Expozice a terapie pobídkami při léčbě závislostí – diskuze nad výhradami

MUDr. Milan Beniš[1,2], MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.[1,2,3]
[1]Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň
[2]Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni, Plzeň
[3]Psychiatrická ordinace Duševní zdraví, s. r. o., Planá

Techniky využívající expozic v léčbě psychických poruch jsou rozšířené, dobře známé a mají zpravidla dobře podloženou účinnost. Principu expozice při léčbě závislostí využívá především přístup terapie pobídkami (cue-exposure therapy = CET). Mezi terapeuty a odborníky, kteří se léčbě závislosti věnují, však budí expoziční léčba výhrady. Tyto výhrady mají charakter etických rozvah, principiálních rozporů a pochybností. Tyto výhrady nejčastěji zaznívají v diskuzích a mají charakter expertního stanoviska. Dále platí, že výhrady nelze dohledat v publikované formě, případně nelze dohledat, jakými důkazy jsou podloženy. Nabízí se tyto výhrady zúžit právě na přehled důkazů, včetně důkazů o účinnosti jednotlivých intervencí a terapeutických přístupů. Tímto článkem však nechceme debatu na toto téma ochuzovat.

Klíčová slova: léčba závislosti, expoziční léčba, cue-exposure therapy, kognitivně-behaviorální terapie.

Exposure and cue-exposure therapy in addiction treatment – discussion of reservations

Techniques using exposure in the treatment of mental disorders are widespread, well-known and usually have well-founded effectiveness. In the treatment of addiction, cue-exposure therapy (CET) based on the principle of exposure is mainly used. However, some therapists and experts from the community of people treating substance dependence criticize the use of exposure treatments. Their reservations have the character of ethical considerations, principled contradictions and doubts. These reservations are most often heard in discussions and have the character of an expert opinion. It is also true that reservations cannot be found in publications, or it is impossible to find what evidence they are supported by. We can suggest narrowing these reservations to an overview of the evidence, including evidence of the effectiveness of individual interventions and therapeutic approaches. However, we do not want to limit the debate on this topic with this article.

Key words: addiction treatment, exposure treatment, cue-exposure therapy, cognitive behavioral therapy.

Úvod

Techniky využívající expozic v léčbě psychických poruch jsou rozšířené, dobře známé a mají zpravidla dobře podloženou účinnost (1–3). V léčbě úzkostných poruch představují v rámci kognitivně-behaviorální terapie (KBT), případně behaviorální terapie (BT) metodu nezastupitelnou. Behaviorální i kognitivně behaviorální techniky a přístupy bývají častým cílem kritiky odborníků a terapeutů dynamického zaměření a není tomu jinak ani v případě léčby návykových nemocí. V případě léčby úzkostných

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):202-205
https://doi.org/10.36290/psy.2025.033
Článek přijat redakcí: 20. 5. 2024
Článek přijat k tisku: 6. 1. 2025

MUDr. Milan Beniš
benism@fnplzen.cz

poruch je diskuze na KBT přístupy zúžena na diskuzi o účinnosti této terapeutické intervence a důkazy jsou jednoznačné (4). Pro využití expoziční léčby v léčbě návykových nemocí jednak důkazy natolik jednoznačné nejsou a navíc nemají ani stejnou kvalitu (5, 6). Zúžení diskuze na důkaz účinnosti v případě léčby závislosti by také mohlo vést k ochuzení diskuze, prohloubení neporozumění a opomenutí některých důležitých argumentů. Zde se proto chceme věnovat výhradám našich dynamicky orientovaných kolegů, diskutovat tyto výhrady v podobě, v jaké je slýcháme. Chceme nabídnout zamyšlení nad zdrojem těchto výhrad.

