

MORADIAS ASSISTIDAS PARA PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS: REALIDADE OU UTOPIA?

HALFWAY HOUSE FOR ADDICTION PATIENTS: REALITY OR UTOPIA?

Resumo

Indivíduos dependentes de álcool e drogas com histórias de abandono, encarceramento, e falta de apoio social para a vida em sobriedade são particularmente mais vulneráveis à recaída quando não encontram a prestação de serviços de longo prazo baseados no reforço comunitário e que apoiam a sobriedade. Neste contexto, a Moradia Assistida tem como objetivo promover um serviço de cuidados posteriores a dependentes químicos que não necessitam seguir institucionalizadas, mas que se beneficiariam de uma estrutura com maior suporte de tratamento. Os moradores geralmente desenvolvem fortes laços psicológicos e sociais e têm sido referidos como “famílias alternativas”, evocando, assim, o conceito antropológico de parentesco fictício. Os resultados tanto quantitativos quanto qualitativos sugerem vários desfechos positivos deste modelo desde diminuição de custos de tratamento a longo prazo, maior taxa de manutenção da recuperação até a maior individuação e aquisição de valores outrora perdidos com a fase da adicção ativa. Assim sendo, este modelo mostra-se um importante recurso terapêutico a ser agregado na construção da rede de equipamentos já existentes para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

Palavras-chaves: residência terapêutica, dependência de substâncias, tratamento.

Abstract

Addicted individuals to alcohol and drugs with stories of abandonment, incarceration, and lack of social support for life in sobriety are particularly vulnerable to relapse when they don't find the care provision of long-term based on the community reinforcement and support sobriety. In this context, the Halfway House aims to promote aftercare service to addicts who need not follow institutionalized, but who would benefit from a structure with greater support treatment. Residents often develop strong social and psychological ties that have been referred as “alternative families”, evoking the anthropological concept of fictive kinship. The both results, quantitative and qualitati-

ve, suggest that this model has several positive outcomes since reduced treatment costs in long-term, higher maintenance in recovery to greater individuation and acquisition of values previously lost at active addiction stage. Thus, this model shows an important therapeutic resource to be added in the construction of the existing network equipment for the treatment of alcohol and other drugs.


Keywords: halfway house, substance related disorder, treatment

INTRODUÇÃO

Diminuir os altos custos gerados pelos tratamentos da dependência de álcool e outras drogas tem se tornado um importante paradigma para gerenciadores de saúde que fornecem fundos ou financiam os cuidados nesta área. Uma das estratégias adotadas em muitos países, inclusive no Brasil, tem sido o aumento dos serviços ambulatoriais que são menos caros e uma diminuição do tratamento hospitalar que, em geral, podem ser mais caros que os primeiros.¹

Apesar da crescente popularidade, os programas de tratamento em regime ambulatorial, tais como os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD) e o Ambulatório de Especialidades em Psiquiatria (AME), têm a limitação de não serem capazes de controlar o ambiente de vida social e de moradia da grande maioria dos pacientes que necessitam desta supervisão. Estes modelos de tratamento são particularmente limitados em termos de resposta às necessidades dos pacientes sem-teto, por exemplo, que enfrentam obstáculos constantes à sua saúde e segurança, bem como a sua sobriedade. Em áreas urbanas, onde a habitação com custo baixo é restrita, uma grande proporção de pacientes que frequentam os programas de tratamento ambulatorial citados acabam por ficarem desabrigados em situação de rua ou residir em ambientes de vida destrutivos que não dão suporte à recuperação.^{2,3}

Indivíduos dependentes de álcool e drogas com histórias de



abandono, encarceramento, e falta de apoio social para a vida em sobriedade são particularmente mais vulneráveis à recaída quando não encontram a prestação de serviços de longo prazo baseados no reforço comunitário e que apoiam a sobriedade.^{2,3}

A falta de ambientes seguros para uma vida social de suporte para manutenção da recuperação dos pacientes no pós-alta; tanto de regimes intensivos de cuidados hospitalares quanto de clínicas comunitárias de tratamento; deve ser uma preocupação importante na prestação de cuidados a este público. Isto porque já existe uma variedade de estudos científicos mostrando que quanto maior a oferta de um ambiente de vida social de suporte para a manutenção da sobriedade melhores serão os resultados alcançados com o tratamento.^{1,2,3,4}

