем непотребних ствари, тешком сарадњом са другима на истом задатку уколико друга особа не прихвати њихова правила.

У пракси, честа су преклапања како црта личности тако и типова поремећаја личности, па је због тога потребан мултидисциплинаран приступ анализи особинама па и поремећајима личности. Из тих разлога креирани су упитници који укључују и друге димензије личности и прецизно утврђују израженост одређене црте личности. Досадашња истраживања примењене психологије указују да је упитник великих 5+2 адекватан инструмент за предикцију различитих психолошких феномена (51). Њивова сензитивност се огледа у томе што могу предвидети здравствено-ризично понашање на основу особина личности. Велики број упитника има скраћене верзије које су много прикладније за истраживачке намене, посебно ако задржавају добре психометријске карактеристике које оригинално имају оригиналне верзије инструмената. На пример, за процену димензија петофакторског модела најчешће се користи NEO-PR, а код нас је све више популарна и скраћена верзије Великих пет плус два модела, која ће бити коришћена и у овом истраживању (49, 51).

#### 1.4. ДОЖИВЉАЈ СЛИКЕ ТЕЛА И ПРИХВАТАЊЕ ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Као што је већ описано у претходном поглављу, доживљај слике тела лежи на континууму од незадовољства телом до телесног дисморфичког помећаја (56-58). Особа која је незадовољна сликом тела можда у основи личности има поремећај личности који је наводи или на прихватање естетске интервенције или на незадовољство услед неке естетске интервенције. Дакле, врло је тешко у овој повезаности утврдити узрочно-последичну повезаност, а нарочито њен смер. Као што је већ поменуто, са једне стране повећан социјални притисак, са друге стране генетски предодређена особина личности и карактер, актуелна су тема већ неколико година упоредо са увећаном конзумацијом естетске медицине (16, 20).

Доживљај поремећаја слике тела у одраслом добу је вероватно последица фрустрација насталих у детињству или адолесцентном периоду, које уколико превише дуго трају доводе до неких поремећаја личности који се манифестују поремећајем понашања (59-61). Који ће се поремећај развити умногоме зависи од црта и особина личности особе, али и од дужине трајања провоцирајућих агенаса. Како се поремећаји личности сматрају озбиљним социјалним, медицинским и научним проблемом, а како и њихова преваленца није никако мала, онда је јасно колико је важно предвидети и препознати сваки поремећај личности.

Како популарност естетских интервенција расте, расте и популарност социјалне прихватљивости естетских операција и медијска пажња, а самим тим све веће интересовање за естетске интервенције (9, 13, 26, 32, 62, 63).

Слика тела је субјективни доживљај сопственог телесног изгледа и одражава ставове, мишљење и емоције везане за сопствено тело, али и начин на који особа доживљава реакције других (64). Због поменутих бенефиција које имају природно лепог изгледа људи, није зачуђујуће зашто велики број људи тежи побољшању свог физичког изгледа. Савремено доба и напредак естетске медицине врше друштвени и социјални притисак на телесни изглед појединца, а како је већини идеал недостижан, то доводи до незадовољства изгледом. Међутим, не одлучују се сви који су незадовољни својим спољашњим изгледом на естетске медицинске интервенције, тако да је проучавање фактора који утичу на овај избор постало предмет бројних истраживања, али и медијског интересовања (64). Иако се и даље ове интервенције више везују за женску популацију средњих година, све више се примећује пораст броја интервенција и међу мушкарцима, и

код клијената свих годишта (65). Фактори који су до сада повезани са одлуком о примени козметичких процедура укључују и интраперсоналне факторе попут незадовољства телом или дисморфофобије, вредносне оријентације на физички изглед, социјалних фактора, попут интернализације социокултурних притисака, и медијског притиска да се стреми естетском идеалу физичког изгледа (66, 67). Такође, као важан фактор показало се и позитивно искуство са естетским интервенцијама људи који се налазе у ужем социјалном кругу особе, нпр. пријатеља или чланова породице (26).

Индивидуална мотивација подвргавању естетским интервенцијама повећава жељу да се повећа задовољство собом, самопоуздање и социјална интеракција. Истраживања говоре да је већина пацијената веома задовољна резултатом естетских интервенција, и да постоји мала субгрупа пацијената која није задовољна (68, 69). Незадовољство резултатом интервенције је најчешће резултат пре-егзистирајућег психолошког стања. Истраживања сугеришу да пре сваке естетске интервенције се ураде тестови за искључивање психијатријског поремећаја (70, 71). Пацијент који је подвргнут естетској интервенцији и није задовољан упркос клинички задовољавајућем резултату, је у ризику да има у будућности следеће психијатријске симптоме: депресија, анксиозност, социјална изолација, деструктивно понашање (71). Све већи социјално-културолошки притисак да се достигне идеал физичког изгледа, повезан са нижим ценама поменутих третмана, додатно смањују страх људи од козметичких медицинских процедура (5, 6). Из тих разлога није необично зашто су неинвазивне и минимално естетске инвазивне интервенције, као што су ботулинум токсин и хијалуронске инјекције, или ласерски третмани коже и хемијски пилинзи, претекле традиционалне хируршке интервенције по популарности (1, 2, 4).

Проучавање фактора који утичу на избор естетске медицинске интервенције постало је предмет бројних истраживања, али и медијског интересовања. Иако се и даље ове интервенције више везују за женску популацију средњих година, све више се примећује пораст броја интервенција и међу мушкарцима, и код клијената свих годишта (5, 6). Фактори који су до сада повезани са одлуком о примени козметичких процедура укључују и интраперсоналне факторе попут незадовољства телом или дисморфофобије и социјалних фактора попут интернализације социокултурних порука и медијског притиска да се стреми естетском идеалу физичког изгледа (63, 67, 72).

Као предуслов за прихватање естетских интервенција, поред тачности процене димензија и облика сопственог тела, издваја се субјективна компонента. Она се односи на емотивни доживљај сопственог тела, на задовољство и незадовољство телом, и укључује ставове особе који се односе на телесни изглед у целини или на поједине делове тела и телесне карактеристике (31). Као што смо већ рекли, срж незадовољства сопственом сликом тела представља дискрепанца између перципираног и идеалног ја, било да се ради о нашем унутрашњем идеалу или идеалу наметнутом од стране друштва (31, 40). Више истраживања је показало да особе које се одлучују за козметичке интервенције пролазе у неком периоду живота кроз подсмевање или други облик социјалног притиска због свог физицког изгледа (73), па тако жене које се подвргавају интервенцијама на грудима чешће извештавају о проблемима са задиркивањем или подсмевањем у вези са њиховим изгледом, које су искусиле у претходном периоду, најчешће адолесценцији или млађем добу (74).

Прихватање естетских интервенција се зато доводи у везу са самопоштовањем, самопоуздањем, поремећајем слике тела, анксиозношћу, депресивношћу, и нарцистичким и хистрионичним поремећајима личности (9, 75). Ипак, мали број истраживања у свету, и до сада ниједно истраживање у нашој средини, није преко озбиљне емпиријске студије, покушало да доведе склоност и прихватање естетских интервенција у везу са неком од савремених теорија личности или поремећаја личности. Наше истраживање ће бити прво такво у Србији. Мало се зна о цртама личности, поремећајима личности и проблемима клијената у вези са сопственом сликом тела који који могу бити и мотив и последица естетске интервенције код једне особе било које животне доби и пола. Утврђивање повезаности неких тенденција личности мерених у овој студији са већим прихватањем естетских интервенција, даће смернице за будућа истраживања фактора који утичу на учесталију примену естетских интервенција. Ово је важно зато што се појава учесталих естетских интервенција повезује и са поремећајима у перцепцији сопственог тела, али и другим проблемима у менталном функционисању попут депресивности, поремећаја исхране и анксиозности, и слично (5, 6, 75, 76).



**2.**

## **ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА**

## **2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА**

На основу претходно изнетих података и резултата истраживања већег броја аутора, постављени су следећи циљеви овог истраживања:

### **2.1. Општи циљ**

Циљ овог истраживања је испитати повезаност прихватања естетских интервенција са карактерним цртама личности (из Великих пет плус две модела), и тенденцијама ка поремећајима личности.

### **2.2. Специфични циљеви**

- 1) Спровести валидацију и евалуацију (интерна конзистентност, тест-ретест поузданост, факторска структура) Скале прихватања естетских интервенција на српском језику;
- 2) Испитати да ли постоји разлике у прихватању естетских интервенција између особа које нису имале нехируршке естетске интервенције (контролна група) и оних које јесу (третирана група);
- 3) Испитати да ли постоје разлике у прихватању естетских интервенција према категоријама из групе здравствених варијабли (индекс телесне масе, хронична обољења, узимање лекова, држање дијета, претходне хируршке интервенције, интензитет физичке рекреације и др);
- 4) Испитати да ли постоји повезаност прихватања естетских интервенција са особинама личности из Великих пет плус два модела (неуротицизам, екстраверзија, савесност, агресивност, отвореност, негативна и позитивна валенца);
- 5) Испитати да ли постоји повезаност прихватања естетских интервенција са тенденцијама ка поремећајима личности (избегавајући, параноидни, шизоидни, антисоцијални, нарцистички, хистрионични, зависни, пасивно-агресивни и опсесивно-компулсивни).

### **2.3. Хипотезе истраживања**

- 1) Претпоставља се да ће постојати веће прихватање естетских интервенција у групи испитаника који су били подвргнути некој нехируршкој естетској интервенцији;

- 2) По питању варијабли из групе здравственог стања поставља се нулта хипотеза, тј. очекује се да између категорија испитиваних варијабли неће бити разлика у скоровима на скали прихватања естетских интервенција;
- 3) Очекује се да ће скорови на скали прихватања естетских интервенција бити у корелацији са скоровима на субскалама из Великих пет плус два модела;
- 4) Очекује се да ће скорови на скали прихватања естетских интервенција бити у корелацији са скоровима на субскалама Скале тенденција ка поремећајима личности.

**3.**

**МЕТОДОЛОГИЈА  
ИСТРАЖИВАЊА**

### 3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

#### 3.1. Врста студије

Истраживање је замишљено као корелациона, ретроспективно-проспективна студија пресека.

#### 3.2. Етички аспекти

Истраживање је спроведено уз писани добровољни пристанак испитаника, уз претходно информисање о дизајну, циљу и значају самог истраживања, након добијања дозволе Етичког комитета факултета и сагласности установе у којој се истраживање спроводило.

#### 3.3. Популација која се истражује и узорковање

Прикупљање податак спроведено је током периода од 3 месеца, у периоду од јануара до априла 2014. године у Центру за Естетску медицину у Београду.

*Општи критеријуми за укључивање* испитаника у студију, били су да испитаник мора бити пунолетан и да је дао информисани пристанак за учествовање у истраживању.

*Критеријум за укључивање у третирану групу* је да је испитаник био подвргнут некој нехируршкој, неинванзивној или минимално инванзивној естетској интервенцији из естетских разлога и да су спроведене интервенције само у овом центру за естетску медицину како бисмо имали прецизан увид у даљи ток. *Критеријуми за искључење* из студије били су: присуство болести и коморбидитета који су разлог спроведене естетске интервенције, присуство поремећаја исхране, претходно спроведене сличне интервенције у другим центрима за естетску медицину, јер се на тај начин губи контрола прецизног броја и врсти интервенција кроз увид у званичну документацију центра. Такође, требало би да испитаник није имао неку хируршку естетску интервенцију.

*Контролна група* је формирана из опште популације, и уједначена са третираном групом према расподели категорија у оквиру следећих демографских варијабли, важних за предмет овог испитивања: пол, узраст, степен образовања и брачни статус. *Критеријум за искључивање* из ове групе био је да је испитаник био подвргнут некој нехируршкој или хируршкој естетској интервенцији.

Узимајући у обзир укључујуће и искључујуће критеријуме, укупан број испитаника укључен у студију био је 245 испитаника оба пола, који су у периоду од три месеца током почетка 2014. године имали неку од неинвазивних/минимално инвазивних естетских интервенција из естетских разлога. Поред тога, контролна група ће бити формирана из опште популације (250 испитаника), и уједначена са клиничком групом према расподели категорија у оквиру следећих демографских варијабли: пол, узраст, степен образовања и економски статус. Критеријум за искључивање из ове групе био би да је испитаник био подвргнут некој нехируршкој или хируршкој естетској интервенцији.

### **3.4. Варијабле истраживања**

У овој студији пратили смо појаву различитих зависних, независних и збуњујућих варијабли.

#### **3.4.1. Независне варијабле**

1. *Социодемографски подаци* – добијени су путем упитника о социодемографским карактеристикама специјално прилагођеном у односу на пол, а чине их: пол, старост, ниво образовања, социоекономски статус, радни статус, брачни статус, број деце (Прилог 1.1).

2. *Подаци о здравственом стању* - основни и специфични анамнестички подаци прикупљени су током прве посете естетском центру и пре естетске интервенције од испитаника и из доступне медицинске документације. Податке о здравственом стању, историји здравствених обољења и тешкоћа чине: разлози за интервенцију (здравствени/естетски), подаци о тежини, висини и индексу телесне масе, осцилирању тежине, хроничним обољењима (респираторна, кардиваскуларна, ендокрина, неуролошка, уринарна, локомоторна, дерматолошка, инфективна, алергије и сл), евентуалним поремећајима исхране, циклусу, трудноћи, узимању медикамената, конзумирању дувана, алкохола и других психоактивних супстанци, претходним медицинским интервенцијама, нарочито претходним хируршким естетским интервенцијама, држању дијета и интензитету физичке рекреације/вежбања. Специфични подаци су и број интервенција и врста естетске интервенције.

3. *Димензије личности* - Седам димензија личности према моделу Великих пет плус два – подаци ће бити добијени помоћу ВП-2-70 скале (51). Биће добијено седам

скорова који говоре о изражености следећих димензија личности (51): Неуротицизам - степен реактивности на потенцијално угрожавајуће стимулусе и склоност ка доживљавању негативних осећања, Екстраверзија - друштвеност и социјабилност, степен реактивности на спољашње, пре свега социјално окружење, Савесност - став према обавезама, разлике у процесима планирања, организације и извршавања задатака као аспекта самоконтроле, Агресивност – контрола, учесталост и интензитет агресивних импулса и агресивности, Отвореност према искуству - интелектуална радозналост, круг интересовања и отвореност за промене, Негативна валенца - спремност особе да себи припише негативну слику, или осећај непожељности, карактеристична за депресивни когнитивни стил, и Позитивна валенца – аспект самоперцепције који обухвата веровање у властите способности, особине и вредности.

4. *Персонална дисфункционална уверења* - подаци су добијени помоћу PBQ-SF скале у облику девет скорова који говоре о изражености персоналних уверења типичних за следеће поремећаје личности (77): Избегавајући – избегавајуће понашање услед доживљаја сопствене некомпетентности, других особа као критички настројених, а ситуација као углавном претећих; Параноидни – доминатни осећај анксиозности и панике услед неповерења у друге и потребе особе да се брани и осигура од напада других људи; Схизоидни – схизоидни облици понашања, социјална изолација и анксиозност; Антисоцијални – осећај беса и зависти према другима који резултирају антисоцијалним облицима понашања; Нарцистички – претерано истицање сопствене личности која се доживљава као изузетна, савршена, док се други доживљавају као безвредни и подређени; Хистрионични - театрално, демонстративно понашање, у покушају да се закупи пажња других људи, напади беса, плача или хистеричне радости; Зависни - подређено, потчињавајуће понашање, како би се осигурала константна присутност и пажња других; Пасивно-агресивни - потиснут бес, анксиозност и прикривен отпор према особама које се опажају као ауторитети или се налазе на положају моћи; Опсесивно-компулсивни – изражена тенденција ка опсесивним мислима и компулсивним радњама. Виши скорови говоре о израженијим тенденцијама ка поремећајима личности.

### **3.4.2. Зависне варијабле**

*Степен прихваћености естетских интервенција* – операционализован кроз скор на Скали прихваћености естетских интервенција (32, 64). Виши скор говори о већем степену прихватања естетских интервенција.

### **3.4.3. Збуњујуће варијабле**

Број и врста нехируршких естетских интервенција - подаци о броју и врсти нехируршких естетских интервенција су добијени увидом у медицинску документацију центра, а чине их: број интервенција, врста интервенције.

## **3.5. Инструменти истраживања**

У истраживању су употребљени следећи инструменти мерења: 1. Упитник о социодемографским карактеристикама (Прилог 1.1); Скала ставова према естетским интервенцијама (*Attitudes Towards Cosmetic Surgery Scale - ATCSS*) (Прилог 1.2); Инструмент Великих пет плус два, скраћена верзија - ВП+2-70, Скала персоналних (дисфункционалних) уверења (*Personality Belief Questionnaire—Short Form - PBQ-SF*).

Главни критеријуми за одабир упитника били су: једноставност и прецизност упитника, прилагођеност упитника за мерење одређеног концепта за узраст 18 и више година, да је упитник по типу самопроцене, да има висок степен поузданости и валидности мерења испитиваних концепата. Инструменти мерења су приказани редоследом како су и употребљени у истраживању:

### **3.5.1. Упитник о социодемографским карактеристикама**

Упитник о социодемографским карактеристикама је конструисан за потребе истраживања и у њему се од испитаника траже подаци о полу, годишту, нивоу образовања, економском статусу, радном и брачном статусу, броју деце (Прилог 1.1).

### **3.5.2. Упитник о здравственом стању и врстама интервенција**

Упитник о здравственом стању и врстама интервенција је део документације која се у естетском медицинском центру води о клијентима и садржи податке о здравственом стању, антропометријским карактеристикама, историји здравствених обољења и поремећаја испитаника пре спроведене естетске интервенције. Кроз поменути медицинску документацију прикупљени су тачни подаци и о врсти и броју естетских интервенција.



