

Kovács Janka

Elmebetegügy a 18–19. század fordulóján: elméleti keretek, koncepciók, megoldási javaslatok

„A lelki nyavalyákról [...] való tudomány, még az orvostudománynak legsetétebb mezei közzé tartozik”¹ – írta Kovács Mihály Pesten praktizáló orvos, Christoph Wilhelm Hufeland jénai professzor munkáinak magyar fordítója 1828-ban. E kiragadott mondat jelzésértékűen mutatja – és mindezeket Kovács is megfogalmazza munkájában –, hogy a lélek betegségeivel kapcsolatos elméleti keretek² és ennek hozadékaként a vizsgálati módszerek, a terápia és a kapcsolódó intézményrendszer kiépítése még a 19. század első harmadában is jelentős lemaradást mutatott a medicina más területeihez képest. A 18–19. század fordulóján Európa többé-kevésbé felvilágosult eszméket propagáló államaiban a 18. század közepétől bevezetett közegészségügyi reformokat követően kiépülő ellátás keretében került megszervezésre az elmeháborodottként, bolondként és deviáns normaszegőként aposztrofált egyének ellátása.³ A 18–19. század fordulóján a már meglévő intézményrendszert az útkeresés, az új szemléletű, humánus megközelítésekre épített terápiás formákkal való kísérletezés⁴ és az új típusú ellátóintézmények létrehozásának törekvései jellemezték.⁵

Magyarország mind a lélektudományhoz köthető elméleti koncepciók, mind pedig a gondoskodás megszervezése tekintetében sajátos helyet foglalt el a korabeli európai államok között. Ennek hátterében többféle tényező húzódik meg: a politikai függetlenség hiánya, a gazdasági elmaradottság, a polgárosodás megkésettisége, valamint az egyházak felülreprezentált pozíciója az oktatás

¹ Kovács 1828: 122.

² Erről bővebben: Kovács 2015.

³ Foucault 1961-ben *A bolondság története* címmel megjelent, a nemzetközi tudományosságban élénk vitákat kiváltó könyvében az elmebetegekről való gondoskodás intézményesülésének folyamatát és a 19. században kialakuló pszichiátria gyökereit Európa-szerte a társadalom marginális elemei, köztük a bolondok „nagy elzárásában” vélte felfedezni, amit az abszolutista államok kormányzatai által alkalmazott felügyeleti technikák megnyilvánulásaként értelmezett (Foucault 2004 [1961]). Foucault koncepciója mára már túlhaladottá vált. A nagyrészt francia példákra építő, az elzárás, kirekesztés és felügyelet technikáit előtérbe helyező elmélete Európa nagy részén, ahogyan azt az elmúlt negyed évszázad vonatkozó történetírása részletesen kimutatta, nem alkalmazható. Vö. például Dinges 1994; Finzsch 2003: 3–17; Lafferton 2004; Porter 1987: 1–33.

⁴ E transzformációs folyamathoz például Anglia vonatkozásában: Scull–MacKenzie–Hervey (eds) 1996.

⁵ Lafferton 2004: 35–44; Porter 2002: 89–123.

és a társadalmi gondoskodás területein. A téma szempontjából kiemelt jelentőségű továbbá a 19. század közepéig jellemző orvoshiány és a gyógyászati intézmények alacsony száma. Az elmebetegekről való gondoskodás elsődleges színtere a család volt, ám emellett ebben az időszakban a több katolikus gyógyító rend (Erzsébet-apácák, Irgalmasrendiek) által is működtetett szegényház-kórházak, illetve a városi közkórházak biztosítottak számukra ellátást,⁶ de felvételt nyerhettek a II. József által alapított Allgemeines Krankenhaus részeként működő bécsi tébolydába (Narrenturm) is, amely a 19. század első évtizedéig biztosította a tehetősebb magyar páciensek ellátását, ám, mivel Magyarország – saját tébolyda hiányában – nem tudta ezt viszonzni, a bécsi intézet a későbbiekben nem fogadhatott magyarországi betegeket.⁷

Az elmebetegekről való gondoskodás megszervezésére irányuló, a 18. század második felében jelentkező törekvések hatalompolitikai és kormányzati-igazgatási szempontból meghatározó legitimációs hátterét a német nyelvterületen a kameralista gazdasági irányzathoz köthető, a bécsi és más német egyetemeken önálló stúdiumként is oktatott rendészeti és kamarai tudományok (*Polizey- und Kameralwissenschaften*) szemléleti kerete; kisebb részben pedig a már az orvosrendészeti tanok megszületése előtt, a német egyetemeken a 18. század első harmadától gyakorlatorientált tárgyként oktatott törvényszéki orvoslás biztosította.

A jó kormányzás és igazgatás elméleteként és többé-kevésbé gyakorlataként is értelmezhető általános rendészet középpontjában a közjó, az egyéni, illetve a közösségi boldogulás és a biztonság feltételeinek megteremtése állt. A rendészeti tanok alapvetéseit osztrák viszonylatban Johann Heinrich Gottlob von Justi⁸ és Joseph von Sonnenfels⁹ dolgozták ki. A rendészet kérdéskörébe tartozó állami intézkedések egyik fontos elemét képezte a szervezett közegészségügy, s ezzel szoros összefüggésben általában a szegények és e csoporton belül az elmebetegek ellátásának a megszervezése.¹⁰

A közegészségügyre vonatkozó rendelkezések az orvosrendészet¹¹ (*medizinische Polizey*) keretében kerültek összefoglalásra, amelynek elméleti alapvetéseit Johann Peter Frank¹² fektette le 1779 és 1819 között kiadott hatkötetes¹³ munkájában.¹⁴ Frank rendszerbe foglalta mindazokat a tényezőket, amelyeknek közük lehetett az alattvalók egészségi állapotához, és ennek részeként szentelt

⁶ A magyarországi (köz)kórházi hálózat kialakulásáról: Krász 2008.

⁷ Zsakó 1956: 85.

⁸ Justi 1759.

⁹ Sonnenfels 1765–1767.

¹⁰ A háttérhez: Kontler 2012.

¹¹ Az orvosrendészetről általában: Caroll 2002; Dinges 2000; Frevert 1984: 60–80; Grumbach 2006: 1–26; Möller 2005: 15–56, 119–172; Rosen 1957.

¹² Lesky 1955.

¹³ Hatkötetes orvosrendészeti munkájához 1812 és 1827 között tanítványa, Georg Christian Gotthilf Voigt továbbí három kiegészítő kötetet szerkesztett a hátrahagyott kézírataiból. Voigt (Hg.) 1812–1827.

¹⁴ Frank 1779–1819.

több fejezetet az elmeháborodottak ügyének. Frank mellett a magyar viszonylatban is jelentős szerző, Huszty Zakariás Teofil¹⁵ pozsonyi orvosdoktor 1786-ban kiadott kétkötetes orvosrendészeti munkájában¹⁶ reflektált az elmebetegkérdés megoldási lehetőségeire.

Tanulmányunkban a lélek és az elme betegeiről való gondoskodás megszervezésére irányuló, a nyugat-európai diskurzustól sok tekintetben nem függetleníthető közép-európai elképzeléseket igyekszünk rekonstruálni, a gyakorlati életben is hasznosítható, a mindennapok gyakorlatait szabályozó, az egyes kérdések kapcsán konkrét instrukciókkal és iránymutatással szolgáló általános rendészeti és orvosrendészeti munkák vonatkozó fejezeteinek vizsgálatával. A vizsgálat elsődleges forrásbázisát a Habsburg Birodalom viszonylatában jelentős szerzők munkái adják,¹⁷ azonban ezeket más, német nyelvterületen kiadott orvosrendészeti munkák elmebetegüggyel foglalkozó fejezetei¹⁸ árnyalják. Magyar nyelven az 1790 és 1830 közötti periódusra nézve három orvos, Kováts Mihály, Rác Sámuel és Molnár János foglalkozott komolyabban orvosrendészeti kérdésekkel és törvénytörvényekkel.¹⁹

A kérdéskör minél teljesebb megértéséhez mindezeket túl elengedhetetlen az angliai példa vizsgálata. A 16–17. század fordulójától nyomtatásban kiadott értekezések nagy száma azt mutatja, hogy a szigetországban már jóval korábban napirendre került a lélek betegségeivel való törődés és az intézményes formában történő gondoskodás megteremtésének az igénye. Szintén Angliában jöttek létre először az elmebetegségek kezelésében modern terápiás gyakorlatot megvalósítani szándékozó, mintaeértékű intézmények. Tanulmányunkban ezért a német nyelvű munkák hivatkozásainak nyomán kitekintünk az ideált jelentő angol példára is, elsősorban a tébolydaalapítások elméleti és gyakorlati kérdéseivel foglalkozó, gyakran hivatkozott orvosok,²⁰ tébolydatervezéssel megbízott építésszek²¹ és filantróp reformerek²² írásaira támaszkodva.