Terminologie

Behaviorální teoretický podklad expoziční léčby je dobře znám. Pacient je vystaven podnětu, který vyvolává reakci, která vede k následkům. U úzkostných poruch – nejlépe lze ukázat na příkladu specifických fobií – je reakcí úzkost a únik, který poskytne úlevu (negativní zpevnění reakce). U návykových nemocí je zde však důležitý rozdíl: vyvine se návykové chování (bažení a užití) a následkem je pak přímá odměna (pozitivní zpevnění reakce). Návykové nemoci nejsou udržovány vyhýbavým, ale vyhledávacím chováním, popřípadě mixem vyhledávacího a vyhýbavého chování. Podoba expoziční terapie pak obvykle sestává z vystavení podnětu vyvolávajícím bažení (obvykle vedoucím k užití) a zabránění užití, přičemž exponovaná osoba setrvává v kontaktu s podnětem, dokud bažení neklesne. Opakováním tohoto postupu reakce na podnět postupně vyhasíná.

Expoziční léčba je jádrem cue-exposure therapy (CET), kde představuje hlavní nebo jedinou terapeutickou techniku. Jedinou terapeutickou technikou je v případě konvenční CET, pokud je CET rozšířena o trénink dovedností ve zvládání bažení, pak již hovoříme o CET rozšířené, v literatuře (7) označované např. CET + USCS (urge specific coping skills). Jako podnět bývá užíván kontakt s návykovou látkou, parafernáliemi (předměty používanými k přípravě či aplikaci), zobrazení návykové látky nebo specifické sociální situace. Expoziční léčba může být zařazena do jiného uceleného terapeutického programu (8). KBT programy v léčbě závislosti mohou, ale také nemusejí obsahovat stejný postup jako v CET. Určitou podobu expoziční terapie v širším slova smyslu nalezneme pravděpodobně ve všech léčebných programech zaměřených na návykové nemoci.

Zdroje výhrad

Striktní dělicí čára mezi kognitivně-behaviorální terapií a skupinou psychodynamických intervencí je spíše uměle vytvořeným akademickým schématem, které především akcentuje různý pojmový aparát, přičemž se většinou zabývá analogickou problematikou, podobnými cíli, a dokonce používá v mnohém podobné metody (9). Přesto právě dichotomie mezi behaviorálními a dynamickými přístupy se jeví být hlavním zdrojem výhrad vůči expoziční léčbě. Někteří terapeuti dynamického zaměření chápou srozumitelnost a jednoduchou ověřitelnost účinnosti behaviorálních technik jako nedostatek těchto technik. Ve vyjádřeních těchto odborníků často slýcháme, že behaviorální přístupy redukují pacienta na sadu příznaků, nebo že behaviorální přístupy samy o sobě neumožňují terapii individualizovat. Behaviorální přístup rozhodně není jediný správný a stejně jako jiné přístupy má být podrobován kritice. Pozitivní přínos takové kritiky bývá často spatřován ve zvýšení důrazu na terapeutický vztah u behaviorálně orientovaných terapií. Nedostatek důrazu na vztah bývá v literatuře i v diskuzích vytýkán často a nezřídka odráží částečně zkreslené představy o behaviorální terapii. Mladá a Kalina připomínají, že bez vztahového ukotvení může být účinnost behaviorálních technik omezená (10). Na konkrétní kazuistice dokládají roli rozhovorů a přípravy scénáře pro aplikaci behaviorální techniky společně s pacientkou jako nosného prvku pro terapeutický vztah, přičemž rozhovor a společná příprava scénáře jsou prvky, bez kterých se BT a KBT taktéž neobejde.

Behaviorální techniky mají někdy špatnou pověst. A to i částečně zaslouženě – příkladem budiž dnes již překonaná averzivní terapie apomorfinem (11–13). Síť pravidel, sankčních a bodovacích systémů, kterou nalézáme takřka ve všech léčebných přístupech, bývá řazena k behaviorálním složkám léčby (10). Tyto sítě pravidel, sankčních a bodovacích systémů však často dle našeho názoru nemají povahu behaviorálních intervencí, například převahou trestajících prvků či prvků kolektivní viny. Soudíme, že léčebné programy byly v minulosti zcela jistě sestavovány se znalostí behaviorálních teorií, ovšem pochybujeme, že je tehdy sestavil behaviorální terapeut. Tím méně pravděpodobné se nám zdá, že by je takto sestavil kognitivně-behaviorální terapeut dnes.

