



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546148>

Концепция «второго мнения» в психиатрии

В.Д. Менделевич

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье анализируется стратегия «второго мнения» («second opinion»), подразумевающая предоставление пациентам возможности получения второго (другого) мнения квалифицированного специалиста в тех случаях, когда пациенты не уверены в правильности своего диагноза или хотят рассмотреть другие варианты лечения. Сравняется использование «второго мнения» в общей медицине и психиатрии. Указывается, что в психиатрии редко можно получить «второе мнение», и научных исследований по этому вопросу крайне мало как в общей, так и в судебной психиатрии. Делается вывод о том, что неостребованность концепции «второго мнения» со стороны психиатров связана с множеством факторов, в частности с распространённостью диагностического и терапевтического релятивизма. Утверждается, что психиатры должны пересмотреть своё отношение к концепции «второго мнения», обрести навыки коммуникации с пациентами на темы обоснования правильности собственного диагностического заключения и создать критерии объективной оценки квалификации врачей.

Ключевые слова: *второе мнение, психиатрия, психиатрическая диагностика, диагностический и терапевтический релятивизм, судебная психиатрия, состязательность сторон.*

Для цитирования:

Менделевич В.Д. Концепция «второго мнения» в психиатрии // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 3. С. 12–20. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546148>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546148>

The concept of a second opinion in psychiatry

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

ABSTRACT

The article analyses the “second opinion” strategy, which involves providing patients with the opportunity to obtain a second (different) opinion from a qualified specialist in cases where patients are not sure of the correctness of their diagnosis or want to consider other treatment options. The use of “second opinion” in general medicine and in psychiatry is compared. It is pointed out that it is rare to get a “second opinion” in psychiatry, and there is very little scientific research on this issue in both general and forensic psychiatry. It is concluded that the lack of demand for the concept of “second opinion” on the part of psychiatrists is associated with many factors, in particular with the prevalence of diagnostic and therapeutic relativism. It is argued that psychiatrists should reconsider their attitude to the concept of “second opinion”, gain communication skills with patients on the topics of substantiating the correctness of their own diagnostic conclusion and create criteria for an objective assessment of the qualifications of doctors.

Keywords: *second opinion, psychiatry, psychiatric diagnostics, diagnostic and therapeutic relativism.*

For citation:

Mendelevich VD. The concept of a second opinion in psychiatry. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(3):12–20. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb546148>.

В последние годы одной из модных, востребованных и юридически оформленных медицинских технологий стала стратегия «второго мнения» («second opinion»), подразумевающая предоставление пациентам возможности получения второго (другого) мнения квалифицированного специалиста в тех случаях, когда пациенты не уверены в правильности поставленного им диагноза или хотят рассмотреть другие варианты лечения [1–16].

На медицинском рынке появилось большое количество предложений использовать данный подход в очной форме, режиме онлайн и даже при помощи интернет-помощников и искусственного интеллекта [7]. Пациентов призывают не откладывать обращение за «вторым мнением», составляются и обнародуются рейтинги наиболее квалифицированных врачей различных специальностей, к которым рекомендуют обращаться за «вторым мнением» [17]. Помимо этого, перечисляются патологические состояния, при которых обращение за «вторым мнением» признается обязательным, — подозрения на рак, синдром дефицита внимания и гиперактивности, болезнь Паркинсона, депрессии и биполярное расстройство, а также операции на сердце [18]. Принимаются юридические нормы, позволяющие распространять на эту процедуру страховое покрытие, то есть финансировать повторное обследование и дополнительную консультацию врача [19].

Следует отметить, что пациенты и ранее не были ограничены в своих правах, имели возможность и стремились проверять и перепроверять выставляемые им диагнозы, ставить под сомнение первичные диагностические выводы, обращаться за уточнениями к другим специалистам. Основой такой активности становилось стремление избежать врачебных ошибок с трагическими исходами [12].

Исследования подтверждают существенное снижение количества ошибок при обращении за «вторым мнением». Так, в симуляционной ситуации, в которой около половины диагнозов были заведомо неверны, получение диагнозом одной лишней секунды на принятие диагностического решения снизило частоту ошибок до 25,8%, а получение двух «вторых мнений» снизило частоту ошибок до 16,0% [12]. Модель показала, что «второе мнение» имеет значение, даже когда диагностическая точность идеальна.

В настоящее время появилась новая тенденция пациентов — использование онлайн-самодиаг-

ностики с дальнейшим стремлением оспаривать диагнозы в диалоге с врачом или требовать от того научно обосновать свою диагностическую или терапевтическую позицию [20, 21]. Врачи по-разному реагируют на обращение пациентов за «вторым мнением» — нередко это вызывает чувство раздражения и досады «от недоверия лечащему врачу» [22].