Neste sentido, as chamadas “halfway houses”, “sober houses” ou “moradias assistidas” representam um importante recurso terapêutico a ser agregado na construção da rede de equipamentos já existentes para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas. Mais adiante neste texto serão descritos maiores detalhes a respeito deste modelo de atenção que, de uma maneira geral, funcionam como residências para um grupo de pessoas que tentam manter a abstinência de álcool e drogas em um ambiente de apoio mútuo.^{4,5}

Os estudos indicam desfechos positivos com relação aos tratamentos oferecidos pelas diversos tipos de Moradias Assistidas, entre estes resultados destacam-se: 1) menores taxas em admissões em serviços de desintoxicação, 2) menor dependência a serviços de assistência pública, 3) menor envolvimento com o sistema criminal, 4) estabelecimento de vínculo empregatício após a alta da residência, 5) tendência a menor número de admissões em hospitais de emergência, 6) menores custos médicos e legais ao serviço público, 7) sistema mais humanitário, 8) sistema de baixo custo, 9) maior tempo de manutenção da abstinência 10) aumento da adesão ao regime ambulatorial.^{6,7,8}

Os moradores geralmente desenvolvem fortes laços psicológicos e sociais e têm sido referidos como “famílias alternativas”, evocando, assim, o conceito antropológico de parentesco fictício. Os resultados qualitativos sugerem que o parentesco criado entre os moradores pela troca de vários tipos de apoio, e pela incorporação de outros residentes, os incentivam para uma maior individualização e aquisição de valores outrora perdidos com a fase da adicção ativa.⁹

O Brasil tem escassa tradição no desenvolvimento deste tipo de modelo de tratamento para dependentes químicos, devendo ser estimulado à ampliação e avaliação dos recursos implantados sendo necessários mais esforços para ajudar os pacientes ambulatoriais a estabelecer um ambiente de vida que fornece suporte à

manutenção da sobriedade.^{2,3}

O presente artigo tem por objetivo conduzir uma revisão narrativa sobre moradia assistida para dependentes de álcool e outras drogas como uma organização de serviço possível de ser implementado para este público junto à rede de cuidados já existentes no Brasil.

UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A EVOLUÇÃO DAS MORADIAS ASSISTIDAS PARA DEPENDENTES DE ALCOOL E DROGAS

Os primeiros modelos de Moradias Assistidas para dependentes químicos começaram em 1830 e foram executados por instituições religiosas americanas. Estes “hotéis secos” ou “casas de hospedagem” não estavam a princípio envolvidos com o Movimento de Temperança, mas buscavam outras alternativas para as pessoas superarem as pressões sociais para o beber. Estas moradias tendiam a ser geridas por proprietários de terras que tinham fortes convicções pessoais sobre a sobriedade. Ao contrário de muitas moradias assistidas contemporâneas, os moradores nesta época em geral tinham pouca participação no funcionamento da instalação e os operadores de atendimento frequentemente incentivavam a frequência em serviços religiosos.^{10,11}

Após a Segunda Guerra Mundial muitas áreas metropolitanas tiveram um significativo incremento populacional. Juntamente com um mercado de habitação pouco disponível veio também de forma mais difundida os problemas relacionados ao consumo do álcool. Ao mesmo tempo, surge a era da recuperação através da auto-ajuda, principalmente com a fundação e disseminação dos Alcoólicos Anônimos (AA).^{10,11,12}

Na cidade de Los Angeles por exemplo, membros em recuperação do AA abriram casas chamadas de “décimo segundo passo” para atender a crescente necessidade de ambientes de recuperação longe de locais onde o viver estava repleto de álcool e drogas. Os gestores destas casas encorajavam fortemente a participação em reuniões de AA para facilitar a recuperação dos moradores. As operações da moradia ficavam geralmente sob a responsabilidade do coordenador da residência ou do proprietário da mesma.^{10,11,12}

A necessidade de moradias assistidas aumentou durante a década de 1970 e continua até os dias de hoje em vários locais do mundo cuja experiência tem sido replicada. Um dos fatores que contribuíram para a necessidade de mais moradias assistidas foi a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos sem a oferta de habitação adequada baseado do modelo de comunidade e o de-

ARTIGO DE REVISÃO

por **ALESSANDRA DIEHL¹** e
RONALDO LARANJEIRA²

ARTIGO

clínico dos programas de tratamento da dependência química de longa permanência tipo residenciais e comunitários.^{2,3}

