

Kovács Janka

## A test vagy a lélek betegsége? Elmebetegség-értelmezések a pesti egyetemi klinika körtörténeteiben a 19. század elején<sup>1</sup>

1812. július 20-án a pesti egyetem klinikájára súlyos állapotban került be egy 50 éves nőbeteg, akit felvétele után egy, a korszak orvosi irodalmában széles körben tárgyalt, a gyakorlatban azonban meglehetősen nehezen azonosítható és kezelhető tünetegyüttesrel, a „kaméleon-betegségnek” tekinthető hisztériával diagnosztizáltak.<sup>2</sup> A gyenge testfelépítésű, alultáplált nőnél a következő tünetek jelentkeztek: erős szívdobogás, szapora pulzus, a nyak merevsége, lassú emésztés, kemény széklet, bőséges, de vízszerű vizelet és a hisztériára jellemző gyakori állapot, az ún. *globus hystericus*, amely a torokban tapasztalható fullasztó gombócérzéssel járt együtt. A körtörténetét feljegyző orvostanhallgató, Kolmár Dániel a kórházba kerüléskor mutatott testi tünetek (*status praesens*) mellett a lelkiállapotot, illetve a hangulat- és viselkedésbeli jellemzőket is rögzítette: a melankóliás temperamentumú páciens szomorú és érzékeny volt, arcán pedig a kétségbeesés jelei mutatkoztak. Az 50 éves hisztériás nő nagyjából egy hónapig tartó gyógyulás (vagy legalábbis tünetmentesség) felé vezető útját 1812 júliusa és augusztusa között – hasonlóan ahhoz a több száz beteghez, akikkel az 1784 és 1847 közötti időszakban a klinikán gyakorlatot teljesítő negyed- és ötödéves orvostanhallgatók foglalkoztak – Kolmár Dániel egy előre meghatározott, standard elemekre épülő narratív struktúrába rendezett körtörténetben (*historia morborum*) foglalta össze. Ennek a következő kötelező elemei voltak: a felvétel időpontja és a személyes adatok (kor, nem, foglalkozás, vallás); a korábbi élet-, család- és betegségstörténetet tartalmazó anamnézis, amely az egészen távoli múlt (gyerekkor, fiatalkor) és a közeli múlt betegséggel kapcsolatos történéseit rögzítette; a tünetegyüttes diagnózisa és etiológiája, kiegészítve a prognózzissal; valamint a kórlefolyás és a terápia napról napra vagy néhány naponta lejegyzett változásokkal és végül a kórházból való távozás (vagy halál) napjával és a kezelést követő állapottal. Ez utóbbi a pesti egyetemi klinikán általában két kategóriára oszlott: a beteg lehetett teljesen gyógyult (*perfectus*) vagy pedig részben vagy egészen tünetmentes, de nem tökéletesen gyógyult (*imperfectus*).

A megfigyelés mint az információgyűjtés és a jelek értelmezésének gyakorlata egyidős az orvoslással, az a fajta episztémikus írásmód azonban, amelynek célja a tapasztalatok és megfigyelések kumulációja, rögzítése és meghatározott struktúrákba való elrendezése, a 16. századtól vált elterjedtté, az orvosi oktatásban pedig csupán a 18. századtól vált formalizált gyakorlattá.<sup>3</sup> A pesti egyetemi klinikán a „könyves tudásra” épülő disszertációk

<sup>1</sup> A tanulmány az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-22-4-II-ELTE-284 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

<sup>2</sup> SEL 50/a, *Historiae Morborum* (HM), 246.

<sup>3</sup> Ehhez lásd például a következő alapvető munkákat: BECKER – CLARK 2001; BLAIR 2003; DASTON 2004; DASTON 2011; GOODY 1986. Az orvosi írásmódok és a pszichiátriai gyakorlat vonatkozásában: AASLESTAD 2009; ANDREWS 1998; ANDREWS – SCULL 2002; BERKENKOTTER 2008; CRAIG 2017; HESS 2010; HESS –

dominanciáját ellensúlyozandó 1784-ben került bevezetésre a kórtörténetírás gyakorlata,<sup>4</sup> amely egészen az 1840-es évek végéig alapvető része maradt mind a gyakorlati orvosképzésnek, mind pedig az oklevél megszerzésének. Az egyetemi klinikára az 1810-es évektől kezdődően egyre több, klasszikusan az elme és lélek betegségeiként leírt, a korabeli orvosi nozológiákban is e kategóriákba sorolt tünetegyüttessel (például mánia, melankólia, hisztéria, hipochondria) diagnosztizált beteg került felvételre. Ennek megfelelően jól nyomon követhetőek azok a tendenciák, amelyek hozzájárultak e társadalmi–orvosi konstrukcióként értelmezhető betegségkategóriák interpretációjához.

