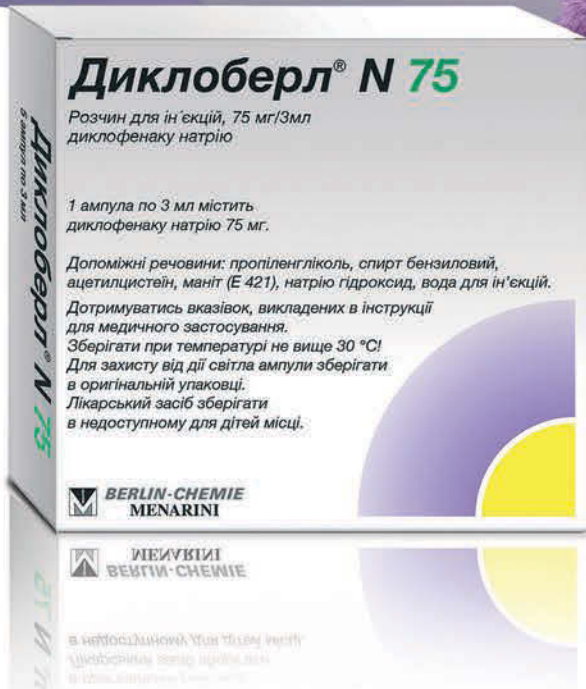


Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ**
ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМИ ЛІКАРІВ¹



**АМПУЛИ СИСТЕМИ ОРС (ONE-POINT
CUT) — НАДПИЛЮВАННЯ АМПУЛИ НЕ
ПОТРІБНЕ!²**

**В СЕРЕДЬНОМУ МАКСИМАЛЬНА
КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ЧЕРЕЗ
20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ²***

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл N75.

Склад: Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг диклофенаку натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію). **Фармакотерапевтична група:** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Диклоберл® N75

Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спонділіту, остеоартриту, спонділоартриту, вертебрального болювого синдрому, некулабового ревматизму, гострих нападів подагри, ниркової та біліарної колики; болю та набряку після травм і операцій; тяжких нападів мігрені.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням не стероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч незрозумілого походження, порушення гемостазу, гемостатичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA І-ІV).

Шемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів. **Дорослі.** Лікування Диклоберлом® N75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл® N75 у лікарській формі розчину для ін'єкцій протипоказаний для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечника з кровотечею або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірні висипи та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, нічні кошмари, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженою наказом МОЗ (Диклоберл®N75 №657 від 07.04.2023. Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте повну інструкцію для медичного застосування лікарського

засобу, а саме повний перелік побічних ефектів, особливостей застосування, способ застосування та дози.

Виробник. Диклоберл® N75: А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Біа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РІП №ІА/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою:

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-3388.

1. За результатами призначення серед лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 – 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmTracker»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкції для медичного застосування препарату Диклоберл® N75 №1562 від 08.07.2020.

* Фармакологічні властивості. Після введення 75 мг диклофенаку шляхом внутрішньом'язової ін'єкції UA-DIC-02-2024-V1-Print. Затверджено 07/02/2024



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Цервікалгія: що потрібно знати лікарю

За матеріалами Всеукраїнських науково-практичних конференцій «Актуальні питання клінічної неврології» (25-26 жовтня 2023 р.) та «Біль: сучасні підходи» (17-18 листопада 2023 р.)

Біль у шиї / спині є дуже поширеним явищем серед дорослого населення. У загальній популяції частота болю у шиї (цервікалгія) становить 10-20% та подібна до поширеності болю в попереку (Isaac et al., 2023). Цервікалгію можуть зумовлювати одночасно кілька причин, потенціуючи одна одну. Зі скаргами на недиференційований біль у шиї у клінічній практиці стикаються лікарі різних спеціальностей. Ці питання проаналізувала під час своїх доповідей «Диклофенак – прогнозований ефект за мінімального ризику побічних явищ» і «Ключові особливості діагностики та лікування болю в спині (шийному відділі)» д.мед.н., професорка Марина Анатоліївна Тріщинська (кафедра анестезіології та інтенсивної терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика).