Některé kritické postoje zcela jistě měly své opodstatnění v minulosti a z dnešního pohledu již nedávají smysl. Jiné kritické postoje mohou mířit na originální aplikace behaviorálních teorií, které by možná behaviorální terapeut nepoužil.

Expoziční léčba je jako behaviorální technika cílem výše uvedených kritických postojů. Dle našeho názoru se ale ani v dynamicky orientovaných léčebných programech nelze vyhnout situacím, které jsou expoziční léčbě blízké, případně s ní totožné. Jak v léčbě, tak paralelně s ní, dochází k tomu, že je pacient vystavován podnětům vedoucím k návykovému chování či bažení, popřípadě se s takovými podněty prostě setká (konzumace alkoholu na veřejně přístupných místech, pohozená injekční stříkačka v parku, setkání se známým, který je pod vlivem psychoaktivní látky atp.). Příprava čaje bývá běžným úkolem klientů terapeutických komunit, přičemž nejeden injekční uživatel drog prožívá bažení v kontaktu s čajovou lžičkou. Tyto procesy mohou být různě terapeuticky uchopeny, v různé míře a různým způsobem uvědomovány, ale také mohou být pouze různě pojmenovány. Blízko expoziční léčbě jsou nácvik odmítání či nácvik zvládání bažení v imaginaci. Z nepříliš běžných technik je expoziční léčbě blízká Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), která také nachází uplatnění při léčbě závislosti (14).

Konkrétní výhrady

V této části chceme přinést přehled výhrad k užití expoziční terapie v léčbě závislosti tak, jak se s nimi setkáváme v diskuzích s našimi kolegy. Ke každé z nich pak následuje náš komentář.

Výhrada prokázané škodlivosti: „Již přece dávno bylo prokázáno, že tento způsob léčby pacientům škodí."

Rešerší v databázi PubMed k 31. 10. 2024 při zadání klíčových slov „cue-exposure & harmful & efficacy" jsme nalezli 0 článků, při zadání klíčových slov „cue-exposure & harmful & addiction" 3 články a při zadání klíčových slov „cue-exposure & dependence & relapse" 117 článků. Z nich ani jeden neuváděl data, která by prokazovala negativní efekt terapie závislostí metodou cue-exposure na výstupy léčby (zvýšení konzumace psychoaktivních látek, zkrácení

doby do relapsu, snížení sebeúčinnosti po léčbě, zhoršení náhledu na onemocnění a další).

Výhrada k náročnosti: „Expoziční léčba je nepřiměřeně náročná pro pacienty ve srovnání s jejím přínosem."

Expoziční léčbu v podobě, jakou je v CET, můžeme označit za metodu náročnou pro pacienta. Je oprávněné takové zátěži pacienty vystavovat? Nelze cíle dosáhnout jinými, méně náročnými prostředky? A jak moc je vlastně expoziční léčba v podobě CET pro pacienty náročná (srovnejme například náročnost zpracování přenosových mechanismů, interpretace, kognitivní restrukturalizace)? Tyto otázky považujeme za skutečně důležité a potřebné.

Takto formulovaná výhrada nás vede k ověřování účinnosti, což je správné, ale zároveň je to redukce celé diskuze. Stejným otázkám bychom mohli dle našeho názoru podrobit každou součást léčebného programu a každou použitou terapeutickou techniku. Léčba závislosti je pro pacienty často náročná. Nejzávažnějším důsledkem přílišné náročnosti terapeutického programu je vypadnutí pacienta z léčby. Kalina k tomu uvádí, že vypadnutí pacienta z léčby je skutečně častěji důsledkem nedostatku na straně léčebného zařízení, tedy na straně léčby. Zároveň však uvádí, že stoprocentní retence pacientů by vypovídala spíše o rezignaci na konzistenci, integritu a poctivost léčby (15). Soudíme, že správnou míru retence pacientů v léčebném programu stanovit nelze, tím méně pak ve vztahu ke každé jednotlivé konkrétní technice. Náročnost expoziční léčby, stejně jako jakékoliv jiné součásti léčby návykových nemocí, potom dle našeho názoru nemůže být sama o sobě argumentem. Vhodnou otázkou spíše je, zdali je hypotetická náročnost expoziční léčby vyvážena přínosy, např. v podobě abstinence. Izolované zhodnocení účinnosti konkrétní součásti léčby je metodologicky náročné – přesné posouzení dodatečného přínosu expoziční léčby do již existujícího programu je možné jen v těch případech, kde doposud taková technika v žádné podobě použita nebyla.

