

Dit artikel verscheen eerder in: '100 jaar sociale arbeid - portretten en praktijken uit de geschiedenis van het maatschappelijk werk', Berteke Waaldijk, Jaap van der Stel en Geert van der Laan (red.). Van Gorcum: Assen, 1999.

Arie Querido (1901-1983), pleitbezorger van de sociale dimensie

Jaap van der Stel

In dit artikel komt de Amsterdamse psychiater Arie Querido voor het voetlicht. Als geen van zijn vakgenoten in Nederland heeft hij het belang van sociale arbeid in de zorg voor psychiatrische patiënten onderkend. Hulpverleners dienden volgens hem mensen in hun sociale context bestuderen voordat zij eventueel besloten tot opname. Zijn werk voor de geestelijke gezondheidszorg - praktisch en academisch - laat zich samenvatten in het motto 'shifting the responsibility for the mental patient from the hospital to the community' (Querido, 1970 [oorspr. 1968] 246). Querido wilde de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de psychiatrische patiënt verleggen van de kliniek naar de samenleving. Met een scherp oog voor de sociale dimensie van psychiatrische hulpverlening heeft Querido de weg bereid voor de betrokkenheid van maatschappelijk werk(st)ers op dit werkterrein.

Querido is te zien als de grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland. Met zijn studie *Het Zeeburgerdorp. Een sociaal-psychiatrische studie* introduceerde hij in 1932 de term sociale psychiatrie in Nederland (Querido, 1932). Daarnaast streed hij voor een stevige financiële basis voor de geestelijke gezondheidszorg. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kwam mede dankzij zijn inspanningen tot stand.

Zijn tijd vooruit

Querido werd in 1901 in Amsterdam geboren uit joodse ouders. Zijn levensverhaal heeft Arend-Jan Heerma van Voss in 1980 prachtig beschreven in *Vrij Nederland*. Querido studeerde medicijnen en deed in 1923 zijn doctoraal examen, waarna hij een jaar in de Verenigde Staten doorbracht voor verdere studie en onderzoek. Hier kwam hij in contact met de experimenteel fysioloog Walter B. Cannon (1871-1945) die diepe indruk op hem maakte en zijn denken duurzaam heeft beïnvloed. Het was vooral Cannon's begrip *homeostase* dat Querido is bijgebleven en dat hij doortrok naar sociale processen. Volgens Cannon streeft het lichaam van mens en dier er naar een dynamische evenwichtstoestand te bereiken, ongeacht de veranderingen in de omgeving. Querido paste dit begrip ook toe op maatschappelijke processen. Querido realiseerde zich goed dat Cannon homeostase niet als een conservatief verschijnsel benaderde: homeostase hield interne *veranderingen* in, anders zou er nooit van een dynamisch evenwicht sprake kunnen zijn.

Zijn artsenexamen haalde hij in 1926 en hij leek voorbestemd voor een carrière als experimenteel onderzoeker. Hij koos echter voor de praktijk. Tussen 1927 en 1931 werkte hij als tweede geneeskundige in de psychiatrische inrichting Endegeest onder de hoogleraar psychiatrie G. Jelgersma (1859-1942). Daarna werkte hij tot 1949 zelf als psychiater bij de Amsterdamse Gemeentelijke Geneeskundige Dienst, waar hij in 1933 benoemd werd tot hoofd van de afdeling 'Geestes- en zenuwzieken', later 'Geestelijke Hygiëne' geheten. Van 1949 tot 1960 was hij directeur openbare gezondheidszorg van Amsterdam.

Als psychiater bij de Geneeskundige Dienst belastte de gemeente Amsterdam hem met de taak psychiatrische opnames te controleren en ontslagen te bevorderen; later kwam daar de door hem zelf nader vormgegeven taak bij om opnames te voorkómen. Voor de oorlog was het vrij uitzonderlijk als psychiaters op huisbezoek gingen, laat staan dat zij trachtten aldaar

zo concreet mogelijke veranderingen aan te brengen in de leefomstandigheden. Querido maakte er systematisch werk van om crisissen ter plekke op te lossen. Zo kon hij het aantal opnames beperken. De rijdende psychiater was geboren en de grondslag voor internationale faam was gelegd.

Van 1952 tot 1970 was Querido hoogleraar sociale geneeskunde, in dezelfde periode (1954-1967) bekleedde hij de functie van voorzitter van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De beëindiging van zijn hoogleraarschap hield direct verband met de studentenbeweging van de jaren zestig die van de universiteit volgens hem tijdelijk een anarchistische vrijplaats maakte. Querido was niet bereid zich te voegen in de discussiemethoden die de studenten hem wilden opleggen en had, naar eigen zeggen, al gauw de reputatie 'conservatief' te zijn - 'te oud om nog iets van het moderne gebeuren te begrijpen'. Na zijn uitspraak dat studenten voor hem 'geen gelijkwaardige gesprekspartners' waren, werd hij aan de schandpaal genageld. Een conflict over de openstelling van de universiteitsbibliotheek als alternatieve route naar het bezette Maagdenhuis vormde de aanleiding tot zijn ontslag als hoogleraar (Querido, 1980, 290).