A kórtörténetekben előforduló elmebetegség-értelmezésekhez elsősorban azt a – többek között Volker Hess orvostörténész által javasolt – megközelítést hívom segítségül, amely azt a kérdést helyezi a fókuszba, hogy a kórtörténetek elrendezése, szerialitása, formalizált szerkezete és a szövegekbe „beléíródó kognitív gyakorlatok” hogyan járulnak hozzá egyrészt a tudástermeléshez, másrészt annak megértéséhez, hogy bizonyos tünetegyüttéseket milyen szempontok mentén értelmeztek az orvosi praxis során.<sup>5</sup> E gondolatmenetet követve tehát a kórtörténetírás strukturált és szabályozott, a megfigyeléseket és tapasztalatokat rögzítő gyakorlatát tekinthetjük egyúttal az értelmezés módszerének is. Az elmebetegségek interpretációjának gyakorlatai nem érthetők meg azonban az írásmódok és az intézménytípusok korrelációinak feltárása nélkül. A pesti klinika eseteinek megfelelő értelmezését és kontextualizálását ezért többféle intézménytípusban keletkezett komparatív anyagok együttes elemzése segítheti. A pesti klinikához hasonló intézmények közül megvizsgálom egyrészt az edinburgh-i egyetem 1726-ban alapított orvosi fakultásának poliklinikáján készített kéziratos eseteleírásokat, a Habsburg Birodalom első tébolydáinak (Bécs, Prága) nyomtatásban megjelent eseteit, valamint a korai tébolydák ideáltípusának tekintett, 1796-ban alapított York Retreat betegfelvételi könyveiben foglalt rövid eseteleírásokat.<sup>6</sup>

Az elemzés kereteit a Hess által inspirált megközelítés mellett részben Michel Foucault-nak a pszichiátriai hatalom létrejöttének feltételeit és a pszichiátriai diagnosztika sajátosságait elemző előadásában felvetett kérdései,<sup>7</sup> részben pedig a Roy Porter által a páciensek nézőpontjának (*patient's view*) figyelembevételét propagáló, 1985-ben megfogalmazott,<sup>8</sup> az orvos- és pszichiátriatörténet-írásban azóta többé-kevésbé alkalmazott<sup>9</sup> szempontjai adják, amelyek nyomán a következő kérdéseket vesszük figyelembe: 1. a ki-

---

LEDEBUR 2011; HESS – MENDELSON 2010; MONTGOMERY HUNTER 1991; HURWITZ 2006; INGRAM 1991; KENNEDY 2000; MENDELSON 2017; POMATA 2010. Magyar vonatkozásban az orvosi írás gyakorlatairól lásd: KRÁSZ 2013; KRÁSZ 2018; KRÁSZ 2019.

<sup>4</sup> KRÁSZ 2017; RÉDEI 2016.

<sup>5</sup> Vö. HESS 2010. 293–301.

<sup>6</sup> Az elmúlt évtizedekben a 19–20. századra koncentrált hazai pszichológia- és pszichiátriatörténeti kutatásokban – különböző hangsúlyokkal és fókuszokkal – a pszichiátriai kórrajz mint forrásműfaj egyre jelentősebb szerepet kapott, ehhez lásd például: FRANK 1978; KÖVÉR 2005; LAFFERTON 2005; BORGOS 2008; KOVAI 2010. A pszichohistória, valamint pszichológia- és pszichiátriatörténeti kutatások főbb tendenciái és a kórrajz történeti forrásként való értékeléséhez lásd még: GYÁNI 2017.

<sup>7</sup> Lásd: FOUCAULT 2006.