O resultado foi uma explosão de pessoas em situação de rua. Uma revisão do tema revelou que a falta de moradia afetou quase 6 milhões de pessoas de 1987 a 1993. Estimativas conservadoras indicam que 40% sofriam de problemas relacionados ao álcool e 15% sofrem de problemas relacionados a outras drogas de abuso.^{11,12}

O sistema Oxford House é um dos pioneiros e mais conhecidos com relação a este tipo de trabalho. Trata-se de uma entidade não governamental que atualmente compreende mais de 20 residências em vários municípios, fundado em outubro de 1975 em Maryland nos Estados Unidos da América (EUA). A premissa central da Oxford House é encorajar a recuperação e promover moradia para dependentes do álcool que desejam interromper o uso de bebidas e viver em atitude de sobriedade, sendo esta a exigência primordial para a participação.^{2,3,4}

O sistema sem fins lucrativos é gerenciado pelos próprios moradores de forma independente e auto-suficiente em cada residência, mas apresenta normativas de operações e tradições criadas a partir de votação democrática. Mantém quadro não profissional, embora a ajuda de profissionais externos possa ser solicitada em casos especiais.^{2,3,4}

O sistema não é filiado ao AA, mas encoraja a participação de seus membros em reuniões. Estudo que avaliou a questão da espiritualidade entre os moradores de uma das Oxford Houses identificou que 76% frequentam as reuniões do AA semanalmente, sendo que parece haver uma necessidade importante de formação de rede social com semelhantes além dos muros da residência como essencial na recuperação. Estudo de seguimento de 2 anos que avaliou 130 pacientes do sistema Oxford House aponta resultados favoráveis na aquisição da abstinência de substâncias psicoativas.^{1,2,3,4}

A experiência prévia dos autores deste artigo foi com a "Moradia Assistida da Unidade Comunitária em Álcool e Drogas (UCAD) do Jardim Ângela". Este serviço passou a funcionar no final do ano de 1999 e teve duração de 4 anos numa das periferias mais conhecidas da cidade de São Paulo, pelos altos índices de homicídios (122 homicídios por 100 mil habitantes em 1995), alta concentração de bares (1 bar para cada 12 casas) (Laranjeira & Hinkly, 2002) e exclusão social. Contava com o apoio técnico UNIFESP/UNIAD e Sociedade Santos Mártires (ONG com mais de 22 anos de atuação nesta comunidade) e financiamento da secretaria do estado da saúde de São Paulo. A hipótese ligava a carência de espaços para lazer e cultura, bem como a grande densidade de bares com aumento na violência e alcoolismo nesta comunidade. O bairro, no

final dos anos 90, foi apontado pela ONU como a região mais violenta do planeta. A MA do Jardim Ângela tinha capacidade para 10 leitos numa casa de 5 cômodos, garagem e lavanderia, onde dependentes do álcool residiam no máximo 30 dias. No período compreendido entre outubro de 1999 e Novembro de 2001 estiveram residindo 130 pacientes.^{2,3}

A filosofia era a condução de um serviço comunitário em caráter de casa temporária suportado principalmente por pessoal não especializado e ou dependentes do álcool em recuperação, numa atmosfera de promoção de saúde através da aquisição da abstinência, resgate da auto-estima e identificação ou fortalecimento de rede social de apoio.^{2,3}

Os pacientes ficavam 24 horas do dia sob os cuidados de 1 agente comunitário que se revezava em esquema de plantão. Os agentes ajudavam os residentes durante as refeições (realizadas pelos próprios residentes com auxílio de uma cozinheira também em processo mais longo de recuperação), na orientação da higiene corporal, fazem companhia, desenvolvem atividades de jogos e lazer, bem como acompanham as visitas de familiares e telefonemas para casa.^{2,3}

Os residentes recebiam assistência psiquiátrica, psicológica, de enfermagem e do serviço social, com frequência de duas vezes por semana do ambulatório próximo a esta residência. Realizavam atividades de artesanato em cerâmica, praticavam Yôga ministradas por voluntários da comunidade; realizavam atividades de cultivo de horta comunitária, iam à missa se assim desejavam, e faziam caminhadas com agentes durante o início da manhã.^{2,3}

O custo diário por residente na ocasião era em torno de R\$ 20,00 por dia, incluindo refeição, medicações utilizadas, recursos humanos e gastos com telefone, água e luz da moradia. Existia ainda contribuições de voluntários da comunidade através de alimentos e roupas e outros doativos para os residentes. Infelizmente este serviço não pode ser continuado pelo término de convênio e dificuldades de manutenção da residência pela falta de verba.^{2,3}