Výhrada cíle: „Pacienty učíme se alkoholu vyhýbat, expoziční léčba jde proti tomuto principu."

Co se vlastně mají pacienti naučit? Chceme, aby se pacienti naučili být v blízkém kontaktu s alkoholickým nápojem, drogou či jinak rizikovými a nebezpečnými situacemi? Dává expozice smysl? Není to vlastně zcela kontraproduktivní?

Tyto otázky vyznívají zásadně a zároveň naléhavě. V behaviorálně orientované terapii musí být cíl dopředu zcela zřejmý, zároveň musí být formulován v kontextu jak behaviorální, tak funkční analýzy pacientova problému. Nemůže být obecný, neurčitý a ani paušální. Byť lze předpokládat, že většina pacientů ocení snížení úrovně bažení, expoziční léčba má vždy vést ke zvládnutí nějaké konkrétní situace. Navíc může terapeut stát před otázkou, zdali je cíl formulovaný pacientem akceptovatelný z pohledu bezpečnosti. Pacient se například může chtít naučit trávit každý páteční a sobotní večer až do ranních hodin v pohostinském zařízení s alkohol konzumujícími kamarády. Srozumitelným konkrétním a přitom obecně aplikovatelným cílem může být snížení intenzity a frekvence impulzivního bažení při kontaktu s konkrétní rizikovou situací. Získané dovednosti pak může pacient užít i v situacích jiných.

Expoziční léčba je vhodným prostředkem k dosažení toho, co pacient skutečně potřebuje – např. viz výše příklad se lžičkami. Na druhou stranu nutnost individualizace je nesporným limitem expoziční léčby v kolektivně pojatých léčebných programech. Zatímco u nácviku relaxačních technik, asertivní komunikace či plánování aktivit můžeme předpokládat, že si je každý pacient s přiměřenou dopomocí terapeuta dovede propojit se svým problémem a svými cíli, expoziční léčbu je mnohem důležitější vázat na konkrétní cíl. Kromě složitější aplikace ve skupinovém programu to zároveň přináší komplikace při výzkumu.

Výhrada rizika úspěchu: „Pacient získá dojem, že zvládá kontakt s rizikovými situacemi a spouštěči, což ve výsledku povede k jejich vyhledávání a selhání v budoucnosti."

Teoreticky takový efekt nelze vyloučit, možnost takového dopadu je zmiňována i v literatuře (10). Podobně jako u předcházející výhrady je důležité připomenout, že expoziční léčba má sloužit dopředu známému, konkrétnímu a potřebnému cíli, který navíc nepředstavuje sám o sobě neopodstatněné riziko.

Obecně vzato selhání v abstinenci vyplývá z podcenění rizik, a to i u pacientů, kteří expoziční léčbu jako takovou nepodstoupili. Velká část pacientů v ústavní léčbě neprožívá craving (bažení) a část z nich, soudě podle našich zkušeností, si toto vykládá jako úspěch, někdy až jako vyléčení a v důsledku toho nepovažuje za potřebné vyhýbat se rizikovým situacím. Někdy i úspěch v jiné technice vede k nevhodným závěrům – jedna z našich pacientek ukončila předčasně léčbu po úspěšném nácviku asertivní komunikace s přesvědčením, že tímto vyřeší problém svého manželství a že nic více nepotřebuje. Patrně jakoukoliv událost v terapii, ať již úspěch či neúspěch, si může pacient vyložit nevhodným způsobem. Je nutné soustavně pracovat s motivací a v případě expoziční léčby ji navíc smysluplně individuálně indikovat. Byla-li by výhrada rizika úspěchu platná, pak by expoziční léčba snižovala účinnost léčebného programu jako celku. Takové závěry však v současné literatuře nenacházíme.