<sup>8</sup> PORTER 1985.

<sup>9</sup> A Porter által bevezetett szempontok és azok alkalmazhatóságának értékeléséhez az orvos- és pszichiátriatörténet-írásban lásd: BACOPOULOS-VIAU – FAUVEL 2016; CONDRAU 2007; REAUME 2017; HANLEY – MEYER 2021.

kérdezés aktusa, valamint az orvosi tekintet és a páciens perspektívájának beépítése az elbeszélésekbe; 2. a patológiai anatómia szempontjai és a „családtörténet” jelentősége a diagnózisok felállítása során; 3. az alkalmazott terápiás módszerek és az intézményekben töltött idő. Bár e két nézőpont kétféle megközelítést implikál, s míg a Foucault-i perspektíva bevonásával egyértelműen az orvosi(-hatalmi) működésmódok és technológiák rekonstruálhatók a tanulmányban is vizsgált kórtörténetek segítségével, addig a Porter által szorgalmazott elemzési szempontok a páciensek betegségtapasztalatának megértéséhez segíthetnek hozzá. El kell ismernünk természetesen az elemzés forrásadottságokban rejlő korlátait is, hiszen egy, az orvos tekintete és az általa alkalmazott narratív technikák által megkonstruált szövegben aligha „szólalnak meg” a páciensek, s pusztán a sorok mögött rejlő, implicit megnyilvánulásokra hagyatkozhatunk az „alulnézeti” perspektíva vizsgálata során. Mivel azonban az elmebetegség tapasztalata – különösen klinikai környezetben és a vizsgált időszakban – aligha juthatott kifejezésre, a „szoros olvasás” (*close reading*) módszere segítségével szükségszerűen azokra a szövegekben indirekt módon megjelenő és az orvos által kiválogatott és narratívába rendezett reflexiókra kell hagyatkoznunk, amelyekből mindez részlegesen kiszűrhető.

## Színterek, intézmények, műfajok

A pesti egyetemi klinikáról többféle, a kórházi adminisztráció különböző műfajaihoz tartozó dokumentum maradt fenn. Készültek egyrészt az egyetemi oklevél megszerzésének feltételeként előírt kórtörténetek,<sup>10</sup> amelyek felépítése és szerkezete áttekinthető, logikus, jól tagolt és letisztult. Az 1810-es és az 1840-es évek között, amikor a kór- és gyógytan tanáraként az egyetemi klinika irányításáért id. Bene Ferenc felelt, a klinikán havi vagy féléves (általában láttamozott) feladatként előírta a hallgatók számára a kórtörténetek készítését. Ezen kevésbé kiforrott, a hallgatók egyéni stílusát, felkészültségét, szorgalmát és valószínűleg a betegségek mindennapi, „nyers” tapasztalatát erőteljesebben tükröző narratívák szerkezete kevésbé körültekintő, feszes és letisztult.<sup>11</sup> A hosszabb esetleírások mellett a velük több esetben átfedést mutató rövidebb összefoglalók, jelentések (*synoptica relatio*) és betegstatisztikákat is magukba foglaló féléves vagy éves klinikai naplók is fennmaradtak, amelyeket általában a klinika segédorvosai (például Eckstein Frigyes, Ficzek Ferenc Máté vagy Klein Mihály) állítottak össze. Az összefoglalók lejegyzőinek stílusától függően ezek különbözőképpen nézhetek ki, ám általában a következő adatokat tartalmazták: az összes kórházba kerülő beteg száma az adott félévben vagy évben és bontásban a nők, férfiak, a kórházból elbocsátottak, halottak és a kórházban maradók, illetve a gyógyultan vagy tünetmentesen távozóak. A klinikai naplók narratív részében válogatott, „érdekes” esetek rövid összefoglalói jelentek meg hét betegségkategóriába rendezve.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Az 1130 esetleírást ma a Semmelweis Egyetem Levéltára őrzi: SEL 50/a, Historiae Morborum. A két hisztériás esetet lásd: HM 246. és HM 313.

<sup>11</sup> A hosszabb, teljes esetleírásokat tartalmazó köteteket lásd: OSZK Kt. Quart. Lat. 2165.