Ver zijn tijd vooruit was Querido door zijn manier van multidimensionaal denken. Aandacht besteden aan zowel de somatische als het psychische aspect van het menselijk bestaan was psychiaters en zenuwartsen in zijn tijd wel toevertrouwd. Maar dat de sociale dimensie daarbij niet gemist kon worden was geen gemeengoed. De beklemtoning van deze derde, *sociale* dimensie, bracht Querido er niet alleen toe over sociale psychiatrie te spreken, maar ook te pleiten voor een, zoals hij het noemde, *integrale* geneeskunde. Hij meende dat sociale problemen ook in politieke zin tot een oplossing moesten worden gebracht. Hij wilde ze niet terugbrengen tot een individueel aanpassingsprobleem. De geestelijke gezondheidszorg was volgens hem dan ook niet los te zien van maatschappijhervorming. Hier hangt zijn lidmaatschap van de Partij van de Arbeid mee samen. Voor deze partij zat hij van 1958 tot 1971 in de Eerste Kamer.

Geestelijke volksgezondheid en gezondheidszorg

Het gedachtengoed van Querido heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de totstandkoming van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de RIAGG's). Hij zou zelfs een van de grondleggers van deze instellingen genoemd kunnen worden. Het is daarom goed in een periode waarin steeds meer RIAGG's opgaan in grotere organisatorische eenheden nog eens stil te staan bij de denkbeelden en vooral ook de praktijk van deze medicus, die overleed toen de RIAGG's nog maar net opgericht waren. Veel van zijn ideeën doen namelijk uiterst modern aan. Om de betekenis van Querido voor de geestelijke gezondheidszorg te verduidelijken moeten we de blik te richten op de 'beweging voor de geestelijke volksgezondheid' die eind van de negentiende en begin twintigste eeuw opkwam en in de jaren dertig en veertig haar hoogtepunt beleefde.

Rond 1900 was in zowel de Verenigde Staten als in West-Europa een brede stroming ontstaan die om meer aandacht vroeg voor de psychische componenten van maatschappelijke problemen. Daarbij ging het niet alleen om de leniging van psychische nood, maar vooral om het voeren van propaganda voor preventieve zorg. Onder de noemer *Mental Hygiene* - geestelijke hygiëne - organiseerden de aanhangers een reeks van (nationale en internationale) congressen en richtten ze verenigingen op. De namen van de ex-psychiatrische patiënt Clifford Beers en de psychiater Adolf Meyer zijn hier onlosmakelijk mee verbonden. In Nederland lag het initiatief bij de Amsterdamse hoogleraar in de psychiatrie K.H. Bouman (1874-1947). In 1916 bracht deze voor het eerst een aantal gelijkgezinden bijeen. Bouman was ervan overtuigd dat de psychiater kon bijdragen aan de verbetering van de maatschappij en dat omgekeerd voor een goede individuele behandeling kennis van de maatschappij een vereiste was. In 1931 richtte hij met steun van F.S. Meijers (1868-1953), een van de eerste

sociaal psychiaters van ons land en de voorganger van Querido bij de afdeling 'Geestes- en Zenuwziekten' bij de Gemeentelijk Geneeskundige Dienst van Amsterdam, de *Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Hygiëne* op. Nadat ook de katholieken en protestanten hun landelijke verenigingen hadden opgericht vond in 1934 een bundeling plaats in de *Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid*. Van 1934 tot 1964 was de juriste en tevens psychiatrisch sociaal werkster mr. dr. Eugenie Lekkerkerker (1899-1986) secretaris-directeur van deze federatie. Haar kennis en inzicht over sociaal werk heeft zij in het bijzonder ten nutte gemaakt voor de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB's) zowel op lokaal als landelijk niveau.

Van belang is dat onder de term 'geestelijke gezondheid' veel meer werd verstaan dan 'afwezigheid van ziekte'. Het thema kreeg daardoor ook belangstelling van niet-medici, zoals filosofen, psychologen en vooral ook maatschappelijk werkers. In deze dynamische *beweging* was ruimte voor idealistische en levensbeschouwelijke opvattingen. Dit ging vaak ten koste van de wetenschappelijke onderbouwing van de vele wensvoorstellingen, zoals die tijdens de hoogtijdagen werden uitgesproken. De aanhangers definieerden het begrip 'geestelijke gezondheid' heel gevarieerd en voor sommigen was de beweging een surrogaat voor religie. Kort na de Tweede Wereldoorlog werd op een internationaal congres uitgesproken dat de geestelijke gezondheidszorg voor gezonde onderlinge betrekkingen tussen de mensen en instellingen moest ijveren, en alles in het werk moest stellen om voor een ieder de grootst mogelijke ontplooiing te bewerkstelligen. Bij alle veelkleurigheid was er eenstemmigheid over de gedachte dat de moderne samenleving wel zo ingewikkeld was geworden dat een goede geestelijke gezondheidszorg absoluut vereist was.