A outra experiência dos organizadores tem sido com a "Moradia Assistida da UNIFESP" desde abril de 2010. Os dados disponíveis sobre o perfil dos moradores desta casa indicam que até outubro de 2012 tivemos 23 pessoas residindo neste modelo, sendo sua maioria dependentes de múltiplas drogas, encaminhados de serviços ligados à rede UNIFESP, jovens com média de 30 anos (18 a 62 anos), com ensino fundamental completo, solteiros e sem vínculo empregatício, 50% tiveram recaída e foram desligados, 25% ainda seguem residindo na casa, 25% estão em casa em recuperação com vida independente. O parceiro (SPDM) entra com o pagamento de aluguel, IPTU, água e luz. Isto dá aproximadamente R\$

²Psiquiatria, PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres. Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) da UNIFESP/ Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas, do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do CNPq (INPA).

6.000,00 por mês. Na divisão das despesas comuns da casa (material de higiene, manutenção básica da casa e diarista uma vez por semana), sai em média R\$ 120,00 para cada morador.³

MODELO TEÓRICO E FILOSOFIA DAS MORADIAS ASSISTIDAS PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

A Moradia Assistida (MA), também chamada de 'Dry House', é definida como uma transição mais acessível entre a hospitalização e o viver em comunidade. O dependente de álcool e outras drogas que volta diretamente para casa depois de uma internação prolongada poderá encontrar dificuldades, principalmente porque as pessoas podem continuar a tratá-lo de acordo com a maneira que ele costumava ser e não de acordo com a pessoa que ele está tentando se tornar.¹²

Neste contexto, a MA tem como objetivo promover um serviço de cuidados posteriores a dependentes químicos que não necessitam seguir institucionalizadas, mas que se beneficiariam de uma estrutura com maior suporte de tratamento. Dependentes do álcool e outras drogas se sentirão mais seguros se instalados longe dos locais onde consumiam as substâncias e dos conflitos e estresse familiar não adequadamente tratado, os quais são propícios a recaídas. Funcionam, portanto, como componente na resolução de uma situação aguda crítica, estabelecendo uma aliança terapêutica entre paciente e seus familiares, educando o paciente em aspectos de sua morbidade e, sobretudo, como encorajador para adesão terapêutica posterior à alta do regime de internação.^{2,3,11,14}

Funcionam como um grupo familiar, com 10 a 12 pessoas residindo em uma grande casa, daí o modelo teórico que melhor se aproxima do conceito de moradia é o modelo de família ou modelo social; dado à prática adotada do viver em família com papéis, regras e o exercer responsabilidades junto aos demais membros. Moradores buscam se auxiliar mutuamente a manterem-se abstinências do uso de substâncias (lícitas ou ilícitas). A identificação entre eles é natural e acontece rapidamente, pois todos tiveram um histórico de uso de drogas e hoje buscam refazer suas vidas, devendo haver um incentivo dos mais antigos para que os novatos na casa busquem serem ativos socialmente, especialmente que voltem a estudar e trabalhar. Os mais novatos buscam inspirar-se nos mais antigos na casa.^{2,3}

PARA QUEM O PROGRAMA É INDICADO?^{2,3}

- Dependentes químicos que passaram por algum tipo de programa de desintoxicação e estejam abstinentes do uso de álcool e drogas há pelo menos dois meses.
- Dependentes que estejam em situação de risco de uso no ambiente familiar ou em seu círculo de relacionamentos e busquem um ambiente seguro para fortalecer a sua recuperação.
- Pacientes que estão em risco de ficarem em situação de rua ou já estavam em situação de rua antes da desintoxicação, mas ainda tenham algum vínculo familiar a ser resgatado.
- Os candidatos a moradores devem ter um perfil bastante específico para ser inserido e aderir ao propósito da moradia. Primeiramente deve existir o desejo de permanecer abstinente do uso de álcool e outras drogas, aceitar ajuda dos outros moradores e manter-se ativo trabalhando ou estudando. É importante ressaltar que a Moradia Assistida não é "o tratamento" em si, mas um "porto seguro" em um momento em que o dependente químico ainda se encontra vulnerável e necessita dar um passo adiante.
- Moradias Assistidas exclusivas para moradores de rua são muito necessárias, mas tendem a requerer mais recursos que não somente uma equipe mínima, além de provisão de outros cuidados e atenção específicos para este público, tais como alimentação e maior tempo de permanência.

