УДК 159.9:61 EDN QMJNXY

Конфигурации сопряжения личностных свойств и осознанной саморегуляции у врачей хирургического и терапевтического профилей: вторичный аналитический синтез рецензируемых данных 2020-2026 годов

С.К. Ширинян*

Российский новый университет, ул. Радио, 22, Москва, 105005, Россия

*E-mail: sarkis1779@mail.ru

Аннотация. Предмет работы – профильно-обусловленная вариативность сопряжений между чертами «Большой пятёрки» и компонентами осознанной саморегуляции у врачей. На материале рецензируемых публикаций 2020-2026 годов выполнен вторичный синтез количественных находок по оси «хирургия – внутренняя медицина». Расхождение профилей проходит по конфигурации их связей с регуляторными функциями, под нагрузкой расхождение более существенное. Было намечено основание для прямой эмпирической проверки на сбалансированных выборках.

Ключевые слова: осознанная саморегуляция, личностные свойства, «Большая пятёрка», врачи хирургического профиля, врачи терапевтического профиля, регуляторно-личностное взаимодействие, профильная дифференциация.

Configurations of the conjunction of personal characteristics and conscious self-regulation in surgeons and physicians: a secondary analytical synthesis of peer-reviewed data from 2020 to 2026

S.K. Shirinian*

Russian New University, 22 Radio Street, Moscow, 105005, Russia

*E-mail: sarkis1779@mail.ru

Abstract. The subject of the work is the profile-dependent variability of the connections between the Big Five traits and the components of conscious self-regulation in doctors. Based on the material of peer-reviewed publications from 2020 to 2026, a secondary synthesis of quantitative findings was performed along the "surgery-internal medicine" axis. The divergence of profiles occurs in the configuration of their connections with regulatory functions, and the divergence is more significant under stress. A basis was outlined for direct empirical verification using balanced samples.

Keywords: conscious self-regulation, personality traits, the Big Five, surgical doctors, therapeutic doctors, regulatory-personal interaction, profile differentiation.

1. Введение

Произвольная регуляция поведения у практикующего врача нагружена непрерывно. Хирургия сопряжена с острым стрессом, быстрыми процедурными решениями, ответственностью за немедленный исход. Терапия устроена иначе: протяжённое диагностическое рассуждение, устойчивая коммуникация, ведение хронических состояний. Один профиль вознаграждает мгновенную мобилизацию, другой – выдержанность.

Различие специальностей проступает не на поверхности. Фоновые личностные распределения хирургов и прочих медработников значимо не разошлись. Под давлением картина иная: тип Navigator у 22% хирургов против 14% в когорте здравоохранения (P = 0,05) [1]. Результаты позволяют предположить, что профильная специфика обусловлена контекстно-зависимой активацией регуляторных процессов, а не стабильными личностными характеристиками.

Прямое сопоставление профилей в литературе присутствует. Контраст ординаторов внутренней медицины и хирургии – ближайший доступный аналог пары «терапевты – хирурги» [2]. Универсального «хирургического характера» выявлено не было. Личность входит в регуляторные системы: принятие цели, оценивание результатов, гибкость, самостоятельность. Фиксированному типу она не поддаётся [3]. Осознанная саморегуляция, метаресурс координации произвольной активности, к объяснению профильных различий привлекалась редко [4].

Цель работы – выявить и истолковать различия в конфигурациях регуляторно-личностных связей между профилями по опубликованным данным.

Объект – регуляторно-личностное взаимодействие у практикующих врачей. Предмет – профильная вариативность корреляционных паттернов.

Гипотеза H1: профили расходятся конфигурацией их сопряжения с регуляторными функциями, не средним уровнем черт.

Гипотеза H2: дифференциация локализована на уровне фасетов и ситуативной активации. Под нагрузкой она резче, в покое – слабее.