Bouman en Meijers hebben hun ideeën over de *maatschappelijkheid van de psychiatrie* invulling gegeven in de totstandkoming van de ambulante psychiatrie, die naast de - ook nu nog - veel grotere klinische psychiatrie ging functioneren. Meijers had van de Amsterdamse GGD de kans gekregen een afdeling geestelijke hygiëne op te richten. Deze had als doel zowel voorafgaand aan een eventuele opname als bij ontslag (wat vroeger veel minder voorkwam dan tegenwoordig) zo dicht mogelijk in de eigen leefsituatie van de 'patiënt' te opereren. Meijers schreef ook het eerste leerboek *Inleiding tot de Sociale Psychiatrie* (1947). Querido trok na zijn aanstelling in Amsterdam de door Bouman en Meijers uitgezette lijnen door.

In de jaren dertig tot en met zestig werd met de term 'geestelijke gezondheidszorg' dus niet de behandeling van geesteszieken in de klinieken werd aangeduid. Zij duidde in deze tijd in de eerste plaats de algemene en gespecialiseerde *ambulante* voorzieningen aan, die in hun werkwijze een vooral sociaal en op de omgeving gericht karakter droegen. In zoverre bestond er - bij de protagonisten van de geestelijke gezondheidszorg - ook enige ambivalentie tegenover de psychotherapie voor zover deze uitsluitend individu-georiënteerd werkte. Wel zag men natuurlijk relaties met de klinieken en internaten. Voor Querido vormden deze toch de kern waar omheen de geestelijke gezondheidszorg zich behoorde te ontplooiën. Dat is niet zo verwonderlijk omdat hij zich met mensen met psychiatrische stoornissen bezighield. Voor de instituten die zich - in toenemende mate - op de 'psychische stoornissen van de gezonde mens' (een uitdrukking van H.C. Rümke, 1893-1967) richtten, was die relatie echter veel minder vanzelfsprekend.

Sociale psychiatrie

De naam van Querido is, zoals gezegd, blijvend verbonden aan sociale psychiatrie en het radicaal naar voren halen van de maatschappelijkheid van het individu en zijn of haar stoornis. Querido was van mening dat de maatschappelijke en individuele leefomstandigheden sterk van invloed waren op het ziekteproces in psychiatrische zin, - als oorzaak of als mede bepalende factor. Al vroeg raakte hij ervan overtuigd dat hij de patiënt in samenhang met

maatschappelijke factoren moest onderzoeken en dat hij op basis daarvan - zo mogelijk preventieve - interventies moest plegen. Hem was opgevallen dat toen men in de 'gestichten' *actieve therapie* (zoals arbeidstherapie) ging toepassen er volop mogelijkheden ontstonden om de patiënt aan te passen aan de maatschappij. In een geschikt milieu bleken veel voorkomende symptomen, die inherent zouden zijn aan bepaalde ziektebeelden, te verdwijnen. Dit sterkte Querido in de gedachte dat ziekteverschijnselen in wisselwerking tussen patiënt en omgeving tot stand komen. Hij zag dat er een 'onverbreekelijke band' bestond 'tussen cultuur en psychose-vorm' en dat de vormen die geestesziekten kregen afhankelijk waren van de kenmerken van de beschaving. Hetzelfde gold voor de neurosen die - volgens het inzicht van Querido - het 'stempel van hun tijd' droegen en daardoor steeds een andere uitingsvorm kregen.