### 3.5.3. Скала ставова према естетским интервенцијама

Скала ставова према естетским интервенцијама – представља, за потребе овог истраживања, адаптирану Скалу ставова према козметичким операцијама (*Attitudes Towards Cosmetic Surgery Scale*) (32). Скала у оригиналу, представља један од најчешће коришћених инструмената за мерење ставова према естетским интервенцијама, и стандардизована је на више језика. У нашој верзији (64), инструмент садржи истих 15 ајтема на које се одговара преко скале Ликертовог типа са подеоцима од 1 – „У потпуности се не слажем“ до 7 – „У потпуности се слажем“, при чему је једина промена у формулацији објекта става где се поред хируршких интервенција, скала сада односи и на нехируршке интервенције. Осим сумационог сора, могу се одвојити три димензије: Интраперсонална, Социјална, и Решеност. Прва, мери ставове према личном доживљају користи од естетских интервенција, подизању самопоуздања и личног задовољства нпр. „Естетске интервенције су добре због тога што могу да помогну људима да се осећају добро у својој кожи“. Друга, мери социјалну мотивацију за естетским интервенцијама, прецизније прихватање ових интервенција у циљу постизања социјалних награда, веће допадљивости другим људима, нпр. „Озбиљно бих размислила да се подвргнем некој естетској интервенцији ако би ме партнер због тога сматрао привлачнијом“. Последња скала мери заинтересованост испитаника за овакве интервенције, односно вероватноћу да ће се испитаник одлучити за такву интервенцију, нпр. „Када бих знао/ла да неће бити негативних последица или бола, волео/ла бих да пробам неку естетску интервенцију“. Скала показује високу поузданост и тест-ретест корелацију на различитим националним узорцима (32, 64, 67).

### 3.5.4. Инструмент Великих пет плус два, скраћена верзија - ВП+2-70

ВП+2-70 је инструмент намењен за процену седам димензија личности: Неуротицизам, Екстраверзија, Савесност, Агресивност, Отвореност, Негативна и Позитивна валенца (51). Теоријску основу овог инструмента за процену личности чини допуњен Петофакторски модел, а конструисан је на основу психолексичких теорија и студија, односно испитивања лексичких описа личности у српском језику (49). Краћа верзија од 70 ајтема на које се одговара преко скале Ликертовог типа са подеоцима од 1 (уопште се не слажем) до 5 (у потпуности се слажем), стандардизована је за српску пунолетну популацију, а резултати указују на задовољавајућу поузданост ( $\alpha$  од .75 до .86), високу корелацију са оригиналном верзијом скале ( $r$  од .90 до .95), високом

корелацијом самопроцене и процене других (просечна корелација  $r=.41$ ), конвергентну и предиктивну валидност инструмента. Новија домаћа истраживања показују могућност предикције здравствено-ризичних понашања на основу скорова ВП+2, између осталог злоупотребу психоактивних супстанци и сексуално-ризична понашања, насилничка понашања, ризичну вожњу, склоност ка екстремним спортовима и слично (50, 51).

Упитник је осмишљен за процену седам димензија највишег нивоа хијерархије, где свака садржи две или три димензије ужег обима (51). Неуротицизам скала укључује субскалу анксиозности, депресије и негативни афекат, док Екстраверзија укључује срдачност, позитивност, и друштвеност, Отвореност обухвата интелект и трагање за новим, Савесност обухвата субскалу истрајност, промишљеност и самодисциплину, Агресивност субскале бес, непопустљивост и тешка нарав, Позитивна валенца супериорност и позитивну слику о себи, а негативна манипулативност и негативну слику о себи.

### **3.5.5. Скала персоналних (дисфункционалних) уверења (PBQ-SF)**

Кратка верзије скале персоналних (дисфункционалних) уверења - PBQ-SF представља скалу самопроцене састављену од 65 ајтема који се односе на типична персонална уверења повезана са поремећајима личности (77): Избегавајући, Параноидни, Схизоидни, Антисоцијални, Нарцистички, Хистрионични, Зависни, Пасивно-агресивни, и Опсесивно-компулсивни. Садржаји ајтема основу налазе у DSM-IV поремећајима личности са осе II (78). На ајтеме се одговара на скали од 0 (нимало се не односи на мене) до 4 (у потпуности се односи на мене). Укупан скор креће се од 0 до 28 за сваку појединачну скалу. PBQ скале имају високу унутрашњу конзистенцију (од .81 до .92), а укупна конзистенција износи .97. Висока тест-ретест поузданост се креће од .57 до .82, а тест је осетљив и код клиничких узорака пацијената и у неклиничкој популацији. На хетерогеном узорку амбулантних психијатријских пацијената, сви испитаници са неким од поремећаја личности су имали значајно више скорове на одговарајућим субскалама него остали пацијенти који нису имали тај одређени поремећај личности, што сугерише добру дискриминативност инструмента (77).

### **3.6. Статистичка обрада података**

У дисертацији су коришћене мере дескриптивне статистике (мере централне тенденције и проценти). Нормалност расподеле података проверавана је помоћу Шапиро-Вилк и Колмогоров-Смирнов тестова. За утврђивање значајности разлика биће

коришћени т-тест за независне узорке и Ман-Витнијев тест, а за поређење средњих вредности варијабли више популација анализа варијанси и Краскал-Волисов тест. Разлика између категоријских варијабли испитивана је помоћу хи-квадрат теста. За утврђивање потенцијалне повезаности и значајности везе између испитиваних варијабли (нпр. скорa на скали самопоштовања и темперамента) коришћени су Пирсонов и Спирманов коефицијент корелације. Утицај независних варијабли на зависну испитиван су помоћу мултиваријантне логистичке регресије. За наведене статистичке анализе коришћен је програмски пакет SPSS верзија 20.0, са додатком програма AMOS, а р-вредност  $\leq 0.05$  сматраће се статистички значајном.

## **4. РЕЗУЛТАТИ**

## 4. РЕЗУЛТАТИ

У нашој студији основни циљеви били су испитивање повезаности карактерних црта личности (из Великих пет плус два модела), и тенденција ка поремећајима личности (према Бековом моделу ирационалних уверења) са степеном прихватања естетских интервенција, у популацији особа које су имале неку нехируршку естетску интервенцију, и оних које то нису имале.

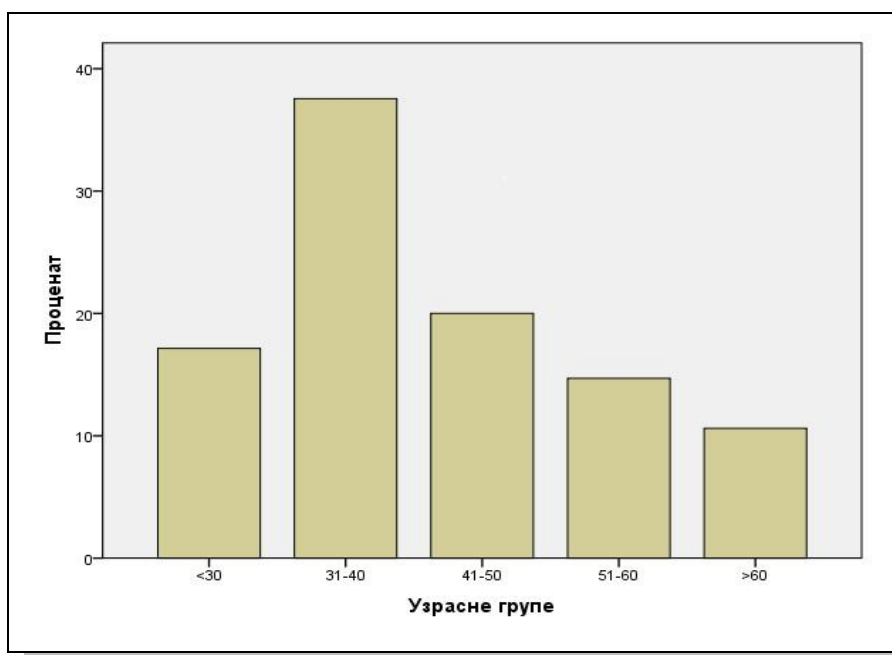
Током студијског периода, пратили смо и анализирали социо-демографске карактеристике, показатеље општег здравственог стања, али и проценили карактерне црте личности и склоност ка поремећајима личности студијске популације у односу на примену естетске интервенције, као и потенцијалну међусобну повезаност свих испитиваних варијабли.

### 4.1. СОЦИОДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ СТУДИЈСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

Истраживање је обихватило 245 испитаника оба пола, који су имали неку нехируршку, минималну инванзивну или неинванзивну естетску интервенцију у последњих седам година (третирана група), и 250 испитаника оба пола, који нису имали естетску интервенцију, и који су чинили контролну групу. Истраживање је спроведено у Центру за естетску медицину у Београду. Критеријуми за укључивање у третирани узорак били су: особа мора имати 18 и више година, барем две или више нехируршке, неинванзивне или минимално инванзивне естетске интервенције из естетских разлога, и да је радила интервенције само у овом центру за естетску медицину. Последњи наведен критеријум је морао бити примењен, јер се тако може кроз званичну документацију, уз потпунију контролу, идентификовати прецизнији број и врста интервенција. Коначно, испитаници су дали информисани пристанак за учествовање у истраживању. Критеријум за искључење из студије био је да је интервенција спроведена из здравствених разлога, да особа има дијагностикован неки од поремећаја исхране, и да је радила сличне интервенције и у другим центрима за естетску медицину.

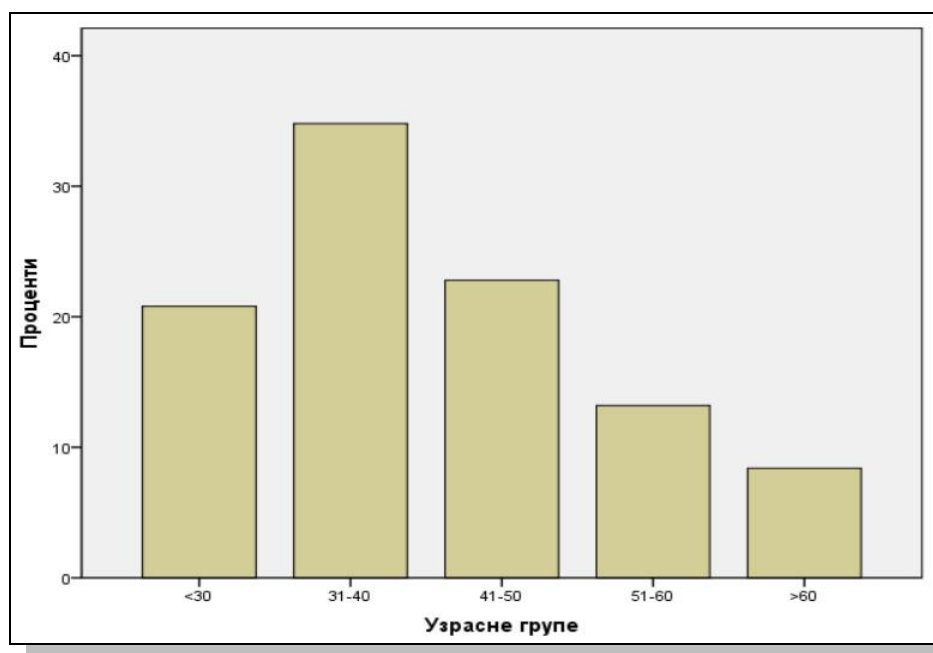
У првом делу истраживања, анализирали смо дистрибуцију испитаника по полу и старости. У истраживању је испитано 245 испитаника у третираној групи, од тога мушкараца у узорку има само 13 (5,3%), а жена 232 (94,7%). Аритметичка средина по узрасту износи  $M=42,02$ ;  $SD=12,12$ , са распоном од 21 до 73 године старости. Расподела испитаника у оквиру узрасних категорија приказана је на Графикаону бр. 1.

Графикон бр. 1 Расподела испитаника третиране групе у оквиру узрасних категорија



У контролној групи, испитано је и 250 испитаника, од којих су 16 мушкарци (6,4%), и 234 жене (93,6%). Аритметичка средина по узрасту износи  $M=40,19$ ;  $SD=11,71$ , са распоном од 21 до 73 године старости. Расподела испитаника у оквиру узрасних категорија у контролног групи приказана на Графикону бр 2.

Графикон бр. 2 Расподела испитаника контролне групе у оквиру узрасних категорија



Демографске варијабле ниво образовања, брачни статус и потомство, радни и економски статус у третираној групи, приказане су у Табели 3.

Табела 3 Демографски подаци за третирану групу

Образовање	%	Брачни статус	%	Радни статус	%	Економски статус	%	Број деце	%
основна школа	/	у браку	43,7	запослено	79,2	доњи средњи	5,3	нема	50,6
средња стручна спрема	19,2	у вези	25,3	незапослено	7,8	средњи	26,5	једно	18,0
студенти	7,3	сам/а	20,4	студира	4,9	горњи средњи	34,7	двоје	27,3
факултет	73,5	друго	10,6	у пензији	8,2	виши	33,5	троје +	4,1

Контролни узорак студијске популације уравнотежен је са третираном групом у складу са основним демографским варијаблама: пол ( $\chi^2(1)=1.107$ ;  $p=.744$ ), узрасне категорије ( $\chi^2(4)=1.744$ ;  $p=.783$ ), степен образовања ( $\chi^2(3)=5.931$ ;  $p=.115$ ), брачни статус ( $\chi^2(3)=.706$ ;  $p=.872$ ) и број деце ( $\chi^2(4)=2.436$ ;  $p=.656$ ). Од демографских карактеристика једино су се издвојили радни и економски статус, где су испитаници из третиране групе у бољем радном статусу ( $\chi^2(4)=19.096$ ;  $p=.001$ ) и економској ситуацији ( $\chi^2(4)=57.794$ ;  $p=.000$ ). Демографске варијабле у контролној групи приказане су у Табели 4.

Табела 4 Демографски подаци за контролну групу

Образовање	%	Брачни статус	%	Радни статус	%	Економски статус	%	Број деце	%
основна школа	0,8	у браку	46,0	запослено	66,8	доњи средњи	26,8	нема	47,2
средња стручна спрема	24,0	у вези	26,4	незапослено	16,4	средњи	33,2	једно	20,0
студенти	10,4	сам/а	18,0	студира	9,6	горњи средњи	24,0	двоје	28,0
факултет	64,8	друго	9,6	у пензији	7,2	виши	16,0	троје +	4,8

Мало више од половине испитаних из третиране групе (52%) нема хроничне соматске тегобе или обољења, 35% испитаника има једну хроничну болест, а 13% има две или више хроничних болести. Слична ситуација је и у контролној групи, где такође већина испитаника (54,5%) нема хроничне соматске тегобе или обољења, 31,5 % има једну хроничну болест, а 14% има две или више хроничних болести.

Према доступним подацима, расподела испитаника по категоријама индекса телесне масе, имала је следећи упоредни изглед, при чему нису добијене значајне разлике између ове две групе према средњим вредностима БМИ-а ( $t(342)=-1.454$ ;  $p=.147$ ). У Табели 5 види се упоредни приказ категорија индекса телесне масе и ВМІ вредности у третираној и контролној групи.

Табела 5 Индекси телесне масе у третираној и контролној групи

Третирана група (n=245)		Контролна група (n=245)	
	Процент (%)		Процент (%)
<18,5 Неухрањеност	9,8	<18,5 Неухрањеност	10,6
18,5 – 24,9 Идеална маса	74,5	18,5 – 24,9 Идеална маса	68,8
25 – 29,9 Прекомерна маса	13,0	25 – 29,9 Прекомерна маса	16,3
30 – 34,9 Блага гојазност	2,7	30 – 34,9 Блага гојазност	4,4
35 – 39,9 Тешка гојазност	-	35 – 39,9 Тешка гојазност	-
M=21,92; SD=3,19; Min=16,3; Max=34,6		M=22,44; SD=3,40; Min=15,6; Max=33,1	

Већина испитаника из третиране групе (72,0%) нема осцилације у тежини, 21,2% их има, а 6.8% их има само ретко. Скоро 30 процената држи или је држало дијету (29%). Већина (69%) није никад имала неку медицинску интервенцију. Десет процената испитаника користи неки од лекова за смирење или спавање, 29% пуши, а 22% конзумира алкохол у некој мери.

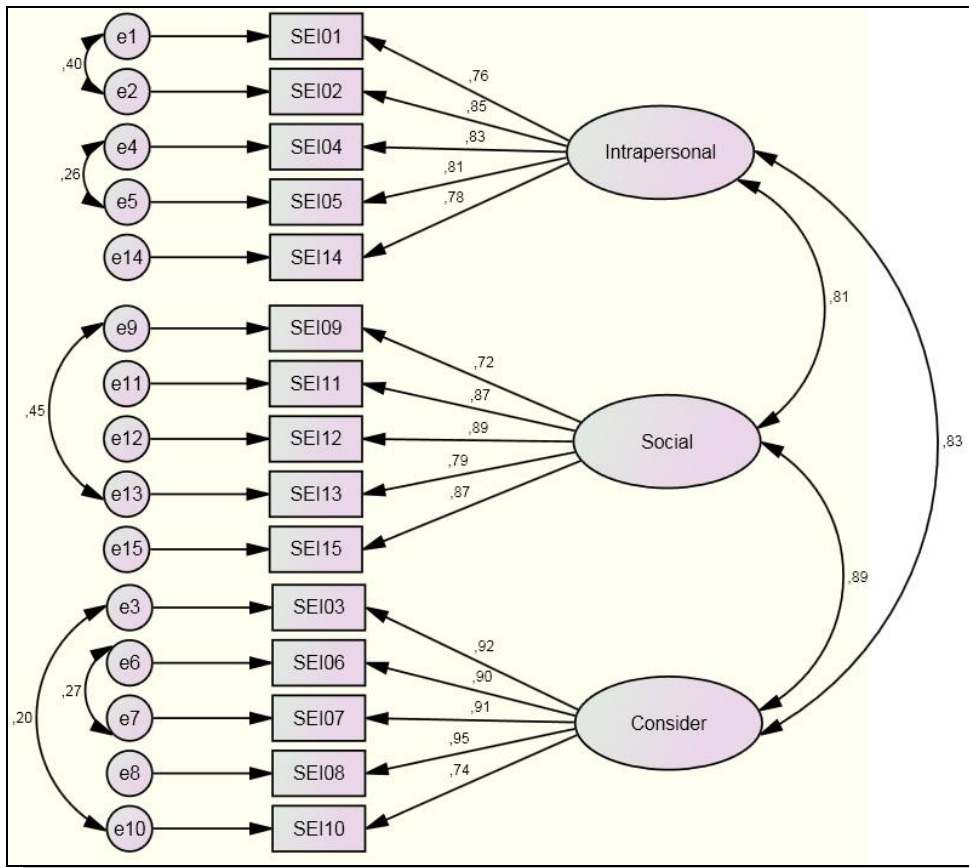
#### 4.2. СТАВОВИ ПРЕМА ЕСТЕТСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЈАМА

У другом делу истраживања анализирали смо ставове испитаника према естетским интервенцијама. На почетку, проверили смо интерну конзистентност почетне скале која је показала изузетно високе вредности  $\alpha=0,963$ , са ајтем-тотал корелацијом која се кретала од 0,673 до 0,876. Сплит-халф (*Spearman-Brown*) коефицијент валидности скале износио је 0,861 у контролној и 0,81 у третираној групи. Скалу је иначе, након месец дана, поново попуњало 100 испитаника.

