

Egas Moniz. Een roekeloze pionier

Wie vandaag de dag een ernstig psychiatrisch probleem heeft, zoals een zware depressie, krijgt gesprekstherapie en medicatie. Dat is nog niet zo lang het geval. Voor 1954 hadden psychiaters geen enkel medicijn ter beschikking. In 1954 werd het eerste anti-psychoticum ontdekt. Ook antidepressiva en gesprekstherapie werden pas daarna ontwikkeld. Vroege varianten van gesprekstherapie, zoals de Freudiaanse psychoanalyse, kwamen vanaf ongeveer 1900 tot ontwikkeling, maar werden niet geschikt geacht voor patiënten met de meest ernstige problematiek.

Het gevolg was dat vroeger veel meer patiënten werden opgenomen – in veel gevallen werd er niet of nauwelijks behandeld en kwam de opname in feite neer op langdurige opsluiting. Veel inrichtingen waren daardoor overvol en patiënten leefden in mensonterende omstandigheden. Menigeen sleet er tientallen jaren en werd er eerder zieker dan beter. De ‘behandelingen’ waren nutteloos en onaangenaam, zoals dwangbuizen en ijskoude baden. Niets doen, in het zicht van zoveel menselijk leed, is echter ook moeilijk te aanvaarden. Vandaar dat er geregeld nieuwe therapieën werden uitgetoetst, zelfs als de therapie slecht was onderbouwd. En zelfs als de therapie ernstige bijwerkingen had.

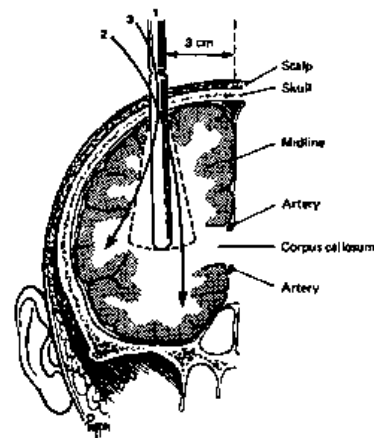
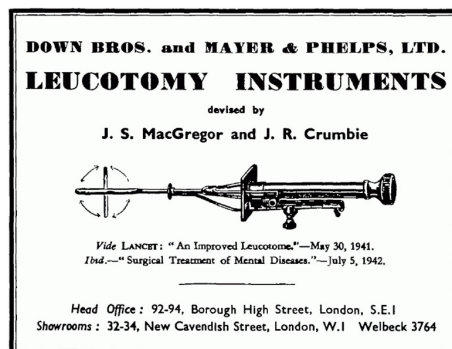
Dit waren de omstandigheden in 1935. De Portugees Egas Moniz was bijna 60 en kon terugkijken op een succesvolle, dubbele carrière: in de wetenschap en in de politiek. Als neuroloog had hij in de jaren twintig bijgedragen aan de ontwikkeling van de cerebrale angiografie, een methode om met behulp van contrastvloeistof en röntgenfoto's bloedvaten in de hersenen zichtbaar te maken. Zijn bijdrage had hem twee nominaties voor de Nobelprijs opgeleverd, maar geen Nobelprijs. Daarvoor al had hij zijn land gediend als ambassadeur en als minister van buitenlandse zaken. Namens Portugal ondertekende hij in 1918, na de eerste wereldoorlog, het verdrag van Versailles.



Moniz was er echter niet de man naar om tevreden terug te blikken op zijn dubbele carrière. Hij was eerder gefrustreerd over wat hij had misgelopen: de Nobelprijs en het premierschap. Geboren in een rijke en oud-adellijke familie, was de ererucht hem met de paplepel ingegoten.

In 1935 bezocht Moniz een neurologiecongres in Londen, waar hij hoorde over een chimpansee bij wie de frontaalkwabben waren verwijderd. Het dier, dat impulsief en agressief was, was er meegaand en rustig van geworden. Op hetzelfde congres werd een casus gepresenteerd van een man met een groot meningioom in zijn frontaalkwabben. Nadat de tumor operatief was verwijderd was deze verlegen man opschepperig geworden. De effecten bij mens en chimpansee leken dus tegengesteld, maar dat weerhield Moniz er niet van om thuis in Lissabon iets radicaals te proberen. Hij vond een chirurg, Almeida Lima genaamd, bereid om een aantal gaten te boren in de schedels van psychiatrische patiënten, waarna hersenweefsel werd vernietigd met alcohol of zenuwbanen doorgesneden met een nieuw instrument, de leucotoom. Moniz deed dus niet zelf de operaties, hij was geen

chirurg en bovendien had hij last van jicht. Hij had wel de regie. Lima was veel jonger en ook in sociaal-maatschappelijk opzicht was Moniz voor hem een autoriteit.

