

Drugvrije therapeutische gemeenschap

door J. Maertens

In 1975 begon de therapeutische gemeenschap 'De Sleutel' haar werking als eerste gespecialiseerde instelling voor de opvang en behandeling van jonge drugverslaafden in België. In de zes voorbije jaren werd door eigen ervaring, opleiding en studie een specifiek systeem ontwikkeld.¹ In dit artikel wil ik de belangrijkste elementen ervan duidelijk naar voren brengen, nl. cliëntgroep, behandelingsplan, de 'twee TG's',² ouderwerking en partnerwerking.

Cliëntgroep

Van Therapeutische Gemeenschappen, en zeker van de drugvrije gemeenschappen, wordt nog al eens beweerd dat hun succes verklaard kan worden door de secure opname-selectie, waardoor de kans op het succesvol doorlopen van het behandelingsprogramma groter wordt. Het omgekeerde is eerder waar. Minstens de helft van de opgenomen bewoners zijn reeds lang ambulante of residentiële in behandeling geweest. In tegenstelling tot de bewering dat de therapeutische gemeenschappen veelal met goed gemotiveerde mensen werken, is hun motivatie meestal niet veel meer dan het aangrijpen van een laatste kans. De andere helft van de bewoners behoort meestal wél tot die groep mensen, die bewust een eind aan hun verslaving en aan de onderliggende moeilijkheden willen maken.

Een drugvrije therapeutische gemeenschap, zoals 'De Sleutel', werkt vooral met toxicomanen waarvan de persoonlijkheid neurotisch, karakter-neurotisch of hysterisch van aard is. Bij borderlines en psychopaten kan de behandeling positieve resultaten geven, maar meestal houden deze mensen niet langer vol dan drie tot vier maanden. Psychose en ernstige derealisaties vormen een tegenindicatie. Omdat het nooit met zekerheid vast te stellen is of deze derealisaties al of niet met het druggebruik verband houden, is hier nader onderzoek vereist. Dit gebeurt in ons Crisis- en Motivatiecentrum 'De Ark' te Gent.

Orthopedagoog-psychotherapeut, programmadirecteur drugvrij programma 'De Sleutel' Gent.

Behandelingsplan

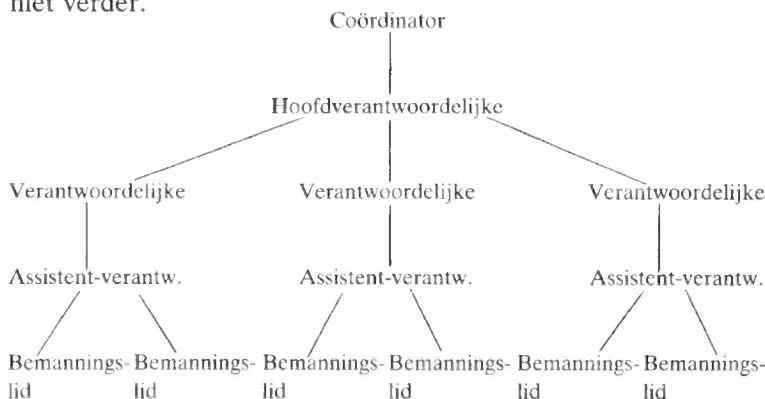
1. Structuur

Het is de bedoeling om mensen die van zichzelf denken dat ze helemaal niets meer kunnen, te laten aanvoelen dat ze toch in staat zijn om zekere, beperkte verantwoordelijkheden te dragen binnen een veilig systeem.

De veiligheid van de leefgroep wordt door verschillende elementen gewaarborgd, waarvan de belangrijkste zijn: de hiërarchische structuur, de 'gestructureerde individuele feed-back', de groeps-sessies en de steun van medebewoners en stafleden.

De hiërarchische bewonersstructuur biedt veiligheid, omdat elke positie nauwkeurig omschreven is: een bemanningslid, een assistent-verantwoordelijke, een verantwoordelijke, een hoofdverantwoordelijke en een coördinator weet wat hem te doen staat en wat de bevoegdheid van de gene onder of boven hem is. Deze structuur bevat tevens leermomenten omdat een bewoner steeds hogerop kan, en zo kan leren meer verantwoordelijkheid, te nemen, zodat hij als coördinator uiteindelijk de verantwoordelijkheid voor de ganze gemeenschap kan dragen.