Скала је показала добре прелиминарне резултате који оправдавају даље факторске анализе (Бартлетов тест сферичности  $\chi^2(105)=7454.35$ ;  $p<.000$ ; КМО=0.96). На основу постојећих истраживања у даљим анализама приступили смо конфирматорној факторској анализи са *Maximum likelihood* методом. Тестирани су трофакторски и двофакторски модел. На Графикону бр. 3 приказан је трофакторски модел скале прихватања естетских интервенција.

Графикон бр. 3 Трофакторски модел скале прихватања естетских интервенција





На Табели 6 приказани су показатељи фита испитиваних модела.

Табела 6 Показатељи индекса фита испитиваних модела

	$\chi^2/df$	p	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	PCLOSE
двофакторски	3,320	<0,001	0,932	0,897	0,975	0,069	0,001
трофакторски	3,079	<0,001	0,935	0,905	0,978	0,064	0,001

Због чињенице да су прелиминарне анализе показала да се две испитиване групе разликују по укупним скоровима на овој скали, проверу факторске структуре спровели смо и одвојено по групама. У оквиру третиране групе модел објашњава укупно 67,04% варијансе, при чему први фактор објашњава 47,20% варијансе, други 10,77%, а трећи 9,08%. На Табели 7 су приказана факторска оптерећења ајтема на скали у оквиру третиране групе.

Табела 7 Факторска оптерећења ајтема у третираној групи

	интра персонална	решеност социјални
Мислим да је паметније да се особа подвргне малим естетским интервенцијама него да годинама пати због тога како изгледа	,796	
Естетске интервенције су добре због тога што могу да помогну људима да се осећају добро у својој кожи	,828	
Људи који су веома незадовољни својим физичким изгледом требало би да размотре неку естетску интервенцију као решење	,738	
Ако естетска интервенција може да учини особу срећном у вези са својим изгледом, онда она мора то да проба	,743	
Естетске интервенције могу донети велико побољшање слике коју људи имају о себи	,602	
У будућности, вероватно ћу пробати неку од естетских интервенција		,700
Ако би ми неко поуздан понудио бесплатну естетску интервенцију, прихватио/ла бих		,682
Када бих знао/ла да неће бити негативних последица или бола, волела бих да пробам неку естетску интервенцију		,652
Понекад размишљам о томе да пробам неку естетску интервенцију		,792
* Никада нећу имати никакву естетску интервенцију		,783
Озбиљно бих размотрио/ла да се подвргнем естетској интервенцији када би мој партнер мислио да је то добра идеја		,712
Урадио/ла бих естетску интервенцију како бих и даље изгледао/ла млад/а		,538
Ако би то помогло мојој каријери, сигурно бих узео/ла у обзир неку естетску интервенцију		,699
Озбиљно бих размислио/ла да се подвргнем некој естетској интервенцији ако би ме партнер/ка због тога сматрао привлачнијим/ом		,830
Ако би ме обична естетска интервенција учинила привлачнијим/ом другим људима, размислио/ла бих о томе		,781

\* ајтем је рекодиран

У оквиру контролне групе модел објашњава укупно 66,95% варијансе, при чему први фактор објашњава 48,14% варијансе, други 10,90%, а трећи 7,91%. У Табели 8 приказана су факторска ајтема на скали у оквиру контролне групе

Табела 8 Факторска оптерећења ајтема у контролној групи

	социјални	интра персонална	решеност
Мислим да је паметније да се особа подвргне малим естетским интервенцијама него да годинама пати због тога како изгледа		,757	
Естетске интервенције су добре због тога што могу да помогну људима да се осећају добро у својој кожи		,786	
Људи који су веома незадовољни својим физичким изгледом требало би да размотре неку естетску интервенцију као решење		,763	
Ако естетска интервенција може да учини особу срећном у вези са својим изгледом, онда она мора то да проба		,722	
Естетске интервенције могу донети велико побољшање слике коју људи имају о себи		,662	
У будућности, вероватно ћу пробати неку од естетских интервенција			,774
Ако би ми неко поуздан понудио бесплатну естетску интервенцију, прихватио/ла бих			,750
Када бих знао/ла да неће бити негативних последица или бола, волела бих да пробам неку естетску интервенцију			,751
Понекад размишљам о томе да пробам неку естетску интервенцију			,798
* Никада нећу имати никакву естетску интервенцију			,487
Озбиљно бих размотрио/ла да се подвргнем естетској интервенцији када би мој партнер мислио да је то добра идеја	,606		
Урадила бих естетску интервенцију како бих и даље изгледала млада	,681		
Ако би то помогло мојој каријери, сигурно бих узела у обзир неку естетску интервенцију	,774		
Озбиљно бих размислио/ла да се подвргнем некој естетској интервенцији ако би ме партнер/ка због тога сматрао привлацнијим/ом	,803		
Ако би ме обицна естетска интервенција учинила привлацнијим/ом другим људима, размислио/ла бих о томе	,747		

\* ајтем је рекодиран

Као што се из Табела 7 и 8 може приметити, ајтеми су у потпуности распоређени по одговарајућим факторима у оквиру обе групе, једино се у контроној групи, као битнији фактор за објашњење варијансе, издваја социјални фактор, који је у третираној најмање важан, док је у обе групе унутрашњи фактор јачи фактор од решености.

Скорови на димензијама показују високу међусобну корелацију тако да се може анализирати и јединствен, укупан скор на скали, што је и предвиђено оригиналним тестом (Табела 9).

Табела 9 Индекси интеркорелација подфактора на скали

		интра- персонална	решеност	социјална
интра- персонална	г	/	0,779**	0,727**
	р	/	0,000	,000
решеност	г	0,779**	/	0,833**
	р	0,000	/	0,000
социјална	г	0,727**	0,833**	/
	р	0,000	0,000	/

Дескриптивни подаци за скорове на димензијама и укупан скор на скали прихватања естетских интервенција, по испитиваним групама, дати су у Табели 10.

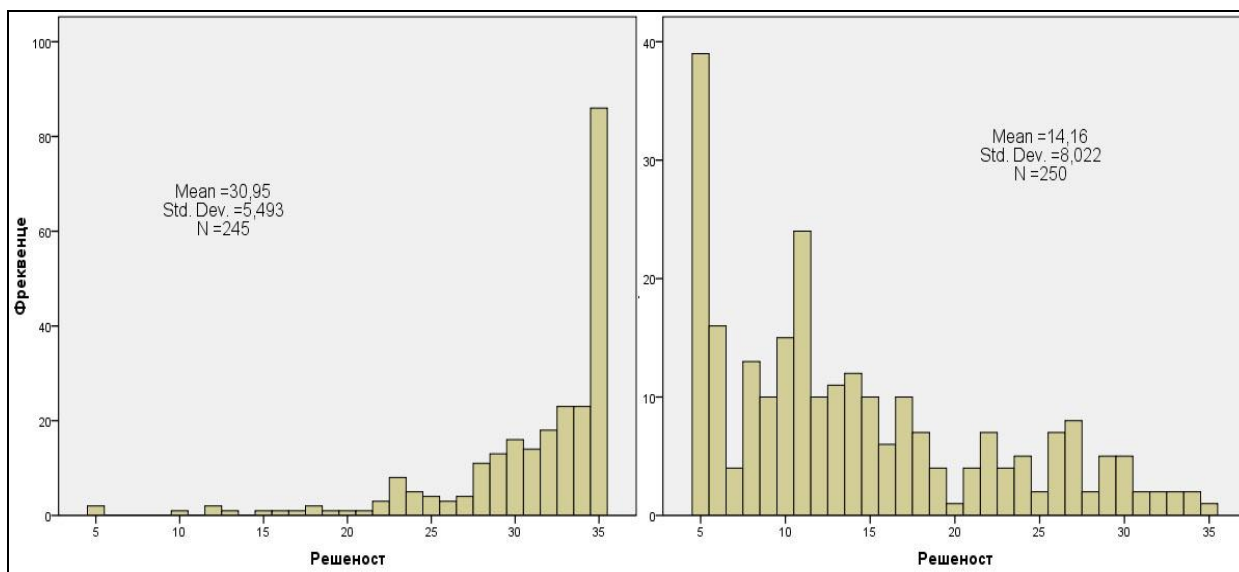
Табела 10

	Група	Мин-макс	М	SD	SE	Skewn.	Kurtos.	р
интра- персонална	третирана	5-35	31,18	4,728	,302	-2,210	6,514	,210**
	контролна	5-35	21,55	7,241	,458	-,400	-,485	,103**
решеност	третирана	5-35	30,95	5,493	,351	-2,123	5,326	,231**
	контролна	5-35	14,16	8,022	,507	,773	-,426	,137**
социјална	третирана	5-35	24,29	7,449	,476	-,403	-,612	,075**
	контролна	5-33	9,84	6,176	,391	1,825	3,052	,217**
Укупно прихватање	третирана	15-105	86,42	15,130	,967	-1,307	2,518	,120**
	контролна	15-103	45,55	18,393	1,163	,692	,209	,074**

\*\* р<.01

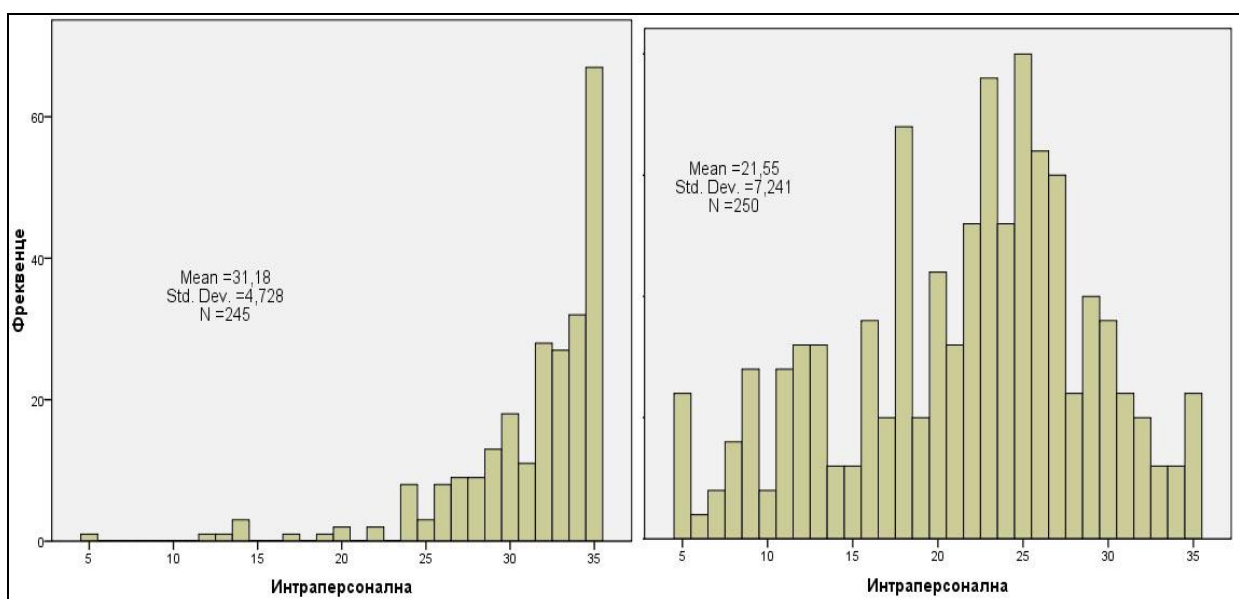
На Графикону бр. 4 приказани су резултати на интраперсоналној димензији код обе групе, а који одступају према вишим вредностима, мада је то одступање израженије код третиране групе (лево), док је код контролне (десно) тек незнатно.

Графикон бр. 4 Хистограм скорова у обе групе на интраперсоналној димензији



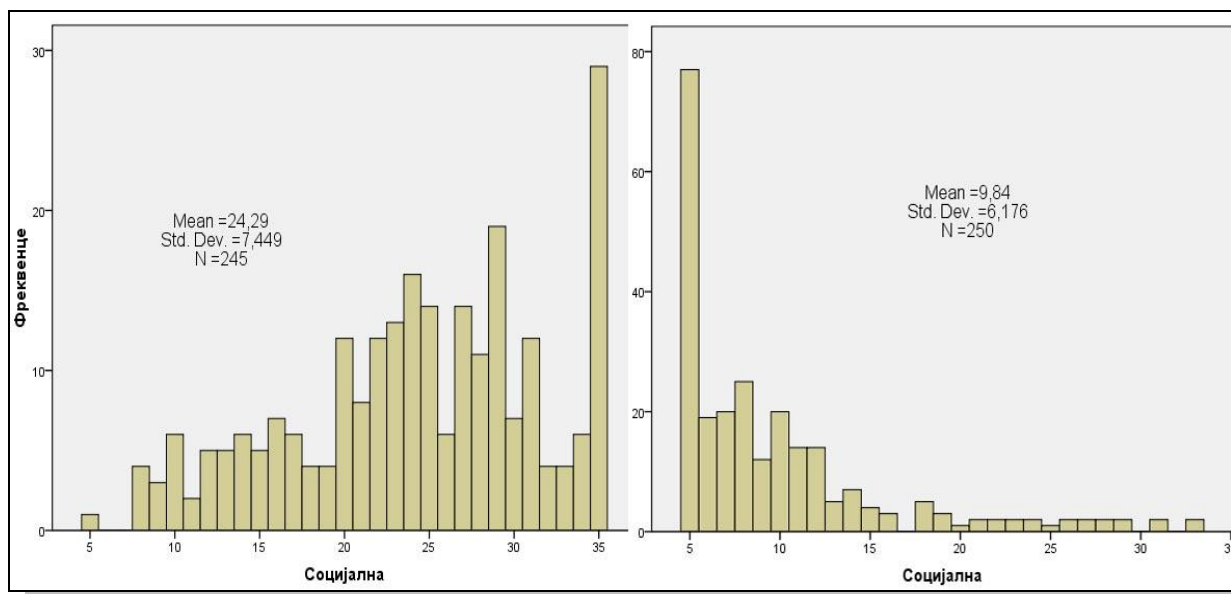
На Графикону бр.5 приказани су резултати код фактора решеност, и резултати третиране групе одступају према вишим, а контролне према нижим вредностима.

*Графикон бр. 5 Хистограм скорова у обе групе на димензији решеност*



На Графикону бр.6 приказани су резултати код социјалног фактора, и резултати третиране групе одступају према вишим, а контролне према нижим вредностима.

*Графикон бр. 6 Хистограм скорова у обе групе на социјалној димензији*



Ако упоредимо разлике по групама, видимо да у укупном, као и факторским скоровима, третирана група показује израженије прихватање по свим димензијама. На Табели 11 су приказане разлике на скали прихватања естетских интервенција између група, третиране и контролне.

Табела 11. Разлике скорова на скали прихватања естетских интервенција између група

	t	df	p	M
интра-персонална	17,556	429,78	0,000	9,632
решеност	27,218	441,17	0,000	16,791
социјална	23,470	473,10	0,000	14,450
Укупно прихватање	27,024	478,69	0,000	40,872

У контролној групи највишим просеком оцењени су ајтеми који говоре о предностима естетских интервенција, али они ајтеми где испитаници процењују предност која се односи на *друге људе* (нпр. „Мислим да је паметније да се особа подвргне малим естетским интервенцијама него да годинама пати због тога како изгледа“,  $M=5,18$  или „Естетске интервенције су добре због тога што могу да помогну људима да се осећају добро у својој кожи“,  $M=4,66$ ). Чим су се ајтеми тицали питања да ли би и *сами испитаници* тако нешто пробали, средње вредности одговора су биле ниже. Међутим, најниже вредности су забележене на питањима која су повезана са социјалним прихватањем, нарочито од стране партнера (нпр. „Озбиљно бих размотрио/ла да се

подвргнем естетској интервенцији када би мој партнер мислио да је то добра идеја“,  $M=1,72$  или „Озбиљно бих размислио/ла да се подвргнем некој естетској интервенцији ако би ме партнер/ка због тога сматрао привлачнијим/ом“,  $M=1,76$ ).

У третираној групи највишим просеком оцењени су ајтеми<sup>1</sup> који такође говоре о предностима естетских интервенција у глобалу (нпр. „Мислим да је паметније да се особа подвргне малим естетским интервенцијама него да годинама пати због тога како изгледа“,  $M=6,56$  или „Естетске интервенције су добре због тога што могу да помогну људима да се осећају добро у својој кожи“,  $M=6,44$ ). Као и у претходној групи, најниже вредности су забележене на питањима која су повезана са социјалним прихватањем од стране партнера (нпр. „Озбиљно бих размотрио/ла да се подвргнем естетској интервенцији када би мој партнер мислио да је то добра идеја“,  $M=4,24$  или „Озбиљно бих размислио/ла да се подвргнем некој естетској интервенцији ако би ме партнер/ка због тога сматрао привлачнијим/ом“,  $M=4,08$ ), али у овој групи је то и даље на средњем нивоу прихватања.

#### **4.3. СТАВОВИ ПРЕМА ЕСТЕТСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЈАМА У ОДНОСУ НА ДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА**

Анализе у оквиру обе групе су показале да ниједна демографска варијабла не показује значајне разлике у укупном скору (нити у факторским скоровима) на скали прихватања естетских интервенција.

У оквиру контролне групе резултати су показали да нема разлика по полу у укупној прихваћености  $t(248)=1,453$ ;  $p=,148$ , као ни по димензијама: интраперсонална ( $t(248)=1,798$ ;  $p=,073$ ), решеност ( $t(248)=,851$ ;  $p=,395$ ), и социјална ( $t(248)=1,112$ ;  $p=,267$ ). У Табели 12 су приказане разлике у прихваћености естетских интервенција према демографским варијаблама у контролној групи.

---

<sup>1</sup> Ако изузмемо питање да ли ће икада имати естетску интервенцију, јер је овако формирана група у већини случајева имала неки вид минимално инвазивних естетских интервенција

Табела 12 Разлике у прихваћености естетских интервенција у контролној групи

Образовање	F	df	p	Mean Square
Интраперсонална	1,758	2	,175	89,663
Решеност	,187	2	,829	12,141
Социјална	,498	2	,609	19,135
Прихватање	,516	2	,598	173,621
Радни статус	F	df	p	Mean Square
Интраперсонална	,894	4	,468	45,980
Решеност	,220	4	,927	14,338
Социјална	,376	4	,826	14,528
Прихватање	,171	4	,953	58,013
Брачни статус	F	df	p	Mean Square
Интраперсонална	,853	3	,466	43,874
Решеност	,479	3	,698	30,979
Социјална	,170	3	,917	6,579
Прихватање	,242	3	,867	82,008

У Табели 13 приказане су корелације ставова према естетским интервенцијама и континуираних демографских варијабли у контролној групи.