Основная проблема использования концепции «второго диагноза» заключается в том, что делать в случае несовпадения врачебных заключений и кто должен в таких ситуациях принимать дальнейшее диагностическое и терапевтическое решение? Обычно в соответствии с принципом информированного согласия ответственность за выбор между правильностью первичного и вторичного врачебного мнения остаётся за пациентом, который имеет право опираться на различные объективные или субъективные параметры. В частности, в качестве аргумента пациент может ориентироваться на авторитет врача, его популярность среди пациентов, его академическую или практическую карьеру, наличие научных степеней и званий, личностные качества или навыки психологической поддержки.

Оказалось, что несовпадение первичного и последующих диагнозов — скорее правило, чем исключение. Результаты исследований ряда авторов [23] было подтверждено, что независимое «второе мнение» расходилось с первым у значительной части пациентов. Другие исследования не подтверждали значимых расхождений, но обратили внимание на описанную проблему принципов выбора между первым и вторым врачебным мнением [13].

По мере развития здравоохранения возникали дискуссии о том, является ли обращение пациента за «вторым мнением» его правом или уступкой, обязаны ли врачи направлять пациентов для получения «второго мнения» в тех случаях, когда существует вероятность обвинения врачей в злоупотреблении служебным положением. И, наконец, рассматривались аргументы за и против лечения пациентов, которых направляют для получения «второго мнения», — на чьи лечебные назначения следует ориентироваться пациенту [16].

Анализ практической деятельности показал, что врачи все же не всегда информируют пациентов (в первую очередь, пожилых и малообразованных) о возможности обратиться за «вторым мнением». В связи с этим J. Venbassat [23] был сделан вывод о том, что необходимы изменения

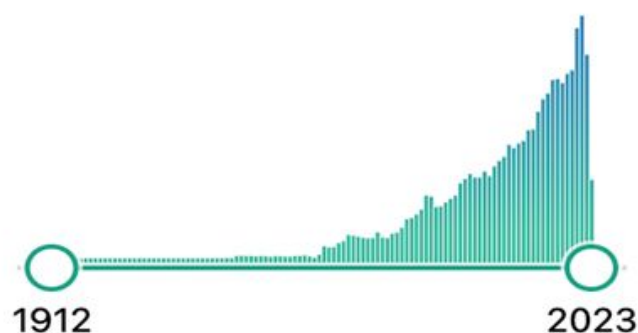


Рис. 1. Динамика количества научных публикаций по тематике «второго мнения» (по данным PubMed) [9]

в системе оказания медицинской помощи, в частности следует повышать самосознание врачей относительно возможной тенденции к дискриминации некоторых групп пациентов и создавать в системе здравоохранения программы, которые помогали бы пациентам получать «второе мнение», предлагать специалистов для лечения и «предоставить инструменты для примирения противоречивых мнений».

В подавляющем большинстве медицинских специальностей предоставление пациенту возможности обратиться за «вторым мнением» стало рутинной медицинской технологией, не вызывающей дискуссии. В этом отношении психиатрическая диагностика оказалась по-настоящему не вовлечена в обсуждение данной проблематики. Количество научных публикаций в PubMed, посвящённых изучению организации процедуры «второго мнения», по всем медицинским специальностям обнаруживает тенденцию к существенному росту (рис. 1), за исключением психиатрии, где таких исследований практически не проводят, и данная тема не становится предметом широкой профессиональной дискуссии.

При этом известно, что именно пациенты с психическими расстройствами нуждаются в подтверждении их диагноза и выборе адекватной и безопасной терапии по причине психотравмирующего характера психиатрического диагноза, трудностей дифференциальной диагностики психических расстройств, отсутствия лабораторных способов верификации диагноза и его стигматизирующего влияния на пациента [24]. В данном контексте особую группу составляют пациенты с ипохондрическим и диссоциативными расстройствами.

Авторы научного обзора на тему «Второе мнение в психиатрии» [25] подтверждают, что

в психиатрии редко можно получить «второе мнение» и что научных исследований по этому вопросу крайне мало. Стигматизация психических расстройств и пациентов, а также уникальность отношений между пациентом и врачом в психиатрии могут создавать значительные препятствия для использования «второго мнения» в этой области. Кроме того, больше заинтересованных сторон, таких как социальные работники, государственные учреждения и регулирующие органы, медицинские страховые компании и страховщики по инвалидности, а также агентства социального обеспечения, вовлечены в психическое здоровье по сравнению с сектором соматического здоровья, что может затруднить достижение скоординированного подхода к психиатрической помощи. Однако, пишут авторы обзора, мы не нашли убедительной причины, почему «второе мнение» психиатрами не обсуждалось и не обсуждается. «Психиатрия могла бы извлечь пользу из продолжающихся дискуссий о результатах второго мнения в других медицинских дисциплинах» [26–28].