Анатомічні та нейроанатомічні особливості

Як зазначила пані Тріщинська, для кращого розуміння можливих причин розвитку цервікалгії та оцінювання стану пацієнта з болем у шиї важливим аспектом є знання анатомії шийного відділу хребта людини, який складається із семи хребців. За нормального стану хребта у людини може бути наявний неглибокий лордоз (невеликий вигин у ділянці поперекових хребців С3-С4), що підтримується м'язами шиї. Таке з'єднання між потилицею та першим шийним хребцем (атлантапотиличний суглоб) сприяє приблизно на третину згинанню та розгинанню шиї (на половину – бічному згинанню). Зчленування між першим і другим шийними хребцями (атлантаоксіальний суглоб) забезпечує 50% діапазону обертальних рухів, а з'єднання між другим і сьомим шийними хребцями – приблизно на дві третини згинання та розгинання, на 50% – обертання та на 50% – бічне згинання.

Найпоширенішою локалізацією дегенеративних змін хребта людини є ділянка між хребцями С4 і С7 (Monahan et al., 1999). Нервові корінці, що проходять через міжхребцеві отвори в цих ділянках – С5, С6 і С7. Тіла шийних хребців відокремлені одне від одного не по всій довжині, оскільки витягнуті вгору краї кожного хребця (гачкоподібні відростки) утворюють із розташованим вище хребцем особливі зчленування. На задньолатеральній межі міжхребцевих дисків сегментів С3-С7 і в передньомедіальній ділянці міжхребцевих отворів знаходяться унковертебральні суглоби (відомі як суглоби Люшка).

Вони не є справжніми синовіальними суглобами, але можуть гіпертрофуватися через дегенерацію диска, що призводить до звуження міжхребцевого отвору і розвитку шийної радикулопатії. Зігнанофізарні суглоби – це справжні синовіальні суглоби, які з'єднують прилеглі тіла хребців і забезпечують вертикальну стабільність хребта людини.

Шийний і трапецієподібний м'язи виконують дві основні функції:

- 1) підтримка й забезпечення руху та вирівнювання голови й шиї;
- 2) захист спинного мозку й спинномозкових нервів за механічного навантаження на хребет.

Кожен із восьми шийних спинномозкових нервів виходить зі спинного мозку та має вентральні й дорсальні корінці. Вентральний корінець містить еферентні волокна від α -мотонейронів у вентральному розі спинного мозку. Дорсальний – несе первинні сенсорні аферентні волокна від клітин дорсального ганглія. Об'єднуючись, дорсальний і вентральний спинномозковий корінці утворюють спинномозковий нерв, який поділяється на дві гілки: дорсальну первинну та вентральну первинну. Власне, дорсальна гілка іннервує м'язовий, шкірний і суглобовий компоненти задньої частини шиї; вентральна – передхребцеві й паравертебральні м'язи, утворюючи плечове сплетення, що живить верхню кінцівку. Дегенеративні зміни в хребті, які уражають нервові корінці, зазвичай мають дерматомне / міотомальне відображення (рисунок).

Ураження, що спричиняють цервікалгію

Ураження будь-якої з наведених вище анатомічних структур здатне призвести до розвитку болю в шиї, що може іррадіювати вниз по руці. Хоча спектр варіантів диференціальної діагностики цервікалгії в дорослих широкий, більшість її випадків спричинені захворюваннями опорно-рухового апарату (як-от розтягнення м'язів шийного відділу, шийний спондильоз, дискогенний біль у шийному відділі). Інші випадки можуть бути пов'язані з неврологічними (як-от шийна радикулопатія) та позаспинальними (як-от інфекція, злоякісна пухлина, ревматичне захворювання) причинами.

Як зауважила доповідачка, не завжди можливо чітко визначити причину, зокрема тому, що дегенеративні зміни є поширеними й неспецифічними. Часто захворювання шийного відділу хребта маніфестують одночасно (наприклад, радикулопатія та дегенерація диска), тому визначити етіологічний чинник може бути важко. Гострий біль у шиї зазвичай пов'язаний із розривом / надризом м'яза або зв'язки, м'язовим спазмом або ураженням корінця. Довготривалий біль або такий, що постійно повторюється впродовж щонайменше 3 міс., вважається хронічним. Основними джерелами хронічного болю в ділянці шиї є суглобові зміни та ураження міжхребцевих дисків у нижньошийному відділі хребта. Під час опитування пацієнта лікар попередньо може встановити локалізацію ураження, орієнтуючись на його скарги. Аксиальний біль у шиї зазвичай зосереджений на одній частині або ділянці



М.А. Тріщинська

шиї, не мігрує і не іррадіює (відчувається як тупий, ниючий або пульсуючий біль, але також може бути гострим і пекучим). Типовими причинами виникнення аксіального болю в шиї є розтягнення м'язів шиї та/або зв'язок.