Табела 13 Корелације става према естетским интервенцијама и демографских варијабли

		Интра- персонална	Решеност	Социјална	Прихватање
Узраст	r	,100	-,056	,050	,031
	p	,116	,378	,436	,621
ВМІ испитаника	r	-,020	-,089	-,040	-,062
	p	,804	,264	,622	,438
Број деце	r	,105	,000	,052	,059
	p	,100	,996	,414	,357
Економски статус	r	,054	,008	-,002	,024
	p	,398	,903	,969	,711

Са друге стране, у третираној групи, односно групи која је имала неку естетску интервенцију, резултати су показали да нема разлика по полу у укупној прихваћености интервенција  $t(243)=-,744$ ;  $p=,458$ , као ни по димензијама на овој скали: интраперсонална



( $t(243)=-1,779$ ;  $p=,076$ ), решеност ( $t(243)=-1,528$ ;  $p=,128$ ), и социјална ( $t(243)=,735$ ;  $p=,4637$ ). У Табели 14 су приказане разлике у прихваћености интервенција према демографским варијаблима у третираној групи.

Табела 14 Разлике у прихваћености естетских интервенција у третираној групи

Образовање	F	df	p	Mean Square
Интраперсонална	,339	2	,713	7,622
Решеност	1,808	2	,166	54,202
Социјална	,352	2	,704	19,635
Прихватање	,220	2	,803	50,696
Радни статус	F	df	p	Mean Square
Интраперсонална	,358	4	,783	8,072
Решеност	,288	4	,834	8,765
Социјална	,383	4	,765	21,408
Прихватање	,276	4	,842	63,850
Брачни статус	F	df	p	Mean Square
Интраперсонална	,936	3	,424	20,939
Решеност	,561	3	,641	17,026
Социјална	,235	3	,872	13,162
Прихватање	,487	3	,692	112,124

У Табели 15 приказани су резултати корелације ставова према естетским интервенцијама и континуираних демографских варијабли у третираној групи.

Табела 15 Корелације става према естетским интервенцијама и демографских варијабли

		Интра- персонална	Решеност	Социјална	Прихватање
Узраст	r	,015	-,075	-,073	-,058
	p	,810	,242	,254	,362
ВМI испитаника	r	-,092	-,087	-,053	-,087
	p	,215	,239	,471	,241
Број деце	r	,060	,024	,084	,069
	p	,347	,706	,190	,282
Економски статус	r	,074	,083	,054	,080
	p	,246	,198	,397	,212

#### 4.4. ТЕНДЕНЦИЈЕ КА ПОРЕМЕЋАЈИМА ЛИЧНОСТИ

Скала тенденција ка поремећајима личности (PBQ), показала је задовољавајућу интерну конзистентност у контролној групи од  $\alpha = 0,67$  до  $0,88$ , као и у третираној од  $\alpha = 0,69$  до  $0,90$ . У Табели 16 су приказани дескриптивни подаци за скорове на PBQ скали у оквиру обе групе у виду скорова тенденције ка поремећајима личности. Код свих тенденција личности, у оквиру обе групе, скорови су груписани према нижим вредностима, осим код опсесивно-компулсивне тенденције, где у третираној групи скорови формирају нормалну дистрибуцију

Табела 16 Дескриптивни подаци за скорове на PBQ скали по групама

	група	N	M	SD	SE	Skewn	Kurtosis	p	$\alpha$
Избегавајући поремећај	третирана	245	14.62	4.370	.279	.520	.013	.110**	.70
	контролна	250	14.96	4.319	.273	.696	.602	.115**	.67
Параноидни поремећај	третирана	245	14.52	5.510	.352	.927	.402	.129**	.89
	контролна	250	14.78	5.641	.357	1.030	1.012	.123**	.88
Схизоидни поремећај	третирана	245	20.17	4.585	.293	.094	.001	.060*	.69
	контролна	250	19.98	5.233	.331	.225	-.098	.081**	.78
Антисоцијални поремећај	третирана	245	13.49	5.045	.322	1.137	1.375	.135**	.81
	контролна	250	13.89	5.301	.335	1.167	1.151	.160**	.81
Нарцистички поремећај	третирана	245	11.60	4.977	.318	1.541	2.493	.177**	.86
	контролна	250	11.51	4.647	.294	1.333	1.579	.166**	.80
Хистрионички поремећај	третирана	245	10.92	4.827	.308	1.854	4.280	.208**	.89
	контролна	250	10.53	4.124	.261	1.598	1.902	.223**	.87
Зависни поремећај	третирана	245	15.37	6.188	.395	.594	-.412	.092**	.87
	контролна	250	16.45	5.478	.346	.358	-.433	.085**	.79
Пасивно-агресивни поремећај	третирана	245	14.80	5.181	.331	.599	-.018	.096**	.81
	контролна	250	16.10	5.758	.364	.754	.317	.095**	.84
Опсесивно-компулсивни поремећај	третирана	245	20.56	6.758	.432	-.024	-.423	.048	.90
	контролна	250	18.34	6.156	.389	.349	-.492	.086**	.87

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

У Табели 17 приказане су разлике у тенденцијама личности између испитиваних група. Из следеће табеле види се да значајне разлике постоје на три скорова: код пасивно-

агресивне и зависне тенденције виши скорови добијени су у контролној групи, док су код опсесивно-компулсивног виши скорови у третираној групи.

Табела 17 Разлике у тенденцијама личности између испитиваних група

	t	df	p
Избегавајући поремећај	-.880	493	.379
Параноидни поремећај	-.522	493	.602
Схизоидни поремећај	.442	493	.659
Антисоцијални поремећај	-.856	493	.393
Нарцистички поремећај	.222	493	.824
Хистрионички поремећај	.968	493	.333
Зависни поремећај	-2.066	493	<b>.039*</b>
Пасивно-агресивни поремећај	-2.639	493	<b>.009*</b>
Опсесивно-компулсивни поремећај	3.835	493	<b>.000**</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01

У контролној групи са порастом ВМІ-а опада зависна тенденција личности, док са узрастом расте избегавајућа, схизоидна и нарцистичка тенденција. У третираној нема корелација са узрастом нити са ВМІ. Пол није ушао у ове анализе због малог броја мушких испитаника, док су друге варијабле искључене, јер се иначе не повезују са овим тенденцијама.

Табела 18 Корелација узраста и ВМІ са скоровима на РВQ скали по групама

		Избегав.	Паранои.	Схизоид.	Антисоц.	Нарцист.	Хистрион.	Зависни	Пасивно-агресив.	Опсесив-компулс.
Узраст третман	r	,096	-,065	,067	,013	-,047	-,102	-,051	,085	-,007
	p	,134	,307	,299	,834	,460	,110	,430	,187	,915
Узраст контрола	r	,170**	,027	,239**	,104	,157*	,107	-,069	,111	,036
	p	,007	,669	,000	,102	,013	,092	,279	,080	,566
ВМІ третман	r	-,018	,053	,130	,132	,035	-,066	-,097	-,006	,140
	p	,812	,473	,078	,068	,637	,375	,191	,930	,058
ВМІ контрола	r	-,072	-,046	,011	,114	,028	,000	-,204**	,008	,093
	p	,366	,565	,895	,151	,728	1,000	,009	,919	,241

\*\*p<.01; \*<.05

У Табели 19 приказане су разлике по образовању у тенденцијама личности код контролне групе. Поређење са образовањем у контролној групи показује да се углавном издвајају особе са средњом школом које имају више вредности на димензији избегавајућих ( $F(2)=5,853$ ;  $p=,003$ ), параноидних ( $F(2)=6,060$ ;  $p=,003$ ), схизоидних ( $F(2)=5,610$ ;  $p=,004$ ) и антисоцијалних тенденција ( $F(2)=4,890$ ;  $p=,008$ ). Једино се код зависних тенденција издвајају студенти ( $F(2)= 5,324$ ;  $p=,005$ ) који имају највише вредности ( $M=18,65$ ).

Табела 19 Разлике по образовању у тенденцијама личности код контролне групе

	Избегавајући		Параноидни		Схизоидни Анτισоцијални			
	1	2	1	2	1	2	1	2
виша/факултет	14,35		13,90		студира	19,27		12,65
студира	15,04	15,04	15,88	15,88	виша/факултет	19,36		13,42 13,42
средња школа		16,52		16,63	средња школа		21,8	15,65

У Табели 21 су приказане разлике по образовању у тенденцијама личности код третиране групе где нису добијене разлике ни код једне тенденције личности.

Табела 20 Разлике по образовању у тенденцијама личности код третиране групе

	F	df	p
Избегавајући поремећај	,263	2	,769
Параноидни поремећај	1,482	2	,229
Схизоидни поремећај	,014	2	,986
Антисоцијални поремећај	1,447	2	,237
Нарцистички поремећај	,265	2	,767
Хистрионички поремећај	,616	2	,541
Зависни поремећај	2,376	2	,095
Пасивно-агресивни поремећај	1,459	2	,234
Опсесивно-компулсивни поремећај	1,501	2	,225

\*\* $p<.01$

#### 4.5. ОСОБИНЕ ЛИЧНОСТИ ПРЕМА ВЕЛИКИХ ПЕТ ПЛУС ДВА МОДЕЛУ

У трећем делу истраживања, анализирали смо особине личности према великих пет плус два моделу, код испитаника обе групе. Скала Великих пет плус два, показала је добру интерну конзистентност у контролној групи од  $\alpha = .82$  до  $.87$ , као и у третираној од  $\alpha = .81$  до  $.89$ . У Табели 21 приказани су дескриптивни подаци у оквиру обе групе. У оквиру третиране групе скорови одступају према нижим вредностима на димензијама неуротицизам, агресивност и негативна валенца, док код осталих одступају према вишим вредностима. У оквиру контролне групе добили смо исту слику, осим што скорови на димензији савесност и позитивна валенца не одступају од нормалне дистрибуције.

Табела 21 Дескриптивни подаци ВП+2 скорова у обе групе

	група	N	M	SD	SE	Skewn.	Kurtos.	KS	$\alpha$
Неуротицизам	третирана	245	18.67	7.194	.460	.859	-.046	.161**	.89
	контролна	250	21.46	7.252	.459	.693	.421	.092**	.87
Екстраверзија	третирана	245	40.02	5.269	.337	-.345	-.174	.082**	.81
	контролна	250	38.20	5.897	.373	-.626	.773	.087**	.82
Савесност	третирана	245	41.29	6.579	.420	-1.001	1.311	.105**	.87
	контролна	250	38.22	6.742	.426	-.352	-.067	.056	.86
Агресивност	третирана	245	22.51	7.729	.494	.836	.672	.094**	.87
	контролна	250	25.82	7.831	.495	.282	-.422	.087**	.86
Отвореност	третирана	245	40.51	5.894	.377	-.673	1.008	.068**	.84
	контролна	250	38.66	6.453	.408	-.680	.201	.110**	.85
Позитивна валенца	третирана	245	33.15	6.277	.401	-.181	.330	.084**	.84
	контролна	250	30.56	6.771	.428	-.140	-.176	.050	.84
Негативна валенца	третирана	245	14.50	4.933	.315	1.700	2.916	.181	.81
	контролна	250	15.96	5.405	.342	1.396	2.416	.138**	.82

У Табели 22 приказане су разлике у особинама личности између испитиваних група. Из табеле се види да значајне разлике постоје на свим скоровима: код неуротицизма, агресивности и негативне валенце виши скорови добијени су у контролној групи, док су код осталих виши скорови у третираној групи.

Табела 22 Разлике у особинама личности између испитиваних група

	t	df	p
Неуротицизам	-4.297	493	.000
Екстраверзија	3.619	493	.000
Савесност	5.119	493	.000
Агресивност	-4.720	493	.000
Отвореност	3.321	493	.001
Позитивна валенца	4.413	493	.000
Негативна валенца	-3.133	493	.002

У Табели 23 приказани су резултати корелационе анализе димензија личности са узрастом и индексом телесне масе (ВМІ) у обе групе. Од демографских варијабли које смо поредили са испитиваним димензијама личности, ВМІ није у корелацији ни са једном димензијом у обе групе, док са узрастом опада агресивност у третираној, а отвореност у контролној групи, с тим што су обе корелације доста ниске.

Табела 23 Корелација димензија личности са узрастом и ВМІ у обе групе

		Неуротиц.	Екстрав.	Савесност	Агресивност	Отвореност	Позитивна валенца	Негативна валенца
Узраст третман	r	.051	-.003	.056	-.138*	-.052	-.081	-.092
	p	.423	.963	.380	.031	.416	.208	.150
Узраст контрола	r	.073	-.031	.103	-.074	-.154*	-.007	-.068
	p	.247	.631	.105	.241	.015	.914	.286
ВМІ третман	r	-.026	-.069	.040	.120	-.072	.048	.107
	p	.731	.351	.593	.106	.333	.515	.148
ВМІ контрола	r	-.106	.073	.038	-.030	-.019	.080	.017
	p	.183	.361	.636	.706	.814	.318	.835

\* $r < .05$

У Табели 24 приказане су разлике по образовању у димензијама личности у контролној групи. Поређење са образовањем у контролној групи показује да се углавном издвајају особе које студирају (Табела 25).

Табела 24 Разлике у димензијама личности по образовању у контролној групи

	F	df	p
Неуротицизам	12.032	2	.000
Екстраверзија	.119	2	.888
Савесност	4.197	2	.016
Агресивност	8.838	2	.000
Отвореност	3.803	2	.024
Позитивна валенца	.627	2	.535
Негативна валенца	3.664	2	.027

Студенти бележе највише скорове на неуротицизму, агресивности, али и отворености, а најниже на савесности. Једино се за зависне тенденције издвајају особе са средњом школом ( $F(2)= 5,324$ ;  $p=,005$ ), које имају највише вредности ( $M=18,65$ ).

Табела 25 Значајне разлике у димензијама личности према образовању

	Неуротицизам		Савесност		Агресивност		Отвореност	
	1	2	1	2	1	2	1	2
виша/факултет	19.89			38.77	24.45			39.07
средња школа		24.05		38.29	27.45	27.45		36.85
студира		25.12	34.69			30.42		40.42

Са друге стране, за разлику од ових резултата, у третираној групи разлике по образовању нису добијене ни код једне димензије личности (Табела 26).

Табела 26 Разлике у димензијама личности по образовању у третираној групи

	F	df	p
Неуротицизам	.278	2	.758
Екстраверзија	1.592	2	.206
Савесност	2.207	2	.112
Агресивност	.504	2	.605
Отвореност	1.340	2	.264
Позитивна валенца	2.512	2	.083
Негативна валенца	1.248	2	.289

#### 4.6. ПРЕДВИЂАЊЕ ПРИХВАТАЊА ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

На крају истраживања, пошто нам је циљ истраживања био да видимо да ли нека од тенденција и димензија личности значајно предвиђа прихватање естетских интервенција (ПЕИ), урађена је матрица корелација, и добијене су следеће вредности у оквиру две испитиване групе. У Табели 27 приказана је корелациона анализа тенденција личности са прихватањем естетских интервенција, по групама. У третираној групи добијене су ниске корелације само са избегавајућим и опсесивно-компулсивним поремећајем, док су у контролној скоро све димензије у ниској корелацији са ПЕИ.

Табела 27 Корелација тенденција личности и прихватања интервенција по групама

	контролна	Избегав.	Паран.	Схизоид.	Антисоц.	Нарцист.	Хистрион	Зависни	Пасивно -	Опсесив-
									агресив.	компулс.
ПЕИ	r	.213**	.195**	.124	.247**	.200**	.217**	.162*	.135*	.159*
	p	.001	.002	.051	.000	.001	.001	.010	.033	.012
Интраперс.	r	.143*	.064	.072	.130*	.103	.134*	.091	.079	.112
	p	.023	.312	.258	.041	.105	.034	.151	.211	.078
Решеност	r	.157*	.206**	.092	.197**	.169**	.128*	.146*	.112	.131*
	p	.013	.001	.147	.002	.007	.043	.021	.076	.038
Социјална	r	.262**	.239**	.165**	.327**	.256**	.322**	.186**	.162*	.171**
	p	.000	.000	.009	.000	.000	.000	.003	.010	.007
	третирана	Избегав.	Паран.	Схизоид.	Антисоц.	Нарцист.	Хистрион	Зависни	Пасивно-	Опсесив-
									агресив,	компулс.
ПЕИ	r	.162*	.030	.056	.088	.061	.034	-.010	-.059	.201**
	p	.011	.639	.385	.170	.344	.594	.873	.359	.002
Интраперс.	r	.083	-.032	.055	-.002	-.046	-.080	-.056	-.051	.168**
	p	.193	.615	.389	.972	.475	.211	.387	.429	.008
Решеност	r	.067	.000	.109	-.008	-.013	-.039	-.084	-.073	.145*
	p	.299	.995	.090	.895	.843	.546	.190	.257	.023
Социјална	r	.226**	.081	-.002	.186**	.162*	.149*	.076	-.034	.194**
	p	.000	.204	.977	.003	.011	.020	.234	.599	.002



У Табели 28 приказана је корелациона анализа скорова испитаника на димензијама личности и скорова (поддимензије и укупан скор) испитаника на скали прихватања естетских интервенција, по групама. Односно, исти поступак као и код поремећаја личности, примењен је и на корелације са димензијама личности из ВП+2.

У контролној групи, једине, али доста ниске корелације, добијене су са скоровима на негативној валенци. У оквиру третиране групе, било је нешто више повезаности, па је тако укупно прихватање у корелацији са екстраверзијом, савесношћу, отвореношћу и негативном валенцом.