В рамках анализируемой темы мы задались вопросом о том, почему тема «второго мнения» не находится в центре внимания психиатров, несмотря на очевидную востребованность со стороны пациентов и их родственников? Нас заинтересовало, какие причины лежат в основе игнорирования психиатрами темы «второго диагноза» — объективные или субъективные?

«Второе мнение» в общей психиатрии.

Реальность психиатрической практики такова, что всё чаще психиатры относятся к психиатрической диагностике как к формальности и не считают принципиальным для выбора тактики терапии установление точного диагноза по Международной классификации болезней (МКБ)

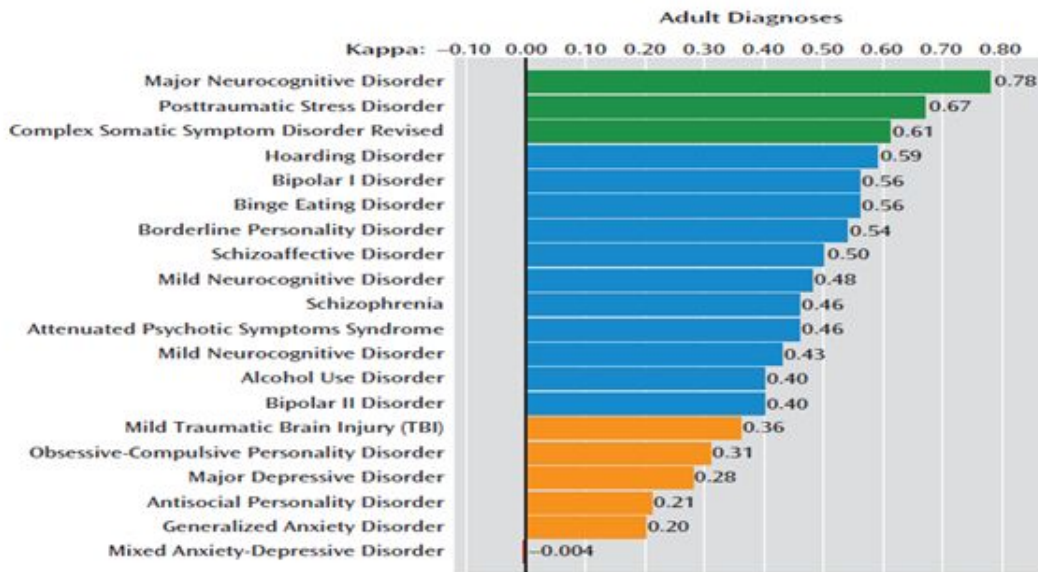


Рис. 2. Согласованность психиатрических диагнозов у взрослых (по Robert Freedman [33])

или Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (DSM — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Как показывают исследования, отечественные психиатры нередко выставляют диагнозы, считающиеся так называемыми «предварительными» (например, смешанного тревожного и депрессивного расстройства, расстройства адаптации), которые не всегда ведут к назначению адекватной состоянию больных терапии [29]. Психиатры убеждены, что от точной диагностики, например генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства или социофобии, подходы к терапии не изменятся. Особенно ярко данный подход проявился при переходе к спектральной психиатрической диагностике [30]. Спектры фактически «размыли» представление о точно сформулированном диагнозе.

Следует обратить внимание на парадигмальные изменения, происходящие в сфере диагностики психических и поведенческих расстройств. Из классификаторов исчезло понятие «нозологического диагноза», а психические болезни были переименованы в «психические расстройства». По меткому замечанию D. Taylor [31], «Классификация психических заболеваний даёт нам ложное чувство порядка и «сырую» систему адекватного назначения лекарств. Часто показания к применению не имеют практически никакого отношения к спектру психотропного действия препарата, и, как следствие, точный диагноз не требуется для оптимального назначения». Данный феномен был

назван нами «*диагностическим и терапевтическим релятивизмом*» [30].

Ярким примером диагностического релятивизма в психиатрии служат данные специального исследования, которое показало: 48% психиатров убеждены, что «невозможно или вряд ли возможно создать точный и удобный перечень диагностических критериев шизофрении», а ещё 44% опрошенных утверждают, что «это сделать можно, но необходимо совершенствовать перечни критериев диагностики» [32]. Результаты данного исследования отразили скепсис специалистов по поводу точности собственных диагностических заключений, но это не отразилось на продолжении практики диагностики шизофрении даже в случаях неопределённости диагноза.