Мієлопатичний біль виникає на рівні стиснення спинного мозку в спинномозковому каналі. Больові відчуття внаслідок такого ураження часто локалізуються нижче місця стиснення. Такі особливості симптомів потребують особливої уваги з боку лікаря, оскільки їх нехтування може призвести до встановлення хибного діагнозу й, відповідно, призначення неадекватного лікування.

Фунікулярний біль – ще один тип болю, пов'язаний зі спинним мозком, що може виникати за стискання або подразнення його висхідного або задньостовпового трактів). Як правило, такий біль є ниючим, пульсуючим або виражається як відчуття холоду в одній із кінцівок чи в тулубі. Він може також відчуватися як ураження електричним струмом і призводити до розвитку феномену Лермітта (пекучого болю, який може поширюватися вниз по хребту та/або в кінцівки).

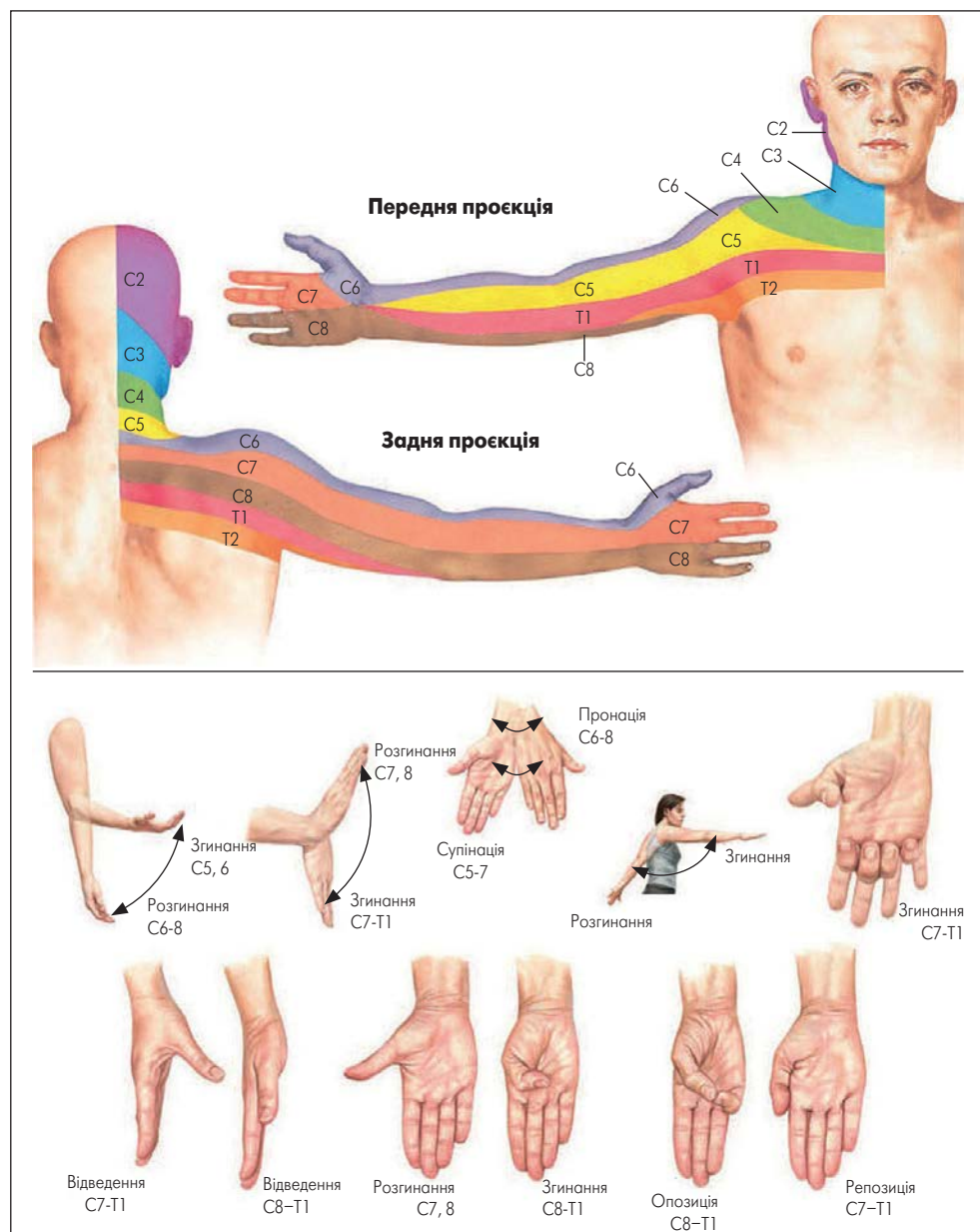
Найпоширеніші причини цервікалгії в практиці невролога

