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