Исследования согласованности выставления психиатрами диагнозов психических расстройств показали, что во многих случаях мнения психиатров по поводу того или иного клинического случая расходятся. Наиболее явные расхождения наблюдаются по таким расстройствам, как смешанное тревожно-депрессивное, генерализованное тревожное, большое депрессивное расстройство, а также такие личностные расстройства, как обсессивно-компульсивное и антисоциальное у взрослых и несуйцидальное самоповреждающее поведение у детей [33] (рис. 2 и 3).

Анализ ситуации показывает, что в отличие от профессионалов-психиатров пациенты вкладывают в понятие диагноза психического заболевания иной смысл. Во многих случаях они не

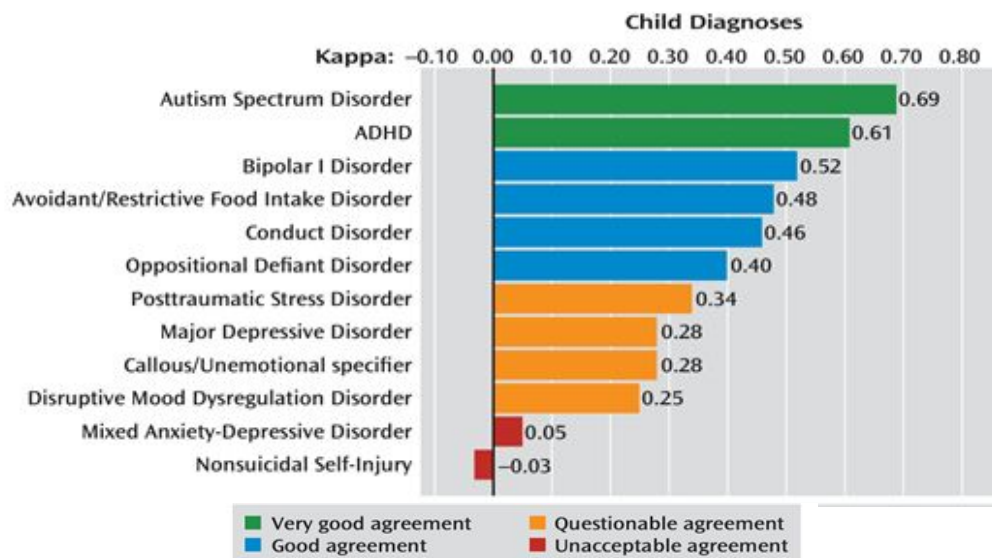


Рис. 3. Согласованность психиатрических диагнозов у детей (по Robert Freedman [33])

согласны с диагнозом, выставленным им психиатром [34]. Они не готовы принять позицию о спектральной диагностике и стремятся получить от врача информацию о точном и однозначном диагнозе.

Кроме того, в дискуссиях с врачами о том, на основании каких критериев из МКБ или DSM им был выставлен тот или иной диагноз, они настаивают не столько на перечислении этих критериев, сколько на представлении клинических доказательств обнаружения конкретных феноменов в конкретной клинической ситуации. В процессе подобной диагностической дискуссии врач нередко не способен или не желает вступить в прямую конфронтацию с пациентом и уклоняется от дальнейшего обсуждения. Именно это может стать для пациента основанием посчитать первичное мнение врача неаргументированным и обратиться за вторым и даже третьим мнением.

Другими словами, у психиатров и пациентов отношение к психиатрическому диагнозу не идентично: для первых диагноз по МКБ или DSM — это формальность, не имеющая прямого отношения к выработке стратегии и тактики психофармакотерапии («лечим не болезнь, а синдром»); для вторых диагнозы — это конкретный, строго определённый и отличающийся от других психопатологических состояний феномен, без которого невозможно эффективное и безопасное лечение («кто точнее диагностирует — тот лучше лечит») [35].

Чаще всего за «вторым мнением» обращаются к психиатрам после первично выставленного диагноза шизофрении. Пациентов нередко удов-

летворяет второй диагноз, если, например, это шизотипическое расстройство личности. Пациенты в отличие от врачей убеждены, что шизотипическое расстройство личности принципиально отличается от шизофрении и что выставленный первичный диагноз ошибочен. В то время как психиатры и то, и другое рассматривают в рамках шизофренического спектра расстройств и нередко приравнивают шизотипическое расстройство к «вялотекущей шизофрении» («латентной или бедной симптомами шизофрении»). Подобное расхождение установок может приводить к конфликтам между врачами и пациентами.

Особое значение «второе мнение» имеет в процессе выработки тактики терапии и выборе конкретных лекарственных средств. Однако по данному вопросу, в отличие от вопроса диагностики, существует возможность обращения к стандартам, выработанным в процессе научных исследований в парадигме доказательной медицины. Разработанные профессиональными сообществами клинические рекомендации открыты для ознакомления и содержат конкретные указания на лекарственные препараты, имеющие высокий уровень терапевтической эффективности. По данному вопросу «второе мнение» (как, впрочем, и первое) может быть пациентом проверено и оценено путём сопоставления назначенной терапии с указанной в клинических рекомендациях по лечению выявленного у него психического расстройства.