AZ ELMEBETEGKÉRDÉS HÁTTERE: KONTEXTUSOK, KONCEPCIÓK, BESZÉDMÓDOK

Az elmebetegek ellátásához és a kapcsolódó intézményrendszer megszervezéséhez köthető, az általános és orvosrendészeti munkák nyomán kirajzolódó elvi alapvetések a következő kulcsszavakkal foglalhatók össze: a társadalom védelme, hasz-

¹⁵ Huszty személyére és tevékenységére bővebben: Duka Zólyomi 1972.

¹⁶ Huszty 1786a, 1786b.

¹⁷ Bernt 1817; Frank 1779–1819; Huszty 1786a, 1786b; Justi 1759; Sonnenfels 1765; Voigt (Hg.) 1812–1827.

¹⁸ Jung 1788; Hebenstreit 1806; Mai 1802; Steininger 1793.

¹⁹ Kováts 1828; Molnár 1814–1818; Rác 1794.

²⁰ Aikin 1771; Arnold 1806; Battie 1758; Haslam 1798; Howard 1791; Monro 1758.

²¹ Reid 1809; Stark 1810.

²² Tuke 1813, 1815.

nos munkára ösztönzés, magatartásjavítás, nevelés, büntetés és a társadalomba való (vissza)integrálás.

Az általános rendészeti kézikönyvekben jellemzően az állam belső biztonsága és az alattvalók jó(l)létének biztosítása jelentette az elsődleges kontextust az elmebetegek elzárása és/vagy ellátása esetén. Specializált intézmények hiányában „ellátásukban” – ami ekkor inkább jelentett felügyeletet és őrzést, mint szakszerű gondoskodást – kiemelt szerepet játszottak a szegényházak és a kórházak.²³ Mivel az elmeháborodottak ekkor még nagyobb, körülhatárolható társadalmi csoportok részeként (szegények, bűnözők) és gyakran ezek kereszttetszetében jelentek meg a társadalmi és hatalmi diskurzusokban, az elmebeteg alakja kétféle megközelítésben tűnik fel a forrásokban: mint érdemes vagy érdemtelen szegényé,²⁴ vagy mint bűnelkövető.

A rendészeti munkákban megjelenő diskurzus a szegénységgel kapcsolatban jól illeszkedik azokba a nagyobb, általános európai tendenciákba, amelyek a 16. századtól kezdődően jellemezték a szegénység és a szegények megítélését,²⁵ az állami gondoskodás és az önszegélyezés bizonyos formáinak megszervezését.²⁶ A szegénység megítélése a 15–16. század fordulójától komoly transzformáción ment keresztül. A különböző társadalmi, vallási és gazdasági²⁷ átalakulási folyamatok magukkal hozták a középkori szegénységideál kritikáját, és hozzájárultak az érdemes (munkaképtelen, beteg, idős) és az érdemtelen (munkaképes, életerős) koldusok megkülönböztetésének a gyakorlatához. A hatalom figyelme fokozatosan kiterjedt a szegények ellátásának lehetséges módozataira, és egyúttal megjelent az igény egy jól szervezett és ellenőrizhető ellátórendszer létrehozására.²⁸

Az államilag szabályozott és ellenőrizhető szegényellátás, részben már létező szegényügyi rendelkezésekkel²⁹ és gyakorlati példákkal alátámasztott rendszernek igényét fogalmazta meg osztrák viszonylatban Justi és Sonnenfels, elsősorban a humán erőforrások minél teljesebb kihasználásának igényével, az alattvalók hasznos munkára nevelésével. Az érdemes koldusok számára kórházakban és szegényházakban állami ellátás biztosítását szorgalmazták, míg a munkaképes

²³ Sonnenfels egy ponton tér ki arra, hogy az elmebetegek ellátásának a megoldása egy specializált intézmény lehet (Sonnenfels 1777: 158).

²⁴ A szegényügy és az elmebetegség kérdéséhez: Dross 2005; Grell–Cunningham (eds) 2003; Houston 2006; Rushton 1988.

²⁵ A szegénykérdés kezelésére vonatkozó irodalom példáira: Geremek 1994; Jütte 1994.

²⁶ Geremek 1994: 142–206; Jütte 1994: 100–142; Lindemann 1990: 13–33.

²⁷ A foucault-i elmélet értelmében a szegények és/vagy elmebetegek elzárására és munkaerejük minél teljesebb kihasználására irányuló törekvések háttérben gazdasági okok húzódtak. Vö. Foucault 2004 [1961]: 94–104.

²⁸ Beier 2008; Harrington 1999.

²⁹ Sonnenfels 17–18. századi szegényügyi rendeletekre alapozta megoldási javaslatait, és rendszerbe foglalta a törvényhozás szintjén korábban már megjelent elképzeléseket. Leggyakrabban hivatkozott forrásaira: Herrenleben (Hg.) 1748–1752: Bd. I.: 373–378; Bd. II.: 873–877; Bd. IV.: 142–143; 146–147; 158–166.

szegények esetében elzárást és büntetést javasoltak.³⁰ Sonnenfels a bűnözők és koldusok esetében a dologháznak (*Zuchtthaus*) kettős funkciót tulajdonított: aki bűnözőként kerül az intézménybe, először ingyen dolgozik, esetében alkalmazható az elzárás és a testi fenyítés is, míg a koldusként bekerült, munkára kötelezett egyének fizetésben részesülhetnek, és megválaszthatják a munkájukat. Mint a javítóintézetben, a dologházban a bűnözők számára lehetőség nyílik az előre lépésre is.³¹

A bűnelkövetés kontextusában – mind a rendészeti, mind a specifikusabb orvosrendészeti munkákban – gyakrabban és explicitebb módon jelenik meg az elmebetegség kérdése, mint a szegényügy esetében. Ez fontos indikátora annak, hogy az elmebetegségre ekkor még gyakran nem elsősorban kóros, kezelést igénylő fizikai és mentális elváltozásként tekintettek, hanem sokkal inkább félelmet keltő és a biztonságérzetet destabilizáló társadalmi jelenségként.³²

A rendészeti munkák tükrében a bűnelkövetés és az elmebetegség kapcsolata elsősorban az egyes emberek életét veszélyeztető tényezők³³ vizsgálata mentén értelmezhető. Ez három tényezőt foglalhat magában: az emberek testi épsége ellen elkövetett bűncselekményeket,³⁴ a gyermekgyilkosságot³⁵ és az öngyilkosságot. E három tényező közül a 18. században még bűncselekményként értelmezett öngyilkosság kötődik a leghangúlyosabban a lélek és az elme kóros állapotaihoz.

A rendészeti munkákban megjelenő percepciók rávilágítanak azokra a sokszor egymás mellett élő, ám ellentmondó attitűdökre és értelmezési lehetőségekre, amelyek az öngyilkossággal kapcsolatos diskurzust még a 18–19. század fordulóján is meghatározták. Ennek nyomán az értelmezésekben még megjelennek az öngyilkosságot „természetellenes bűnként”³⁶ definiáló magyarázatok.³⁷ Ám e tradícióval szemben a 18–19. század fordulóján komoly fenntartások fogalmazódtak meg. E kétkedésre válaszul Johann Peter Frank több pontban tár-

³⁰ Justi 1759: 248–250; Sonnenfels 1777: 181–184.

³¹ Sonnenfels 1777: 122.

³² Ezt szemléletesen példázza Johann Peter Frank felvezetése az elmebetegekről (Frank 1788: 147).

³³ Justi 1759: 81–89.

³⁴ Az elme és a lélek betegeit a társadalmat veszélyeztető viselkedési mintázataik miatt gyakran deviáns normaszegőkként kezelték, ezt tükrözik az elmebetegek elkülönítését vagy elzárását szorgalmazó javaslatok is. Vö. Frank 1788: 146–147; Huszty 1786b: 566; Jung 1788: 45.

³⁵ A gyermekgyilkosság és az elmebetegség közötti összefüggések említése az orvosrendészeti munkákban azért is különösen érdekes, mert ez ritkán jelenik meg magyarázatként a gyilkos anyák tettére. Franz von P. Steininger a házasságon kívüli terhesség egyik következményének tekinti az örületet, az öngyilkossági hajlamot és a gyermekgyilkosságot (Steininger 1793: 101–102). Franz Anton Mai heidelbergi orvosprofesszor pedig a korszakban meglehetősen kirívó javaslattal élt, miszerint a gyermekgyilkosságot elkövető vagy arra hajlamos anyákat fertilitásuk megszüntetéséig tébolydában vagy dologházban kell elkülöníteni (Mai 1802: 90). A gyermekgyilkossághoz lásd még: Deáky–Krász 2005: 105–112; Lewis 2016; Prospero 2016: 47–83.