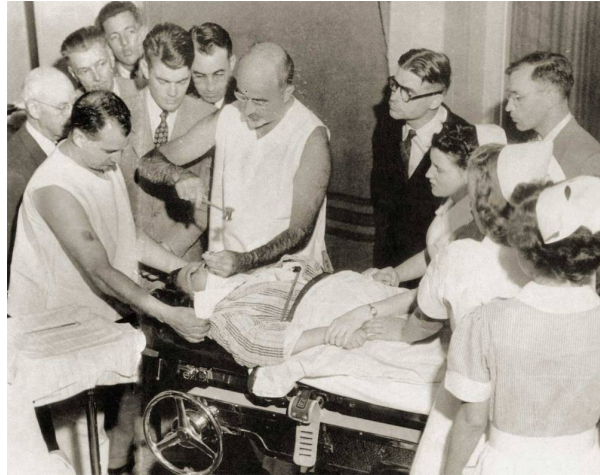


Met de zeer beperkte neuro-anatomische kennis in die dagen was het besluit tot zo'n drastische operatie roekeloos. Er was enige kennis over de localisatie van hersenfuncties op basis van patiënten met hersenschade – ten gevolge van een tumor of verwondingen. Zomaar in gezond weefsel snijden was echter een heel ander verhaal. Moniz liet het niet bij één patiënt. Al in 1936 publiceerde hij over twintig patiënten. Hij schreef dat de resultaten positief waren, maar dat de meest chronische patiënten minder baat hadden. Hij had de patiënten tot maar zes weken na de operatie gevolgd. Ze moeten nauwelijks bekomen zijn geweest van zo'n heftige ingreep en de effecten op lange termijn waren in elk geval onbekend.

Het artikel werd wereldwijd gesignaleerd. In een Amerikaans medisch tijdschrift werd gewaarschuwd dat "de basis voor deze therapie onbegrijpelijk is" en dat dat duidelijk moet worden "voordat zelfs gedacht wordt over toepassing van deze extreem radicale procedure". Desondanks kreeg Moniz al in 1937 ruimte in het gezaghebbende *American Journal of Psychiatry* voor een artikel over nog achttien patiënten. Hierin beweerde hij dat de operatie "eenvoudig is, en altijd veilig".

Wat vervolgens gebeurde is onthutsend. Tot in de jaren vijftig werden tienduizenden mensen geopereerd. In eerste instantie 'hopeloze gevallen' – mensen met een chronische en ernstige aandoening voor wie geen andere behandeling bestond. De patiënten werden echter steeds minder ziek en steeds jonger – ook kinderen. Hoe kon het zo misgaan? Voor een belangrijk deel door het werk van één man: de Amerikaanse neuroloog Walter Freeman. Freeman bedacht een techniek waarmee de ingreep poliklinisch kon plaatsvinden. Hij maakte gebruik van het feit dat de schedel op één plaats erg dun is: de oogkas. De patiënt werd bewusteloos gemaakt met electroshocks, waarna een ijsprietachtig instrument onder het ooglid, langs het oog, door de oogkas werd geduwd. De patiënt kon dezelfde dag naar huis, met twee blauwe ogen. Freeman noemde dit *transorbitale lobotomie*. Hij was persoonlijk verantwoordelijk voor ruim drieduizend operaties en indirect, via talloze demonstraties, voor tienduizenden.

In 1949 kwam het hoogtepunt: Moniz kreeg de Nobelprijs. Maar vijf jaar later werden de eerste psychofarmaca ontdekt en was er een alternatief. Ineens kwam er oog voor het risico op (soms fatale) complicaties, voor de matige effecten en de ernstige bijwerkingen. Met de populariteit van lobotomie was het snel gedaan, hoewel enkele *diehards* doorgingen. Freeman deed zijn laatste operatie in 1967. Hij was inmiddels 71. Dat hij daarna is gestopt kwam doordat zijn licentie werd ingetrokken. Het was zijn derde operatie op dezelfde patiënte en zij overleefde de ingreep niet.



De geneeskunde heeft van deze *horrorstory* geleerd dat patiënten *veel* beter beschermd moesten worden tegen overambitieuze behandelaars. Ook is geleerd dat er sterke krachten vrijkomen als er hoop lijkt te zijn in uitzichtloze situaties. Dat geldt nog steeds: behandelaars, patiënten, familieleden en journalisten kunnen beleidsmakers onder grote druk zetten om nieuwe behandelingen snel toe te laten. Nog steeds worden hersenoperaties uitgevoerd op psychiatrische patiënten, maar het is zeldzaam en uiteraard zeer veel verfijnder. In een tijd waarin een chronische psychiatrische aandoening reden kan zijn voor euthanasie is het een belangrijk medisch instrument. Met het drama van de lobotomie in het achterhoofd, wordt binnen de 'psychochirurgie' uiterst voorzichtig geopereerd.