2. Постановка задачи (Цель исследования)

Цель исследования: изучить особенности профильной дифференциации личности у представителей разных медицинских специальностей (хирургов и терапевтов), чтобы выявить избирательные различия в структуре личностных черт и регуляторных механизмов, а также определить, обусловлены ли эти различия изначальным личностным складом или

формируются под влиянием профессиональной деятельности, с учётом потенциальных смешивающих факторов (например, гендерного состава групп).

Исследование направлено на проверку двух гипотез:

- (H1) Профессиональная контролирующая дифференциация проявляется не в изменении общего уровня черт, а в специфической конфигурации их взаимосвязей.
- (H2) Различия затрагивают отдельные фасеты черт и ситуативно-активируемые регуляторные стратегии, а не глобальные личностные типы.

Осознанная саморегуляция произвольной активности – система психических средств. Ими субъект ставит цели и доводит их до результата. В функциональную структуру входят планирование целей, моделирование значимых условий, программирование действий, оценивание результатов. Над этим уровнем – регуляторно-личностные свойства: гибкость (готовность перестроить программу при смене обстоятельств) и самостоятельность (автономность целеполагания и контроля). Метаанализ подтверждает: саморегуляция координирует мотивационные и личностные переменные, но не коррелирует с ними на одном уровне. При структурном моделировании на выборке свыше 1500 учащихся её центральная прогностическая роль подтверждена [5]. Под стрессом проступает буферная функция. По обновлённому опроснику SRPQM 2020 (1436 учащихся 16-23 лет, M = 17,9, SD = 1,35) воспринимаемый стресс оказался отрицательным предиктором карьерной адаптивности, осознанная саморегуляция – положительным [5]. Измерены были учащиеся, не врачи.

Личность врача описывают через «Большую пятёрку» – пятифакторную модель с добросовестностью, негативной эмоциональностью (нейротизмом), экстраверсией, доброжелательностью, открытостью опыту. «Хирургический характер» здесь – аналитическая проблема, не стереотип. Относительно популяционной нормы хирурги, ординаторы и хирургически ориентированные студенты выше по экстраверсии, добросовестности, доброжелательности и открытости, ниже по негативной эмоциональности. И всё же профиль подвижен [6]. Черты встречаются чаще обычного – единого типа, в целом, нет [3].

Сопряжение черты с регуляцией – теоретически мотивированное соответствие, не измеренное тождество. Рабочие соответствия таковы: добросовестность ↔ программирование, планирование и устойчивость к нагрузке, негативная эмоциональность ↔ уязвимость гибкости и оценивания результатов, доброжелательность ↔ моделирование социальных условий и межличностный самоконтроль, экстраверсия и напористость ↔ готовность к действию и самостоятельность. Под мостом – эмпирика. Добросовестность положительно связана с приростом лапароскопического навыка ($r = 0,36$, $p < 0,05$) [7]. При

высокой негативной эмоциональности растёт эмоциональное истощение ($r = 0,43$, $p < 0,01$) [8]. Нейробиологическая опора – префронтальная кора, субстрат нисходящего контроля. Под неконтролируемым стрессом поведение уходит к рефлекторно-привычным паттернам [9].

3. Методы и материалы исследования

В источниковую базу вошли рецензируемые публикации 2020-2026 годов: эмпирические исследования, систематические обзоры, обзорно-аналитические работы, международные и отечественные. Критерий отбора – изучение личностных черт и/или осознанной саморегуляции и выгорания у врачей. Приоритет был отдан работам с прямым сопоставлением хирургических и терапевтических специальностей. Без такого смещения ось «хирургия – терапия» теряет опору.

Синтез прошёл в три приёма. Из каждой работы были извлечены количественные находки: объёмы выборок, средние (M), t-критерий, величины эффекта (d), коэффициенты корреляции (r), уровни значимости (p), отношения шансов (OR). Извлечённое было сгруппировано по оси «хирургический профиль – терапевтический профиль / внутренняя медицина». Затем материал был сведен в две сравнительные таблицы и были соотнесены черты «Большой пятёрки» с компонентами осознанной саморегуляции. Величины эффекта были приведены в формате первоисточника, без пересчёта и округления. Для сопоставимости это принципиально.