QUAIS SÃO OS OBJETIVOS A CURTO E MÉDIO PRAZO?^{2,3,13}

- Oferecer um ambiente seguro e saudável para que o dependente químico possa refazer seus vínculos sociais, familiares e profissionais.
- O intuito é estabelecer uma ponte entre o processo de desintoxicação e a retomada da vida.
- Dar mais sustentação para que o dependente químico possa voltar a estudar, trabalhar, retomar o contato com familiares e inaugurar novas perspectivas e atividades que não estejam vinculadas à memória ou aos hábitos relacionados ao uso de drogas.
- A ideia é que eles possam completar o programa da Moradia Assistida e possam constituir o seu próprio espaço, morando sozinhos ou retornando ao convívio familiar mais estruturado e fortalecido.

ARTIGO DE REVISÃO

por **ALESSANDRA DIEHL¹** e
RONALDO LARANJEIRA²

ARTIGO

ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A ORGANIZAÇÃO DA MORADIA ASSISTIDA PARA DEPENDENTES QUÍMICOS. ^{2,3,4,5}

• Estas moradias em geral devem ser construídas ou alugadas próximas a departamentos de psiquiatria, CAPS AD, AME ou unidades de saúde para eventual apoio.

• A coordenação da casa deve ficar a cargo de uma pessoa com nível superior e formação/capacitação na área das adições sendo auxiliado nesta atividade por uma equipe mínima.

• A equipe mínima deve contemplar: conselheiros em dependência química que se revezam em esquema de plantão, assistente social e psicólogos também com formação/capacitação prévia na área dos comportamentos adictivos, com cargas horárias a serem estabelecidas ao longo da semana. Sugere-se de 12 a 15 horas semanais.

• Os monitores/conselheiros em dependência química formam uma equipe que deve conviver com os residentes, ajudando-os no manejo de crises e gatilhos para recaída, no reconhecimento de possíveis reagudizações de sintomas, fornecendo orientação e supervisão das medicações utilizadas.

• Em situações especiais a equipe mínima também pode estar contemplada por um agente comunitário de saúde.

• Os programas devem ser exclusivos para homens ou para mulheres, sendo orientados preferencialmente pela identificação de gênero.

• As tomadas de decisões e outros assuntos importantes relacionados ao convívio na casa e divisão de tarefas são discutidos em reuniões semanais com todos os residentes, através da realização de grupos operativos conduzidos por um dos membros da equipe mínima.

• Os moradores visitam seus médicos e equipes de saúde em regime ambulatorial e o programa deve incentivar fortemente a participação de grupos de 12 passos e outros grupos de mútua ajuda. Deverá estar em acompanhamento médico e/ou psicoterápico e/ou participando de reuniões em grupos de mútua ajuda (AA, NA, etc.), se necessário utilizando-se de recursos da rede pública de saúde (CAPS, UBS).

• A abstinência total de álcool e outras drogas tais como cocaína, crack, maconha, anfetaminas ilegais é estritamente requerido. O modelo não se adequa à redução de danos como meta.

• Exames toxicológicos e utilização de bafômetros mediante regra e periodicidade a ser definida para cada moradia também são

elementos essenciais a serem contemplados.

• Mediante recaída o morador deve ser desligado da moradia assistida imediatamente e encaminhado para outro modelo de tratamento, tais como Comunidade Terapêutica ou re-internação hospitalar.

• Formalização e assinatura de contrato por escrito contendo as regras e rotinas da moradia assistida.

• O tempo de permanência na Moradia Assistida deverá ser de até seis meses, sendo as exceções avaliadas individualmente.

• Os candidatos a moradores deverão passar por uma triagem com o coordenador da casa antes da admissão mediante contato do serviço de saúde encaminhador.

• É necessário um cadastro/prontuário dos pacientes para evolução do mesmo no serviço, bem como para fins de monitoramento de dados e pesquisas de efetividade.

COMO PODE FUNCIONAR? ^{2,4,5}

• A visão mais próxima que podemos ter é a de uma república em que cada residente cuida do seu espaço sendo responsável pelo cuidado do ambiente sempre limpo e organizado de modo que não incomode os outros moradores.

• São necessários os requisitos mínimos de uma casa, com fogão, geladeira, forno micro-ondas, armários, cozinha, banheiro, cama e enxoval de cama e mesa com lençol e travesseiros, pratos e talheres.

• Os moradores têm bem claro que lá é o lar temporário e não uma clínica.