³⁶ Justi 1759: 87.

³⁷ Vö. Frank 1788: 498–500; Huszty 1786a: 173–174.

gyalja az öngyilkossági esetek büntetőjogi kontextusát,³⁸ s felhívja a figyelmet az esetek lehetséges félreértelmzésére, az okok (szándékosság, mentális vagy fizikai problémák) nem megfelelő felmérésére és a büntetés haszontalanságára. Maga a büntetés nem elsősorban az öngyilkost, hanem a családját sújtotta, a temetésnél elvégzett, a holttest meggyalázására irányuló rítusok pedig, amennyiben fellelmezük, hogy az öngyilkosság elkövetésének organikus és pszichikai okai vannak, a legkevésbé sem töltötték be a nekik szánt elrettentő funkciót.³⁹

Az öngyilkossággal kapcsolatos szemléletváltás, az okok és motivációk ártékelése rávilágít az lélek és az elme betegségeinek és egyúttal a kóros állapotoktól szenvedők megítélésének a megváltozására is. Az öngyilkosság szem előtt levő, látható és a társadalmat viszonylagos gyakorisággal sújtó problémaként egy olyan diskurzust generált, eleinte még csupán a szűkebben vett szakmai közegben, amelynek hatására előtérbe kerültek az orvosi magyarázatok. Az öngyilkosság hátterének magyarázatai meglehetősen differenciált képet mutatnak. A vizsgált munkákban megjelenő magyarázatokat három nagyobb kategóriára oszthatjuk: a lélek és az elme betegségei;⁴⁰ kóros idegrendszeri elváltozások, elzáródások a testben,⁴¹ illetve örökletes betegségek;⁴² végül pedig társadalmi és erkölcsi okok. Ez utóbbi kategóriába tartozik a vallási indíttatású,⁴³ valamint a bizonyos társadalmi kötelességek és vétségek miatti kétségbeesés hatására elkövetett öngyilkosság.⁴⁴ Johann Peter Frank és Johann Heinrich Jung a befolyásolhatóságot⁴⁵ is a társadalmi okok között említi (ilyen például az úgynevezett *Werther-effektus*⁴⁶).

Az öngyilkosság problémájára válaszreakcióként prezentált javaslatok, annak ellenére, hogy a rendészeti munkákban a kérdéssel kapcsolatban még sokszor a tradicionális és a haladó gondolatok együttélése tapasztalható, a medikalizáció jegyében és a büntetőjog enyhülésének kontextusában születtek. Frank enyhébb büntetés bevezetését, megelőzést és az okok (társadalmi, egészségügyi) alapos fel-

³⁸ Az osztrák büntetőjogban egészen 1787-ig, a II. József által kiadott büntető törvénykönyv (*Sanctio Criminalis Josephina*) hatálybalépéséig egyértelműen bűncselekményként kezelték az öngyilkosságot. Ennek értelmében mind az öngyilkosságot elkövető személy, mind a családja büntetésben részesült, azonban már a 17. század közepén megjelent a megkülönböztetés az öngyilkosságot beszámítható, illetve különböző kóros mentális állapotok hatására elkövetett cselekedetek között. Utóbbi esetben az öngyilkos büntetése a pompa nélküli temetés volt. II. József 1787-es kódexe azonban részben már szemléletváltást tükröz: egyrészt hiányzik a vagyonelkobzás mint büntetési forma, másrészt a megszégyenítés és elrettentés módozatai is enyhülnek, a temetés kapcsán azonban továbbra is érvényesül az erkölcsi és vallási szempont (Bató 2013). Az öngyilkosság Ausztriában az 1803. évi kódex kiadása után nem minősült bűncselekménynek (Bató 2009: 9).

³⁹ Frank 1825: 319–323; Jung 1788: 45–46.

⁴⁰ Frank 1788: 508–509; Huszty 1786a: 173–174; Kováts 1828: 34; Rácz 1794: 43.

⁴¹ Frank 1788: 506; Huszty 1786a: 175.

⁴² Huszty 1786a: 173–174.

⁴³ Frank 1788: 504; Molnár 1814: 459.

⁴⁴ Huszty 1786a: 497; Molnár 1814: 459.

⁴⁵ Jung például a melankóliára és öngyilkosságra indító írások és színdarabok betiltását javasolta (Jung 1788: 45).

⁴⁶ Erre részletesen: Bähr 2002: 223–258.

tárását szorgalmazta,⁴⁷ és Sonnenfels javaslatával⁴⁸ összhangban felvetette, hogy a társadalomnak különleges figyelmet kell szentelnie az öngyilkosságra hajlamos személyeknek, és saját érdekük védelmében speciális intézményekben kell őket izolálni és kezelni, és csak sikeres terápia esetén integrálhatók a társadalomba.⁴⁹

A hagyományos és az egyre inkább előtérbe kerülő orvosi szemlélet kettségessége azokban a beszédmódokban⁵⁰ is megragadható, amelyekkel az elme és a lélek betegének állapotait, viselkedését és leggyakrabban jelentkező tüneteiket körülírták. A hagyományos szemlélet (félelem, sajnálat, hiedelmek), bár vesztett a dominanciájából, a diskurzusokban továbbra is jelen volt. Ezt jelzi például, hogy az elmebetegségek leggyakoribb osztályozása párhuzamosan történt a *viselkedésmódok* (társadalmi szempont) és a *gyógyíthatóság* (orvosi szempont) alapján.⁵¹

A viselkedésmódok kapcsán gyakran figyelhetők meg értékítéletet vagy félelmet tükröző kifejezések, rávilágítva az elmebetegek társadalomban elfoglalt pozíciójára és a velük kapcsolatos előítéletekre.⁵² Emellett gyakran rajzolódik ki a szánalom érzése is.⁵³ A hiedelmekre épülő magyarázatok továbbra is megjelentek a deviáns viselkedési mintázatok értelmezési lehetőségei között. Huszty Zakariás Teofil orvosrendészeti munkája részben ezt tükrözi; rendszerében egymás mellé kerülnek a hagyományos és az orvosi magyarázatokra épülő (elme)betegségképzetek.⁵⁴ Az elsődleges hangsúly azonban egyre inkább a tudományos magyarázatokra került. A nyelvhasználat tükrében az elmebetegség értelmezhető úgy, mint kóros, nem teljes, valamitől (önhibáján kívül) megfosztott.⁵⁵ Ugyanígy használatosak a kóros elmeállapotok jellemzésére a *beteg* és *betegség* kifejezések. Az elmebetegségek organikus okokra való visszavezethetőségének gondolata szintén megjelenik,⁵⁶ ami egyértelműen arra utal, hogy immáron ez az elsődleges kontextus, ami a probléma értelmezési keretként szolgálhat.

A FEGYELMEZÉSTŐL A TERÁPIÁIG: MEGOLDÁSI KÍSÉRLETEK, GYAKORLATI JAVASLATOK, INTÉZMÉNYEK

A rendészeti diskurzusokban társadalmi-orvosi problémaként megjelenő elmebetegkérdés megoldására tett javaslatok röviden a következő kulcsszavakkal foglal-

⁴⁷ Voigt (Hg.) 1825: 324–328.

⁴⁸ Sonnenfels 1777: 138.

⁴⁹ Voigt (Hg.) 1825: 324.

⁵⁰ Erre részletesen: Ingram 2006: 16–41.

⁵¹ Az osztályozás kifejtésére: Jung 1788: 43.

⁵² Bernt 1817; Haslam 1798; Hebenstreit 1806; Kovács 1828; Tuke 1813; Voigt (Hg.) 1827.

⁵³ Aikin 1771: 65; 71; Arnold 1806: 5; Frank 1788: 146–147; Jung 1788: 43; Stark 1810: 5; Tuke 1815: III.

⁵⁴ Huszty 1786a: 152–180.

⁵⁵ Frank 1788; Huszty 1786b; Jung 1788; Kovács 1828; Monro 1758; Stark 1810.