Спондильоз

Цей неспецифічний термін зазвичай використовують для опису дегенеративних змін у хребті, як правило, з утворенням остеофітів (Resnick, 1985). Дегенеративні зміни можливо виявити під час візуалізації в безсимптомних осіб, тому не існує достовірної кореляції між ступенем захворювання згідно з даними візуалізації та наявністю або тяжкістю больового синдрому. Шийний спондильоз зазвичай виражається болем та/або скутістю під час рухів шиї, що виникають спонтанно або після травми, поширюючись на ділянки плечей, навколо лопаток, потилиці або проксимальні відділи кінцівок. Завдяки фізикальному обстеженню можна виявити зменшення діапазону рухів, пов'язане зі спазмом м'язів шиї. Діагноз ґрунтується на клінічних результатах і даних візуалізації остеоартрозних змін; може бути підтверджений, коли відзначається зменшення больового синдрому після внутрішньосуглобової ін'єкції анестетика (Barnsley, 1993).

Хлистова травма

Таку назву має травма шиї, спричинена різкою зміною прискорення



Примітка: схематична демаркація дерматомів, показаних як окремі сегменти (модифіковано згідно з Keegan and Garrett, 1948); перекриття між сусідніми дерматомами є суттєвим.

Рис. Дерматоми верхньої кінцівки та функції нервів відповідно до анатомічних сегментів

Адаптовано за *Dermatomes of Upper Limb and Segmental Nerve Function Anatomy*. URL: https://www.pediagenosis.com/2019/06/dermatomes-of-upper-limb-and-segmental.html#google_vignette

чи вповільнення, внаслідок раптового її розгинання-згинання. Ці травми також називають розтягненнями шийного відділу. У разі різкого розгинання-згинання можуть бути пошкоджені міжхребцеві суглоби, диски, зв'язки, м'язи шиї та/або нервові корінці. Найпоширенішою причиною больових відчуттів у шиї та головного болю, пов'язаних із хлистою травмою, є травма зигапофізарних суглобів (Bogduk, 1986; Lord, 1996).

Хлистові травми найчастіше трапляються при зіткненні автомобілів (коли один із них врізається в інший ззаду або збоку. Як правило, такий біль локалізується у шиї із симптомами скутості, що можуть виникнути відразу після травми або через декілька днів. Крім того, серед клінічних ознак можуть бути головний біль, больові відчуття у плечах або спині, запаморочення, парестезії, втомлюваність, порушення сну.

Відповідно до супутніх ознак і симптомів хлистові травми класифікують за чотирма ступенями:

1. Біль або дискомфорт у ділянці шиї без явних фізичних ознак.

2. Больові відчуття або скутість шиї з пов'язаними симптомами опорно-рухового апарату (наприклад, зменшення діапазону рухів, точкова чутливість).

3. Біль або скутість шиї з пов'язаними неврологічними симптомами (наприклад, зниження або відсутність глибоких сухожилкових рефлексів, слабкість, порушення чутливості).

4. Больовий синдром у ділянці шиї або тугорухливість, що пов'язані з переломом або вивихом (Spitzer et al., 1995).

Патолофізіологія хлистої травми нез'ясована. Мікросудинна кровотеча та місцеве вивільнення медіаторів запалення можуть пояснюватися гострою травмою, але у деяких пацієнтів симптоми лишаються протягом місяців або навіть років.

Дані дослідження із застосуванням магнітно-резонансної томографії (МРТ) шийного відділу хребта у пацієнтів із віддаленою в часі хлистою травмою в анамнезі (у середньому отриманою шість років тому) і аналізом симптомів, які зберігалися щонайменше через 3 міс. після травми, продемонстрували

ушкодження м'язових тканин, що може бути додатковою ознакою тяжкості больового синдрому (Krakenes et al., 2006). Діагностують хлистову травму на підставі характерних клінічних ознак. Більшість пацієнтів не потребують застосування візуалізації.