Querido pleitte ervoor deze algemene inzichten in zake de plasticiteit van de symptomen toe te passen in de methodiek van de sociaal-psychiatrische arbeid. Dat hield in dat men moest zoeken naar een zodanige aanpassing van de patiënt aan de maatschappelijke omstandigheden - en vice versa - dat de betrokkene een nieuw, leefbaar evenwicht kon bereiken. Dit zoeken naar een nieuw evenwicht kon vóór een eventuele opname plaatsvinden, maar was evenzeer van belang tijdens de nazorg, het kon recidive voorkomen. Bij de benadering van kinderen met afwijkend gedrag gold uiteraard een vergelijkbare filosofie: kinderen waren volgens Querido slechts oppervlakkig te voorzien van diagnostische etiketten. Veel leerzamer en productiever was het volgens Querido de relatie met het milieu nauwkeurig te onderzoeken en het gedrag uit de wisselwerking tussen kind en milieu (functioneren van het gezin, rol van de ouders bijvoorbeeld) te begrijpen. Op grond daarvan kon de staf van MOB's handelen en helpen zoeken naar een nieuw evenwicht. Praktisch hield dit in dat de geneeskundige of psychiater de individuele kant voor zijn rekening moest nemen, terwijl de maatschappelijk werker de sociale kant moest benaderen. In Querido's tijd waren maatschappelijk werkers voor het merendeel vrouwen, al in de jaren dertig konden zij een aanvullende opleiding gevolgd voor het sociaal-psychiatrische werk volgen. Na de Tweede Wereldoorlog professionaliseerde het maatschappelijk werk met de introductie (vanuit de VS) van de *social casework* methode, die zich kenmerkte door een niet-bevoogdende werkhouding en de toepassing van elementen uit de psychotherapeutische praktijk.

Niet alleen in de MOB's maar ook in de voor- en nazorgdiensten voor volwassenen was het team geboren. Querido voerde daarbij aan dat de samenwerking tussen medicus en sociaal werkster diende te gebeuren op basis van 'gelijkwaardige en gedeelde verantwoordelijkheid'. Uit de combinatie van psychiatrie en maatschappelijk werk ontstond die unieke werkwijze van de sociale psychiatrie, die - in de woorden van Querido - de patiënt in staat diende te stellen 'zijn verhouding tot de maatschappij gezondere vormen te geven'. Opname - hoe kort dan ook - had zelden het beoogde effect en was dus in het nadeel van de patiënt. Het was een schijnoplossing die dreigde herhaald te worden. Beter was het volgens Querido de contacten met de gemeenschap te verstevigen en in de concrete situatie van de patiënt een oplossing te vinden. Het was de opdracht van de sociale psychiatrie als *psychiatrie d'urgence*, in de dagelijkse levenssituatie van de patiënt een plaats te vinden voor de verwerking van, of de omgang met, trauma's en conflicten.

Querido had nog een ander, preventief argument tegen opneming. Wanneer patiënten niet bij het eerste het beste verzoek daartoe zouden worden opgenomen, zou de sociale omgeving vaker in aanraking komen met geesteszieken. Door het contact met de psychiatrische eerste hulp zou het bredere publiek een positiever beeld kunnen vormen van de problematiek. 'Door dan te toonen, hoe met zulk een zieke omgegaan kan worden, door den mystieken cirkel te verbreken, dien de leekenangst om den krankzinnige getrokken heeft, door steeds maar weer te bewijzen, dat ook met een zenuwpatiënt redelijk omgegaan kan worden, en door de wegen aan te geven, waarlangs dit doel bereikt kan worden, heeft de psychiatrie

d'urgence een taak te vervullen, welke, het individu dienend, boven het individuele uitgaat' (Querido, 1970 [oorspr. 1935] 24).

Zo beoogde Querido zijn ideaal te verwezenlijken en de verantwoordelijkheid van de zorg voor de psychiatrische patiënt te verleggen van de kliniek naar de samenleving. Het is een missie die inmiddels door velen gedeeld wordt, maar nog lang niet is volbracht. Het is een missie waarin *cure* en *care* beide gericht zijn op de cliënt én zijn of haar sociale context.

Oprichting van ambulante werkende instellingen

Met de opkomst van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en het sociaal-psychiatrische gedachtegoed was de basis gelegd voor de oprichting van ambulante werkende instituten. De eerste voor- en nazorgdienst voor 'geesteszieken' werd in 1926 in Rotterdam opgericht als onderdeel van een psychiatrische kliniek. Het eerste MOB kwam in 1928 in Amsterdam tot stand op instigatie van Lekkerkerker die hierover inspiratie had opgedaan in de VS. Querido was medeoprichter. De nieuwe instituten stonden soms geheel los van de klinische psychiatrie of andere intramurale voorzieningen opereerden. Dat laatste gold echter meestal niet voor de sociaal-psychiatrische voorzieningen voor volwassenen. Deze instituten - niet voor niets *voor- en nazorgdiensten* geheten - werkten telkens in nauwe samenhang met de diverse psychiatrische klinieken in ons land. Soms maakten ze, als een ambulante voorpost, er zelfs direct deel van uit. Ook kwam het voor dat deze diensten een onderdeel waren van een Kruisvereniging of - zoals in de grote steden - van de gemeentelijke gezondheidsdienst. In Amsterdam was de onafhankelijkheid ten opzichte van de klinieken een bewust beleid. Opnames kostten de gemeente handen vol geld kostten en die wilde daarom de werkzaamheden van de opnemende klinieken kritisch kunnen beoordelen. Bij de MOB's, de *medisch-opvoedkundige bureaus*, eerst nog 'bureaus voor moeilijke kinderen' geheten, was er nauwelijks sprake van een directe relatie met jeugdinternaten, alhoewel ze langzamerhand wel een adviserende rol kregen toebedeeld bij de eventuele toepassing van een maatregel inzake de kindbescherming.