⁵⁶ Frank 1788; Haslam 1798; Kovács 1828; Monro 1758; Rác 1794.

hatók össze: védelem, szakszerűsítés és specializáció. Az intézmények létesítésére, az elzárás és fegyelmezés gyakorlatára, illetve a terápia módszereire tett, részben már gyakorlati tapasztalatokra, részben azonban még ideálokra építő javaslatok meglehetősen konfúzus képet mutatnak a korszakban. Ennek ellenére az orvosrendészeti munkákból, hivatkozásaikból és szemléletmódjukból kiolvasható erőteljes angol minta⁵⁷ alapján többé-kevésbé körvonalazhatók az elmebetegügy megoldásával kapcsolatos korabeli koncepciók. A továbbiakban elsősorban Johann Peter Frank tervezetét tekintjük „sorvezetőnek” a gyakorlati megoldási lehetőségek felvázolásánál. Bár Frank elmebetegügyre vonatkozó elképzelései csak a halála után, 1827-ben kiadott – írásából részben tanítványa, Georg Christian Gotthilf Voigt által írt, illetve szerkesztett – orvosrendészeti munka harmadik kiegészítő kötetében jelentek meg rendszerbe foglalva, nála bontakoztak ki a leghangsúlyosabban azok az elemek, amelyek a nyugat-európai, a morális terápiát és új típusú intézményrendszert előtérbe helyező diskurzusokban már bevett és követendő mintának számítottak.

Az intézményrendszer létrehozása és az erre irányuló törekvések mögött is elsősorban a tanulmány első részében tárgyalt szemléletváltás állt. Bár ez a változás korántsem volt teljes és végleges,⁵⁸ általában véve igaz az, hogy a 18. század végére az elmebetegeket „állatiasnak” és a társadalomba (vissza) nem integrálható csoportnak tekintő nézetek, amelyek legitimálták a kegyetlen bánásmódot, elzárást, büntetést és fegyelmezést, jelentős transzformáción mentek keresztül. A század végére teret nyert az az elképzelés, miszerint az elmebetegség hátterében elsősorban nem a racionális gondolkodásra való képesség hiánya, hanem az organikus, lelki vagy szociális okokra⁵⁹ visszavezethető „helytelen gondolkodás” és az ebből eredő rossz következtetések állnak, amelyek emberséges bánásmóddal és megfelelő terápiás gyakorlattal gyógyíthatók.⁶⁰ Ebből következően a terápia vonatkozásában egyre inkább a helytelen viselkedés és a hibás gondolatok korrigálása került előtérbe. Természetesen itt is fontos hangsúlyozni, hogy ez az össze-

⁵⁷ Az angol hatás vonatkozásában azonban fontos kiemelni egy jelentős különbséget: míg a kontinensen állami feladatnak tekintették a szociális problémák, így az elmebetegügy megoldását, addig Angliában sokkal nagyobb teret kaptak az egyéni kezdeményezések és a privát tébolydalapítások, amelyek a legritkább esetben biztosítottak szakszerű ellátást az elmebetegek számára. Erről lásd például: Parry-Jones 2006. Erre a gyakorlatra már a korszakban negatív reflexiók születtek (vö. Aikin 1771: 69–70).

⁵⁸ Ezt példázza Huszty Zakariás Teofil megközelítése, aki a tébolydának börtönfunkciót is tulajdonított (Huszty 1786b: 566). Ugyanerre világít rá Joseph Bernt is, többek között az elmebetegek által elkövetett kegyetlen gyilkosságok miatt, amelyekre szemléletes példákat is idéz (Bernt 1817: 234).

⁵⁹ Az okok megkülönböztetésében és ennek megfelelően a megítélés átalakításában fordulópontnak tekinthető az a vita, amely 1758-ban zajlott le Angliában John Monro és William Battie között. A vita eredményeként születő írásában Battie kétféle elmebetegséget különböztetett meg: „eredendő” (*original*) és „szerzett” (*consequential*), és bár a prognózist az utóbbi esetben kedvezőbbnek tekintette, alapvetően mindkét típust gyógyíthatónak, korrigálhatónak vagy tüntmentesíthetőnek tartotta. Vö. Battie 1758: 59–67; Porter 1994: 289–290.

⁶⁰ Digby 1983: 220–221.

foglaló kép elsősorban az ideálokat és normákat megfogalmazó munkák alapján rajzolódik ki.

A 18. század végén Nyugat-Európában eluralkodó „terápiás optimizmus” az elmeügy szempontjából meghatározó centrumokban alakult ki, egymástól többé-kevésbé függetlenül, ám az újfajta szemlélet alapvetéseit tekintve hasonló elveket tükrözött. Párizsban a morális terápia atyjának és az elmebetegek „felszabadítójának” tekintett Philippe Pinel és tanítványa, Jean Esquirol nevéhez fűződően, Firenzében Vincenzo Chiarugi, Yorkban William Tuke, illetve Halléban Johann Christian Reil munkássága nyomán formálódott a morális terápia elmélete és részben már annak gyakorlati alkalmazása is.

Bár a terápia alapelvei mindenütt nagyon hasonlóak (a tradicionális gyógy módok elhagyása, a fegyelmezés és elzárás megszüntetése, fürdők alkalmazása, „munkaterápia”, a természeti környezet fontosságának hangsúlyozása, testgyakorlás, rendszeresség és emberséges bánásmód), több ponton eltérések figyelhetők meg. Ez részben a terápiás gyakorlat kidolgozásának eltérő háttérével magyarázható. Míg például Pinel, a párizsi Bicêtre és Salpêtrière kórházakban gyakorló orvosként, központi intézményekben, nagyobb beteganyag vizsgálata alapján állította fel téziseit és dolgozta ki módszereit, addig a yorki Tuke-dinasztia tagjai egy jelentéktelenebb vidéki intézményben, a medicina szempontjából laikusként tevékenykedtek. Ám ugyanígy különbségek mutatkoznak a vallás szerepének felfogásában is: míg Reil vagy a Tuke-dinasztia tagjai, a fentebb említett William Tuke, majd fia, Henry, unokája, Samuel és dédunokái, James, illetve Daniel, fontos szerepet tulajdonítottak a vallásnak az elmebetegek gyógyításában, addig Pinel kategorikusan elutasította azt. Elmélete szerint a vallás „veszélyes eksztázishoz” vezethet.⁶¹

Johann Peter Frank rendszerében azonban ezeknek a különböző irányokból érkező indíttatásoknak a harmonizációja figyelhető meg, és bár használja mind Pinel,⁶² mind William Tuke unokája, Samuel Tuke⁶³ a munkáit, ő maga elsősorban a gyakorlati megvalósításra és ennek lehetőségeire fókuszált. Frank egyszerre adott széles történeti és földrajzi körképet a különböző kórház- és szűkebben vett tébolydaalapításokról,⁶⁴ illetve fókuszált saját korának szociális intézményeire. Frank ugyanakkor az elmebetegügy vonatkozásában John Howard angol börtön-reformer széles körben hivatkozott munkájára⁶⁵ is támaszkodott.

Az 1770–1780-as évek során Howard körbeutazta Európát, hogy az angliai és az általános európai börtönügy előmozdítása érdekében megfigyeléseket tegyen a legkülönbözőbb javító- és ellátóintézményekben (börtönökben, fogházakban,

⁶¹ Digby 1985: 29–31; Porter 1994: 290–291.

⁶² Pinel 1801-ben megjelent *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* című, a morális terápia elmélete szempontjából nagy hatású, sokat hivatkozott munkáját a szintén 1801-ben megjelent, Bécsben kiadott német fordításban idézi (vö. Pinel 1801).

⁶³ Tuke 1813, 1815.

⁶⁴ Voigt (Hg.) 1827: 20–91.

⁶⁵ Howard 1791.

dologházakban, szegényházakban, kórházakban, illetve tébolydákban). Munkája során görcső alá vette az elmebetegek ügyét is, figyelmet szentelt a természeti és épített környezetnek, a higiénának, az elkülönítés elméletének és funkciójának, a betegek és/vagy fogvatartottak számának, minden esetben nemek és részlegek szerint pontosan megadva, hogy ottjártakor hányan tartózkodtak az adott intézményben. Howard empirikus megfigyelésekre alapozott munkája nyomán – és ugyanezt a képet tükrözi Franké is – kirajzolódik az a kettősség, amely a 18. század második felében Európa „elmeügyi térképét” jellemezte. A humánus törekvések mellett még rendkívül sok elmebeteget tartottak fogva különböző javító- és fegyelmező intézmények zárt celláiban embertelen körülmények között, és az elviekben speciális ellátást biztosító intézmények, így többek között az 1784-ben megnyitott bécsi tébolyda sem minden esetben voltak alkalmasak a szakszerű terápia céljaira. Bécs esetében például már önmagában árulkodik az a tény, hogy Howard csak egy egyszerű jellemzést ad az épületről és a betegek számáról, ám a gyógy módokat még csak nem is említi.⁶⁶

A szakszerű(ségre törekvő) terápiás intézmények létrehozására és működtetésére tett gyakorlati javaslatokat – Frank rendszerét és felosztását követve – három nagyobb kategóriába oszthatjuk: természeti és épített környezet; terápiás módszerek, ellátás (betegfelvétel, elkülönítés, kezelési módok); a kórházi személyzetel szemben támasztott elvárások.