«Второе мнение» в судебной психиатрии.

К особой сфере психиатрической практики, нуждающейся в объективизации, следует отнести

судебно-психиатрическую экспертизу. Нередко заключения экспертиз становятся предметом критики и подвергаются профессиональной оценке при повторных судебно-психиатрических экспертизах или оппонировании со стороны специалистов-психиатров в суде в рамках принципа состязательности сторон [36].

За последние годы мы стали свидетелями ряда громких судебных дел, в которых разные психиатры-эксперты выносили взаимоисключающие психиатрические диагнозы, ставшие предметом критики со стороны общества (дела серийного убийцы Брейвика, полковника Буданова, художника Павленского, скульптера Галявиева и др.). Специфика судебно-психиатрических экспертиз заключается в том, что в их рамках, помимо типично врачебных ошибок, для подэкспертных потенциально возможны юридические ошибки, влекущие за собой социальные и репутационные риски.

Особой критике со стороны общества и подэкспертных подвергаются попытки психиатров-экспертов уклоняться от отстаивания в судах выводов проведённых ими исследований и нежелание вступать в дискуссию с приглашёнными стороной защиты специалистами-психиатрами. Фактически это означает, что в судебной психиатрии игнорируются принципы медицинской технологии «второго мнения», что не идёт на пользу ни подэкспертным, ни психиатрии, авторитет которой в связи с этим существенно снижается. Следует признать, что и общество, и психиатрическое профессиональное сообщество

заинтересованы в максимально возможной объективизации и открытости процесса судебно-психиатрических экспертиз, а значит внедрения в практику концепции «второго мнения».

Таким образом, анализ проблемы внедрения в психиатрию концепции «второго мнения», её невостребованности со стороны психиатров диктует необходимость оценки причин данного явления. С нашей точки зрения, психиатры должны пересмотреть своё отношение к концепции «второго мнения», обрести навыки коммуникации с пациентами на темы обоснования правильности собственного диагностического заключения и создать критерии объективной оценки квалификации врачей. Необходимо также помнить, что на подходе внедрение технологии «третьего мнения» с использованием искусственного интеллекта [37], и мнение человека-диагноста и терапевта будет контролируемо со стороны техники. Психиатрии в отличие от общей медицины процесс «машинной диагностики» не грозит, поскольку наиболее сложным бывает определение психопатологического симптома, а не дальнейший алгоритм распознавания заболевания.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Funding. This publication was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interests. The author declare no conflicts of interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Trachtman L. The legal reality of issuing second opinions for out of state patients. *Purview*. April 5. 2023. <https://www.purview.net/blog/the-legal-reality-of-issuing-second-opinions-for-out-of-state-patients> (access date: 12.07.2023).
2. Ball C.G., Schieman C., Harvey E.J. The art of second opinion // *Can. J. Surg.* 2023. Vol. 66. N. 3. DOI: 10.1503/cjs.007423.
3. Kempt H., Nagel S.K. Responsibility, second opinions and peer-disagreement: Ethical and epistemological challenges of using AI in clinical diagnostic contexts // *J. Med. Ethics.* 2022. N. 48. P. 222–229.
4. Könsgen N., Prediger B., Schlimbach A. et al. Attitude toward second opinions in Germany — a survey of the general population // *BMC Health Services Research.* 2022. Vol. 22. P. 76. DOI: 10.1186/s12913-021-07422-z.
5. Shmueli L., Davidovitch N., Pliskin J.S. et al. Seeking a second medical opinion: composition, reasons and perceived outcomes in Israel // *Israel Journal of Health Policy Research.* 2017. Vol. 6. P. 67. DOI: 10.1186/s13584-017-0191-y.
6. Barclay R.P., Dillon-Naftolin E., Russell D., Hilt R.J. A second-opinion program for the care of youths prescribed five or more psychotropics in Washington State // *Psychiatric Services.* 2021. Vol. 72. P. 362–365. DOI: 10.1176/appi.ps.202000234.
7. Ploug T., Holm S. The right to a second opinion on Artificial Intelligence diagnosis — Remediating the inadequacy of a risk-based regulation // *Bioethics.* 2023. Vol. 37. P. 303–311. DOI: 10.1111/bioe.13124.
8. Greenfield G., Shmueli L., Harvey A. Patient-initiated second medical consultations — patient characteristics and motivating factors, impact on care and satisfaction: A systematic review // *BMJ Open.* 2021. Vol. 11. e044033. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044033.
9. Second opinion // *PubMed.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=second+opinion&sort=date> (access date: 12.07.2023).
10. Bruch D., May S., Prediger B. Second opinion programmes in Germany: A mixed-methods study protocol // *BMJ Open.* 2021. N. 11. e045264. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045264.
11. Sah S., Loewenstein G. Conflicted advice and second opinions: Benefits, but unintended consequences // *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 2015. Vol. 130. P. 89–107. DOI: 10.1016/j.obhdp.2015.06.005.