Výhrada rizika selhání: „Expoziční léčba povede k selhání v abstinenci v důsledku vyvolaného bažení, které pacient nezpracuje."

I tuto výhradu je třeba brát vážně. Je třeba hledat bezpečný rámec pro takto náročnou terapii. Bezpečí by mělo vyplývat jak z dostatku naučených dovedností, tak i z prostředí, času a kontextu, ve kterém je expoziční léčba prováděna. Opět, byla-li by tato výhrada platná, znamenalo by to, že expoziční léčba snižuje účinnost léčebného programu jako celku.

Výhrada pravidel: „Samotná expoziční léčba porušuje jiná pravidla léčby: Alkohol na oddělení nepatří. Pacienty nikdy neexponujeme látce."

Takto formulované výhrady spíše odrážejí míru možného vzájemného neporozumění. Byť je možné provádět expozici přítomnosti reálné látky, zpravidla jde častěji o expozici jejímu zobrazení či představě, eventuálně za použití technik virtuální reality. Nemusí tedy vůbec dojít k narušení prostředí léčebného oddělení přítomností psychoaktivní látky. Jde o psychologickou přítomnost látky a jako taková již v léčbě přítomná je. Už vůbec nejde o expozici účinku látky, ta konzumována při expoziční terapii není.

Rozvaha nad důkazy účinnosti

Schulte ve svém přehledu uvádí, že CET není doporučena k léčbě drogových závislostí (SUD, substance use disorders), neboť je méně účinná ve srovnání s jinými přístupy (16). CET v léčbě SUD tedy není označována jako neúčinná nebo dokonce škodlivá, ale není dostatečně účinná, a proto v této indikaci užívána není.

Mellentin et al. toto potvrzují s tím, že pro léčbu závislosti na alkoholu (AUD, alcohol use disorders) je CET metodou srovnatelnou s jinými (7). Jejich

metaanalytický přehled zahrnuje 6 studií léčby AUD srovnávajících CET s jinými terapeutickými přístupy včetně KBT. Sledovanými parametry byly intenzita a frekvence konzumace alkoholu po 3, 6 a 12 měsících. Ve výsledcích autoři nalezli rozdíl v obou sledovaných parametrech po 3 měsících ve prospěch CET, malé rozdíly v intenzitě konzumace po 6 měsících ve prospěch CET a malé rozdíly v obou parametrech po 12 měsících ve prospěch CET. Uzavírají, že nízký počet studií zahrnutých do jejich přehledu a jejich různá kvalita neopravňují činit definitivní závěry. Účinnost CET byla ovlivněna užitou metodou (CET+USCS byla účinnější nežli konvenční CET) a typem kontroly (CET byla nejméně účinná ve srovnání s KBT).

Nakolik expoziční léčba může přinést dodatečný pozitivní efekt do jiného léčeného programu, bude ještě předmětem dalších výzkumů. V další práci Mellentin et al. publikovali výsledky studie CET zařazené do doléčovací fáze (17), Srovnávali CET + USCS, CET pomocí mobilní aplikace a obvyklé doléčování, a nezjistil žádný přídatný efekt CET. K této studii samotné máme za potřebné podotknout, že základní léčbou zde byla KBT, oproti které je CET nejméně účinná (7). Zároveň soudíme, že aplikace CET v doléčovací fázi, která obecně poskytuje méně bezpečí, nemusela být dobrou volbou.

Kiyak et al. do své metaanalýzy zahrnuli 11 studií (n = 1271 celkem) (18). Sledovanými parametry byly frekvence a intenzita konzumace alkoholu a relaps. Dle jejich závěrů má CET malý až střední efekt na intenzitu konzumace alkoholu, frekvenci konzumace alkoholu a dobu do relapsu. Vyzývají k dalším a rozsáhlejším výzkumům, včetně využití moderních technologií, jako je virtuální realita.

Co z těchto údajů můžeme vyvodit? Předně pokud bychom chápali CET jako jedinou léčebnou metodu, pak by její provádění bez minimálně tréninku zvládání bažení nejspíše představovalo neoprávněné použití méně efektivního postupu – konvenční CET je méně efektivní nežli CET + USCS. Je ale pozoruhodné, že i konvenční CET je metodou účinnou, tedy i prostá aplikace behaviorální techniky má efekt.