Az új típusú – a Frank által is ideálisnak tartott – intézmények létesítésének egyik legfontosabb szempontja az volt, hogy – ahogyan Roy Porter találóan megfogalmazta – „távol legyenek a világ (örjítő) zajától” („far from the mad-ding crowd”).⁶⁷ Ez a nézet teljesen szembehelyezkedett a korábbi gyakorlattal, melynek értelmében a deviáns normaszegők, és e csoporton belül az elmebetegek elzárása, izolálása és/vagy kezdetleges ellátása elsősorban városi közkórházakban (például Párizs esetében), vagy már bizonyos értelemben „specializált intézményekben” (ilyen volt a londoni Bedlam vagy St. Luke’s Hospital), központilag ellenőrizhető helyeken történt. Ezzel szemben a morális terápia és az új szemlélet egyik alapvetésévé a városokból való kivonulás vált. Egyik jó példa az angliai York Retreat nevű intézmény, amely már a névadásában (*visszavonulás* vagy *menedék*) is egyértelműen jelzi ezt az újfajta igényt, vagy egy másik hasonló a Frank által többször hivatkozott, 1813-ban alapított, Nápoly melletti Aversában fekvő tébolyda.⁶⁸ A reformerek, felismerve azt, hogy a környezet (a nagyváros zsúfoltsága, zaja) is beteggé tehet, s így kevésbé mozdítja elő a páciensek gyógyulását, a természeti környezet fontosságát hangsúlyozták:⁶⁹ a friss levegő és a csendes környezet az elmebetegségek bármely típusára jótékony hatást gya-

⁶⁶ Howard 1791: 68.

⁶⁷ Porter 1994: 290.

⁶⁸ Voigt (Hg.) 1827: 99–100.

⁶⁹ A táj és természeti környezet (esztétikumának) fontossága az elmebetegek gyógyításában: Hickman 2005; Soboth 2005.

korolthatnak.⁷⁰ Huszty Zakariás Teofil például Friedrich Nicolai⁷¹ városleírására támaszkodva azt emelte ki, hogy a berlini tébolyda – bár az 1726-ban alapított intézmény éppen egy városi példa – kerttel való kibővítése 1747-ben sokkal kényelmesebbé tette a kórházat és jóval hasznosabbá az ott folyó munkát.⁷² A természeti környezet tekintetében a „hasznosság” szintén fontos szempontnak számított. Egyrészt azért, mert az itt termesztethető zöldségek és gyümölcsök a kórház ellátását szolgálták,⁷³ másrészt pedig azért, mert ez a típusú elfoglaltság „munkaterápiás” célokra is jól felhasználható volt. Az orvosok és reformerek viszonylag korán felismerték ugyanis, hogy a munkának nem csupán gazdasági, hanem terápiás haszna is lehet az elmebetegek ellátásában.⁷⁴

Az épített környezet kapcsán minden vizsgált munkában az egyik legfontosabb, kiemelt szempontként szerepelt a higiénia. Ez a vizsgált korszakban korszakban, a 18. században, illetve a 19. század fordulóján még nem volt teljesen magától értetődő. Erről tanúskodik például John Howard korábban idézett leírása is az európai kórházak, börtönök és tébolydák állapotáról. A megfelelő higiénés viszonyokat a reformerek a nyugodt és békés környezet mellett a testi és lelki gyógyulás egyik sarokkövének tekintették. A vizsgált munkák tükrében a higiénia a tébolydák esetében nagyobb „kihívásnak” tűnik, mint más intézményeknél: az öntudatlan és testműködéseiket szabályozni nem képes betegek tisztántartása folyamatos odafigyelést igényelt.⁷⁵ Ugyanígy külön figyelmet kellett szentelni a naponta többszöri szellőztetés megoldásának, ami nem csupán odafigyelés, hanem építészeti megoldás kérdése is volt. Ennek megfelelően az ideális tébolydának építészeti szempontból szintén meg kellett felelnie az új típusú terápiás szemléletnek: ennek értelmében, bár a börtönfunkció, így a társadalom védelme, továbbra is jelen volt az orvosrendészeti munkákban,⁷⁶ a figyelem már elsősorban a beteg kényelmére, gyógyítására-gyógyulására és a megfigyelés által a páciens testi és lelki védelmére összpontosult. Ez utóbbi megnyilvánult az intézmények fokozatos elzárkózásában. Joseph Bernt például külön felhívta a figyelmet arra, hogy a tébolyda nem egy nyitott intézmény és nem látogatható szabadon; csak az orvosok és a páciensek számára szabad a bejárás.⁷⁷ Ez a kijelentés feltehetően egyfajta reflexió lehetett arra, hogy az elmebetegeket gyakran „látványosságként” kezelték; az „elmebeteg-nézés” bevett gyakorlatnak számított, ami többek között Bécsben is létezett.⁷⁸

A biztonság és a kényelem szempontjainak nemcsak a látogatók ellenőrzésében, de az intézmények kialakításában is meg kellett nyilvánulniuk; s ez a két

⁷⁰ Bernt 1817: 235; Voigt (Hg.) 1827: 99–100.

⁷¹ Nicolai 1786: 634–636.

⁷² Huszty 1786b: 571.

⁷³ Voigt (Hg.) 1827: 99–100.

⁷⁴ Vö. Tuke 1815: 42.

⁷⁵ Lásd például: Bernt 1817: 238.

⁷⁶ Vö. Bernt 1817: 234; Huszty 1786b: 566.

⁷⁷ Bernt 1817: 239.

⁷⁸ Grois 1965: 68.

kritérium sok tekintetben összefonódott. Az elkülönítés elmélete Johann Peter Franknál jelenik meg a leghangsúlyosabban, aki arra hívja fel a figyelmet, hogy a betegek védelmét és gyógyulását az izoláció segíti elő. Szerinte ideálisan minden betegnek külön szobában (az agresszív betegek esetén magánzárkában) kell helyet kapnia, ami egyrészt a békés gyógyulást segíti, másrészt a közveszélyesség kiküszöbölésének hatékony eszköze lehet. A szökési kísérletek és az önveszélyesség megelőzése pedig a folyamatos megfigyelésben rejlik: ennek érdekében Frank minden ajtóra rácszott megfigyelőablakot javasolt, amelyen keresztül a beteg folyamatosan ellenőrizhető. A külső ablakokra szintén rácsoknak kellene kerülniük, azonban jobb, ha ezeket úgy helyezik el, hogy a betegek ne egy börtönszerű intézményben érezzék magukat; erre Frank a legjobb példának az aversai tébolydát tartotta, ahol természetes színekkel festették le a rácsokat.⁷⁹

Az elkülönítés, megfigyelés, fegyelmezés elmélete és gyakorlata szempontjából érdemes ismét az angol mintát figyelembe vennünk. A szigetországban ugyanis nem csupán orvosok és olyan filantróp reformerek, mint a fentebb már említett Tuke-dinasztia tagjai fordították a figyelmüket az elmebetegügy felé, hanem építészek is. A 19. század első évtizedében jelent meg két, tervrajzokkal kiegészített írás Robert Reid és William Stark tollából. Az utóbbi, egyébként részletesebb és korszerűbb munkát prezentáló Stark terveit Frank is ismerte és hivatkozta, ezért ezek feltételezhetően hatást is gyakoroltak a tébolydaépítéssel és elkülönítéssel kapcsolatos gondolataira. Az említett két építész egyaránt a Royal College of Physicians előterjesztése nyomán kapott felkérést egy-egy speciális elmekórház megtervezésére: Reid Edinburgh-ban, Stark pedig Glasgow-ban, Skócia perifériaként ugyanis jelentős lemaradást mutatott az angliai elmeügyhöz képest. Munkájuk megkezdése előtt tapasztalatszerzőként mindketten bejárták a szigetország intézményeit, és megfigyelték az ott folyó munkálatokat – a legnagyobb hatást mindkét esetben a yorki intézet⁸⁰ gyakorolta rájuk.