Табела 28 Корелација димензија личности и прихватања интервенција по групама

<b>контролна</b>		Неурот.	Екстрав.	Савесност	Агресив.	Отворен.	Позит. валенца	Негат. валенца
ПЕИ	r	.048	.014	.055	.077	.007	.030	.131*
	p	.453	.830	.386	.222	.917	.632	.038
Интраперсон.	r	.022	-.012	.045	.040	.027	.017	.080
	p	.724	.848	.484	.532	.673	.794	.209
Решеност	r	.040	.044	.059	.081	.071	.021	.084
	p	.527	.486	.357	.200	.264	.739	.188
Социјална	r	.063	-.003	.036	.079	-.104	.044	.188**
	p	.319	.968	.573	.215	.101	.491	.003
<b>третирана</b>		Неурот.	Екстрав.	Савесност	Агресив.	Отворен.	Позит. валенца	Негат. валенца
ПЕИ	r	-.122	.210**	.238**	-.026	.202**	-.107	.148*
	p	.057	.001	.000	.681	.001	.094	.020
Интраперсон.	r	-.165**	.152*	.242**	-.119	.153*	.045	-.245**
	p	.010	.017	.000	.062	.017	.481	.000
Решеност	r	-.141*	.194**	.227**	-.007	.288**	.169**	-.082
	p	.027	.002	.000	.909	.000	.008	.202
Социјална	r	-.039	.187**	.163*	.028	.101	.147*	-.002
	p	.543	.003	.011	.668	.116	.021	.974

У Табели 29 је приказан регресиони модел предвиђања прихватања естетских интервенција у оквиру третиране групе. Ако у регресиони модел укључимо само оне варијабле који показују највећу корелацију, у нашем случају само преко  $r = 0,20$  (Опсесивно-компулсивну тенденцију из PBQ скале и Отвореност, Савесност, и Екстраверзију из ВП+2 модела личности) са критеријумском варијаблом (Прихватање естетских интервенција), добијамо резултате који показују да скуп одабраних варијабли, у третираној групи, предвиђа непуних 10% варијансе критеријумске варијабле. Ако искључимо Отвореност, која у том моделу не доприноси значајно објашњењу варијансе, добијамо коначни модел у коме све варијабле доприносе предвиђању ( $F(2)=8,115$ ;  $p<.000$ ), са само 9,2% варијансе. При томе, Савесност највише предвиђа Прихватање естетских интервенција.

Табела 29 Регресиони модел предвиђања ПЕИ у третираној групи

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R Square		Std. Error of the Estimate			
1	,303 <sup>a</sup>	<b>,092</b>	,080		14,509			
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		95% Confidence Interval for B		
		Std.		t		Sig.		
Model	B	Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	50,377	7,975		6,317	,000	34,668	66,086
	Савесност	,342	,157	,149	2,179	<b>,030</b>	,033	,651
	Опсесивно-компулсивна	,312	,143	,139	2,174	<b>,031</b>	,029	,594
	Екстраверзија	,388	,190	,135	2,041	<b>,042</b>	,013	,762

У Табели 30 је приказан регресиони модел предвиђања Прихватања естетских интервенција у оквиру контролне групе, у који су такође укључене само оне варијабле које показују корелацију изнад  $r = 0,20$ , а то је неколико варијабли са PBQ скале, и ниједна са димензија личности. У контролној групи, предвиђање је још ниже, са 8,1% објашњене варијансе критеријумске варијабле. У коначном моделу, у коме све варијабле доприносе предвиђању ( $F(2)=10,924$ ;  $p<.000$ ), највише доприноси Антисоцијална тенденција и нешто мање Хистрионична.

Табела 30 Регресиони модел предвиђања ПЕИ у контролној групи

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R Square		Std. Error of the Estimate			
1	,285 <sup>a</sup>	<b>,081</b>	,074		17,701			
Model		Unstandardize		Standardized	t	Sig.	95% Confidence Interval	
		d Coefficients	Std. Error	Coefficients			for B	Lower Bound
Model		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	28,988	3,725		7,781	,000	21,650	36,325
	Антисоцијална	,681	,225	,196	3,031	<b>,003</b>	,238	1,123
	Хистрионична	,675	,289	,151	2,338	<b>,020</b>	,106	1,244

## **5. ДИСКУСИЈА**

## 5. ДИСКУСИЈА

### 5.1. СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СТУДИЈСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

Специфични циљ овог истраживања био је испитати повезаност прихватања естетских интервенција са карактерним цртама личности (из Великих пет плус две модела), и тенденцијама ка поремећајима личности.

У првом делу истраживања испитивали смо да ли постоје разлике у прихватању естетских интервенција према демографским карактеристикама, али и категоријама из групе здравствених варијабли (индекс телесне масе, хронична обољења, узимање лекова, држање дијета, претходне хируршке интервенције, интензитет физичке рекреације и др).

У нашем истраживању је испитано 245 испитаника у третираној групи, од тога мушкараца у узорку има само 13 (5,3%), а жена 232 (94,7%) са распоном од 21 до 73 године старости. У оквиру узрасних категорија у третираној групи, највише је било испитаника узраста од 31-40 година живота, а након тога и узраста од 41-50 година. Старији од 60 година су били најмање заступљени у групи испитаника који су имали неку естетску интервенцију. Са друге стране, жене су биле доминантно заступљене у третираној групи. Према бројним истраживањима, са почетком старења и физиолошких промена коже, нарочито у касним четрдесетим и раним педесетим годинама живота, особе оба пола се скоро подједнако одлучују на методе подмлађивања и побољшања свог спољашњег изгледа (7, 13, 14, 17).

Дакле, током старења, физиолошке промене коже доводе и до анатомских промена, депигментација, бора, задебљања и смањења тонуса, што за последицу има и негативан ефекат по спољашњи изглед (79, 80). Нарушен физички изглед старијих особа води врло често губљењу самопоуздања, нарушењу социјалних односа и смањењем квалитету живота. Из ових разлога, јасно је зашто особе са почетком старења покушавају да одложе физиолошке промене изгледа услед старења најчешће минимално инвазивним естетским интервенцијама. Друге студије, наводе и податке да се особе, које су у зрелом животном добу радно способне и са универзитетским образовањем, чешће подвргавају естетским интервенцијама (80).

И резултати наше студије потврђују ове податке, највећи број испитаника у нашем истраживању био је високо образован, чак 73,5%, у брачној заједници 43,7 %, запослено 79,2, а бољег економског статуса 40%.

По питању општег здравственог стања, више од половине испитаника из третиране групе (52%) нема хроничне соматске тегобе или обољења, 35% испитаника има једну хроничну болест, а 13% има две или више хроничних болести. Поред тога, већина испитаника из третиране групе (72,0%) нема осцилације у тежини, 21,2% их има, а 6,8% их има само ретко. Скоро 30 % држи или је држало дијету (29%). Већина (69%) није никад имала неку медицинску интервенцију. Десет процената испитаника користи неки од лекова за смирење или спавање, 29% пуши, а 22% конзумира алкохол у некој мери.

Кацампасакис и сарадници су испитивали повезаност демографских карактеристика са квалитетом живота након естетске интервенције (68). У студији је било укључено 100 испитаника који су имали естетску интервенцију од којих су били 34 мушкарци и 66 жене. Просечна старост испитаника износила је 36,4 године, а испитаници су праћени минимум 3 године пре и после изведене естетске интервенције. Примећено је да су били у питању здрави испитаници, средње животне доби, образовани и радно запослени, код којих је социјални аспект живота веома важан а код којих је дошло до значајног побољшања квалитета живота. Чак 97 испитаника од 100 је пријавило бољи квалитет живота, а само три пацијента да је дошло до погоршања квалитета живота.

Бертхеил је такође испитивао повезаност индекса телесне тежине са учесталошћу естетских интервенција као и утицај естетских интервенција на квалитет живота код особа са различитим индексом телесне масе (69). Заправо испитивали су бенефитан ефекат неких естетских интервенција на квалитет живота, при чему је запажена јака позитивна повезаност смањења телесне масе, употребом естетске интервенције, са драстичним повећањем квалитета живота. Свако смањење телесне тежине за 20% довело је до повећања скорa на скали која је мерила квалитет живота тих испитаника.

У нашој студији, сви испитаници су имали телесну тежину и индекс телесне масе у оквиру препоручених вредности, али то не значи да нису желели да побољшају свој квалитет живота. У претходним истраживањима, приказано је да су гојазне особе више подложне естетским интервенцијама и да се код њих очекују веће промене у квалитету

живота у односу на особе које немају варијације у телесној тежини. Студије наводе да су гојазне особе подложне и тешким поремећајима расположења и психијатриским поремећајима који настају као последица дуготрајног незадовољства (81, 82). Специфичност нашег истраживања управо и лежи у чињеници да смо испитали повезаност естетских интервенција са димензијама и тенденцијама ка поремећајима личности управо у условима доброг општег здравственог стања и нормалне телесне тежине испитаника.

## 5.2. АНАЛИЗА СТАВОВА ПРЕМА ЕСТЕТСКИМ ИНТЕРВЕНЦИЈАМА

### 5.2.1. Валидација скале

У другом делу истраживања анализирали смо ставове испитаника према естетским интервенцијама, али циљ је био и спровести валидацију и евалуацију (интерна конзистентност, тест-ретест поузданост, факторска структура) скале прихватања естетских интервенција на српском језику. Посебно важно јесте што смо скалу примењивали и на особама које су већ радиле неке естетске интервенције. Наиме, само је мали број студија које су се до сада бавиле валидацијом скале примењене у овом истраживању, применио и конфирматорну факторску анализу (67), а још мањи број студија је радио са одређеним, специфичним субпопулацијама, које нису општа популација.

Након клиничких студија, које су проучавале појмове који говоре о неким облицима поремећаја у слици тела, или поремећаја повезаних са сликом тела, које су покренуле талас истраживачког интересовања за естетске интервенције, појавиле су се и психолошке студије естетских интервенција, које су своје циљеве претежно фокусирали на очекивања клијената пре интервенција или њихово задовољство ефектима интервенција након спроведених процедура (32, 83, 84). Међутим, мало се знало о ставовима које људи имају према естетским интервенцијама, како у општој популацији, тако и у неким специфичним популацијама које су имале већ додира са облицима естетских интервенција.

Нека од тих малобројних истраживања проучавала су повезаност ставова према естетским интервенцијама и концептима као што су утицај медија или психолошка оријентација на физички изглед. Једно такво истраживање (66), проучавало је поменуте концепте у студентској популацији девојака и пронашло позитивну корелацију између ставова према козметичким интервенцијама и оријентације на изглед, као и утицаја визуелних медија на слику тела. Ова истраживања помогла су да се фокус помери са клиничких студија и клиничке перспективе на психолошке студије доживљаја и прихватања естетских интервенција или појма вештачког мењања физичког изгледа уопште (32).



Оно што је извесно је да се у основи примене естетских интервенција, налази свесна одлука пацијента о престанку на естетску интервенцију. У неким истраживањима (85, 86), наглашен је значај личног незадовољства сопственим телом, као најзначајнији фактор за преузимање естетских интервенција; у другим су наглашавани неки други разлози, па тако концептуални модел Спаргасове (87), издваја индивидуалне факторе (развојне одлуке, зрелост личности), утицај породице и ширег окружења, утицај пријатеља и познаника, и утицај културе (раса, етничка припадност, и пре свега медији). Ипак, сви они у принципу се могу сврстати у две групе фактора, интрапсихички и социјални.

Најчешћи начин испитивања ставова према естетским интервенцијама, до сада, био је испитивање ставова у општој популацији, са акцентом на решености особа да предузму неку естетску интервенцију и на мотивацији која стоји у позадини те решености (32, 64). У том контексту издвајају се управо два поменута мотивациона фактора - прихватање естетских интервенција из социјалних и прихватање из интраперсоналних разлога (32, 35, 66, 88), што је у складу са идејом да се физички изглед особе рефлектује, како кроз њену слику ја, тако и кроз социјалну импресију и интеракцију са другима (64). Интрапсихички разлози (нпр. потреба да се особа осећа добро због саме себе) и социјални разлози (нпр. особа има потребу да изгледа млађе због посла или других особа око себе), изгледа да заједно утичу на процену и евалуацију потребе за естетским интервенцијама, а у многим случајевима и реализацију тих потреба (32). Између ових група разлога, постоји нејасна граница, јер се у реалности они често преплићу и не могу се јасно одвојити. Сасвим је очигледно да лична слика сопственог ја, јесте под утицајем владајућих социјалних норми и очекивања која тренутно владају у друштву (88).

На основу постојећих истраживања (32, 67, 89), и идеје о постојању три субдимензије на овој скали, приступили смо конфирматорној факторској анализи са *Maximum likelihood* методом. Тестирани су трофакторски и двофакторски модел (који нема фактор решености), при чему се као бољи показао трофакторски. У трофакторском моделу прихватања естетских интервенција, који потврђује оригиналну структуру упитника, издвојили су се фактори: Интраперсонални, Решеност, и Социјални, а према проценту објашњене варијансе, као најважнији заједнички фактор, издвојио се интраперсонални. Затим следе социјални и фактор решености. Ови резултати су у

сагласности и са претходном евалуацијом ове скале на српском узорку, која је била спроведена на узорку из опште популације (89). И у тој студији су добијени трофакторски модел, издвојени исти фактори као и у оригиналној студији, и интерперсонални фактор је показао највиша факторска оптерећења. Занимљиво је да су скорови били нижи него у дотадашњим студијама на узорцима из тзв. „западног света“, али и узорцима са истока, нпр. Малезије и Јужне Кореје (89-91). Сличне резултате, добили смо и у нашој студији.

У нашем моделу, у оквиру третиране групе, модел објашњава укупно 67,04% варијансе, док у оквиру контролне групе модел објашњава укупно 66,95% варијансе. Поред тога, једино се у контролној групи, као битнији фактор за објашњење варијансе, издваја социјални фактор, који је у третираној мање важан, док је у обе групе унутрашњи фактор јачи фактор од разматрања. Важно је нагласити и да скорови на димензијама прихватања показују високу међусобну корелацију, што даје оправдање и за коришћење укупног скорa као мере укупног прихватања естетских интервенција.

Коначан закључак статистичке евалуације скале је да је скала показала изузетно високе вредности интерне поузданости, стабилност током времена, као и валидност, те смо се у даљим анализама користили резултатима добијеним на овој скали.

### **5.2.2. Димензије прихватања естетских интервенција**

Резултати из нашег истраживања показали су да је степен прихватања естетских интервенција у групи особа које су подвргнуте некој од естетских интервенција највише повезан управо са интраперсоналним фактором. Очигледно је да степен у коме су особе задовољне или незадовољне сопственим телом има снажне импликације на њихово самопоимање, самопоштовање и социјално понашање, али и на ставове и прихватање естетских интервенција

Естетске интервенције су очигледно постале инструмент којим се може поправити или унапредити осећај личног задовољства собом, самопоштовање, самопоуздање и слични персонални конструкти. Оваква идеја, чини се сасвим реалном, јер је више истраживача показало да клијенти који желе естетске интервенције изјављују да је основни разлог за то нека психолошка потреба. Диди и Сарвер су рецимо пронашли да се жене које разматрају неку од операција са надоградњом груди више за то одлучују због личних разлога, нпр. да би се осећале боље због своје слике тела и биле

атрактивније, него из социјалних разлога, нпр. да би побољшале своје изгледе код забављања или побољшале своје брачне односе (92). Сличне податке добили су и Хендерсон-Кинг и Хендерсон-Кинг (32), који су у серији студија, које су имале за циљ конструкцију скале прихватања естетских интервенција, континуирано евидентирали већу прихваћеност ових интервенција услед интраперсоналних разлога него услед социјалних разлога.

Са друге стране, иако су наши испитаници одговарали да им најмање значи мишљење социјалних чинилаца, нарочито партнера, јак притисак на особу свакако врше и различити социо-културални утицаји. Иако можда особе свесно одбијају да прихвате важност утицаја других, негативни вербални коментари везани за физички изглед особе, могу се схватити као несвесни притисак и могу узроковати настанак незадовољства и ниско самопоштовање, нарочито у осетљивим развојним периодима, попут адолесценције (40). Такође, наметнути социјални стандарди и норме о идеалном изгледу људског тела, који се преносе медијима, посебно огласима модне и козметичке индустрије, имају снажан утицај на нашу перцепцију тела (15, 88, 93), и могу постати интернализовани стандарди схватања важности физичког изгледа, о чему је већ било речи у уводним деловима овог рада. Додатно, како популарност естетских интервенција расте, расте и медијска пажња, а расте и општа социјална прихватљивост естетских операција, и самим тим, и свеопште интересовање за естетске интервенције.

Изложеност садржајима и порукама које говоре о важности физичке привлачности може утицати на већу бригу о сопственом физичком изгледу, чак и када то није био случај пре излагања тим садржајима. Нарочито изложеност медијским садржајима који говоре о конкретним интервенцијама и предностима тих интервенција у остваривању културолошких норми и стандарда, може имати велики утицај. Тако на пример постоје истраживања која сугеришу повезаност између броја реклама и чланака о дијетама и вежбама за скидање килограма у женским магацинима са порастом поремећаја у исхрани код жена (94). Сарвер и сарадници (95), наглашавају да бројни фактори могу утицати на повећање прихватања и популарности естетских интервенција, од нижих цена, бољих исхода процедура, до већег наглашавања вредности лепог изгледа у јавности, али и чињенице да су појединци све више изложени информацијама о естетским интервенцијама кроз своје социјалне мреже. Медијско праћење козметичких интервенција, напретка и развоја нових естетских процедура, сада постаје сасвим

нормална и уобичајна ствар, а рекламе све више обећавају већу атрактивност особа које се одлуче на њих често пратећи естетске интервенције код славних особа (32).

У основи објашњавања настанка и/или развоја (не)задовољства сликом тела, поред реалних карактеристика тела, често се налази и социјално поређење, а ризик за развој незадовољства сликом тела већи је код особа које свој изглед често упоређују са изгледом других (15, 16, 40). Оригиначне студије у којима је коришћена ова скала, показале су да нижи доживљај личног изгледа и ниже социјално самопоуздање, позитивно корелирају са прихватањем естетских интервенција (32). У том контексту се посебно издвојио скор на социјалној супскали, који је био негативно повезан са социјалним самопоуздањем. Не чуде зато ни резултати да се највише људи, пре свега жена, одлучује за неку нехируршку естетску интервенцију око 35. и на почетку 50-их година живота, тј. при појави првих знакова старења и у климаксу (6). Такође, није необично зашто се прихваћеност естетских интервенција доводи у везу са нижим самопоштовањем и самопоуздањем, и тенденцијама ка нарцистичким и хистрионичним поремећајима личности (9, 75).

У овој дискусији не смемо заборавити ни утицај културолошких извора социјализације и културолошких норми. Све студије које су се бавиле валидацијом скале примењиване у нашем раду (32, 67), дошле су до закључака да се могу издвојити одређене разлике у доживљају естетских интервенција између Западног и Источног света. Према студијама из источних земаља, пре свега азијских (90, 91), жене из тих крајева не одвајају толико екстерне од интерних разлога за козметичке интервенције. Претпостављени разлози за ове разлике били би у разликама у типу друштва, тј. у израженије колективистичким земљама, какве су и поменуте азијске земље, утицај социо-културних фактора је изузетно јак, па се и не одваја од стриктно личних разлога (67). У овим студијама се зато чешће добијао један укупан фактор (разлог) за подвргавање интервенцијама, у оквиру кога су били испреплетани и лични и социјални утицаји.