Závěr

Konvenční ani rozšířená CET není vhodnou metodou léčby pro drogové závislosti (SUD).

Pro alkoholovou závislost (AUD) platí, že konvenční CET je metodou příliš náročnou ve srovnání s výsledky, jaké poskytuje. V případě CET + USCS je situace lepší, přesto nemáme jasné důkazy, že použitím této techniky zlepšíme výsledky jiného uceleného léčebného programu. Rovněž žádný z výzkumů nedochází k závěru, že zařazení CET + USCS k jinému léčebnému programu jeho výsledky zhoršuje. Výhrady rizika cíle, rizika úspěchu a rizika selhání (tak, jak jsou formulovány výše) v tuto chvíli nemůžeme považovat za podložené.

Bezpečnost a účinnost expoziční léčby v léčbě AUD může být vyšší tam, kde sleduje zřejmý konkrétní a smysluplný cíl, což vyžaduje její pečlivou individuální indikaci. Potřeba individualizace může naproti tomu znesnadňovat použití expoziční léčby jak v rámci strukturovaného skupinového léčebného programu, tak i v rámci kvantitativního výzkumu.

LITERATURA

1. McLean CP, Levy HC, Miller ML, et al. Exposure therapy for PTSD in military populations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Anxiety Disord. 2022;90:102607. doi:10.1016/j.janxdis.2022.102607.
2. Horigome T, Kurokawa S, Sawada K, et al. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2020;50(15):2487-2497. doi:10.1017/S0033291720003785.
3. Praško J, Možný P, Šlepecký M. Kognitivně Behaviorální Terapie Psychických Poruch. Triton; 2007.
4. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006;26(1):17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005. 07. 003.
5. Conklin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. Addict Abingdon Engl. 2002;97(2):155-167. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x.
6. Martin T, La Rowe S, Malcolm R. Progress in Cue Exposure Therapy for the Treatment of Addictive Disorders: A Review Update. Open Addict J. 2010;3. doi:10.2174/1874941001003020092.
7. Mellentin AI, Skøt L, Nielsen B, et al. Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2017;57:195-207. doi:10.1016/j.cpr.2017. 07. 006.
8. Záleský R. KBT závislosti. In: Kognitivně Behaviorální Terapie Psychických Poruch. Triton; 2007:855-885.
9. Jeřábek P. Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In: Klinická adiktologie. Grada Publishing a.s.; 2015:247-257.
10. Kalina K, Mladá K. Behaviorální terapie. In: Klinická adiktologie. Grada Publishing a.s.; 2015:395-407.
11. Ginter E. Apomorfín v terapii alkoholismu – teória mechanizmu účinku. Protialkoholický Obz. 1977;12(6):321-331.
12. Howard MO, Jenson JM. Chemical Aversion Treatment of Alcohol Dependence. I. Validity of Current Criticisms. Int J Addict. 1990;25(10):1227-1262. doi:10.3109/10826089009058882.
13. Howard MO, Jenson JM. Chemical Aversion Treatment of Alcohol Dependence. II. Future Research Directions for the '90 s. Int J Addict. 1990;25(12):1403-1414. doi:10.3109/10826089009056227.
14. Qurishi R, Markus W, Habra MMJ, et al. EMDR Therapy Reduces Intense Treatment-Resistant Cravings in a Case of Gamma-Hydroxybutyric Acid Addiction. J EMDR Pract Res. 2017;11(1):30-42. doi:10.1891/1933-3196. 11. 1. 30.
15. Kalina K. Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: Klinická adiktologie. Grada; 2015:607-622.
16. Schulte B. Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky; 2010.
17. Mellentin AI, Nielsen B, Nielsen AS, et al. A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: An Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial. JMIR MHealth UHealth. 2019;7(8):e13793. doi:10.2196/13793.
18. Kiyak C, Simonetti ME, Norton S, et al. The efficacy of cue exposure therapy on alcohol use disorders: A quantitative meta-analysis and systematic review. Addict Behav. 2023;139:107578. doi:10.1016/j.addbeh.2022.107578.