Ennek szellemében a két munka⁸¹ az elkülönítés, fegyelem, felügyelet és emberi bánásmód kulcsszavakra fűzhető fel. Stark, aki részletesebb és szofisztikáltabb tervet tárt az olvasók elé, arra hívta fel a figyelmet, hogy a rendszer csak akkor lehet működőképes, ha maga az épület is megfelelően van kialakítva, ezért az elsődleges feladat, hogy az építész, orvosi szempontokat is mérlegelve, egy teljes rendszert dolgozzon ki a különböző állapotú, rangú és nemű betegek elkülönítésére, és ennek megfelelően tervezze meg az épület szárnyait, a közösségi tereket és az udvart. Építészeti szempontból Stark a következőket javasolta az ideális tébolyda kialakításához: mivel az öröknek minden kórtermet felügyelniük

⁷⁹ Voigt (Hg.) 1827: 164.

⁸⁰ Itt azonban azt is érdemes megjegyezni, hogy a yorki intézménnyel kapcsolatban Starknál nagyon hasonló gondolatok, ráadásul megegyező struktúrában jelennek meg, mint Samuel Tuke 1813-as munkájában, így a látottak mellett valószínűleg az erőteljesen idealizált szöveges beszámoló szintén hatással lehetett rá.

⁸¹ A tervek alapján két tébolyda épült; a Reid által tervezett edinburgh-i intézet 1809–1810, a Stark terve alapján épült glasgow-i elmeógyógyintézet pedig 1810–1811 folyamán készült el.

kell, ezért négy hosszú galériát tervezett, amelyeket az örök az épület közepén elhelyezkedő megfigyelőállásukból ellenőrizhetnek. Minden emeletre négy kórtermet szánt (kettőt a nőknek és kettőt a férfiaknak), valamint távolabb a többitől négy magánzárkát az agresszív betegek számára. Tervei szerint az ablakok egy belső udvarra néznek, így nem lehet belátni az intézménybe (ami a betegek védelmét szolgálja), míg a szobákban olyan magasra kerülnek, hogy (a betegek és a társadalom védelme érdekében) ne lehessen kimászni rajtuk.

A tervek, bár nem képezik le teljesen, mégis a Jeremy Bentham angol filozófus és jogtudós által bevezetett „panoptikus” szemléletet tükrözik. A Bentham által az 1790-es években tervezett építészeti alakzat alapelve a következő: egy gyűrű alakú épület, amelyben egymástól elszeparált cellák helyezkednek el, amelyek körülvesznek egy, a megfigyelés céljaira létrehozott tornyot. Így egyetlen helyről, a toronyból belátható és ellenőrizhető a tér, és lehetőség nyílik az elzárta folyamatos, egyidejű megfigyelésére. Ez az építészeti struktúra, a Bentham által megfogalmazott elvek szerint alkalmas börtönök, fogházak, javítóintézmények, dologházak, gyárak, iskolák, kórházak és elmebetegintézetek létesítésére. Fő előnye a megfigyelő szempontjából, hogy a megfigyelt interiorizálja az állandó tekintet képzetét, így az épület kialakítása megteremti a folyamatos (ön-)fegyelmzés lehetőségét, ezzel szimbolikussá, belsővé téve az elítélt vagy az elmebeteg láncait.⁸²

A folyamatos megfigyelhetőség, ellenőrizhetőség és az izoláció pedig elsőrangú szempontnak számítanak a terápia tekintetében. Ezt tükrözi az a szofisztikált rendszer is, ami Stark esetében egyúttal az architektúra alapját képezte: a betegek felosztása különböző homogén és egyenként ellenőrizhető csoportokra. Ez egyrészt a nemek, másrészt pedig az állapot szerinti felosztást jelenti (melankóliások/nyugodtak, mániások/agresszívak, lábadozók, illetve közveszélyesek).⁸³ Johann Peter Frank ezen a ponton elvetette az angol gyakorlatot és ezt a típusú felosztást: a terápia szempontjából haszontalannak tartotta a különválasztást, mert szerinte a különböző állapotú betegek jótékony hatással is lehetnek egymásra,⁸⁴ ezért más megközelítést javasolt. Rendszere szerint a kórházba való felvételkor ideálisan minden betegnek rendelkeznie kell egy kartonnal, amelyen szerepel a neve, a neve, az életkora, valamint a lakhelye és a születési helye – ezek az adatok aztán a betegkönyvbe is bekerülnek. Joseph Bernt emellett ezen a ponton javasolta még az élet- és kórtörténet dokumentálását is.⁸⁵ Az adatfelvétel után kerülhet sor a vizsgálatra és a megfelelő, speciális terápiára való „beutalásra”, az elmebetegek esetén azonban Frank két kivételt tesz: az ön- és közveszélyes páciensek esetén nincs szükség az előzetes felvételi procedúrára. Azokat a betegeket

⁸² Bentham 1791: Letters I, II, V. 1–5; 5–13; 22–28. Lásd még: Foucault 1990 [1975]: 267–311.

⁸³ Ez elsősorban az angol munkák sajátossága: Stark 1810: 18–19; Tuke 1813: 93–107; Tuke 1815: 17–19. Ám néhány német nyelvű orvosrendészeti munkában is átvétellel kerül, köztük például: Bernt 1817: 235.

⁸⁴ Voigt (Hg.) 1827: 226.

⁸⁵ Bernt 1817: 235.

pedig, akiknél nem állapíthatók meg egyértelműen a tünetek, először néhány napos megfigyelésre kell felvenni a kórházba, és ezután kell dönteni a további sorsukról. A betegfelvétel után a nyugodt, fegyelmezés nélkül is kezelhető elmebetegeket további vizsgálatoknak kell alávetni, pontos diagnózist kell felállítani, amely elengedhetetlen a megfelelő terápiához.⁸⁶

A betegek felosztása tekintetében Frank nem javasolt szofisztikált rendszert. Az elkülönítő és megfigyelőszobákon kívül két nagyobb csoportot ajánlott: a könnyen kezelhető, nyugodt betegeket, illetve az ön- és közveszélyeseket, akiket a saját és a többi beteg védelmében kell szeparáltan gyógyítani, a fegyelmezés és kényszerítés eszközeit (kényszerzubbony, láncok) pedig szerinte csak átmenetileg szabad használni,⁸⁷ kizárólag a beteg védelme érdekében. A két részleg között azonban biztosítani kell az átjárást: a „zárt osztályon” fekvők viselkedésük függvényében átkerülhetnek a „nyílt osztályra”⁸⁸, ahol szabadon mozoghatnak, alakíthatnak ki kapcsolatokat a többi beteggel, és dolgozhatnak. Az a fejlődésbe és javulásba vetett hitt, ami Frank szövege alapján is kibontakozik, jól jelzi tehát annak a „terápiás optimizmusnak” az eluralkodását, ami a 18. század utolsó és a 19. század első évtizedeit jellemezte.

A terápia – ahogyan Frank munkájából is kiolvasható – három nagyobb szempont köré szerveződik (ez is hasonló a yorki modellhez⁸⁹). Az első ilyen szempont az önkontroll módjainak megtalálása és erősítése a betegekben, ebben segíthet például az „előrelépés” és a javulás módozatainak a lehetővé tétele. A második az elzárás és a büntetés, de ez utóbbiak csak akkor, ha indokoltak, és a betegek állapotának javítását szolgálják. A harmadik, és egyben a legfontosabb szempont az emberséges bánásmód, többek között például a beszélgetés kezdeményezése a páciensekkel. Ennek a módszernek a hátterében elsősorban az a felismerés munkál, hogy az elmebetegek nem az állati létezés szintjére süllyedtek, értelem nélküli „lények”, hanem *emberek*, akik organikus vagy szociális okokra visszavezethető *betegségben* szenvednek, és állapotuk csupán a helyes és racionális gondolkodás *zavara*. Ezt a gondolatmenetet követve emeli ki például Joseph Bernt azt, hogy az elmebetegek bíróság elé idézése és elítélése is csak orvosi szakvélemény ismeretében történhet, mert az állapot önmagában nem szolgálhat a büntetés okául.⁹⁰

A betegek mindennapjaira, időbeosztásukra és elfoglaltságaikra nézve Frank egy igen szigorú napirendet javasolt: fontos egyrészt a rendszeresség, mind az étkezések, mind pedig a munka és az olyan terápiás célú tevékenységek tekintetében, mint a sétálás, lovaglás, sport, kártyázás, színházlátogatás, zenehallgatás, énekítés, rajzolás, hímzés, olvasás és tanulás. Emellett a betegeknek – amennyiben azt az állapotuk lehetővé teszi – a házi- és a kerti munkákból is ki kell ven-

⁸⁶ Voigt (Hg.) 1827: 225–226.

⁸⁷ Voigt (Hg.) 1827: 227–228.

⁸⁸ A homogén csoportok felbomlása Angliában például vitákat generált. Vö. Tuke 1815: 12–13.

⁸⁹ Tuke 1813: 139–162.