Методологическая осторожность здесь обязательна – таковы свойства источниковой базы. Валидной эмпирики на собственно хирургических выборках мало. Из 3056 отобранных аннотаций строгим критериям отвечали лишь 6 исследований (386 хирургов) [10]. Сопоставимость к тому же страдает от разнородности инструментария и самоотчётного характера методик. Это было учтено при интерпретации.

Методологическую основу составляет вторичный анализ и интегративный синтез данных, представленных в рецензируемых источниках. Числовые показатели были взяли из первоисточников. По методике ССПМ повторный сбор данных не проводился. Соответствия между чертами личности и компонентами осознанной саморегуляции интерпретативны и ждут прямой эмпирической проверки.

4. Полученные результаты

4.1. Профильные различия личностных черт

Различия между профилями кроются не в общем уровне черт. Они – в отдельных доменах и фасетах. При прямом сопоставлении ординаторов внутренней медицины и хирургии (n = 35 и n = 35, Revised NEO-PI) разошлись два домена. Доброжелательность выше у терапевтов: 47,4 против 40,5 (t = 2,931, p = 0,005). Экстраверсия выше у хирургов: 52,4 против 45,4. Общий нейротизм группы не разделил. В то время, как у хирургов сильнее враждебная гневливость и импульсивность [2]. Различие проступает и на уровне фасетов. Кардиоторакальные хирурги опередили интервенционных радиологов по доброжелательности (4,13 против 4,00, p = 0,046). Сосудистые хирурги оказались ниже по негативной эмоциональности (2,00 против 2,20, p = 0,007). Открытость, добросовестность, экстраверсия сопоставимы [6]. Избирательность тут показательна: расходятся не профили целиком – лишь их отдельные грани.

Под поверхностью различий виден и поколенческий слой. По открытости у ординаторов показатели ниже (3,60), у хирургов – 3,92, у студентов – 3,82. По негативной эмоциональности впереди студенты (2,44), за ними ординаторы (2,12) и хирурги (2,07) [6]. От популяционной нормы процедурная специальность отходит в основном далеко. У акушеров-гинекологов нейротизм d = −1,09, экстраверсия d = 0,79, доброжелательность d = 1,04, добросовестность d = 0,97 (все P < 0,001) [11]. Величины эффекта здесь крупные. Слабая выраженность межгрупповых различий указывает на необходимость проверки факторов, влияющих на результат. Та же логика – в смежном нейронаучном кластере: профили специальностей не совпадают и внутри одного медицинского семейства [12] (таблица 1).

Таблица 1. Профильные различия личностных черт.

Источник	Сопоставляемые группы	Находка (формат первоисточника)
[Kyaw et al., 2022]	Внутренняя медицина (n = 35) vs хирургия (n = 35); Revised NEO-PI	Доброжелательность 47,4 vs 40,5 (t = 2,931, p = 0,005); экстраверсия 52,4 vs 45,4; общий нейротизм без различий; у хирургов выше враждебная гневливость и импульсивность; женщины 65,7% vs 22,9%
[Sier et al., 2025]	Сосудистые (n = 105), кардиоторакальные (n = 41), интервенционные радиологи (n = 78); BFI-2	Доброжелательность: кардиоторакальные 4,13 vs радиологи 4,00 (p = 0,046); негативная эмоциональность: сосудистые 2,00 vs радиологи 2,20 (p = 0,007); открытость, добросовестность, экстраверсия сопоставимы

[Sier et al., 2022]	Ординаторы (n = 69), хирурги (n = 60), студенты (n = 54); Dutch BFI-2	Открытость: ординаторы 3,60 < хирурги 3,92, студенты 3,82; негативная эмоциональность: студенты 2,44 > ординаторы 2,12, хирурги 2,07; vs норма выше экстраверсия, добросовестность, доброжелательность, открытость, ниже негативная эмоциональность
[Surbeck et al., 2020]	Неврологи, нейрохирурги, психиатры (n = 723 из 5148); TIPI	Нейронаучный кластер выше по открытости; нейрохирурги – ниже нейротизм, выше добросовестность; психиатры – выше доброжелательность
[Raoust et al., 2023]	Акушеры-гинекологи (n = 472) vs референс (n = 1943); IPIP-NEO	Нейротизм d = −1,09; экстраверсия d = 0,79; доброжелательность d = 1,04; добросовестность d = 0,97 (все P < 0,001)
[Glavin et al., 2026]	Хирурги (n = 199) vs медработники (n = 5887); PRISM	Фоновые распределения без значимых различий; под давлением тип Navigator у 22% хирургов vs 14% когорты (P = 0,05)