Deze structuur schept ook afstandelijkheid, waardoor een juistere beoordeling van de dagelijkse situaties mogelijk wordt. Deze afstandelijkheid wordt gecreëerd door de afspraak dat iedereen enkel handelt t.o.v. diegene, die direct boven of onder hem staat en niet verder.



2. 'Bolwassingen'

Bolwassingen zijn momenten van feedback, waarin mensen die de veiligheid van de gemeenschap door negatief gedrag naar beneden halen, even uit de structuur verwijderd worden. Na feedback van andere bewoners te hebben ontvangen, nemen ze opnieuw hun plaats in, in de gemeenschap.

3. De groepsessies

De groepsessies hebben een belangrijke functie naar de veiligheid toe, nl. het afreageren van spanningen opgelopen in de dagelijkse structuur. Het kunnen lozen en kanaliseren van deze spanningen is een belangrijk punt voor de veiligheid. Elke dag zijn hiervoor mogelijkheden geschapen. Bijvoorbeeld:

- Maandag: meditatie (losmaken van spanningen) – 1 uur
confrontatie-encounter – 3 uur
- Dinsdag: jongerengroep: bio-energetica – 1,5 uur
midden-groep: confrontatie-encounter – 1,5 uur
ouderengroep: attitudegroep – 1,5 uur
- Woensdag: confrontatie-encounter – 3 uur
- Donderdag: meditatie – 1 uur
mannen- en vrouwengroep (bespreking van specifieke intieme problemen) – 1,5 uur
- Vrijdag: attitude- en bondinggroep³
- Zaterdag: prospectgroep (oefeningen in groepstechnieken voor jongere bewoners)
- Zondag: familie-groep (iedereen maakt in groep en t.a.v. de oudste bewoners kenbaar waarmee hij/zij bezig is)

Het afreageren van spanningen is niet het doel van de groepstherapie, maar eerder een gevolg ervan. (zie verder de volgende paragraaf onder 2).

Binnen dit dagelijks gebeuren, wat verloopt tussen 6.30 u. en 23.00 u. zijn de dagelijkse activiteiten van concrete waarde.

We onderscheiden: onderhoud van het huis, klaarmaken van maaltijden, voorzien in eigen bevoorrading van groenten en vlees uit eigen kweek, enz...

Enkel reeds dit contact met de reële noodzaak van koken, wassen en plassen, geeft direct een beter *zelf-gevoel*.

4. Oudere broer of zus en begeleidend staflid

Structuur, bolwassingen, groepen, dagelijks werk en dagprogramma, zijn de complexe achtergronden waarop het behandelingsplan verloopt. Elke bewoner krijgt vanaf zijn eerste dag een oudere broer of zus⁴ en een begeleidend staflid. De eerste heeft als taak de nieuweling in te wijden in de complexiteit van de gemeenschap. De tweede zal het proces van dichtbij volgen en steeds opnieuw de nodige feedback geven.

5. Fasering

De bewoner zelf krijgt het globale behandelingsplan in handen. Hierin kan hij de criteria terugvinden, die een voorwaarde zijn voor de overgang naar een volgende fase. De behandeling bestaat uit vijf fases, waarvan de eerste drie de behandeling in de therapeutische gemeenschap betreffen, en de laatste twee betrekking hebben op de nazorg in het tussenhuis te Gent.

Fase I De eerste fase (ong. drie maand), start met een intakegesprek, waarin de kandidaat-bewoner duidelijk maakt, dat hij een eind wil maken aan zijn miserie en dat hij er ook wel degelijk energie wil in stoppen. Na deze intake krijgt hij zijn oudere broer of zus en zijn begeleidend staflid toegewezen. De nieuwe bewoner komt in de startpositie te zitten, waar van hem verwacht wordt, dat hij:

- zichzelf kenbaar maakt (vertellen levensverhaal),

- zichzelf voorstelt aan bewoners en stafleden,
- zich huis- en basisregels eigen maakt,
- zijn werk als bemanningslid goed doet.

Eenmaal uit de startpositie (2 à 3 weken), komen direct een aantal andere doelstellingen in zicht, die samen met het begeleidend staf lid doorgenomen worden, zoals:

- minstens één week assistent-verantwoordelijke zijn,
- één week de ochtendsport leiden,
- veertien dagen verantwoordelijke zijn,
- een opstel of 'seminarie'⁵ maken,
- solliciteren naar lidmaatschap van verschillende projecten.

In deze eerste fase wordt vooral gewerkt op het uiten van gevoelens, die als negatief ervaren worden.