У западној цивилизацији, и студијама које су спроведене у Северној и Јужној Америци и Британији (96, 97), индивидуални и социјални фактор су јасно издвојени, и то униформно у корист јачег утицаја интерних разлога на став према естетским процедурама (32, 67). Сличне резултате добили су и аутори интелијанске студије (67), што је потврдило и раније радове о социјалној репрезентацији естетских интервенција

(98, 99). У студији о слици тела, идеалу лепоте и козметичким интервенцијама, која је спроведена у Италији, Шпанији и Румунији (99), издвојена су два јасна фактора повезана са интервенцијама, која смо иначе помињали, при чему су интраперсонални фактори били највише изражени у италијанском узорку. Најчешћи разлози који су иначе издвојени у овим италијанским студијама били су очување тела и лепоте током времена (из групе личних разлога), док је из групе социјалних утицаја или разлога, најзначајнији био одржавање стереотипних очекивања у вези са идеалом лепоте, и издвајањем од околине (98, 99).

Коначно, оваква подела димензија може одговарати и принципима *Теорије планираног или намерног понашања* (100), јер се коначна одлука о нечему (у нашем случају је то фактор решености), налази под утицајем интрапсихичких фактора, уверења и претходног искуства, и социјалних утицаја, притисака и норми у друштвеном окружењу особе. Упркос наглашавању важности интрапсихичких фактора, задовољство сексуалном и физичком атрактивношћу, показало се повезаним са социјалним фактором, а не интраперсоналним, у студији која се бавила стандардизацијом оригиналне скале (32), па зато аутори са правом сматрају да општи став према естетским интервенцијама може често у ствари говорити о екстерним мотивима (како изгледамо пред другим људима), него стварно како се ми сами осећамо поводом свог изгледа, како би изгледало ако посматрамо само директне одговоре испитаника.

Циљ студије је био и испитати да ли постоји разлике у прихватању естетских интервенција између особа које нису имале нехируршке естетске интервенције (контролна група) и оних које јесу. Ако упоредимо разлике по групама, видимо да у укупном, као и факторским скоровима, третирана група показује израженије прихватање по свим димензијама.

За разлику од оригиналне студије (32), у нашој ни у једној групи није било повезаности пола и година испитаника са скоровима на овој скали, али су ови аутори, као и ми, упорно налазили веће прихватање козметичких интервенција из личних разлога, пре него социјалних. Слично томе, Диди и Сарвер (92) су пронашли да су жене које су размишљале о операцији груди то радиле управо из личних, а мање социјалних разлога. Ипак, морамо нагласити да се у нашем случају радило о ставовима испитаника о естетским интервенцијама уопште (и нехируршким), што за неке испитанике може

представљати „блажу” опцију у односу на козметичке хируршке интервенције, које су испитиване у оригиналној студији.

Слика тела је субјективна перцепција особе о естетици свог тела и одражава њене ставове, мисли и емоције према сопственом телу, али и начин на који особа тумачи реакције других (7). Због поменутих погодности које природно лепи људи поседују, није изненађујуће зашто велики број људи тежи побољшању њиховог физичког изгледа. Модерно доба и напредовање естетске медицине намећу друштвени притисак према физичком изгледу, а чињеница да већина људи не може остварити идеалан изглед физичког изгледа чини их незадовољним својим изгледом. Као можда највећу предност коју особе повезују са бољим физичким изгледом (нарочито оне особе које свој изглед процењују негативно) нису социјални односи са другима, већ сопствене психолошке одлике попут задовољства сликом тела и бољим квалитетом живота (16). Упркос томе, нису сви људи који су незадовољни својим спољашњим изгледом одлучили да предузму медицинске естетске процедуре, због чега су фактори који могу утицати на овај избор постали тема многих студија. Иако су ове процедуре у већини случајева повезане са женама средњих година, постоји све већи број интервенција међу мушкарцима и клијентима свих узраста.

Јаздандуст и сарадници су проучавали различите врсте естетских интервенција на став и прихватање као и слику тела испитаника у Ирану (101). Студија је обухватила 90 испитаника подељених у односу на врсту естетске интервенције, група са инвазивним естетским интервенцијама, минимално инвазивним и испитаници без естетске интервенције. Помоћу упитника, анализиране су варијабле и закључено је да особе које су имале већи степен незадовољства сликом тела у већем степену прихватале инвазивне естетске процедуре. Студија је нагласила значај психолошких поремећаја у прихватању и минимално инвазивних и инвазивних процедура, који некада могу и потпуно онемогућити пристанак на било коју интервенцију и изостанак позитивних ефеката естетске медицине. Поред тога, важна препорука је да је пре сваке планиране естетске интервенције неопходна психолошка процена и припрема.

Као што смо већ рекли, основа за постојање естетских процедура је свесна одлука пацијента да прихвати ову естетску процедуру, при чему истраживачи често наглашавају значај личног незадовољства властитим телом као најзначајнији фактор за провођење естетске хирургије (102). Резултати нашег истраживања су показали да је ниво

прихватања естетских процедура у групи особа које су претходно прошле естетске процедуре углавном повезане са интраперсоналним фактором. Очигледно је да је степен до ког су особе задовољне или незадовољне сопственим телом имало снажне импликације на њихову самосвест, самопоштовање и друштвено понашање, као и на њихове ставове према прихватању естетских поступака.

Даље, у погледу анализе социо-демографских карактеристика које могу утицати на прихватање естетске интервенције, анализирали смо и разлике у прихваћености интервенција према демографским варијаблама и у третираној групи, узраст и ВМІ нису се показали као значајно повезани са прихватањем естетских интервенција, и то у обе испитиване групе, уосталом као и друге демографске варијабле.

Чињеница да нисмо добили повезаност индекса телесне масе и става према естетским интервенцијама, није толико неочекивана, како би се можда одмах помислило. Иако највећи број студија повезује БМИ са сликом тела, нарочито са незадовољством сликом тела (5, 6, 96, 97), постоје студије (67), које као и наша, дају податке да интересовање према естетским интервенцијама није толико повезано са телесном масом или телесним индексом већ је више повезано са укупном перцепцијом слике тела (32). У нашој студији, ово је још више изражено чињеницом да су испитаници биле особе које су радиле неку од нехируршких интервенција, где је јако мали број тих интервенција усмерен на озбиљнији губитак килограма, већ више на друге корекције у цртама или карактеристикама тела. Како аутори италијанске студије наводе (67), код италијанских жена, поменути резултати студија говоре да оне доживљавају естетске интервенције више као средство одржања идеала лепоте, него средство постизања мршаваог изгледа (98, 99). Такође, највећи број интервенција у тој популацији је у области корекција, повећања груди, што није повезано са индексом телесне масе.

### 5.3. АНАЛИЗА ТЕНДЕНЦИЈА КА ПОРЕМЕЋАЈИМА ЛИЧНОСТИ И ПРИХВАТАЊА ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Један од специфичних циљева је био испитати да ли постоји повезаност прихватања естетских интервенција са тенденцијама ка поремећајима личности (Избегавајући, Параноидни, Схизоидни, Антисоцијални, Нарцистички, Хистрионични, Зависни, Пасивно-агресивни и Опсесивно-компулсивни).

У нашем истраживању, приметне су значајне разлике на три скорa: код пасивно-агресивне и зависне тенденције виши скорови добијени су у контролној групи, док су код опсесивно-компулсивног виши скорови у третираној групи. Код свих тенденција личности, у оквиру обе групе, скорови су груписани према нижим вредностима, што је и очекивано с обзиром на клиничку и психопатолошку природу конструкта који се мере овом скалом, осим код опсесивно-компулсивне тенденције, где у третираној групи скорови формирају нормалну дистрибуцију.

Паван и сарадници су испитивали повезаност употребе пластичне хирургије са психолошким карактеристикама и поремећајима личности испитаника (103, 104). Овај систематски прегледни рад је конципиран са циљем да претрагом релевантне литературе испита повезаност и преваленцу, као и психопатолошке аспекте поремећаја личности у популацији која конзумира естетску медицину (103). Претрагом база података *Medline*, *PubMed*, *PsycINFO* и *EMBASE* рад је дао значајну анализу и допринос разумевању ове проблематике, а најважнији налаз је да особе које имају поремећај слике тела, најчешће немају ни опажену корист од спроведених естетских интервенција. Важност повезаних поремећаја личности или димензија, тиме се још више потенцира.

Клинички описи термина поремећаја слике тела издвајају субјективни негативни осећај незадовољства и физичког дефекта који пацијента наводи да верује да је предмет посматрања других због сопствене појаве (81, 82, 102, 103). Други аутори наводе објашњење да особе са овим поремећајем имају осећај срамоте због сопственог изгледа (105, 106). Услед таквог уверења, особа је преокупирана таквим мислима и опсесивним понашањем, што врло често води у делузије (105). Чак и Грци, термин дисморфофобија поистовећују са термином дисморфија што у грчком језику значи „ружноћа“ и преваходно се односи на изглед лица. Студија Павана и сарадника је прегледом литературе нагласила значај психопатологије личности, односно повезаност изгледа и



постојања разарајућих мисли и осећања као и понављајућих понашајних реакција (103). Дакле, према овој студији, врло је јасно преклапање поремећаја слике тела и опсесивно-компулзивног поремећаја. Анализом тенденција, аутори су објаснили неколико фактора који могу увести особу у поремећај личности. Етиологија је мултифакторијална (биолошка, психолошка и социокултурална). Особе које су најчешће дисморфофобичне су млађе особе, врло често усамљене и незапослене особе са социјалном фобијом. Затим, особе са нереалним идеалима везаним за спољашњи изглед уз жељу за постизањем естетских стандарда чешће развијају емоционалну нестабилност и поремећај личности као и понашања (102).

Чињеница да су у нашој студији, у третираној групи забележени виши скорови на опсесивно-компулзивним тенденцијама, може говорити у прилог и идеји да су то често особе које су заокупљене перфекционизмом или идеалним цртама, што понекад може представљати основу и за константно подвргавање естетским интервенцијама. Овој идеји иде у прилог што скорови на овој димензији нису били превише повишени, што би говорили о стварној тенденцији ка овом поремећају личности, већ умерено повишени, што вероватно наглашава одређене аспекте ове тенденције. Анализом садржаја ајтема који су имали највише просечне скорове на овој скали у третираној групи, уочавамо да се овде ради највероватније о аспекту перфекционизма, који је и у другим студијама издвајан као важна компонента незадовољства физичким изгледом, па чак и поремећајем дисморфије (107, 108). Сличне студије су показале и да је поремећај слике тела много озбиљнији поремећај него што је то опсесивно-компулзивни, и то тако што је степен делузије код ових особа већи (скоро 40% према 2% код О-К пацијената), а степен увида мањи (109). Најважније је да су особе које имају опсесивно-компулзивни поремећај у највећем броју случајева свесне да други људи доживљавају њихово понашење и њихове опсесије апсурдним, док је код поремећаја слике тела велики број пацијената уверен да их други људи такође доживљавају као ружне (109). Из тог разлога верујемо да је у нашем случају управо само одређени аспект опсесивно-компулзивних тенденција изражен, али опет довољно да се јави јача прихваћеност естетских интервенција и лакше одлучивање за њих.

Многе студије су показале честе поремећаје личности у студентској популацији оба пола. Кансевер је испитивао ову учесталост на узорку од 420 испитаника женског пола, и приметио је да је поремећај личности и незадовољство изгледом било присутно

код 43,8% испитаника, а чак 4,8% испитаника је задовољавао критеријуме за опсесивно-компузивне поремећаје личности (110).

Слично томе, Боне и сарадници спровели су студију на узорку од 133 студената од којих су 73,3% биле особе женског пола (111). Установљено је да је преваленца поремећаја личности у овом узорку 5,3% а да је поремећај личности био удружен са сниженим самопоуздањем, и понашањем са опсесивно-компузивним елементима. У другој студији на сличном узорку, преваленца је била чак 13% (112). Примећено је да је најчешћа особина личности у третираној групи опсесивност-компулсивност, која се такође испоставила као једна особина личности повезана са slabим задовољством након операције.

Претходне студије наводе да је сиптоматологија поремећаја личности различита. Један од све чешћих симптома различитих поремећаја личности управо је употреба и прихватање естетских интервенција, наводе резултати многих студија. У односу на преваленцу поремећаја личности код особа које су конзумирале естетску медицину, навешћемо још неколико примера студија са овом проблематиком.

Веале и сарадници су са циљем да препознају поремећај личности у групи испитаника који употребљавају минимално инвазивне естетске интервенције, закључили да је преваленца психопатологије и дисморфофобичног поремећаја у студијској популацији чак 53,6%, што је доста већа преваленца у односу на општу популацију (113). Најчешће се развио опсесивно-компулзивни поремећај личности. Поред тога, висока је преваленца и поремећаја расположења као и анксиозних поремећаја у популацији коју су чиниле већим делом особе женског пола. Нагласили су неопходност комуникације и сарадње психијатра и естетског хирурга како би се открио прави мотив за естетску интервенцију (113, 114).

Филипс и сарадници су истраживали учесталост поремећаја код испитаника који су спроводили минимално-инвазивне интервенције код дерматолога (86). Од укупно 268 испитаника, преваленца поремећаја личности је примећена код 11,9% испитаника, при чему је важно нагласити да испитаници нису имали значајне дефекте у изгледу и да су сви били подвргнути минимално инвазивним интервенцијама на кожи.

Затим, Вулинк је такође испитивао учесталост поремећаја личности у популацији која се подргава естетским интервенцијама и износила је 8% (115). Интересанто је, да је

ова студија нагласила високу учесталост неуротицизма и екстраверзије као елемената поремећаја личности и као димензија личности које су доминантне код особа које су имале неку естетску интервенцију.

Веале наглашава такође високу преваленцу поремећаја личности у групи испитаника са естетском интервенцијом. У узорку од 149 испитаника, чак 72 испитаника су имали поремећај личности који је чинио особе преокупиране својим спољашњим изгледом, при чему је социјална анксиозност и фобија код више од половине испитаника потврђена (113).

У САД је спроведена студија са сличним циљем као претходно наведене студије. *Crerand* је испитивао учесталост поремећаја личности (115). У популацији која је имала естетске интервенције, учесталост поремећаја се кретала од 7 до 15% а показано је да особе са овим поремећајима након спроведене естетске интервенције нису имале бенифит и побољшање квалитета живота, већ да је поремећај личности морао бити лечен психотерапијом и фармакотерапијом. Због велике учесталости поремећаја личности, као и због великог броја неоткривених и самим тим нелечених случајева поремећаја личности, овај аутор навео је да би било значајна већа употреба минимално инвазивних естетских интервенција са циљем откривања нових пацијената са поремећајима личности, који уколико се не лече могу се развити у озбиљне психијатријске поремећаје па и друге патологије (115).

У Аустралији, опсежна студија са испитивањем сличне проблематике спроведена од стране Касла и сарадника (116), описани су и случајеви суицида код особа које су имале естетску интервенцију и поремећај личности. Због нарушеног изгледа, многе особе прибегавају социјалној изолацији и повлачењу из свих аспеката живота, па на крају и до тешким депресивним епизодама и суициду. Минимално инвазивне интервенције које су најчешће споводили си микродермоабразија и третмани изотретиноином. Како су у већини случајева били незадовољни резултатима интервенција што објективно није било оправдано, тако је и била велика учесталост поремећаја личности у овом истраживању (116). Поред тога, велики број пацијената је позитивно реаговао на антидепресиве и на блокаторе преузимања серотонина (SSRI).

На крају, важно је нагласити социјалну компоненту која је важан фактор и тенденција ка поремећајима личности. У многим студијама социјални фактор је узрок поремећаја личности у различитим ситуацијама. У студији која је испитивала ову појаву,

примећено је код већине испитаника постојао висок ниво социјалне фобије, страха и анксиозности, али и низак ниво психосоцијалног функционисања и сиромашног друштвеног живота (117).

#### 5.4. АНАЛИЗА ДИМЕНЗИЈА ЛИЧНОСТИ И ПРИХВАТАЊА ЕСТЕТСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Анализу особина личности, спровели смо према Великих пет плус два моделу. Упитник Великих пет плус два је изграђен на основу лексичких описа личности на српском језику и описује следеће димензије личности (Неуротицизам, Екстраверзија, Савесност, Агресивност, Отвореност, Негативна и Позитивна валенца). Неуротицизам описује тенденцију ка емотивној нестабилности, негативном афекту, нервози, екстравертност квантитет и интензитет социјалних интеракција, енергичност и генералну позитивну емоционалност, отвореност тенденцију ка новим и узбудљивим искуствима, маштовитост и неконвенционалност, савесност организованост, ка циљу усмереност, поузданост и уздржаност, док је сарадљивост кооперативност, алтруистичност, и поверљивост (118). Осим укореењности описа ових димензија личности у нашем језику, препознатљивости модела у целом свету и његовој широкој употреби у истраживања (што омогућа лакше поређење резултата), један од разлога да се у нашем истраживању користимо овим моделом јесте и то што су истраживања добила релативну стабилност ових димензија током времена (119, 120), што говори у прилог и поузданости инструмента и поузданости извојених димензија личности.

У оквиру третиране групе скорови одступају према нижим вредностима на димензијама неуротицизам, агресивност и негативна валенце, што је такође очекивано, јер се поменуте особине односе на „негативне облике реакција“. Код осталих димензија, скорови одступају према вишим вредностима. У оквиру контролне групе добили смо исту слику, осим што скорови на димензији савесност и позитивна валенца не одступају од нормалне дистрибуције. Значајне *разлике* између ове две групе постоје на свим скоровима: код неуротицизма, агресивности и негативне валенце виши скорови добијени су у контролној групи, док су код осталих виши скорови у третираној групи.

У тренутку започињања наше студије, мало је других студија испитивало интерперсоналне факторе и прихватање естетске интервенције. Једна од њих је утврдила да постојање анксиозности, забринутости и лоших интерперсоналних односа са високом стопом предвиђа интересовање за естетску медицину (117).