Deze instellingen werkten als een consultatiebureau. De aandacht richtte zich in het begin vooral op het onderzoeken van de mogelijkheden om eenvoudige of algemeen geformuleerde problemen zodanig op te lossen dat de betrokkene, de geestelijk gestoorde volwassene of het gedragsgestoorde kind, in de maatschappij kon blijven. Het voorkomen van een opname of een kindbeschermingsmaatregel als het om kinderen ging vond men heel belangrijk. De voor- en nazorgdiensten boden echter vaak meer dan alleen een consultatiefunctie. In de grote steden was er 24 uur per dag hulp mogelijk. De medewerkers wilden vóór opname iedere patiënt eerst zien, bij voorkeur in de eigen omgeving, en probeerden allereerst toch nog een nieuw evenwicht te bereiken. Met de klinieken en psychiatrische inrichtingen onderhielden ze contact om bij terugkeer van de patiënt in de maatschappij nazorg te kunnen bieden. Mede dank zij Querido konden de psychiatrische voor- en nazorgdiensten zich ontwikkelen tot relatief zelfstandige sociaal-psychiatrische diensten die vanaf de jaren zestig ook voorzien werden van een landelijke subsidieregeling.

De MOB's zetten de toon voor de wijze waarop een gespecialiseerde ambulante instelling behoorde te werken, het werden daardoor ook dure voorzieningen, want behalve een psychiater en een maatschappelijk werkster waren in de teams van deze bureaus ook een kinderarts en een psycholoog opgenomen. Het multidisciplinair werken in teamverband is nog steeds heel kenmerkend voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Andere voorzieningen die tot de eerste bureaus voor geestelijke volksgezondheid hoorden, waren de nazorgdiensten voor zwakzinnigen, de consultatiebureaus voor alcoholisten, de forensische reclassering en later de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Bij de laatst genoemde bureaus was de sociaal-psychiatrische inbreng zeer gering of zelfs afwezig.

Gemeenschappelijk hadden al deze voorzieningen een nadruk op de methode van de sociale beïnvloeding en de toepassing van somatische en psychotherapeutische middelen.

Kritiek op de Krankzinnigenwet

Querido publiceerde al in 1939 over het krankzinnigenrecht en heeft er binnen zijn vermogen alles aan gedaan de rechtspositie van psychiatrische patiënten te verbeteren. Hij, die ijverde voor modernisering van de wetgeving, heeft de komst van de Wet BOPZ (Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen), die in 1994 van kracht werd en eindelijk de Krankzinnigenwet uit 1888 verving, niet meer mogen meemaken. De Krankzinnigenwet vond Querido al in de jaren dertig volstrekt verouderd. Deze wet had haar historische bestaansrecht in de negentiende-eeuwse praktijk. Het was toen regel, aldus Querido dat de geesteszieke ‘als een zeer bijzonder en te vreezen individu’ moest worden ‘uitgebannen’. Nu echter deze beweegreden was vervallen, was ook de grondslag van de wet verdwenen. Hij beseftte wel dat er altijd een minderheid van patiënten zou zijn die zich - tegen beter weten in - nooit vrijwillig zou laten opnemen, maar dit feit rechtvaardigde geen wetgeving waarin de mogelijke inzet van dwang door de politie ook bij de veel grotere groep van patiënten die zich vrijwillig liet opnemen, zou drukken. In zijn woorden: ‘dat wij te maken hebben met iemand, die weigert zich te doen verplegen, is niet een aanvangsmoment van een nieuwe situatie, doch een schakel in een reeks gebeurtenissen, die reeds hun historie hebben. Het is een bijzondere uitdrukking van een algemeen gebrek aan inzicht, van een algemeen maatschappelijke invaliditeit.

Niet dus moeten onze maatregelen zich richten tegen deze weigering als zoodanig, maar tegen de onmaatschappelijkheid in het algemeen; verstaan wij onze taak goed, dan moet ons streven erop gericht zijn, deze onmaatschappelijkheid te voorkomen of binnen de perken te houden; het bevorderen der opneming is van deze bemoeiingen niet meer dan een facet’ (Querido 1970 [oorspr. 1939] 47).