Eenmaal deze criteria afgewerkt, is er evaluatie en is er een klinisch gesprek, bij het eind van elke fase, waarin de persoonlijke vooruitgang geëvalueerd wordt. Wat hier belangrijk is, is dat de bewoner kan omgaan of leert omgaan met gevoelens van angst, kwaadheid en pijn in groepsessies.

Fase II – In deze fase (ongeveer 3 maanden) wordt opnieuw contact genomen met de buitenwereld, eerst met ouders, broers of vrienden, gesteund door voorbereidende gesprekken en confrontatiegesprekken. Daarna vooral via losse opdrachten in de buitenwereld. Het belangrijkste in deze fase naar binnen toe, is dat deze bewoners tot de middengroep behoren.

Het zijn vooral bewoners van fase II die de commune leiden tijdens de weekends wanneer de staf en de oudere bewoners er niet zijn en 's avonds onder supervisie van oudere bewoners. Andere belangrijke punten zijn hier: de positie van verantwoordelijke en hoofdverantwoordelijke kunnen dragen.

Bewoners in deze fase hebben al iets te bieden aan jongere bewoners. Wat betreft het leven buiten zijn ze weer groentjes, waarvoor ze dan opnieuw kunnen aanleunen bij de mensen van derde fase.

Fase III – In de laatste fase van de behandeling (eveneens \pm 3 maanden) zullen de bewoners binnen de gemeenschap de grootste verantwoordelijkheden dragen, in en buiten de structuur. Zij bekleeden de functie van coördinator, organiseren de communevakanties, de opendeurdagen, helpen mee aan het leiden van extragroepen, ... enz.

Wat hun contacten met de buitenwereld betreft, kunnen ze nu alleen weg en kunnen ze ook langer buiten blijven: een weekend, een volle week, ... In deze fase komen in groepstherapieën vooral de angst voor de overgang van de commune naar de buitenwereld aan bod. Deze angst krijgt in de groepsessies meer concrete inhoud, er komen de bewoner concrete situaties voor ogen die hem bang maken. Deze situaties worden dan tijdens uitstappen aangepakt. Deze derde fase sluit aan op de overgangperiode naar het tussenhuis. De bewoner is dan tussenhuis kandidaat.

Tussenhuis kandidaat en tussenhuis – De tussenhuis kandidaat komt los van de commune en richt zich stilaan op het leven buiten de gemeenschap. De tussenhuisperiode is niet zomaar een aanhangsel

van het programma, maar eerder de belangrijkste periode. De bewoner laat stilaan de veiligheid van de vertrouwde, warme gemeenschap achter zich om een nieuw bestaan op te bouwen in de buitenwereld. Ook deze tussenhuisperiode is opgedeeld in vier fases, waarvan hier in het kort enkele punten:

1. *1e fase*: afzonderlijk wonen in het gebouw van de TG, maar er geen lid meer van zijn. Meewerken in de staf met gewone werkuur. Groepen meevolgen in de TG op maandag en vrijdag. Woensdag tussenhuisgroep (bonding- en attitudegroepen). Zie 3.2.
2. *2de fase*: kamer betrekken in het tussenhuis te Gent. Meewerken in de staf. Wekelijkse evaluatie in groep, tussenhuisgroep.
3. *3de fase*: betaald werken (al of niet in de TG) of studeren. Wekelijkse evaluatie in groep en tussenhuisgroep.
4. *4de fase*: werken of studeren en op kamer wonen buiten het tussenhuis. Wekelijkse evaluatie en tussenhuisgroep blijven het laatste contact. Daarna volgt graduatie of het feitelijk een eervol afscheid nemen van de gemeenschap.

Belangrijk in het tussenhuisprogramma is het stapsgewijs overgaan van een beschermd milieu naar een niet-beschermd milieu.

Dat hiervoor tijd en aandacht gegeven wordt, is een voorwaarde voor het succesvol doorstaan van deze 'realiteitstesting'.

Besluit – Tot slot kunnen we stellen dat een bewoner opnieuw begint en vanaf de eerste dag verantwoordelijkheid leert dragen: eerst voor zijn werk, dan voor zichzelf, dan weer voor enkele mensen, later voor verschillende ploegen en tenslotte voor de ganse gemeenschap.

Daarna valt de veilige sfeer weg en past hij/zij al het geleerde toe voor zichzelf en een nieuwe toekomst.

Theoretische achtergrond – 'de 2 TG's'

Rond de behandeling is reeds heel wat te doen geweest. Daarom wil ik hier een schema voorstellen, (zie blz. 8) dat de belangrijkste principes duidelijk te kennen geeft. Het blijft uiteraard een schematische voorstelling, bedoeld als theoretisch model en niet als beschrijving van een realiteit.