Прегледни рад, који смо већ помињали у уводним деловима рада, а који се бавио систематском анализом података о повезаности димензија личности и слике тела (38),

анализирао је 26 студија и 33 посебна узорка обрађена у тим студијама. Резултати ове анализе показују да је негативна слика тела повезана са вишим нивоима неуротицизма, и нижим нивоима екстравертности, док су остале димензије из Великих пет модела имале различите смерове повезаности у зависности од квалитета студија које су ушле у овај преглед. Од њих, вероватно би са већим нивоом сигурности могли издвојити и повезаност негативне слике тела са нижим степеном димензије савесности. Као што је већ поменуто у уводу, аутори објашњавају ове резултате подацима да особе које бележе више скорове на неуротицизму имају тенденцију и да придају већи значај сопственом изгледу и да се више пореде са другима. У тим случајевима, ове особе су осетљивије на одбацивање и критику, што их чине више ризичним за развој и негативне слике тела (121). Особе са вишим нивоом екстравертности, мање су склоне ризику од негативне слике тела, јер су асертивније и склоније позитивнијим емоцијама (122), што их доводи у позицију да буду мање рањиве на негативан утицај социокултурних фактора који доприносе развоју негативне слике тела. Посебно значајан податак из овог прегледа је да је неуротицизам значајан фактор ризика и код мушкараца и код жена, што говори о важности ове црте личности (и персоналних црта уопште) у предвиђању прихватања естетских интервенција.

На основу ове студије, чинило би се да наши резултати одступају од тренда, тј. да су им контрадикторни, јер су испитаници у третираној групи (они који су били подвргнути некој минимално инвазивној естетској интервенцији) показали ниже резултате код неуротицизма, више код екстраверзије, и више на савесности, иако би се можда очекивало да буде супротно. Важно је нагласити, да наведене студије проучавају повезаност димензија личности са концептом слике тела, или најчешће, незадовољства сликом тела, који ми у нашем истраживању нисмо испитивали. Такође, наши испитаници нису радили хируршке интервенције, што је чешћи и јачи индикатор незадовољства сликом тела код кога би било логично добити обрнуте резултате од наших, да је неуротицизам виши, екстраверзија и савесност нижи у третираној групи у односу на контролну.

Међутим, друге студије говоре више у прилог наших резултата и објашњавају и поменуте резултате где је испитивано незадовољство сликом тела. Студија спроведена у Норвешкој (123), где су аутори такође користили модел Великих пет, добила је да су високи скорови на неуротицизму, али и екстраверзији, најбољи предиктори одлуке да се

неко определи за естетску интервенцију (у њиховом истраживању за хируршку интервенцију). Аутори су вишеструким регресионим моделима показали да екстравертност није само предиктор, већ да постаје и нека врста зависне варијабле након спроведене интервенције. Наиме, када су након периода од шест месеци опет испитивали групу пацијената, утврдили су да се скорови екстраверзије нису више толико разликовали од контролне групе, као што је био случај пре операције. Даљом анализом аутори су предложили модел где се задовољство физичким изгледом и екстраверзија налазе у међусобном односу утицаја, тј. да један подстиче други и обрнуто. Ова студија је битна и за наше налазе зато што смо и ми добили да виши нивои екстраверзије предвиђају позитивнији став према естетским интервенцијама, али и зато што могу објаснити претходно наведене налазе који кажу да особе које су незадовољне сликом тела, показују ниже нивое екстравертности (38). Аутори наводе и друге, раније студије (уп. 123), које су тврдили да екстравертне особе лакше приступају понашањима усмереним на побољшање изгледа, као што су промена фризура, облачења, што онда утиче на то да су и више задовољни својим изгледом од интровертнијих особа.

Ова студија такође може делимично објаснити и разлике добијене код црте неуротицизма. Иако неуротицизам може повећати вероватноћу да се особа одлучи за неку естетску интервенцију, јер је повезан за већим незадовољством сликом тела које значајно предвиђа и решеност за овај тип интервенција (73, 124), аутори наводе да се неуротицизам доводи у вези и са већим пасивним копинг стратегијама превазилажења стреса (125). Сасвим је зато вероватно да наше испитанике из третиране групе, који су бележили ниже скорове на неуротицизму од контролне групе (иако не значајно ниже), можда краси и активни стил приступа решавању стреса, па и изменама делове тела којима су незадовољни.

#### **5.4.1. Предвиђање прихватања естетских интервенција**

У погледу предвиђања прихватања естетских интервенција у односу на поремећаје личности и димензије личности, анализирали смо опсесивно-компулзивну тенденцију, отвореност, савесност и екстраверзију. Ако у експлоративни регресиони модел укључимо само оне варијабле који показују највећу корелацију (опсесивно-компулзивну тенденцију из PBQ скале и отвореност, савесност, и екстраверзију из ВП+2 модела личности) са критеријумском варијаблом (Прихватање естетских интервенција), добијамо резултате који показују да скуп одабраних варијабли, у третираној групи,

предвиђа непуних 10% варијансе критеријумске варијабле. Ако искључимо Отвореност која у том моделу не доприноси значајно објашњењу варијансе, добијамо коначни модел у коме све варијабле доприносе предвиђању са само 9,2% варијансе. То значи да виши нивои савесности (која највише предвиђа Прихватање естетских интервенција), виши нивои опсесивно-компулсивних тенденција и виши нивои екстраверзије предвиђају виши ниво прихватања естетских интервенција, нарочито оних нехируршких. У контролној групи, предвиђање је још ниже, са 8,1% објашњене варијансе критеријумске варијабле.

У постојећим радовима, не истиче се посебно значај савесности као концепта у предвиђању слике тела, нити негативне слике тела. Наиме, неки аспекти ове црте (38), сугеришу већи ризик од негативне слике тела (прихватање социјалних конвенција и донекле, склоност њиховом конформирању), док други (126), сугеришу већу отпорност (константна запосленост, активност, радно ангажовање и сл.). Оно што није рађено у нашиј студији, а са чиме би се сложили са претходним радовима, јесте детаљнија анализа скорова на нивоу фацета (поддимензија на скали ВП+2), где би се указало које поддимензије ових црта значајније предвиђају неки концепт слике тела. Аутори поменутог прегледног рада (38), наводе пример анализе димензије отворености, која као целина није показала значајну повезаност са незадовољством сликом тела, али њени подфактори, као што је склоност фантазијама, јесте. Ова поддимензија, могла би да буде значајна и за наше истраживање.

По питању екстраверзије, наши резултати су у складу са већ поменутим студијама (123-125), које су тврдиле да екстравертне особе лакше приступају понашањима усмереним на побољшање изгледа од интровертнијих особа, и да су у том контексту више проактивне. Овим налазима можемо придодати и резултате наших претходних студија (5), где се показало да су хипертимичне особе више склоне да примећују одређене недостатке на свом телу и да се лакше одлучују за минимално инвазивне естетске интервенције од опште популације. Хипертимични темперамент би се у овом контексту повезивао са оптимизмом, енергичношћу, али и екстраверзијом и проактивношћу, што је највероватнији разлог зашто ове особе лакше одлуче да предузму нешто када осете незадовољство (127-129).

Од тенденција ка поремећају личности у нашој студији као једини предиктор прихватања естетских интервенција издвојила се опсесивно-компулсивна тенденција.



Овде се мора узети у обзир и чињеница да су новије студије, нарочито оне које су за мерење димензија личности користиле психометријске батерије и стандардизоване тестове личности, а не клиничке интервјуе, показале много мању присутност психопатологије код особа које су затражиле неку естетску интервенцију (74, 92, 124). Није зато необично што се само издвојила једна тенденција ка поремећајима личности, која је и најчешће издвајана корелација. Неоспорно је да мора постојати извесна доза незадовољства, која ће имати улогу мотивационог катализатора за естетске интервенције (124), само та доза не мора бити на нивоу дисморфофобије, и неког другог клиничког феномена.

Такође, битно је нагласити да већина спроведених студија свој предмет проучавања оставља на незадовољству конкретним деловима тела, и самим тим интервенцијама на само одређеним деловима тела (131, 132). Како су наше претходне студије показале (5, 6, 64), највећи број клијената које раде минимално инвазивне интервенције раде их на свим деловима тела, показујући тако потребу да измене недостатке на свим деловима тела, не само на једном.

У ово разматрање, и у будућим студијама, требало би можда унети и појам самомотрења (133). Снајдер и сарадници су у својим истраживањима показали да ће ставови људи са високим самомотрењем (особе које су фокусиране више на то како изгледају пред другим људима и због тога константно мотре на то да ли њихово понашање одговара ситуацијским знаковима и реакцијама других) вероватно више бити у улози прилагођавања социјалној ситуацији (и конформирању). Особе које немају изражену тенденцију ка самомотрењу ће с друге стране бити више фокусиране на унутрашња стања па ће њихови ставови више бити рефлексивна интрапсихичких процеса. Ако то применимо нарочито на нехируршке естетске интервенције, можемо претпоставити да ће особе које су више окренуте јавној слици о себи, више водити рачуна о свом изгледу у тој јавности, као и о очекивањима значајних других.

Налази студија (32, 38), такође говоре да се страхови поводом слике тела код људи више повезују са ставовима према естетским интервенцијама, него што се повезују идеалистичке слике тела, међутим, питање мотивације и јачине утицаја ових фактора мора бити даље испитивано. У нашем истраживању, нисмо посебно раздвајали ове мотивацијске основе, и то би могло бити питање за даље студије. Коначно, било би корисно у будућим истраживањима издвојити незадовољство појединим аспектима

слике тела, од оног генерализованог, које је више било предмет ове студије (иако нисмо директно испитивали овај концепт), као и испитивати ставове према специфичким врста естетских интервенција, а не само општи став према њима.

## **6. ЗАКЛЮЧЦИ**

## 6. ЗАКЉУЧЦИ

У уводном делу рада видели смо колики су били бројеви спроведених естетских интервенција и колики проценат је од њих био у области нехируршких, минимално инвазивних интервенција, у тренутку када смо почињали израду ове тезе (134). Пред крај њене израде број је још више порастао, тако да је 2018. године Америчко друштво пластичних хирурга тај број проценило на укупно 17,5 милиона свих естетских интервенција током 2017. (135). Највећи број тих интервенција биле су минимално инвазивне процедуре, као што је примена инјекција ботулинум токсина (124).

Ретке студије спроведене на правим националним узорцима показују да у тим популацијама веома мало мушкараца и жена показује веома високо задовољство или незадовољство својим изгледом, што оставља највећи проценат људи у области умереног задовољства или незадовољства (118). Та чињеница ставља још већи значај на испитивање минимално инвазивних или нехируршких интервенција, јер оне постају средство којим најлакше и без озбиљнијих последица људи могу приступити свом умереном незадовољству изгледом. Ипак, студије које су пратиле повезаност незадовољства физичким изгледом са бројним потенцијалним исходима, показале су да у већини случајева, спроведене интервенције у циљу побољшања спољашњег изгледа значајно доприносе бољем квалитету живота, који се рефлектовао и у професионалном животу, и на приватном плану, попут односа у браку и задовољства у сексуалним односима (136).

Наша студија се бавила анализом потенцијалних разлика у прихватању естетских интервенција између особа које су из естетских разлога имале неку од нехируршких естетских интервенција и оних које то нису, и повезаности тих разлика са цртама личности (из великих пет плус две модела), и тенденцијама ка поремећајима личности. Утврђивање повезаности неких тенденција личности мерених у овој студији са већим прихватањем естетских интервенција, даће смернице за будућа истраживања фактора који утичу на учесталију примену естетских интервенција. Ово је важно зато што се појава учесталих естетских интервенција повезује и са поремећајима у перцепцији

сопственог тела, али и другим проблемима у менталном функционисању попут депресивности, поремећаја исхране и анксиозности.

На основу наших резултата, као и на основу резултата других аутора, можемо закључити следеће:

- 1) Валидирана је скала прихватања естетских интервенција на српском језику, у популацији особа које су имале неке неинвазивне естетске интервенције односно њена интерна конзистентност, тест-ретест поузданост и факторска структура, и скала је показала добре психометријске карактеристике. Овим је потврђена и претходна валидација ове скале на српском језику, која је спроведена само на општој популацији (89);
- 2) Између особа које нису имале нехируршке естетске интервенције (контролна група) и оних које јесу (третирана група), постоји значајна разлика у прихватању естетских интервенција. Очекивано, и као што је потврђено у скоро свим страним студијама са сличним циљем и методологијом, третирана група показује веће прихватање на свим димензијама скале и укупном скору од контролне групе, која није још имала директног искуства са овим типом интервенција;
- 3) Примећено је да не постоје разлике у прихватању естетских интервенција према категоријама из групе здравствених варијабли (индекс телесне масе, хронична обољења, узимање лекова, држање дијета, претходне хируршке интервенције, интензитет физичке рекреације и др);
- 4) Скорови на скали прихватања естетских интервенција су били у корелацији са скоровима на супскалама из Великих пет плус два модела и супскалама Скале тенденција ка поремећајима личности. Ове везе су ипак биле доста ниског нивоа, тако да је само неколико варијабли ушло у модел предвиђања прихватања естетских интервенција;
- 5) Студија је утврдила предиктивне вредности одређених тенденција личности мерених у овој студији са већим прихватањем естетских интервенција. Код третиране групе, која је била примарни фокус овог истраживања, виши степен прихватања естетских интервенција предвиђају скорови на димензији савесности, екстраверзије, и тенденција ка опсесивно-компулсивном поремећају личности,

која се у овом случају највероватније може поистоветити са тенденцијом ка перфекционизму.

Резултати добијени овом студијом пружају и значајан корак ка пружању услуга усмерених у правцу побољшања квалитета менталног здравља популације која има потребу за естетским нехируршким или хируршким интервенцијама, нарочито ако се узме у обзир чињеница да се до сада углавном радило на популацији која се одлучује за *хируршке естетске захвате*, а занемаривали проблеми популације која прихвата „само“ *нехируршке* козметичко-естетске процедуре.

Свакако би један од закључака требало да буде да се при одлучивању за естетске интервенције, или при учесталим неинвазивним интервенцијама, које према процени лекара немају реалну основу у физичким проблемима, требало користити и неким од инструмената за процену димензија личности, или проблема у психичком функционисању. Примери оваквих инструмената су инструмент SAGA, који се све чешће користи при селекцији клијената који ће се подвргнути или не естетским интервенцијама (137), или SATAQ односно SATAQ-ED, који испитују социјалне утицаје на слику тела и проблеме у исхрани (проблеме који су у вези и са естетским интервенцијама), а који су се показали као корисно средство за предвиђање доживљаја степена успешности терапије ових проблема (138). На овај начин, особе које имају неки од локализованих проблема, нпр. поремећај слике тела (139), али и друге карактеристике које имају потврђене везе са овим и сличним поремећајима (140), могле би бити упућене на детаљнију евалуацију и процену детерминанти које се можда налазе у основи њихових захтева за подвргавањем естетским интервенцијама, а како би се извршила превенција потенцијалних проблема након интервенција.

## **7. ЛИТЕРАТУРА**

## 7. ЛИТЕРАТУРА

1. American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) Cosmetic surgery national data bank statistics. American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2014.
2. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). International survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2014. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2015.
3. American Society for Dermatologic Surgery. ASDS survey: Skin cancer, cosmetic procedures jump 22 percent in 2013. 2013 ASDS survey on dermatologic procedures. American Society for Dermatologic Surgery, 2014.
4. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Statistics on Cosmetic Procedures Worldwide (Report). International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2015.
5. Stolić M, Ignjatović-Ristić D, Jović M, Jeremić J, Hinić D, Jovanović M, Stolić D. Body image dissatisfaction, temperament traits, and self-esteem in patients with multiple minimally invasive cosmetic procedures. *Srp arh celok lek.* 2019; 147(1-2): 59-64.
6. Stolić M, Stolić D, Hinić D, Ignjatović-Ristić D. Localisation and Types of Cosmetic Medical Treatments – Correlation with Demographic Characteristics of Serbian Clients. *Ser J Exp Clin Res.* 2016; 17(2):117-124.
7. Garner DM. Body image survey. *Psychol Today.* 1997; 30:30–84.
8. Kim S, Lee Y. Why do women want to be beautiful? A qualitative study proposing a new “human beauty values” concept. *PLoS ONE.* 2018; 13(8): e0201347.
9. Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of cosmetic patients. *Dermatologic Therapy* 2008; 21: 47-53.
10. Lam SM. Aesthetic strategies for the aging Asian face. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2007; 15:283-291.
11. Zoumalan RA, Larrabee WF. Anatomic considerations in the aging face. *Facial Plast Surg.* 2011; 27:20.



12. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bullet.* 2008; 134: 460–476.
13. Van Vonderen KE, Kinnally W. Media effects on Body image: Examining media exposure in the broader context of internal and other social factors. *American Communication Journal.* 2012; 14 (2): 41-57.
14. Frith K, Shaw P, Cheng H. The construction of beauty: A cross-cultural analysis of women's magazine advertising. *J Commun.* 2005; 46–70.
15. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image.* 2004; 1: 99–111.
16. Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image.* 2009; 6: 7–13.
17. Roszell P, Kennedy D, Grabb E. Physical attractiveness and income attainment among Canadians. *J Psychol.* 1989; 123(6): 547–559.
18. Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson JK. The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract.* 2005; 12(4):421–433.
19. Strahan EJ, Wilson AE, Cressman KE, Buote VM. Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image.* 2006; 3(3):211–227.
20. Sarwer DB, Magee L, Clark V. Physical appearance and aesthetic medical treatments: physiological and socio-cultural influences. *J Cosmet Dermatol.* 2004; 2:29-39.
21. Lunde C. Acceptance of aesthetic surgery, body appreciation, body ideal internalization, and fashion blog reading among late adolescents in Sweden. *Body Image.* 2013; 10(4):632-635.
22. Dayan S, Rivkin A, Sykes JM, Teller CF, Weinkle SH, Shumate GT, Gallagher CJ. Aesthetic treatment positively impacts social perception: Analysis of subjects from the Harmony study. *Aesthet Surg J.* 2018; doi: 10.1093/asj/sjy239.
23. Sarwer DB, Infield AL, Baker JL, Casas LA, Glat PM, Gold AH. et al. Two-year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthet Surg J.* 2008; 28:245-250.