Шийна радикулопатія

Ця причина болю в шиї являє собою дисфункцію корінця спинномозкового нерва. Дегенеративні зміни хребта (наприклад, стеноз цервікального отвору, грижа міжхребцевого диска) є причиною 70-90% випадків цервікальної радикулопатії (Isaac et al., 2023). Серед менш поширених причин – оперізувальний лишай, радикулопатія Лайма та діабетична полірадикулопатія. За шийної радикулопатії зазвичай пацієнти скаржаться на біль, порушення чутливості та/або слабкість у верхній кінцівці. Парестезія (оніміння в зоні іннервації певного корінця) виникає у 80% пацієнтів. Фізичне обстеження може виявити зміну відчуття у відповідному дерматомі, зниження рефлексів та/або локалізовану м'язову слабкість у міотомі.

Дані МРТ з ознаками компресії шийного нервового корінця підтверджують діагноз шийної радикулопатії. Проте візуалізацію зазвичай не виконують, якщо немає прогресуючого неврологічного порушення. Симптоми можуть зберігатися протягом 6-8 тиж. і мати рецидивний перебіг. Більшість пацієнтів із болем у шиї не потребують виконання візуалізації, однак деяким із них може бути рекомендовано проведення тестування для перевірки функції м'язів і нервів (електроміографія).

У разі відчуття сильного болю, серйозної травми голови чи шиї, втрати здатності контролювати роботу кишківника чи сечового міхура, оніміння або зміни чутливості в кінцівках пацієнт має негайно звернутися для огляду та проведення візуалізації (рентгенографії, комп'ютерної томографії або МРТ).

Ефективність диклофенаку для лікування болю в шиї

Лікування цервікалгії, як зазначила пані Тріщинська, спрямоване на зменшення болю та поліпшення рухів шиєю. Поширеними засобами першої лінії для

лікування пацієнтів із цервікалгією є знеболювальні препарати та м'язові релаксанти. Засобом вибору для таких осіб є нестероїдний протизапальний препарат (НПЗП) диклофенак. Попри широкий спектр НПЗП на фармринку і появу селективних інгібіторів циклооксигенази (ЦОГ-2), диклофенак лишається найпопулярнішим препаратом у своєму класі, що є цілком обґрунтованим. За даними метааналізу da Costa (2016), у пацієнтів із суглобовим болем диклофенак (150 мг на добу) достовірно ефективніше зменшував виразність больового синдрому та поліпшував фізичну функцію порівняно з іншими знеболювальними у максимальних дозах.

Диклофенак діє шляхом зменшення активності ЦОГ-1 і ЦОГ-2 завдяки пригніченню синтезу простагландинів, зокрема простагландину E2, простагландинів і тромбоксанів, які є ключовими компонентами запалення та ноцицептивної відповіді.

Сьогодні на фармацевтичному ринку України доступний препарат диклофенаку **Диклоберл® Ретард** (виробництва БЕРЛІН-ХЕМІ АГ). Завдяки формі випуску (желатинові капсули з гранулами діючої речовини, що забезпечує її пролонговане вивільнення), досягається тривале збереження сталої концентрації диклофенаку в крові та знеболювального ефекту протягом 24 год.

За даними дослідження за участю пацієнтів із болем у поперековому відділі хребта, застосування диклофенаку з пролонгованим вивільненням сприяло значному зниженню інтенсивності болю у стані спокою та під час руху через 3, 7 і 14 днів лікування (Valat et al., 2001).

М.А. Тріщинська зауважила, що ці дані можуть бути екстрапольовані на пацієнтів із цервікалгією. Отже, **Диклоберл® Ретард** може бути препаратом вибору в комплексній терапії пацієнтів із болем у шиї. Завдяки оптимальному співвідношенню ефективності та безпеки **Диклоберл® Ретард**, якщо немає протипоказань, може застосовуватися впродовж тривалого часу.

Підготувала **Ольга Загора**



Інформація

Новини МОЗ

Затверджено перелік та порядок надання психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України наказом від 13 грудня 2023 року № 2118 розширило перелік послуг із надання психосоціальної допомоги, визначило порядок їх надання й перелік валідних методів психологічної діагностики та ефективних методів психотерапії.