Bij het starten van de behandeling (zie schema) hebben we een aantal gegevens, waarvan de samenvatting duidelijk maakt dat iemand ongelukkig is en er iets aan wil doen zonder te weten hoe en wat. Specifiek voor ons programma gaat het dan vooral om mensen die ook nog verslaafd zijn aan alcohol, medicatie of drugs.

1. Gedrag en hoofdregels

De behandeling vertrekt vooral van het principe dat de onderliggende gegevens pas werkbaar worden als de bewoner zijn gedrag, dat er een resultaat van is, kan wijzigen. Een eerste wijziging die hij zich oplegt, is het stoppen met gebruiken van alcohol, medicatie of drugs. Hierdoor wordt een wijziging in het gedrag merkbaar, waardoor de onderliggende gegevens een nieuw evenwicht gaan zoeken

O

N

G

E

L

U

K

K

I

G

Z

I

J

N

GEDRAG

1°

wat je doet
vluchten

terugtrekken

A

vechten

kontrole

HOOFDREGELS

2°

wat je moet laten
drugs

alleen lopen

fysisch geweld

dreigen

EMOTIES

1°

wat er gebeurt
als je de hoofd-
regels volgt

angst

kwaad

pijn

ATTITUDES

2°

van waar het komt

ik ben niet
goed genoeg

1°

waar het eindigt
verantwoordelij-
k zijnhuggen (fysisch
B en/of emotioneel
verbonden zijn)emotioneel ver-
bonden zijn

open zijn

2°

wat je kunt doen
verantwoordelij-
kheid nemennaar iemand
toe gaanhouden van jezelf
en van anderenje gevoel laten
gaanwat er verder
gebeurtattitudewerk
wat het je doet

verlangen

ik ben goed
genoeg

I N T E R M E D I A I R D O E L

EIND-
DOEL

en aldus werkbaar worden.

Het is de verdienste van de beweging der therapeutische gemeenschappen, gestart in Synanon (Casriël, 1966), om deze evolutie binnen de TG nog sterker door te zetten, door een aantal negatieve gedragingen te verbieden. Uit het schema blijkt duidelijk dat gedragingen zoals vluchten (alcohol, medicatie, drugs), terugtrekken (alleen zitten, wegwijnen), vechten (destructief gedrag) en gecontroleerde gedragsvormen (cynisme, spotten, sarcasme...) verboden worden in het dagelijkse leven in de TG. Vluchten in alcohol, medicatie of drugs kan niet meer, ze zijn verboden; terugtrekken kan niet meer, want je loopt nooit alleen; fysisch geweld kan niet of je kunt niet langer blijven en idem met dreigen, wat als gecontroleerde agressie wordt beschouwd.

Dit zijn allemaal regels waaraan bewoners onder elkaar voortdurend en correct de hand moeten houden, omdat ze de vooruitgang en de veiligheid van iedereen in de gemeenschap garanderen. Deze regels zijn moeilijk, omdat ze uit hun aard een confrontatie betekenen voor de weerstanden van alle mensen in huis.

In deze korte paragraaf is de therapeutische gemeenschap reeds voor de helft gedefinieerd: ze geeft bewoners de mogelijkheid om negatief gedrag te stoppen en daardoor een gans proces op gang te zetten. Al het overige en voorgaande is de concretisatie van deze ene doelstelling.

De andere helft van de werking van de TG ligt in het opbouwen van positief gedrag, dat gelukkig maakt. De bovenstaande negatieve gedragspatronen worden omgebogen naar positieve. Tegenover de vlucht wordt verantwoordelijkheid geplaatst, tegenover terugtrekken wordt het naar mensen toe gaan en fysisch vastnemen geplaatst, tegenover kapot maken, stellen we houden van jezelf en van anderen; tegenover dreigen en controleren stellen we emotioneel open zijn. Dit is de andere helft van de definitie van een TG ze stimuleert tot positief gedrag.

In het dagelijkse leven van de TG is het zo dat het negatieve gedrag niet alleen verboden wordt, maar ook door positief gedrag vervangen wordt. Concreet, iemand die reeds jaren vlucht met drugs in onverantwoordelijke kroegenbendes, krijgt plots zonder drugs verantwoordelijkheid te dragen. Dit geeft een waarden- en normenconflict, zodat de onderliggende emoties roeren en zich laten kennen. Bijvoorbeeld iemand die razend kwaad wordt, of iemand die stikt van de angst. Hier start het werk van de therapiegroepen.