• Os moradores dividem as tarefas domésticas e buscam retomar suas vidas fora da casa.

• Não é permitido levar amigos, familiares ou namoradas ou namorados para dentro da moradia.

• Cada morador deverá ter estabelecido horário de retorno da casa. Atrasos ou não, retornos para pernoite deverão ser comunicados imediatamente ao coordenador com pena de desligamento.

• Não será permitido o uso de qualquer droga dentro da casa. Assim como a troca e venda de objetos e realização de comércio entre os moradores.

• A função da psicologia é além da condução de grupos operativos, também atendimento individual baseado no modelo de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para cada morador objetivando ajudá-lo nas dificuldades encontradas ao longo do processo de recuperação.

• Não é permitido heteroagressividade entre os moradores, sen-



do que possíveis desentendimentos verbais devem ser trabalhados em grupos operativos e manejados junto à equipe mínima.

- A experiência dos organizadores tem mostrado que pacientes com comorbidades com transtornos psicótico, do tipo esquizofrenia, com a dependência de substâncias psicoativas, se beneficiam de moradias assistidas com maiores recursos, incluindo equipe de enfermagem. Portanto, inicialmente na construção e amadurecimento deste projeto recomenda-se a não inclusão deste perfil.

CONCLUSÃO

Assim sendo, este modelo mostra-se um importante recurso terapêutico a ser agregado na construção da rede de equipamentos já existentes para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

Correspondência
Alessandra Diehl
Vida Mental: Rua Dr. Neto de Araujo 320 sala 910
CEP: 04111-001
Tel: 11-41140019
Vila Mariana
São Paulo- SP
Email: alediehl@terra.com.br

Fonte de Financiamento e Conflito de Interesse Inexistentes

ARTIGO DE REVISÃO

por **ALESSANDRA DIEHL¹** e
RONALDO LARANJEIRA²

ARTIGO

Referências

- 1. Polcin DL, Henderson DM, Korcha R, Evans K, Witman F, Trocki K. Perceptions of sober living houses among addiction counselors and mental health therapists: knowledge, views and perceived barriers. *J Psychoactive Drugs*. 2012 ;44: 224-36.
- 2. Diehl A, Elbreda MF, Laranjeira R. Moradias Assis-tidas. IN: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. CD Roon.Editora Artmed, Porto Alegre, 2011.
- 3. Diehl A, Laranjeira R. Halfway houses for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for the organization of facilities. *Clinics (Sao Paulo)*. 2008;63:827-32.
- 4. Polcin DL. A Model for Sober Housing during Out-patient Treatment. *J Psychoactive Drugs*. 2009; 41: 153-161.
- 5. Polcin DL, Henderson DM. A Clean and Sober Place to Live: Philosophy, Structure, and Purported Therapeutic Factors in Sober Living Houses. *J Psychoactive Drugs*. 2008 ; 40: 153-159.
- 6. Srebnik D, Connor T, Sylla L. A pilot study of the impact of housing first-supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *Am J Public Health*. 2013 ;103:316-21.
- 7. Polcin DL, Korcha RA, Bond J, Galloway G. Sober living houses for alcohol and drug dependence: 18-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2010 ;38:356-65
- 8. Alexandre PK, Roebuck MC, French MT, Barry M. The cost of residential addiction treatment in public housing. *J Subst Abuse Treat*. 2003, 24: 285-90.
- 9. Heslin KC, Hamilton AB, Singzon TK, Smith JL, Anderson NL. Alternative families in recovery: fictive kin relationships among residents of sober living homes. *Qual Health Res*. 2011 ;21:477-88.
- 10. Polcin DL, Korcha R, Bond J, Galloway G. What did we learn from our study on sober living houses and where do we go from here? *J Psychoactive Drugs*. 2010 ;42:425-33.
- 11. Galanter M, Dermanis H, Calabrese D. Residences in addiction psychiatry: 1990 to 2000, a decade of progress. *Am J Addict Summer* 2002; 11: 192-9.
- 12. Kaskutas LA. The Social Model Approach to Substance Abuse Recovery: A Program of Research and Evaluation. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 1999.
- 13. Jason LA, Davis MI, Ferrari JR, Anderson E. The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House. *Addictive Behaviors*. 2007;32:803-818.
- 14. Tuten M, Defulio A, Jones HE, Stitzer M. Abstinence-contingent recovery housing and reinforcement-based treatment following opioid detoxification. *Addiction*. 2012;107:973-82.