Наказом визначено:

1. Порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я, зокрема щодо запобігання суїциду, і психосоціального компонента реабілітації ветеранів війни та інших груп населення.

2. Перелік із 20 психосоціальних послуг із надання психосоціальної допомоги.

3. Перелік із понад 400 валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічного діагностування та оцінювання якості психологічної допомоги.

4. Перелік із 20 методів психотерапії з доведеною ефективністю.

Розроблений порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я, зокрема щодо запобігання суїциду, і психосоціального компонента реабілітації ветеранів війни та інших груп населення визначає механізм надання таких послуг, встановлює вимоги до їх організації та забезпечення надання психосоціальної підтримки під час чи після надання медичної або реабілітаційної допомоги.

Дія цього порядку поширюється на надавачів психосоціальної допомоги, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. Надання психосоціальної допомоги здійснюється на первинному, вторинному та третинному рівнях.

Рівень, на якому отримувачу психосоціальної допомоги надаються психосоціальні послуги, визначається за результатами психологічної діагностики з урахуванням життєвих обставин отримувача послуг та стану його здоров'я, психічного стану.

1. Психосоціальна допомога первинного рівня надається в межах програми медичних гарантій надавачами первинної медичної допомоги або надавачами, які є лікарями-психологами, лікарями-психотерапевтами, клінічними психологами (психологами), психотерапевтами в закладах, які здійснюють діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Надається лікарем ПМД, який пройшов навчання за програмою mhGAP.

2. Психосоціальна допомога вторинного рівня надається в межах надання медичної допомоги (під час або після надання екстреної, первинної, спеціалізованої медичної допомоги, санаторно-курортного лікування, а також під час надання паліативної допомоги). Вона може надаватися лікарями-психологами, лікарями-психотерапевтами, клінічними психологами (психологами), психотерапевтами індивідуально чи у складі мультидисциплінарної команди в закладах, які здійснюють діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

На вторинному рівні психосоціальна допомога спрямована на розв'язання актуальних або специфічних психологічних проблем пацієнта, які виникли, зокрема, внаслідок психологічної травми в екстремальних ситуаціях (участі в бойових діях, перебування у полоні, перебування на окупованих територіях тощо), у надзвичайних ситуаціях (пожежі, руйнування будинків, травмування під час виконання професійних обов'язків тощо), в кризових ситуаціях (розлучення, смерть близьких людей тощо) чи для запобігання та полегшення фізичних, психологічних страждань пацієнта, що потребує паліативної допомоги, членів його сім'ї, осіб, які здійснюють догляд за таким пацієнтом, а також для працівників закладів охорони здоров'я та під час надання паліативної допомоги.

На вторинному рівні психологічної допомоги передбачено проведення профілактичних та реабілітаційних заходів для осіб та сімей, які переживають стрес, а також осіб із підвищеним ризиком розвитку психічних розладів. У такому разі отримувачам послуг надаються індивідуальні та/або сімейні консультації. Таку допомогу може надавати лікар-психолог, лікар-психотерапевт, клінічний психолог (психолог), психотерапевт.

3. Психосоціальна допомога третинного рівня надається надавачами у складі мультидисциплінарної команди відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Така допомога передбачає відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування за індивідуальним планом реабілітації.

Робота на цьому рівні спрямована на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних властивостей і системи стосунків отримувачів послуг, створення умов для повноцінного виходу із психологічної кризи з метою збереження їх здоров'я, відновлення боєздатності або працездатності, психічних і психосоціальних механізмів адаптації, що впливає на ефективність соціальної поведінки та якість життя, та сприяння їх посткризовому зростанню. У межах третинного рівня психосоціальної допомоги забезпечується психологічна та психосоціальна допомога і підтримка членам сім'ї, а також робота з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи та членів її сім'ї.

Для обрання способу надання психосоціальної допомоги виконується психологічна діагностика – оцінювання актуального психологічного стану пацієнта та його індивідуально-психологічних особливостей для визначення потреби та оптимальних форм і методів психосоціальної допомоги. Вона проводиться із застосуванням валідних методів обов'язково на початку та наприкінці надання психосоціальної допомоги, а також – за потреби – під час її надання. Психосоціальна допомога надається на основі вільного вибору та застосування її надавачем науково-обґрунтованих методів психологічної та психотерапевтичної допомоги. Отримувач та/або його законний представник має право відмовитися від психосоціальної допомоги у будь-який час.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>