2. *Emoties en attitudes*

Zoals blijkt heeft de therapeutische gemeenschap het moeilijke werk verzet, nl. de opening gemaakt. Waar we vroeger beweerden dat de therapiegroepen de motor van het gebeuren waren, zijn we daar van teruggekeerd. We zien de therapeutische gemeenschap en de therapiegroep (de 2 TG's) als twee schakels in het geheel van het behandelingsproces. Een uitspraak over het onderling verschil in belangrijkheid is niet mogelijk.

Terwijl de leefgemeenschap vooral bijdraagt om het individueel

proces opnieuw op gang te zetten, helpt de therapiegroep om de onderliggende gevoelens van angst en kwaadheid als emoties in al hun lichamelijkheid te uiten. Belangrijk is hier de herwaardering van de emotie als fysisch gebeuren. Wat zich meestal voordoet bij het uitleven van angst en kwaadheid, is een overgang naar pijn en verdriet. Deze pijn heeft een historische onderbouw, die ver terugreikt in de vroege kinderjaren, waar bijvoorbeeld de ouders het kind verdriet hebben berokkend, door steeds opnieuw te laten aanvoelen dat het niet goed genoeg was. Telkens als het kind iets deed, kwamen er opmerkingen en kritiek, geen lovende woorden. In dit voorbeeld ontwikkelt het kind een negatieve attitude: 'Ik ben niet goed genoeg', en gaat ook volgens deze attitude leven. Om de pijn niet meer te moeten voelen, gaat het anticiperen op kwetsende situaties met kwaadheid (gevaar te lijf gaan) of met angst (vluchten voor gevaar).

Deze anticiperende gevoelens resulteren op de lange duur in anticiperend gedrag, zoals vluchten en terugtrekken voor angst en vechten of gecontroleerde agressie voor kwaadheid. Hoe erger de pijn en het gebrek aan begrip, of de opstapeling ervan in het verleden, des te pathologischer het volwassen gedrag (Casriël, 1972).⁶

Wat nu in de therapiegroepen gebeurt is het teruggaan via emotionele beleving, geholpen door schreeuw- en bondingstechnieken, naar de momenten van pijnlijke beleving, waarop de negatieve attitudes geënt werden. Eenmaal zover, worden deze attitudes gewijzigd op emotionele basis en komt de bewoner in contact met positieve ervaringen, nl. als ik voel dat ik goed genoeg ben, dan hoef ik niet meer bang of kwaad te zijn naar anderen toe, maar dan verlang ik om onder hen te zijn, dan krijg ik bevestiging, liefde, vriendschap, en voel ik me steeds beter. Dit positief gedrag wordt dan opnieuw gestimuleerd in de leefgemeenschap.

Dit theoretisch model is eenvoudig. De weg afleggen is een andere zaak en vergt meestal één jaar en meer. Het uiteindelijke doel, nl. het wijzigen van negatieve attitudes, die aan de grondslag liggen van het volwassen gedrag, is een niet eenvoudige onderneming in de realiteit. De weerstand om gedrag te veranderen is voor elke stap groot en vergt telkens verschillende weken. De veiligheid in de gemeenschap is een voorwaarde om vooruit te komen en deze veiligheid is eveneens afhankelijk van deze vooruitgang.

Ter verduidelijking wil ik hier nog beklemtonen dat het niet de therapiegroepen of de therapeutische gemeenschap zijn die het werk verzetten, maar wel de bewoner in kwestie. Deze 2 zijn geen magische middelen, maar wel efficiënte werktuigen voor iemand die echt wil werken.

Ouderwerking of partnerwerking

De isolatie van familie, echtgeno(o)t(e), kinderen en vrienden, is één van de belangrijke gevolgen van de opname in de therapeutische gemeenschap.

Voor de bewoner wordt dit gemis opgevangen binnen de gemeen-

schap. Voor de mensen die buiten achterblijven is het al te dikwijls een leegte met vele vraagtekens en ontreddeiding.

Hoewel de stafbezetting het niet toelaat om intens met deze mensen te werken, vind ik dit een noodzaak: opvang voor het gemis, de voorbereiding op het terugzien en de informatie over het programma zijn alle belangrijke handelingen.