24. Rubeša G, Tic-Bačić T, Sveško-Visentin H, Bačić G. The influence of aesthetic surgery on the profile of emotion. *Collegium Antropologicum* 2011; 35, Suppl. 2, 51–55.
25. Turhan-Haktanir N, Geçici O, Murat Emül H, Aşık A, Demir Y, Ozbulut O. Temperament and character traits of women admitted for breast reduction and comparison with body perception. *Aesthetic Plast Surg.* 2010; 34(3): 359-364.
26. Nikolić J, Janjić Z, Marinković M, Petrović J, Božić T. Psychosocial characteristics and motivational factors in woman seeking aesthetic breast augmentation surgery. *Vojnosanit Pregl.* 2013; 70(10):940–946.
27. Javo IM, Sørliie T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 124(6): 2142-2148.
28. Grilec Kaurić A, Ujević D. Antropometrija kao komplementarna mjera životnog standarda. *Poslovna izvrsnost.* 2013; 7(2): 145-154.
29. Cash TF, Winstead BA, Janda LH. The great American shape-up: Body image survey report. *Psychol Today.* 1986; 20: 30-37.
30. Williams MD, Rodning CB. Vitruvian man: Metaphor of a "complete" physician. *Pharos* 1997; 60(3): 22-27.
31. Badoud D, Tsakiris M. From the body's viscera to the body's image Is there a link between interoception and body image concerns? *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 77: 237-246.
32. Henderson-King D, Henderson-King E. Acceptance of cosmetic surgery: Scale development and validation. *Body Image.* 2005; 2:137–149.
33. Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice.* New York: The Guilford Press, 2002.
34. Gardner RM, Jappe LM, Gardner L. Development and validation of a New figural drawing scale for body-image assessment: The BIAS-BD. *J Clin Psychol.* 2009; 65: 113-122.
35. Cash TF, Pruzinsky T. *Body images: Development, deviance and change.* New York: The Guildford Press, 1990.
36. Groenman NH, Sauer HC. Personality characteristics of the cosmetic surgical insatiable patient. *Psychother Psychosom* 1983; 40(1-4): 241-245.

37. Phillips KA, Dufresne RG., Jr Body dysmorphic disorder: a guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* 2000;1:235–243.
38. Allen MS, Walter EE. Personality and body image: A systematic review. *Body Image.* 2016; 19: 79–88.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4<sup>th</sup> edn. Washington, DC: APA, 1994.
40. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *Am Soc Rev.* 1995; 60: 141–156.
41. Barker ET, Galambos NL. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *J Early Adolescence,* 2003; 23: 141-165.
42. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *J Youth Adolescence.* 2006; 35: 217-229.
43. Dobson KS. *Handbook of cognitive-behavioural therapies.* New York: Guilford Press, 2001.
44. Allport GW. *Sklop i razvoj ličnosti.* Beograd: Kultura, 1962.
45. Bouchard TJ Jr, Loehlin JC. Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics.* 2001; 31:243–273.
46. Fulgosi A. *Psihologija ličnosti - Teorija i istraživanja.* Zagreb: Školska knjiga, 1997.
47. Korać Ž. *Škole i sistemi u psihologiji.* Beograd: Dosije, 2008.
48. Costa PT, McCrae RR. *NEO Personality Inventory–Revised (NEO–PI–R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO–FFI) professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.
49. Knežević G, Džamonja-Ignjatović T, Đurić-Jočić D. *Petofaktorski model ličnosti.* Beograd: Centar za primenjenu psihologiju, 2004.
50. Smederevac S, Mitrović D. *Ličnost - metodi i modeli.* Beograd: Centar za primenjenu psihologiju, 2006.
51. Smederevac S, Mitrović D, Čolović P. *Velikih pet plus dva, primena i interpretacija.* Beograd: Centar za primenjenu psihologiju, 2010.

52. Bornstein RF. Reconceptualizing Personality Pathology in DSM-5: Limitations in Evidence for Eliminating Dependent Personality Disorder and Other DSM-IV Syndromes. *J Pers Disord.* 2011; 25(2):235–247.
53. Millon T, Davis RO. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond.* New York: John Wiley & Sons, 1996.
54. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, Michels R, Westen D. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry.* 2010; 167(9):1026–1028.
55. Fournier JC, Derubeis RJ, Beck AT. Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychol Med.* 2012; 42(4):795–805.
56. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioural body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63:263–269.
57. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn. *Exacting Beauty: Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance.* Washington: American Psychology Association, 1998.
58. Furnham A, Greaves N. Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *Eur J Pers.* 1994; 8: 183-200.
59. Brodie DA, Bagley K, Slade PD. Body-image perception in pre- and post-adolescent females. *Percept Mot Skills.* 1994; 78: 147–154.
60. Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn J. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Int J Eat Disord.* 2000; 28: 155-164.
61. Flores-Cornejo F, Kamego-Tome M, Zapata-Pachas MA, Alvarado GF. Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017; 39(4): 316-322.
62. Fansa H, Haller S. Patients' decision for aesthetic surgery. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2011; 43(6):368-375.
63. Ashikali E-M, Dittmar H, Ayers S. The Impact of cosmetic surgery advertising on Swiss women's body image and attitudes toward cosmetic surgery. *Swiss J Psychol.* 2017; 76(1):13–21.

64. Stolić D, Stolić M, Ignjatović-Ristić D, Jovanović M, Čertić B, Hinić D. Structure of the attitudes towards cosmetic procedures acceptance. *Srp arh celok lek.* 2019; in press, doi: 10.2298/SARH190327087S
65. ASPS. Plastic Surgery Statistics Report. US: The American Society of Plastic Surgeons, 2013.
66. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115: 931–938.
67. Stefanile C, Nerini A, Matera C. The factor structure and psychometric properties of the Italian version of the Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. *Body Image.* 2014; 11: 370–379.
68. Kotzampasakis D, Piniara A, Themelis S, Kotzampasakis S, Gabriel E, Maroudias N, Nikolopoulos T. Quality of life of patients who underwent aesthetic rhinoplasty: 100 cases assessed with the Glasgow Benefit Inventory. *Laryngoscope.* 2017; 127(9): 2017-2025.
69. Bertheuil N, Thienot S, Chaput B, Varin A, Watier E. Quality-of-Life assessment after medial thighplasty in patients following massive weight loss. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 135(1):67e-73e.
70. Terino E. Psychology of the aesthetic patient: the value of personality profile testing. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2008; 16(2):165-171.
71. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg.* 2002; 25:305–308.
72. Nerini A, Matera C, Stefanile C. Psychosocial predictors in consideration of cosmetic surgery among women. *Aesthet Plast Surg.* 2014; 38:461–466.
73. Kvalem IL, von Soest T, Roald HE, Skolleborg KC. The interplay of personality and negative comments about appearance in predicting body image. *Body Image.* 2006; 3:263–273.
74. Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 83–90.

75. Farshidfar Z, Dastjerdi R, Shahabizadeh F. Acceptance of aesthetic surgery: Body image, self-esteem and conformity. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013; 84:238-242.
76. Swami V, Hadji-Michael M, Furnham A. Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image.* 2008; 5:322-325.
77. Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy & Research.* 2007; 31:357–370.
78. Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy.* 2001;39(10):1213–1225.
79. Kligman AM, Koblenzer C. Demographics and psychological implications for the aging population. *Dermatol Clin.* 1997; 15(4):549-553.
80. Matts PJ. New insights into skin appearance and measurement. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2008; 13(1):6-9.
81. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001; 42:504–510.
82. Phillips KA. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS Spectrums.* 2002; 7:453–460.
83. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in aesthetic surgery: A comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111: 469–480.
84. Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 10: 363–369.
85. Davis K. *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery.* New York: Routledge, 1995.
86. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42:436–441.
87. Spurgas AK. Body Image and cultural background. *Sociol inq.* 2005; 75 (3): 297-316.
88. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In TF. Cash, T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38–46). New York: Guilford Press, 2002.

89. Jovic M, Sforza M, Jovanovic M, Jovic M. The Acceptance of cosmetic surgery scale: Confirmatory factor analyses and validation among Serbian adults. *Curr Psychol.* 2017; 36(4): 707–718.
90. Swami V. Translation and validation of the Malay Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. *Body Image.* 2010; 7: 372–375.
91. Swami V, Hwang CS, Jung J. Factor structure and correlates of the Acceptance of Cosmetic Surgery Scale among South Korean university students. *Aesthet Surg J.* 2012; 32: 220–229.
92. Didie ER, Sarwer DB. Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *J Womens Health* 2003; 12: 241–253.
93. Gardner RM. Body Image Assessment in Children. U T. F. Cash, T. Pruzinsky (Ur.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, 127-134. New York: The Guilford Press, 2002.
94. Wiseman MA, Gray JJ, Moismann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: An update. *Int J Eat Disord.* 1992; 11: 85–89.
95. Sarwer DB, Magee L, Crerand CE. Cosmetic surgery and cosmetic medical treatments. In JK. Thompson (Ed.). *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 718–737). New Jersey: Wiley, 2003.
96. Swami V, Campana A, Ferreira L, Barrett S, Harris AS, Tavares M. The acceptance of Cosmetic Surgery Scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. *Body Image.* 2011; 8: 179–185.
97. Swami V, Campana AN, Coles R. Acceptance of cosmetic surgery among British female university students. Are there ethnic differences? *Eur Psychol.* 2012; 17: 55–62.
98. Caputo A. The social representation of cosmetic surgery in the Italian popular press. *Ricerche di Psicologia.* 2013; 2: 263–291.
99. De Rosa AS, Holman A. Social representations of female–male beauty and aesthetic surgery: A cross-cultural analysis. *Temas em Psicologia.* 2011; 19: 75–98.
100. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991; 50(2):179-211.

101. Yazdandoost R, Hayatbini N, Fatemi MJ. Body image coping strategies among aesthetic surgery patients in Iran. *World J Plast Surg.* 2017; 6(2):159-163.
102. Callaghan GM, Lopez A, Wong L, Northcross J, Anderson KR. Predicting consideration of cosmetic surgery in a college population: a continuum of body image disturbance and the importance of coping strategies. *Body Image.* 2011; 8(3):267-274.
103. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg.* 2008; 32(3):473-484.
104. Pavan C, Vindigni V, Semenzin M, Mazzoleni F, Gardiolo M, Simonato P, Marini M. Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: what about body dysmorphic disorder? *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006; 10(2):91-96.
105. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(9):1138-1149.
106. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics.* 1992; 33(2):156-165.
107. Vashi NA. Obsession with perfection: Body dysmorphia. *Clin Dermatol.* 2016; 34(6):788-791.
108. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: A comparison of clinical features. *Eur Psychiatry.* 2004; 19: 292–298.
109. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2004; 45(1):10–15.
110. Cansever A, Uzun O, Donmez E. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry.* 2003; 44:60–64.
111. Bohne A, Keutern NJ, Deckersbach T. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res.* 2002; 109:101–104.
112. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychol.* 1998; 54:489–499.



113. Veale D, Kinderman P, Riley S, Lambrou C. Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *Br J Clin Psychol.* 2003; 42(2):157-169.
114. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2004; 1: 113–125.
115. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118:167e-180e.
116. Castle DJ, Phillips KA, Dufrense RG. What is beauty? Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol.* 2004; 3:99–103.
117. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2000; 41:229–236.
118. Frederick DA, Sandhu G, Morse PJ, Swami V. Correlates of appearance and weight satisfaction in a U.S. National Sample: Personality, attachment style, television viewing, self-esteem, and life satisfaction. *Body Image.* 2016; 17: 191–203.
119. Roberts BW, Del Vecchio WF. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psycholog Bullet.* 2000; 126: 3–25.
120. Vaidya JG, Gray EK, Haig J, Watson D. On the temporal stability of personality: Evidence for differential stability and the role of life experiences. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 83: 1469–1484.
121. Benford K, Swami V. Body image and personality among British men: Associations between the Big Five personality domains, drive for muscularity, and body appreciation. *Body Image.* 2014; 11: 454–457.
122. Wilt J, Revelle W. Extraversion. In MR. Leary, RH. Hoyle (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 27–45). New York: Guilford, 2008.
123. von Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Cosmetic surgery and the relationship between appearance satisfaction and extraversion: Testing a transactional model of personality. *J Res Pers.* 2009; 43: 1017-1025.
124. von Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117: 51–62.

125. Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations between personality and coping: A meta-analysis. *J Pers Soc Psychol.* 2007; 93: 1080–1107.
126. Roberts BW, Lejuez C, Krueger RF, Richards JM, Hill PL. What is conscientiousness and how can it be assessed? *Developmental Psychol.* 2014; 50: 1315–1330.
127. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J. Affect. Disord.* 2005; 85(1–2): 3–16.
128. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, Azorin JF, Bourgeois ML, Sechter D, Fraud JP, Chatenêt-Duchêne L, Lancrenon S, Perugi G, Hantouche EG. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J. Affect. Disord.* 2005; 85: 9–36.
129. Ristić-Ignjatović D, Hinić D, Bessonov D, Akiskal SH, Akiskal KK, Ristić B. Towards validation of the short TEMPS-A in non-clinical adult population in Serbia. *J Affect Disord.* 2014; 164: 43-49.
130. Sarwer DB. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image.* 2018; in press doi: 10.1016/j.bodyim.2019.01.009
131. Sarwer DB, Spitzer, JC. Cosmetic surgical procedures for the body. In TF. Cash (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 360–365). London: Elsevier, 2012.
132. Sarwer DB, Spitzer JC. Aesthetic surgery. In D. Greenberg, B. Fogel (Eds.). *Psychiatric care of the medical patient* (pp. 1424–1431). New York: Oxford University Press, 2015.
133. Snyder M, Gangestad S. On the nature of self-monitoring: Matters of assessment, matters of validity. *J Pers Soc Psychol.* 1986; 51: 125–139.
134. Hotta TA. Plastic surgical and nonsurgical procedure statistics 2014. *Plast Surg Nurs.* 2015; 35(2):53-54.
135. American Society of Plastic Surgeons. *National clearing house of plastic surgery procedural statistics – 2017.* US: ASPS, 2018.
136. van den Brink F, Vollmann M, Sternheim LC, Berkhout LJ, Zomerdijk RA, Woertman L. Negative body attitudes and sexual dissatisfaction in men: The mediating role of Body self-

consciousness during physical intimacy. *Arch Sex Behav.* 2017; 23: doi: 10.1007/s10508-017-1016-3

137. Blackburn VF, Blackburn AV. Taking a history in aesthetic surgery: SAGA—the surgeon's tool for patient selection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008; 61(7):723-729.
138. Heinberg LJ, Coughlin JW, Pinto AM, Haug N, Brode C, Guarda AS. Validation and predictive utility of the Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire for Eating Disorders (SATAQ-ED): Internalization of sociocultural ideals predicts weight gain. *Body Image.* 2008; 5: 279–290.
139. Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg.* 2005; 29: 503–509.
140. Castle DJ, Rossel S, Kyrios M. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2006; 29: 521–538.

## **8. ПРИЛОЗИ**

**Прилог 1.1. Социо-демографски упитник**

<b>Пол</b>	<b>1.</b> мушки	<b>2.</b> женски	<b>Колико година имате?</b> Упишите број година: ____		
<b>Степен образовања</b>	<b>1.</b> завршена основна школа		<b>2.</b> завршена средња школа	<b>3.</b> тренутно студирам	<b>4.</b> завршена виша школа/факултет
<b>Брачно стање</b>	<b>1.</b> ожењен		<b>2.</b> у вези	<b>3.</b> нисам у вези	<b>4.</b> друго _____
<b>Радни статус</b>	<b>1.</b> запослен		<b>2.</b> незапослен	<b>3.</b> студирам	<b>4.</b> у пензији
<b>Број деце</b>	<b>1.</b> немам деце		<b>2.</b> имам деце Упишите број деце: ____		
<b>Како би сте оценили ваш економски положај?</b> <i>(заокружите само један одговор)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Једва састављам крај с` крајем</li> <li><b>2.</b> Имам довољно за основне потребе (храну, рачуне...)</li> <li><b>3.</b> Поред основних потреба могу да приуштим себи и друге мање (гардеробу, биоскоп, изласке ...)</li> <li><b>4.</b> Имам довољно за основне потребе и неке крупније издатке (белу технику, намештај, летовања...)</li> <li><b>5.</b> Немам значајнијих финансијских потешкоћа</li> </ol>				
<b>Да ли сте икада били подвргнути некој естетској интервенцији?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> јесам</li> <li><b>2.</b> нисам</li> </ol>				

**Прилог 1.2.** Скала ставова према естетским интервенцијама (*Attitudes Towards Cosmetic Surgery Scale-ATCSS*)

Пред Вама је списак тврдњи о Вашем ставу према естетским интервенцијама, без обзира да ли сте некада имали или нисте имали било који облик естетске интервенције.

Ако се у потпуности слажете са тврдњом заокружите у потпуности се слажем (7).

Ако се углавном слажете са тврдњом заокружите (6).

Ако се делимично слажете, заокружите (5).

Ако сте неодлучни, или нисте сигурни да ли се слажете или не, заокружите неодлучан сам (4).

Ако се делимично не слажете, заокружите (3).

Ако се углавном не слажете са тврдњом, заокружите (2).

Ако се у потпуности не слажете са тврдњом, заокружите у потпуности се не слажем (1).

	У потпуности се не слажем	Углавном се не слажем	Делимично се не слажем	Неодлучан сам	Делимично се слажем	Углавном се слажем	У потпуности се слажем
1. Мислим да је паметније да се особа подвргне малим естетским интервенцијама него да годинама пати због тога како изгледа.	1	2	3	4	5	6	7
2. Козметичке интервенције су добре због тога што могу да помогну људима да се осећају добро у својој кожи.	1	2	3	4	5	6	7
3. У будућности, вероватно ћу пробати неку од естетских интервенција.	1	2	3	4	5	6	7
4. Људи који су веома незадовољни својим физичким изгледом требало би да размотре неку естетску интервенцију као решење.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ако козметичка интервенција може да учини особу срећном у вези са својим изгледом, онда она мора то да проба.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ако би ми неко поуздан понудио бесплатну естетску интервенцију, прихватио/ла бих.	1	2	3	4	5	6	7
7. Када бих знао/ла да неће бити негативних последица или бола, волео/ла бих да пробам неку естетску интервенцију.	1	2	3	4	5	6	7
8. Понекад размишљао о томе да пробам неку естетску интервенцију.	1	2	3	4	5	6	7
9. Озбиљно бих размотрио/ла да се подвргнем естетској интервенцији када би мој партнер мислио да је то добра идеја	1	2	3	4	5	6	7

10. Никада нећу имати никакву естетску интервенцију.	1	2	3	4	5	6	7
11. Урадио/ла бих естетску интервенцију како бих и даље изгледао/ла млад/а.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ако би то помогло мојој каријери, сигурно бих узео/ла у обзир неку козметичку интервенцију.	1	2	3	4	5	6	7
13. озбиљно бих размислио/ла да се подвргнем некој естетској интервенцији ако би ме партнер/ка због тога сматрао/ла привлачнијим/ом.	1	2	3	4	5	6	7
14. Козметичке интервенције могу донети велико побољшање слике коју људи имају о себи.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ако би ме обична козметичка интервенција учинила привлачнијим/ом другим људима, размислио/ла бих о томе.	1	2	3	4	5	6	7