Источник: авторская разработка.

4.2. Сопряжение черт с регуляторными исходами

В сопряжении черт с регуляторными исходами были выделены две зоны: уязвимости и защиты. В зоне уязвимости на первом плане – негативная эмоциональность. Её положительные связи со стрессом, эмоциональным истощением (r = 0,43) и деперсонализацией соседствуют с отрицательной связью с личными достижениями. У доброжелательности вектор обратный, протективный [8]. Добросовестность отвечает не статичному навыку, его приросту. До тренинга такой зависимости не было. После – связь с темпом улучшения значима (r = 0,36, p < 0,05) [7]. Контраст показателен: за одной чертой – риск истощения, за другой – обучаемость.

Под нагрузкой связи жёстче, риск растёт непропорционально. В стиле решений нейротизм тоже различим: отрицательно – с индивидуально-центрированным, слабо положительно – с командным. В регрессии его вклад в дисперсию стиля – до 18% [11]. У врачей неотложной помощи с личностью типа D – негативная аффективность с социальным торможением – риск выгорания высок. Отношение шансов достигает OR = 7,82 (доверительный интервал 3,27-18,68) [13]. Несмотря на высокий показатель относительного риска (OR ≈ 8), большой доверительный интервал ограничивает однозначность выводов. Исход зависит и от регуляторной стратегии: при подавлении эмоций выше деперсонализация,

при когнитивной переоценке – личные достижения [14]. Полный числовой каркас – в таблице 2.

Таблица 2. Сопряжение личностных черт с регуляторными исходами.

Источник	Связь	Значение
[Zastrow et al., 2025]	Нейротизм ↔ воспринимаемый стресс	r = 0,26 (p = 0,01)
[Zastrow et al., 2025]	Нейротизм ↔ эмоциональное истощение	r = 0,43 (p < 0,01)
[Zastrow et al., 2025]	Нейротизм ↔ деперсонализация	r = 0,26 (p = 0,01)
[Zastrow et al., 2025]	Нейротизм ↔ личные достижения	r = −0,30 (p = 0,01)
[Zastrow et al., 2025]	Доброжелательность ↔ деперсонализация	r = −0,23 (p = 0,01)
[Zastrow et al., 2025]	Доброжелательность ↔ личные достижения	r = 0,29 (p = 0,01)
[Hattori et al., 2023]	Добросовестность ↔ прирост навыка	r = 0,36 (p < 0,05)
[Hattori et al., 2023]	«Большая пятёрка» ↔ прирост навыка	r = −0,44 (p < 0,05); прирост 172% (95,7 → 56,5 мм·с)
[Raoust et al., 2023]	Нейротизм ↔ индивидуально-центрированный стиль	r = −0,28
[Raoust et al., 2023]	Нейротизм ↔ командный стиль	r = 0,15; регрессия до 18% дисперсии
[Somville et al., 2022]	Тип D ↔ выгорание (неотложная помощь)	r = 0,41 (p < 0,001); OR = 7,82 (ДИ 3,27–18,68)
[Martín-Brufau et al., 2020]	Подавление эмоций ↔ деперсонализация	β = 0,20 (p < 0,05)
[Martín-Brufau et al., 2020]	Когнитивная переоценка ↔ личные достижения	β = 0,35 (p < 0,01)

Источник: авторская разработка.