⁹⁰ Bernt 1817: 235.

niük a részüket, mert a folyamatos elfoglaltság, a „munkaterápia” mind gazdasági, mind egészségügyi hasznot jelent az egyén és a közösség számára.⁹¹ Huszty Zakariás Teofil emellett a kísérleti gyógymódok (a mágnesség és az elektromos áram használata a betegek terápiájában) bevezetését is fontosnak tartotta, mivel a lélektudomány a korszakban még, ahogyan Kovács Mihály is fogalmazott, az orvostudomány „legsetébb mezeje” volt, így nem lehetett kiszámítani, mely gyógymódok bizonyulnak hatásosnak.⁹²

Az orvosrendészeti munkák szerzői az elmebetegek ellátóival és ápolóival – vagyis a „szakszeméllyel” – szemben is a lehető legmagasabb követelményeket igyekeztek megfogalmazni, hiszen – ahogyan Huszty⁹³ is kiemelte – speciális terápiát csak szakképzett személyzet tud nyújtani, egyéb esetekben háttérbe szorul a gyógyítás.⁹⁴ Frank ugyan nem tért ki külön fejezetben az elmebetegeket ápolókra, a kórházi személyzet általános feladatainak részletezésénél azonban az elmebetegek ellátására nézve további külön szabályokat fogalmazott meg. Az igazgatót (*Direktor*) teszi felelőssé a betegfelvételért és azért, hogy „érdemtelenül” senki ne kerüljön a tébolydába, s felépülése után, ha még szükség van a kórházi ellátására, minél hamarabb kerüljön át a kórház egy más részlegébe. Ez, bár indirekt módon, rávilágít arra, hogy a fent ismertetett humánus alapelvek meghirdetésével ellentétben a tébolydák világa a gyakorlatban mégis kerülendő volt. Az igazgató felelős még az intézmény elhagyásának engedélyezéséért mind a teljesen gyógyultak, mind a lábadozó betegek esetében.⁹⁵ A további vizsgálatokért, az elmebetegek elhelyezéséért és terápiájáért a főorvos (*Primarius*) felel, aki dönt a betegek elhelyezéséről, átvizsgálásáról és a veszélyes eszközök elvételéről, amelyekkel önmagukban vagy a környezetükben kárt tehetnének.⁹⁶ (Joseph Bernt még az első látásra ártalmatlannak tűnő porcelán- és üvegedények használatának a veszélyeire is figyelmeztetett.)⁹⁷ A mindennapokban az ápolók (*Wärterleute*) és a gondnok/felügyelő (*Hausvater*) felelős az elmebetegek ellátásáért, ellenőrzéséért és indokolt esetben büntetéséért. Az egy főre jutó ápolók száma a betegek számától és állapotuktól függ, Johann Peter Frank az elmebetegek esetén magasabb ápolólétszámot „írt elő”, és olyan személyzet alkalmazását, akik képesek velük érdemben, az állapotuk által megkívánt módon foglalkozni.⁹⁸ A gondnokok és felügyelők hatáskörébe pedig elsősorban az elmebetegek ellenőrzése tartozik: a munka felügyelete, a viták, konfliktusok, szökések, koldulá-

⁹¹ Voigt (Hg.) 1827: 225–226.

⁹² Bernt 1817: 239; Huszty 1786b: 568.

⁹³ Huszty saját munkájában az elmebetegek ellátására, a kórházak és tébolydák működésére vonatkozó szövegrészeket Joseph Quarin, az Allgemeines Krankenhaus első igazgatójának 1784-ben kiadott jelentéséből vette át. Vö. Huszty 1786b: 554; Quarin 1784: 21.

⁹⁴ Huszty 1786b: 568.

⁹⁵ Voigt (Hg.) 1827: 276, 295.

⁹⁶ Voigt (Hg.) 1827: 295–296.

⁹⁷ Bernt 1817: 239.

⁹⁸ Voigt (Hg.) 1827: 316–319.

sok, valamint a dohányzás (tűzveszélyi miatti) megakadályozása és az intézmény rendszeres átvizsgálása, a veszélyes, sérülést okozó tárgyak elkobzása.⁹⁹

* * *

Bár, ahogyan ez a fentiek nyomán is kirajzolódik, az általános és orvosrendészeti munkák még gyakran meglehetősen konfúzus képet mutatnak az elmebetegség és az elmebetegek megítélésével és ellátásával kapcsolatban, a kérdés megoldására vonatkozó főbb elemek áttekintése nyomán körvonalazódni látszik az, hogy azok a fejlődési irányok és tendenciák, amelyek Nyugat-Európában, elsősorban Angliában és részben Franciaországban vagy Itáliában már érvényesültek, és egy részük a gyakorlatban is alkalmazásra került, nem hiányoznak az osztrák viszonylatban jelentős szerzők munkásságából sem. Az, hogy ezen elméletek gyakorlatba való átültetése és alkalmazása milyen mélységben és mely, már létező intézményrendszer keretein belül valósult vagy valósulhatott meg a Habsburg Birodalomban¹⁰⁰ és elsősorban Magyarországon, további, empirikus (szegényügyi, kórházi) anyagokon elvégzett kutatásokat igényel.

FORRÁSOK

- Aikin, John 1771: *Thoughts on Hospitals*. London.
- Arnold, Thomas 1806: *Observations on the Nature, Kind, Causes, and Prevention of Insanity*. 2. ed. London.
- Battie, William 1758: *A Treatise on Madness*. London.
- Bentham, Jeremy 1791: *Panopticon, or, the Inspection-House*. Dublin.
- Bernt, Joseph 1817: *Systematisches Handbuch der Staats-Arzneykunde, zum Gebrauche für Aerzte, Rechtsgelehrte, Polizeybeamte und zum Leitfaiden bey öffentlichen Vorlesungen. Zweyter Theil, Die öffentliche Krankenpflege*. Wien.
- Frank, Johann Peter 1779–1819: *System einer vollständigen medicinischen Policey*. Bd. I. 1779, Bd. II. 1780, Bd. III. 1783, Bd. IV. 1788 Mannheim; Bd. V. 1813 Tübingen; Bd. VI/1–2. 1817, Bd. VI/3. 1819. Wien.
- Haslam, John 1798: *Observations on Insanity with Practical Remarks on the Disease*. London.
- Hebenstreit, Ernst Benjamin Gottlieb 1806: *Lehrsätze der medicinischen Polizeywissenschaft. Zum Gebrauche akademischer Vorlesungen entworfen. Zweyte vermehrte Auflage*. Wien.
- Herrenleben, Sebastian Gottlieb (Hg.) 1748–1752: *Sammlung Österreichischer Gesetze und Ordnungen*. Leipzig.
- Howard, John 1791: *An Account of the Principal Lazarettos in Europe*. London.

⁹⁹ Voigt (Hg.) 1827: 325.

¹⁰⁰ Osztrák viszonylatban az elmebetegek ellátásának kérdése már részben feldolgozott; itt elsősorban Carlos Watzka munkásságát érdemes kiemelni. Összefoglaló munkái: Watzka 2005, 2007.

- Huszy, Zacharias Gottlieb 1786a: *Diskurs über die medizinische Polizei*. Bd. I. Pressburg–Leipzig.
- Huszy, Zacharias Gottlieb 1786b: *Diskurs über die medizinische Polizei*. Bd. II. Pressburg–Leipzig.
- Jung, Johann Heinrich 1788: *Lehrbuch der Staats-Polizeywissenschaft*. Leipzig.
- Justi, Johann Heinrich Gottlob von 1759: *Grundsätze der Policey-Wissenschaft in einem vernünftigen, auf den Endzweck der Policey gegründeten, Zusammenhange und zu Gebrauch Akademischer Vorlesungen abgefasst*. Zweyte, stark vermehrte Auflage. Göttingen.
- Kovács Mihály 1828: *Medicina Forensis, vagy Orvosi Törvénytudomány*. Pest–Buda.
- Mai, Franz Anton 1802: *Entwurf einer Gesetzgebung, über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizei, als Beitrag zu einem Landrecht in der Pfalz*. Mannheim.
- Molnár János 1814–1818: *Orvosi Törvény*. I–II. kötet. Székesfehérvár.
- Monro, John 1758: *Remarks on Dr Battie's Treatise on Madness*. London.
- Nicolai, Friedrich 1786: *Beschreibung der Königlichen Residenzstädte Berlin und Potsdam, aller daselbst befindlicher Merkwürdigkeiten und der umliegenden Gegend*. Berlin.
- Pinel, Philippe 1801: *Philosophisch-medicinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder Manie*. Wien.
- Rác Samuel 1794: *A borbélyi tanításoknak második darabja*. Pest.
- Reid, Robert 1809: *Observations on Hospitals, for the Cure of Insanity*. Edinburgh.
- Quarin, Joseph 1794: *Nachricht an das Publikum über die Einrichtung des Hauptspitals in Wien: bei dessen Eröffnung von der Oberdirektion herausgegeben*. Wien.
- Sonnenfels, Joseph von 1765–1767: *Grundsätze der Polizei, Handlung und Finanzwissenschaft*. 1–3. Wien.
- Stark, William 1810: *Remarks on the Construction of Public Hospitals for the Cure of Mental Derangement*. Glasgow.
- Steininger, Franz von 1793: *Staatsarzneywissenschaft: oder medizinische Polizey, gerichtliche Arzneywissenschaft und medizinische Rechtgelehrsamkeit*. Erster Band. Wien.
- Tuke, Samuel 1813: *Description of the Retreat, an Institution near York for Insane Persons*. York.
- Tuke, Samuel 1815: *Practical Hints on the Construction and Economy of Pauper Lunatic Asylums*. York.
- Voigt, Georg Christian Gotthilf (Hg.) 1812–1827: *Supplement-Bände zur medicinischen Polizei, oder Sammlung verschiedener, in diese Wissenschaft einschlagender, eigener Aufsätze*. I–III. Leipzig.