12. Halasy M., Shafrin J. When should You trust Your doctor? Establishing a theoretical model to evaluate the value of second opinion visits // *Mayo Clin. Proc. Inn. Qual. Out.* 2021. Vol. 5. N. 2. P. 502–510. DOI: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.01.014.
13. Burger P.M., Westerink J., Vrijnsen B.E.L. Outcomes of second opinions in general internal medicine // *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15. N. 7. P. e0236048. DOI: 10.1371/journal.pone.0236048.
14. Ali J., Pieper D. Limited data for second opinion programs: A systematic review // *Gesundheitswesen*. 2017. Vol. 79. N. 10. P. 871–874. DOI: 10.1055/s-0042-108586.
15. Ruetters D., Keinki Ch., Schroth S. et al. Is there evidence for a better health care for cancer patients after a second opinion? A systematic review // *J. Cancer Res. Clin. Oncol.* 2016. Vol. 142. N. 7. P. 1521–1528. DOI: 10.1007/s00432-015-2099-7.
16. Carr N. Is the second opinion always better than the first? // *Pathology*. 2010. Vol. 42. N. 5. P. 498; author reply 498499. DOI: 10.3109/00313025.2010.494295.
17. 25 of the Best Psychiatrists in the United States. <https://www.medifind.com/specialty/psychiatry/US> (access date: 12.07.2023).
18. 5 Diagnoses That Call for a Second Opinion. https://www.webmd.com/women/features/5_diagnoses-that-call-for-a-second-opinion (access date: 12.07.2023).
19. Cohen-Gadol A. Insurance coverage for second opinions. <https://www.aaroncohen-gadol.com/patients/second-opinion/logistics/insurance-coverage> (access date: 12.07.2023).
20. Rutter L.A., Howard J., Lakhani P. et al. “I haven’t been diagnosed, but I should be” — insight into self-diagnoses of common mental health disorders: Cross-sectional study // *JMIR Form. Res.* 2023. N. 7. e39206. DOI: 10.2196/39206.
21. Giles D.C., Newbold J. Self- and other-diagnosis in user-led mental health online communities // *Qual. Health Res.* 2011. Vol. 21. P. 419. DOI: 10.1177/1049732310381388.
22. Бузина Т.С., Бузин В.Н., Ланской И.Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // *Медицинская психология в России*. 2020. Т. 12. №4. С. 2. DOI: 10.24412/2219-8245-2020-4-2.
23. Benbassat J. Obtaining a second opinion is a neglected source of health care inequalities // *Isr. J. Health Policy Res.* 2019. Vol. 16. N. 8 (1). P. 12. DOI: 10.1186/s13584-019-0289-5.
24. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец; 2016. 128 с.
25. Heuss S.C., Schwartz B.J., Schneeberger A.R. Second opinions in psychiatry: A review // *Journal of Psychiatric Practice*. 2018. Vol. 24. P. 434–442. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000343.
26. Sepahpour T.Y., Chin K., Baker K.K. et al. Parental perceptions of second opinion consultations for recent onset schizophrenia // *Early Intervention in Psychiatry*. 2023. P. 1–6. DOI: 10.1111/eip.13406.
27. Silva E., Till A., Adshead G. Ethical dilemmas in psychiatry: when teams disagree // *B. J. Psych. Advances*. 2017. Vol. 23. P. 231–239. DOI: 10.1192/apt.bp.116.016147.
28. Nirodi P., Mitchell A.J., Mindham H.S. Survey of expert second opinions in a tertiary psychiatric out-patient clinic in the Yorkshire region between 1988 and 2000 // *Psychiatric Bulletin*. 2003. Vol. 27. P. 416–420.
29. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров // *Современная терапия психических расстройств*. 2017. №2. С. 2–13. DOI: 10.21265/PSYPH.2017.41.6437.
30. Менделевич В.Д. Спектры психических расстройств и проблема терапевтического релятивизма // *Неврологический вестник*. 2017. №4. С. 11–20.
31. Taylor D. Prescribing according to diagnosis: how psychiatry is different // *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15. N. 3. P. 224–225. DOI: 10.1002/wps.20343.
32. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика шизофрении в России: результаты онлайн-опроса врачей-психиатров Часть 1. Использование МКБ-10 // *Современная терапия психических расстройств*. 2019. №1. С. 2–19. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.24.24.001.
33. Freedman R., Lewis D.A., Michels R. et al. The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns // *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170. N. 1. P. 1–5. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12091189.
34. Chao Y.-S., Wu C.-J., Lai Y.-C. et al. Why mental illness diagnoses are wrong: A pilot study on the perspectives of the public // *Front. Psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 860487. DOI: 10.3389/fpsy.2022.860487.
35. Менделевич В.Д. Что даёт пациенту психиатрический диагноз и обоснован ли тренд на увеличение числа болезней? // *Неврологический вестник*. 2019. №1. С. 52–54. DOI: 10.17816/nb13560.
36. Менделевич В.Д. Состязательность сторон в судебном процессе, связанном с оценкой психического здоровья участников // *Неврологический вестник*. 2020. №2. С. 79–82. DOI: 10.17816/nb25852.
37. Абдулмажидов М.М., Громов А.М., Черезов И.А. и др. Программное обеспечение «Платформа третье мнение». Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Номер свидетельства: RU 2023618703. Россия; 2023. https://elibrary.ru/download/elibrary_53818993_84131295.PDF (дата обращения: 01.07.2023).