4.3. Различие структуры связей по профилям

При сведении находок проступают два полюса. Хирургический – кластер «напористость – готовность к действию – низкий нейротизм». Он близок к программированию действий и самостоятельности [2, 15]. Терапевтический – кластер «доброжелательность – прямота – альтруизм», ближе к моделированию социальных условий и межличностному самоконтролю [2]. У одного профиля опора на скорость и автономию, у другого – на чуткость и согласование. Взаимосвязи между основными параметрами подтверждены экспериментально: программирование ↔ добросовестность [7], гибкость и оценивание результатов ↔ уязвимость при нейротизме [8, 11]. Соответствия интерпретативны: измерены черты и исходы, не шкалы саморегуляции.

5. Выводы

Профильная дифференциация – не смена личностного типа, точечная перестройка связей. Различия избирательны: отдельные домены и фасеты различны при сходстве остальных [6]. Видны они большей частью под давлением, фоновые распределения совпадают [1]. Хирургический полюс тяготеет к конфигурации программирования и самостоятельности, терапевтический – к моделированию и межличностному самоконтролю.

Следует учитывать наличие альтернативных объяснений полученных результатов. Возможны два прочтения. Либо в специальность приходят люди известного склада. Либо профиль формируется уже в практике. Вопрос пока открытый. Профиль подвижен, на него влияют отбор, обучение, институциональная культура [6]. Гендер представляет собой потенциальный конфаундер (переменную в статистике, которая искажает наблюдаемую взаимосвязь между изучаемой независимой переменной и зависимой переменной), что диктует необходимость корректировки модели с целью минимизации смещения. Женщин в терапевтической группе 65,7%, в хирургической – 22,9%. При стратификации по полу значимые различия исчезают [2]. Профиль, стало быть, с полом смешивать нельзя.

Ограничения жёсткие. Первичных данных по методике ССПМ нет. Соответствия «черта ↔ регуляторный компонент» интерпретативны, не эмпиричны. Из-за кросс-секционности большинства источников каузальные выводы недоступны [3]. К самоотчёту примешиваются систематические искажения. Полученные данные требуют дальнейшего подтверждения в дополнительных исследованиях.

Гипотеза H1 согласуется с доступными данными: профили расходятся конфигурацией сопряжений, не общим уровнем черт. Гипотеза H2: дифференциация – на уровне фасетов и ситуативной активации регуляции. Связь осознанной саморегуляции с личностными свойствами подтверждается лишь отдельными исследованиями и требует дальнейшей верификации. Для получения более надежных результатов целесообразно проведение исследования с одновременным применением методики ССПМ и личностного опросника на репрезентативных выборках хирургов и терапевтов, сбалансированных по полу и профессиональному стажу. До тех пор выводы сохраняют статус рабочих гипотез.

Список литературы

1. Glavin, R.E. Personality Profiles and Under-Pressure Behavioral Patterns in Surgical Trainees and Faculty: Implications for Leadership Curriculum Design / R.E. Glavin, B.P. Scannell,

B.J. Shore, P.M. Waters // The American surgeon. – 2026. – Vol. 92 (7). – https://doi.org/10.1177/00031348261424392.