Querido’s streven als psychiater was gericht op de vermaatschappelijking van de zorg en op de versterking van de openbare geestelijke gezondheidszorg. In veel opzichten is zijn ‘missie’ ook nog uiterst actueel: postuum heeft hij ‘gelijk gekregen’ met zijn opvattingen over psychiatrisch gestoorde mensen en de richting waarin de hulpverlening zich zou moeten ontwikkelen. De ontwikkelingen van de laatste jaren, waarin bedden worden omgezet in stoelen, zou hij wellicht nog te beperkt hebben gevonden. Hij zou misschien gepleit hebben voor het omzetten van stoelen in scooters, want het eigenlijke werk van de geestelijke gezondheidszorg moest men in de thuissituatie doen. In die zin was zijn ageren tegen de Krankzinnigenwet heel modern.

De opvoeding van het onmaatschappelijke gezin.

In het begin van de jaren dertig deed Querido onderzoek onder de bewoners van Zeeburgerdorp (Querido, 1932). Het betrof een in 1925 gebouwd complex woningen waar onder zeer streng toezicht ‘ontoelaatbare gezinnen’ werden ‘opgevoed’ tot een aangepaste levenswijze. Het belang van deze studie is de positie die Querido innam in het toen politiek beladen debat over de erfelijke belasting van dit soort gezinnen. In deze studie naar de maatschappelijke en gezinsomstandigheden van de bewoners van Zeeburgerdorp en naar hun geestelijke gesteldheid keerde Querido zich fel tegen de in die tijd populaire eugenistische redeneringen. De aanhangers van het eugenisme maakten volgens hem de onvergefelijke fout sociale kenmerken (zoals armoede die van generatie op generatie voortgaat) te benoemen als erfelijke afwijkingen. Veel eugentici trokken daar vervolgens de conclusie uit dat de voortplanting van deze mensen verhinderd moest worden. Querido ontkende niet het bestaan van erfelijke componenten, maar hij was wars van benaderingen waarin met de invloed van de omgeving op het individu géén rekening werd gehouden. Het antwoord op de vraag ‘milieu of

aanleg?’ was volgens hem veel gecompliceerder dan het pasklare antwoord van de eugenetici deed vermoeden. Altijd was een nauwkeurige analyse van alle factoren geboden.

In zijn studie kwam Querido tot de slotsom dat bij de bewoners van het Zeeburgerdorp ‘erfelijke factoren geen rol *behoeven* te spelen’. Veeleer vond hij bewijs voor de invloed van maatschappelijke omstandigheden op de ‘onmaatschappelijkheid’ en het ‘onvermogen’ van de gezinsleden. Dat nam niet weg dat de psychische stoornissen die daarvan het gevolg waren wel degelijk de volgende generatie zouden kunnen belasten. Verder merkte Querido schrandere op dat erfelijke factoren ook kunnen werken als milieufactoren, bijvoorbeeld als iemand met een ‘defecte aanleg’ een geestesziekte krijgt en door de sociale gevolgen die dat met zich meebrengt stoornissen bij de kinderen teweegbrengt. Kortom: ‘De “social problem group” zoals die zich in het Zeeburgerdorp voordoet is gebleken een sociaal, niet een eugenetisch probleem te zijn’ (Querido, 1980, 48).

Het ‘probleem der onmaatschappelijkheid’ was een geliefd thema in de sector van de geestelijke gezondheidszorg en in de jaren vijftig werd er uitvoerig over gepubliceerd, bijvoorbeeld in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*. Querido liet sterk van zich spreken. Op een conferentie van Humanitas in 1951 noemde hij twee groepen van factoren die ten grondslag liggen aan het onmaatschappelijke gezin, ten eerste waren er biologische kwaliteiten, zoals de abnormale psychische aanleg van de gezinsleden, of gezinshoofden en ten tweede waren er milieuomstandigheden (geciteerd in: Meijers, 1952, 312). Hij illustreerde zijn betoog als volgt: ‘De huiskamer is gekenmerkt door armoede en verwaarlozing. Veelal is de huisvader alcoholist, de moeder prostituée. De kinderen die gewoonlijk talrijk aanwezig zijn, worden psychisch en fysisch verwaarloosd. Criminaliteit bij jong en oud kenmerken hun handelingen. Het is een gebied waar politie, justitie en voogdijraden veelal een rijke oogst wacht.’