HIVATKOZOTT IRODALOM

- Bähr, Andreas 2002: *Der Richter im Ich: Die Semantik der Selbsttötung in der Aufklärung*. Göttingen.
- Bató Szilvia 2009: A csecsemőgyilkosság és a gyermekkitétel a magyar és az osztrák büntetőjog-tudományban a 19. század első felében. *Acta Universitatis Szegediensis* (72.) 3–46.

- Bató Szilvia 2013: Az öngyilkosság a régi magyar büntetőjog-tudományban. In: Filó Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Budapest, 72–87.
- Beier, A. L. 2008: A New Serfdom: Labour Laws, Vagrancy Statutes, and Labour Discipline in England, 1350–1800. In: Beier, A. L. – Obocock, Paul (eds): *Cast Out. Vagrancy and Homelessness in Global and Historical Perspective*. Athens, OH, 35–64.
- Caroll, Patrick E. 2002: Medical Police and the History of Public Health. *Medical History* (46.) 4. 461–494.
- Deáky Zita – Krász Lilla 2005: *Minden dolgok kezdete. A születés kultúrtörténete Magyarországon, XVI–XX. század*. Budapest.
- Digby, Anne 1983: Changes in the Asylum: The Case of York, 1777–1815. *The Economic History Review, New Series* (36.) 2. 218–239.
- Digby, Anne 1985: *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge.
- Dinges, Martin 1994: The Reception of Michel Foucault's Ideas on Social Discipline, Mental Asylums and Medical Profession. In: Jones, Colin – Porter, Roy (eds): *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*. London, 181–213.
- Dinges, Martin 2000: Medicinische Policey zwischen Heilkundigen und Patienten (1750–1830). In: Härter, Karl (Hg.): *Policey und frühneuzeitliche Gesellschaft*. Frankfurt am Main, 263–295.
- Dross, Fritz 2005: „Der Kranke allein ist arm.” Die Diskussion über den Zusammenhang von Krankheit und Armut um 1800. *VSWG: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* (92.) 1. 1–15
- Duka Zólyomi, Norbert 1972: *Zacharias Gottlieb Huszty: 1754–1803: Mitbegründer der modernen Sozialhygiene*. Bratislava.
- Finzsch, Norbert 2003: Elias, Foucault, Oestreich – On a Historical Theory of Confinement. In: Finzsch, Norbert – Jütte, Robert (eds): *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500–1950*. Cambridge.
- Foucault, Michel 1990 [1975]: *Felügyelet és büntetés: a börtön története*. Budapest.
- Foucault, Michel 2004 [1961]: *A bolondság története a klasszicizmus korában*. Budapest.
- Frevert, Ute 1984: *Krankheit als politisches Problem, 1770–1880: soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen.
- Geremek, Bronisław 1994: *Poverty. A History*. Oxford.
- Grell, Ole Peter – Cunningham, Andrew (eds) 2003: *Healthcare and Poor Relief in Protestant Europe, 1500–1700*. London–New York.
- Grois, Bernard 1965: *Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und seine Geschichte*. Wien.
- Grumbach, Torsten 2006: *Kurmainzer Medicinalpolicy, 1650–1803: eine Darstellung entlang der landesherrlichen Verordnungen*. Frankfurt am Main.
- Harrington, Joel F. 1999: Escape from the Great Confinement: The Genealogy of a German Workhouse. *The Journal of Modern History* (71.) 2. 308–345.
- Hickman, Clare 2005: The Picturesque at Brislington House, Bristol: The Role of Landscape in Relation to the Treatment of Mental Illness in the Early Nineteenth-Century Asylum. *Garden History* (33.) 1. 47–60.

- Houston, R. A. 2006: Poor Relief and the Dangerous and Criminal Insane in Scotland, c. 1740–1840. *Journal of Social History* (40.) 2. 453–476.
- Ingram, Allan 2006: *The Madhouse of Language: Writing and Reading Madness in the Eighteenth-Century*. London.
- Jütte, Robert 1994: *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*. Cambridge.
- Kontler, László 2012: Polizey and Patriotism: Joseph von Sonnenfels and the Legitimacy of Enlightened Monarchy in the Gaze of the Eighteenth-Century State Sciences. In: Guttica, Cesare – Burgess, Glenn (eds): *Monarchism and Absolutism in Early Modern Europe*. London, 75–90.
- Kovács Janka 2015: A lélek betegségeinek reprezentációi a magyar nyelvű orvosi irodalomban. *Kaleidoscope Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat* (6.) 11. 23–63.
- Krász, Lilla 2008: From Home Treatment to Hospitalisation: General Trends in the Development of Hungary's Hospital Network. In: Scheutz, Martin – Sommerlechner, Andrea – Weigl, Herwig – Weiss, Alfred (Hgg./eds): *Europäisches Spitalwesen: institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospital and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe*. Wien, 455–475.
- Lafferton Emese 2004: A magántérbolydától az egyetemi klinikáig. A magyar pszichiátria történetének vázlata európai kontextusban, 1850–1908. In: Békés Vera (szerk.): *A kreativitás mintázatai*. Budapest, 34–72.
- Lesky, Erna 1955: Johann Peter Frank als Organisator des medizinischen Unterrichts. *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* (39.) 1. 1–29.
- Lewis, Margaret Brannan 2016: *Infanticide and Abortion in Early Modern Germany*. London.
- Lindemann, Mary 1990: *Patriots and Paupers: Hamburg, 1712–1830*. Oxford.
- Möller, Caren 2005: *Medizinalpolizei: Die Theorie des staatlichen Gesundheitswesens im 18. und 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main.
- Parry-Jones, William Ll. 2006: *The Trade in Lunacy: A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*. London.
- Porter, Roy 1987: *Mind-forg'd Manacles: A History of Madness in England from the Restoration to the Regency*. Ann Arbor, Michigan.
- Porter, Roy 1994: Madness and its Institutions. In: Wear, Andrew (ed.): *Medicine in Society. Historical Essays*. Cambridge. 277–302.
- Porter, Roy 2002: *Madness: A Brief History*. Oxford.
- Prosperi, Adriano 2016: *Infanticide, Secular Justice, and Religious Debate in Early Modern Europe*. Turnhout.
- Rosen, George 1957: The Fate and the Concept of Medical Police, 1780–1890. *Centaurus* (5.) 2. 97–113.
- Rushton, Peter 1988: Lunatics and Idiots: Mental Disability, the Community, and the Poor Law in North-East England, 1600–1800. *Medical History* (32.) 1. 34–50.
- Scull, Andrew – MacKenzie, Charlotte – Hervey, Nicholas (eds) 1996: *Masters of Bedlam. The Transformation of the Mad-Doctoring Trade*. Princeton, NJ.
- Soboth, Christian 2005: Der Garten der Irren: Anmerkungen zum Irrenhausgarten im 18. und 19. Jahrhundert. In: Ananieva, Anna – Hofer, Natascha N. (Hgg.):

Der andere Garten: Erinnern und Erfinden in Gärten von Institutionen. Göttingen. 303–320.

Watzka, Carlos 2005: *Vom Hospital zum Krankenhaus: zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa.* Wien.

Watzka, Carlos 2007: *Arme, Kranke, Verrückte: Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken.* Graz.

Zsakó István 1956: Az egykori országos tébolyda keletkezésének története. *Orvostörténeti Közlemények* (2.) 4. 84–107.