REFERENCES

1. Trachtman L. *The legal reality of issuing second opinions for out of state patients*. *Purview*. April 5. 2023. <https://www.purview.net/blog/the-legal-reality-of-issuing-second-opinions-for-out-of-state-patients> (access date: 12.07.2023).
2. Ball CG, Schieman C, Harvey EJ. The art of second opinion. *Can J Surg*. 2023;66(3). DOI: 10.1503/cjs.007423.
3. Kempt H, Nagel SK. Responsibility, second opinions and peer-disagreement: Ethical and epistemological challenges of using AI in clinical diagnostic contexts. *J Med Ethics*. 2022;(48):222–229.
4. Könsgen N, Prediger B, Schlimbach A et al. Attitude toward second opinions in Germany — a survey of the general population. *BMC Health Services Research*. 2022;22:76. DOI: 10.1186/s12913-021-07422-z.
5. Shmueli L, Davidovitch N, Pliskin JS et al. Seeking a second medical opinion: Composition, reasons and perceived outcomes in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2017;6:67. DOI: 10.1186/s13584-017-0191-y.
6. Barclay RP, Dillon-Naftolin E, Russell D, Hilt RJ. A second-opinion program for the care of youths prescribed five or more psychotropics in Washington State. *Psychiatric Services*. 2021;72:362–365. DOI: 10.1176/appi.ps.202000234.
7. Ploug T, Holm S. The right to a second opinion on Artificial