2. Kyaw, L. Personality differences between internal medicine and surgical residents in an Asian population // L. Kyaw, K.Y. Loh, Y.Q. Tan, F.M.W. Wu, H.Y. Tiong, Z. Wang // BMC Medical Education. – 2022. – Vol. 22. – 650. – https://doi.org/10.1186/s12909-022-03689-w.
3. Schmitz, S.M. Mapping the Surgical Personality: A Scoping Review of Personality Traits in Surgical Education and Career Choice / S.M. Schmitz, A. Dedovic, L. Mazilescu, A. Mantas, S. Herbstreit, U.P. Neumann, T.F. Ulmer // Journal of Surgical Education. – 2026. – Vol. 83(3). –103848. – https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2025.103848.
4. Morosanova, V.I. Conscious Self-regulation, Motivational Factors, and Personality Traits as Predictors of Students' Academic Performance: A Linear Empirical Model / V.I. Morosanova, I.N. Bondarenko, T.G. Fomina // Psychology in Russia: State of the Art. – 2022. – Vol. 15(4). – P. 170-187. – https://doi.org/10.11621/pir.2022.0411.
5. Моросанова, В.И. Влияние стресса и осознанной саморегуляции на карьерную адаптивность студентов / В.И. Моросанова, Н.Г. Кондратюк, А.М. Потанина, А.В. Коршунов // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. – 2025. – № 22(2). – С. 316-336. – https://doi.org/10.22363/2313-1683-2025-22-2-316-336.
6. Sier, V.Q. The Big Five: Studying the surgical personality / V.Q. Sier, R.F. Schmitz, H. Putter, A. Schepers, J.R. van der Vorst // Surgery. – 2022. – Vol. 172(5). – P. 1358-1363. – https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.08.003.
7. Hattori, M. Conscientiousness counts: How personality traits impact laparoscopic surgical skill improvement in medical students / M. Hattori, H. Egi, N. Hasunuma // Journal of Surgical Education. – 2023. – Vol. 80(10). – P. 1412-1417. – https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.07.015.
8. Zastrow, R. Correlation between the "Big Five" personality traits and burnout in orthopaedic surgery residents / R. Zastrow, N. Chintalapudi, R. Pool, P. Rosopa, B. Scannell, B. Hartley, A.S. Levin, G. Ode // JBJS. – 2025. – Vol. 10(3). – e25.00059. – https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.25.00059.
9. Arnsten, A.F.T. Physician distress and burnout: the neurobiological perspective / A.F.T. Arnsten, T. Shanafelt // Mayo Clinic Proceedings. – 2021. – Vol. 96(3). – P. 763-769. – https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.12.027.
10. Bisset, C.N. A systematic review of the abdominal surgeon's personality: Exploring common traits in Western populations / C.N. Bisset, T. McKee, M. Cawley, E. Tilling, S.J. Moug // Behavioral Sciences. – 2021. – Vol. 11(1). – 2. – https://doi.org/10.3390/bs11010002.

11. Raoust, G. Personality traits and decision-making styles among obstetricians and gynecologists managing childbirth emergencies / G. Raoust, P. Kajonius, S. Hansson // Scientific Reports. – 2023. – Vol. 13. – 5607. – https://doi.org/10.1038/s41598-023-32658-6.
12. Surbeck, W. Neurologists, neurosurgeons, and psychiatrists' personality traits: A comparison / W. Surbeck, R. Samuel, D. Spieler, E. Seifritz, G. Scantamburlo, M.N. Stienen, F. Scholtes // Acta Neurochirurgica. – 2020. – Vol. 162(3). – P. 461-468. – https://doi.org/10.1007/s00701-020-04233-9.
13. Somville, F. Burnout, stress and Type D personality amongst hospital/emergency physicians / F. Somville, G. Van der Mieren, H. De Cauwer, P. Van Bogaert, E. Franck // International Archives of Occupational and Environmental Health. – 2022. – Vol. 95. – P. 389-398. – https://doi.org/10.1007/s00420-021-01766-z.
14. Martín-Brufau, R. Emotion regulation strategies, workload conditions, and burnout in healthcare residents / R. Martín-Brufau, A. Martin-Gorgojo, C. Suso-Ribera, E. Estrada, M.-E. Capriles-Ovalles, S. Romero-Brufau // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. Vol. 17(21). – 7816. – https://doi.org/10.3390/ijerph17217816.
15. Sier, V.Q. Cut from the same cloth? Investigating the personality of interventional and surgical cardiovascular specialists / V.Q. Sier, M.J. Verhagen, M. Zegel, R.F. Schmitz, C.S.P. van Rijswijk, J. van Schaik, E.J.E.T. Schmidt, J.F. Hamming, A. Schepers, I.J. Wijdh-den Hamer, M.C. Burgmans, J. Hjortnaes, J.R. van der Vorst // Langenbeck's Archives of Surgery. – 2025. – Vol. 410. – 309. – https://doi.org/10.1007/s00423-025-03874-7.