In zijn benadering van de onmaatschappelijkheid paste Querido impliciet het begrip van de sociale homeostase toe. De gemeenschap was volgens hem een ‘biologisch, dus levend vormsel’ dat ‘nooit in een toestand, van permanente onveranderlijkheid’ blijft (Querido, 1946, 164). Het gemeenschapsleven zag hij voor de mens als een *biologische* noodzaak. De staat had de functie om de maatschappelijke vorm die uit dit veranderingsproces voortkwam te conserveren. Maar die vorm moest zich wel periodiek aanpassen. Zo was het volgens hem ook met gezinnen: als de gezinsvorm zich niet aanpaste aan de biologische noodzakelijkheden van de gezinsleden konden spanningen ontstaan. Volgens Querido was de staat secundair aan de gemeenschapsvorming, maar de staat was via de door haar voorgeschreven normen wel bepalend voor het gemeenschapsleven. Wanneer bepaalde individuen een slechte biologische of maatschappelijke gezondheid zich niet goed konden aanpassen aan de maatschappij kon dat leiden tot *onmaatschappelijkheid* en een onvolwaardige of minderwaardige ontwikkeling. Querido bepleitte voor deze mensen met een inadequaat biologisch regulatievermogen de wettelijke mogelijkheid van ondertoezichtstelling van gezinnen, plaatsing in kampen, grondig onderzoek en observatie. In die kampen, liefst op het platteland, zouden de gezinnen aan een regime van heropvoeding kunnen worden blootgesteld met als doel de betrokkenen geschikt te maken voor herplaatsing in ‘controlewoningen’ en uiteindelijk terugkeer in de maatschappij. De functie van het maatschappelijk werk was volgens hem vooral een opvoedende of dat zou zo moeten zijn. Daarmee maakte het zich, aldus Querido, los van de traditionele liefdadigheid.

Querido was in 1948 de belangrijkste opsteller van een advies aan de minister van Justitie waarin werd voorgesteld in het burgerlijk recht de ondertoezichtstelling van gezinnen ‘die maatschappelijk verworden zijn’ mogelijk te maken. Een Centrale Raad voor Gezinstoezicht moest ervoor waken dat de ondertoezichtstelling op een zorgvuldige wijze plaatsvond. Van al dit soort naoorlogse radicale plannen voor *onmaatschappelijkheidsbestrijding* is slechts een deel in praktijk gebracht. Querido heeft

tegen het eind van zijn leven toegegeven dat zijn ideeën fout waren: ‘zij deugden absoluut niet’ schreef hij in een brief (Dercksen en Verplanke, 1987, 249). Achteraf bezien staan zij ook in merkwaardig contrast met zijn verzet tegen de Krankzinnigenwet.

Integrale benadering en echelonering

Begin jaren zestig kreeg Querido de opdracht van de World Health Organization (WHO) van de VN om een advies uit te werken over de structuur van de gezondheidszorg. In Genève studeerde hij in 1962 een maand lang op dit thema. Om in de diverse zorgvormen enige ordening aan te brengen bedacht hij ter plekke het begrip ‘échelon’, in het Frans de sport van een ladder. Hij doelde met dit begrip op ‘analoge structuren die zodanig met elkaar verbonden zijn dat zij een functioneel geheel vormen’ (Querido, 1980, 266). In Nederland heeft dit begrip, later vertaald door ‘lijn’, breed ingang gevonden. In de *Structuurnota Gezondheidszorg* uit 1974, ook wel de ‘nota Hendriks’ genoemd, was de echelonering, naast de regionalisering, het toverwoord. Querido was met dit begrip zijn tijd te ver vooruit geweest, want zijn idee werd niet goed begrepen. Het ging hem er helemaal niet om dat instellingen een plaats toegewezen kregen in een ‘lijn’ en zich vervolgens niet buiten dat domein mochten begeven. Querido dacht daarentegen veel meer – toen al – in functies, zodat verschillende instellingen, bijvoorbeeld een ziekenhuis, of een instelling voor maatschappelijk werk, zich *functioneel* in verschillende échelons konden bewegen. In de gezondheidszorg werd deze functionele benadering pas in de jaren negentig gemeengoed en is bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg het schisma tussen ambulante (tweede lijn) en de klinische zorg (derde lijn) als een achterhaald tijdsverschijnsel ingehaald door het concept van de ‘multifunctionele eenheid’. De echelonering had er toe geleid dat er niet zozeer ‘kennis’, zoals Querido zich dat had voorgesteld, maar patiënten werden doorgeschoven (Van Lieshout & Stoelinga, 1988). Inmiddels wordt in de meer vooruitstrevende delen van de geestelijke gezondheidszorg zelfs drijftig geëxperimenteerd met grensoverstijgende samenwerking tussen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en huisartsenpraktijken (eerste lijn). Maatschappelijk werkers zijn wat dat betreft de werkers in de geestelijke gezondheidszorg al jaren terug voorgegaan. Met veel succes werken ze samen met huisartsen in groepspraktijken of gezondheidscentra.

De integrale benadering in de gezondheidszorg die Querido voorstond kwam maar moeilijk van de grond. Wellicht was de echelonering, althans in de draai die de rijksoverheid daaraan gegeven heeft, daar debet aan. Querido wilde dat in die gevallen dat in de ene instelling of beroepsgroep meer kennis aanwezig was over een bepaald onderwerp dan in de andere, deze kennis via de consultatiemethode kennis zou worden overgedragen. Hij beseftte echter ook dat elke vorm van samenwerking verlies van een stuk zelfstandigheid met zich meebrengt, en dat dat nu eenmaal weerstand oproept.