- Intelligence diagnosis — Remediating the inadequacy of a risk-based regulation. *Bioethics*. 2023;37:303–311. DOI: 10.1111/bioe.13124.
8. Greenfield G, Shmueli L, Harvey A. Patient-initiated second medical consultations — patient characteristics and motivating factors, impact on care and satisfaction: A systematic review. *BMJ Open*. 2021;11:e044033. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044033.
9. Second opinion. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=second+opinion&sort=date> (access date: 12.07.2023).
10. Bruch D, May S, Prediger B. Second opinion programmes in Germany: A mixed-methods study protocol. *BMJ Open*. 2021;(11):e045264. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045264.
11. Sah S, Loewenstein G. Conflicted advice and second opinions: Benefits, but unintended consequences. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2015;130:89–107. DOI: 10.1016/j.obhdp.2015.06.005.
12. Halasy M, Shafrin J. When should You trust Your doctor? Establishing a theoretical model to evaluate the value of second opinion visits. *Mayo Clin Proc Inn Qual Out*. 2021;5(2):502–510. DOI: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.01.014.
13. Burger PM, Westerink J, Vrijzen BEL. Outcomes of second opinions in general internal medicine. *PLoS ONE*. 2020;15(7):e0236048. DOI: 10.1371/journal.pone.0236048.
14. Ali J, Pieper D. Limited data for second opinion programs: A systematic review. *Gesundheitswesen*. 2017;79(10):871–874. DOI: 10.1055/s-0042-108586.
15. Ruetters D, Keinki Ch, Schroth S et al. Is there evidence for a better health care for cancer patients after a second opinion? A systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2016;142(7):1521–1528. DOI: 10.1007/s00432-015-2099-7.
16. Carr N. Is the second opinion always better than the first? *Pathology*. 2010;42(5):498; author reply 498–499. DOI: 10.3109/00313025.2010.494295.
17. *25 of the Best Psychiatrists in The United States*. <https://www.medifind.com/specialty/psychiatry/US> (access date: 12.07.2023).
18. *5 Diagnoses That Call for a Second Opinion*. https://www.webmd.com/women/features/5_diagnoses-that-call-for-a-second-opinion (access date: 12.07.2023).
19. Cohen-Gadol A. *Insurance coverage for second opinions*. <https://www.aaroncohen-gadol.com/patients/second-opinion/logistics/insurance-coverage> (access date: 12.07.2023).
20. Rutter LA, Howard J, Lakhan P et al. “I haven’t been diagnosed, but I should be” — insight into self-diagnoses of common mental health disorders: Cross-sectional study. *JMIR Form Res*. 2023;(7):e39206. DOI: 10.2196/39206.
21. Giles DC, Newbold J. Self- and other-diagnosis in user-led mental health online communities. *Qual Health Res*. 2011;21:419. DOI: 10.1177/1049732310381388.
22. Buzina TS, Buzin VN, Lankoï IL. Vrach i pacient: mezhlichnostnye kommunikacii/ *Medicinskaya psihologiya v Rossii*. 2020;12(4):2. (In Russ.) DOI: 10.24412/2219-8245-2020-4-2.
23. Benbassat J. Obtaining a second opinion is a neglected source of health care inequalities. *Isr J Health Policy Res*. 2019;16(8(1)):12. DOI: 10.1186/s13584-019-0289-5.
24. Mendelevich VD. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki v psichiatrii*. M.: Gorodec; 2016. 128 p. (In Russ.)
25. Heuss SC, Schwartz BJ, Schneeberger AR. Second opinions in psychiatry: A review. *Journal of Psychiatric Practice*. 2018;24:434–442. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000343.
26. Sepahpour TY, Chin K, Baker KK et al. Parental perceptions of second opinion consultations for recent onset schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*. 2023;1–6. DOI: 10.1111/eip.13406.
27. Silva E, Till A, Adshead G. Ethical dilemmas in psychiatry: When teams disagree. *B J Psych Advances*. 2017;23:231–239. DOI: 10.1192/apt.bp.116.016147.
28. Nirodi P, Mitchell AJ, Mindham HS. Survey of expert second opinions in a tertiary psychiatric out-patient clinic in the Yorkshire region between 1988 and 2000. *Psychiatric Bulletin*. 2003;27:416–420.
29. Neznanov NG, Martynihin IA, Mosolov SN. Diagnostika i terapiya trevoznyh rasstrojstv v Rossijskoj Federacii: rezul’taty oprosa vrachej-psihiatrov. *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv*. 2017;(2):2–13. (In Russ.) DOI: 10.21265/PSYPH.2017.41.6437.
30. Mendelevich VD. Spektry psihicheskikh rasstrojstv i problema terapevticheskogo relyativizma. *Nevrologicheskij vestnik*. 2017;(4):11–20. (In Russ.)
31. Taylor D. Prescribing according to diagnosis: how psychiatry is different. *World Psychiatry*. 2016;15(3):224–225. DOI: 10.1002/wps.20343.
32. Neznanov NG, Martynihin IA, Mosolov SN. Diagnostika shizofrenii v Rossii: rezul’taty onlajn-oprosa vrachej-psihiatrov Chast’ 1. Ispol’zovanie MKB-10. *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv*. 2019;(1):2–19. (In Russ.) DOI: 10.21265/PSYPH.2019.24.24.001.
33. Freedman R, Lewis DA, Michels R et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):1–5. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12091189.
34. Chao Y-S, Wu C-J, Lai Y-C et al. Why mental illness diagnoses are wrong: A pilot study on the perspectives of the public. *Front Psychiatry*. 2022;13:860487. DOI: 10.3389/fpsy.2022.860487.
35. Mendelevich VD. Chto daet pacientu psihiatricheskij diagnoz i obosnovan li trend na uvelichenie chisla boleznej? *Nevrologicheskij vestnik*. 2019;(1):52–54. (In Russ.) DOI: 10.17816/nb13560.
36. Mendelevich VD. Sostyazatel’nost’ storon v sudebnom processe, svyazannom s ocenkoj psihicheskogo zdorov’ya uchastnikov. *Nevrologicheskij vestnik*. 2020;(2):79–82. (In Russ.) DOI: 10.17816/nb25852.
37. Abdulmashidov MM, Gromov AM, Cherezov IA et al. *Programmnoe obespechenie “Platforma tret’e mnenie”*. Svidetel’stvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlya EVM. Nomer svidetel’stva: RU 2023618703. Rossiya. 2023. (In Russ.) https://elibrary.ru/download/elibrary_53818993_84131295.PDF (дата обращения: 01.07.2023).

ОБ АВТОРЕ

Менделевич Владимир Давыдович, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>; eLibrary SPIN: 2302-2590; e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

AUTHOR INFO

Vladimir D. Mendelevich, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>; eLibrary SPIN: 2302-2590; e-mail: mendelevich_vl@mail.ru