Maandelijks komen ouders en/of partners samen om in groepsverband deze onderwerpen te bespreken. Belangrijk aan deze werking is dat ook deze groep ouders identiek gefaseerd is zoals de bewonersgroep. Er zijn ouders met zoon of dochter in eerste, tweede en in derde fase en in het tussenhuis. Op deze manier is de opvang van ouders in eerste fase een stuk verzekerd volgens het principe van de zelfhulpgroep. We zijn er ons van bewust dat hier nog heel wat te doen valt. De vergaderingen zouden frequenter kunnen doorgaan en een meer individuele voorbereiding op het terugzien dringt zich op. Recent werd de mogelijkheid geopend tot partnergroepen, die openstaan voor ouders, partners en bewoners om bestaande communicatiestoornissen of emotionele barrières op te ruimen.

Besluit

Een drugvrije, gestructureerde therapeutische gemeenschap zoals 'De Sleutel' is een complex geheel waar op twee vlakken intensief gewerkt wordt, nl. het pedagogische – wat vooral op het gedragsmatige en daaronder liggende waarden- en normensysteem werkt – en het psycho-therapeutische – wat zich vooral richt op emotioneel-historische momenten. De unieke combinatie van deze twee elementen en het geloof dat elke mens alles in zich en bij zijn medemens kan vinden om aan een gelukkig bestaan te bouwen, zijn de grondslagen van onze therapeutische gemeenschap.

Voor de zes eerste jaren van de werking van 'De Sleutel' geeft een samenvatting van het cijfermateriaal volgende resultaten: 70% van de bewoners breken de behandeling af voor de eerste 4 maanden, 15% voor de 8 maanden, 6% voor 12 maand en 9% doorloopt het ganse programma (v.d. Voort, 1981). Uit ervaring blijkt dat iemand die langer dan vier maand het programma gevolgd heeft, zich beter handhaaft en meestal niet meer terugvalt in zijn vroeger milieu. Eveneens blijkt dat na een verblijf van acht maand de behandeling meestal geslaagd kan genoemd worden.

Met voorbehoud, totdat deze cijfers bevestigd worden door een lopend onderzoek, kunnen we dus stellen dat in de loop van zes jaar werking (waarvan de eerste drie op experimentele basis verliepen) 15% van de opgenomen bewoners niet meer terugvallen tot het vroegere gebruik en milieu. Van deze 15% zijn er 6% die zich goed handhaven. Dit betekent actief bezig zijn (studies, bezoldigd of onbezoldigd werk), nieuwe vriendenkring en maatschappelijk geïntegreerd zijn. Zij zijn echter niet geheel klachtenvrij, doch gebruiken geen drugs meer. Van deze 15% zijn er verder 9% waarvoor eveneens de vorige criteria gelden; deze groep is wel klachtenvrij en geeft blijk van een sterk maatschappelijk engage-

ment. Naarmate het programma langer functioneert zal de invloed van de slechtere resultaten van de beginjaren op deze cijfers steeds minder worden en hopen wij op een verdere verbetering van de resultaten.

Noten

1. Zie 'Evolutieverlag 1975-'79' uitgegeven door VZW De Sleutel, St. Salvatorstraat 81 9000 Gent.
2. TG's = Therapie Groep en Therapeutische Gemeenschap.
3. 'Bonding' bedoelt fysieke en emotionele verbondenheid en is een groepstechniek ingevoerd door Casriël.
4. Ouder wat betreft de verblijfsduur, nl. iemand die er al langer is en het leven in de gemeenschap goed kent.
5. Een voordracht over het behandelingsprogramma of over vormende onderwerpen door bewoners.
6. Theoretisch kader ontworpen door Dr. Dan Casriël in 'A scream away from happiness', New York 1972.

Literatuur

- Casriël D. (1966) *So fair a house: the story of Synanon*. Prentice-Hall, New York.
- Casriël D. (1972) *A scream away from happiness*. Grosset and Dunlop, New York.
- Casriël D. (1980) The new identity process: the emotional foundation of health (happines) and mental illness (unhappiness). *Congresboek 5e Wereldcongres van Therapeutische Gemeenschappen*, Den Haag.
- Evolutieverlag 1975-'79* V.Z.W. 'De Sleutel' Gent.
- Van der Voort R. (1981) 'De Sleutel', een drugvrije therapeutische gemeenschap; situering in de geestelijke gezondheidszorg, *Licentiaatsverhandeling*. V.Z.W. 'De Sleutel', Gent

* Concreet cijfermateriaal kan steeds aangevraagd worden op ons adres: Drugvrij programma 'De Sleutel', Spanjeveerstraat 18, 9020 Gent, tel. 091/459250.