Het erfgoed van Querido

Het actieve leven van Querido, althans binnen de geestelijke gezondheidszorg, eindigde goeddeels in 1967 toen hij afscheid nam als voorzitter van de NFGV. Zijn aftreden hing samen met de moeite die hij had met de ‘organisatiezucht’ zoals hij dat noemde van de directeur van de federatie, mr. J. le Poole. Deze maakte volgens Querido een ‘principiële fout’ door de federatie te splitsen in een intramuraal en een ambulant deel (Querido, 1980, 280-281). Het leidde in 1972 tot de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Volksgezondheid (NVAGG) die enkele jaren later de motor werd achter de RIAGG-vorming en inderdaad – waar Querido bang voor was – zich uitdrukkelijk onderscheidde van de klinische geestelijke gezondheidszorg. In 1997 is de ambulante zorg echter weer teruggekeerd in een geïntegreerde koepel van instellingen op het gebied van de

geestelijke gezondheidszorg. Het waren de RIAGG's die de afgelopen vijftien jaar verantwoordelijk waren voor de ambulante praktijk van geestelijke gezondheidszorg. Zij belichaamden zo het erfgoed waar Querido zo hartstochtelijk voor had gepleit: gezondheidszorg die psychiatrische patiënten zoveel mogelijk binnen de gemeenschap liet. Maar anders dan Querido zich voorgesteld had, bestond er tussen de klinische en de ambulante geestelijke gezondheidszorg echter een moeilijk te overbruggen kloof. De anti-psychiatrie kreeg vooral binnen de ambulante zorg grote invloed en het streven onnodige opname van kinderen of volwassenen te voorkomen sloeg vaak om in verwerping van alle vormen van klinische zorg. Ook in een andere zin weken de RIAGG's af van Querido's ideaal. Zij richtten zich veel meer dan Querido ooit gedaan had, vooral op de 'psychische stoornissen van de gezonde mens' en verloren de sociale aspecten van zorg voor psychiatrisch zieke mensen uit het oog. De nieuwe ambulante geestelijke gezondheidszorg gebruikte psychotherapeutische methoden die bij identiteitscrises, relatieproblemen en onzekerheid immers een effectiever aanbod vormden dan de sociaal-psychiatrische werkwijze die Querido ontwikkeld had. Diens pleidooi voor een *sociale* psychiatrie leek in de eerste tien jaren van het bestaan van de RIAGG's te zijn vergeten. Daarin is recent verandering gekomen, de sociale psychiatrie is herontdekt en wordt in instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg met nieuw elan bepleit. Querido zelf zou - bij leven - wellicht al weer tien stappen verder zijn.

Literatuur

Dercksen, A en L Verplanke, *Geschiedenis van de onmaatschappelijkheidsbestrijding in Nederland, 1914-1970*. Meppel 1987.

Festen, Theo e.a., *Van dichtbij en veraf: 15 jaar RIAGG / 25 jaar NVAGG*. Utrecht 1997.

Gersons, BPR e.a. red., *In het spoor van Kees Trimbos: denkbeelden over preventieve en sociale psychiatrie*. Deventer 1990.

Grinten, Tom van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek* (dissertatie). Handelseditie: Baarn 1987.

Heerma van Voss, AJ, Querido: over het ontstaan van de sociale psychiatrie in Nederland, *Vrij Nederland*, 6 december 1980

Limbeek, J & V van Alem (eds.). *Querido's legacy. Social psychiatry in Amsterdam from 1932 to 1991*. Amsterdam 1991.

Meijers, FS, Het probleem der onmaatschappelijkheid. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 1952, 309-314.

Querido, A, *Het Zeeburgerdorp. Een sociaal-psychiatrische studie*. Leiden-Amsterdam, 1932.

Querido, A, Over zoogenaamde onmaatschappelijkheid in het algemeen en in het bijzonder over onmaatschappelijke gezinnen. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 1946, 163-173.

Querido, A, Gezinszorg. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 5, 1953, 1-9.

Querido, A, *Voordrachten over sociale geneeskunde*. Leiden 1958.

Querido, A, *Werk in uitvoering: een keur uit de geschriften van prof. Dr. A. Querido*, Amsterdam. Leiden 1970.

Querido, A, *Doorgaand Verkeer. Autobiografische fragmenten*. Lochem 1980.

Rümke, HC, *Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie*. Amsterdam 1953.

Stel, JC van der, *Drinken, drank en dronkenschap: vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland* (dissertatie). Handelseditie: Hilversum 1995.

Trimbos, C.J.B.J., Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg
(dissertatie). Utrecht 1959.