<sup>12</sup> Az egyes kategóriák (lázak, gyulladások, kiütések, bőrbetegségek, a kiválasztás zavarai, idegrendszeri betegségek) Johann Peter Frank *De curandis hominum morbis* (1792–1820) címmel megjelent munkájának rendszerét követték (az erre való utalást lásd: OSZK Kt. Quart. Lat. 2168. I. kötet, 2v. Vö. OSZK Kt. Quart. Lat. 2166; Quart. Lat. 2169; Quart. Lat. 2172. Brevis eorum expositio, quae et quomodo in clinico medico Regiae Scientiarum Universitatis Hungaricae manu ducente... professore Francisco Bene acta sunt...

A kétféle céllal, a klinikai gyakorlat során és a tanulmányok lezárásaként készült kórtörténetek, bár szerkezeti elemeikben megegyeznek, részben mégis eltérő képet mutatnak a kórházi gyakorlat mindennapi tapasztalatairól és az azokat rögzítő orvostanhallgatók terápiához és betegségértelmezésekhez fűződő egyéni viszonyulásáról. Mindkét szövegtípus lehetővé teszi azonban annak rekonstruálását, hogy – a tankönyvi tudástól és annak összefoglalásaitól immáron részben elszakadva – a páciensekkel és betegségekkel kapcsolatba kerülő orvostanhallgatók hogyan interpretálták az elmebetegségek főbb, a korszakban ismert típusainak az orvosi irodalomban és nozológiákban a 18–19. század fordulójára már többé-kevésbé elfogadott klasszifikációit és értelmezéseit, s hogy ez mennyire állhatott összhangban az orvosi oktatásban közvetített tartalmi elemekkel. A pesti egyetemi klinikán 1787 és 1847 között készült kórtörténetek közül egy szűkebb keresztmetszetre, az 1812 és 1828 közötti időszakra fókuszáltam. Ennek magyarázata, hogy korábbról nem maradt nyoma annak, hogy bekerültek volna elmebetegséggel azonosított betegek az intézménybe. 1828-at követően pedig, párhuzamosan az orvosi oktatás tartalmában és a disszertációírásban is jelentkező tematikai bővüléssel, az esetszám és az elmebetegség-értelmezések mind kvantitatív, mind kvalitatív szempontból változást mutatnak. Ennek megfelelően azokat az eseteket válogattam ki, amelyek a 18–19. század fordulójára az orvosi irodalomban gyakran tárgyalt négy főbb nozológiai kategória (hisztéria, hypochondria, mánia, melankólia) valamelyikéhez tartoznak. Figyelembe vettem azokat az eseteket is, amelyeknél a mentális tünetek más betegségek kísérőjelenségeiként vagy más, jellemzően fizikai és idegrendszeri betegségek előzményeként vagy következményeként jelentkeztek (például kóros fejfájás, epilepszia, vitustánc vagy emésztőszervi panaszok). Nem vettem figyelembe viszont azokat az idegrendszeri, de nem pszichés betegségeként azonosított tünetegyütteseket, amelyek önmagukban, a négy fent jelzett kategóriába tartozó kísérőjelenségek nélkül álltak. A vizsgált időintervallumból a pesti klinika kórtörténetei közül így mindösszesen 22 elmebetegséghez kötődő esetet sikerült kiválogatnom. Ezek nem csupán az esetek rövid kivonatai vagy összefoglalásai; magukban foglalják a fent jelzett részletes, a korszakban már standardnak tekinthető megfigyelési kategóriákat (anamnézis, diagnózis, etiológia, prognózis, kórlefolyás és terápia).<sup>13</sup>

A poliklinikaként működő pesti egyetemi klinika beteganyaga mindenekelőtt olyan gyakran előforduló esetekből állt össze, amelyek a magas esetszám miatt alkalmasak voltak a klinikai oktatás céljaira (lázás és kiütéses betegségek, gyulladások, szülészeti és sebészeti esetek). A hangulati és elmezavarok elhanyagolható számban jelentek meg a kórtörténetekben, klinikai naplókban és statisztikákban. A nozológiákban és az orvosi irodalomban elmebetegségeként klasszifikált tünetegyüttesek közül azonban, ahogyan a csekély számú eset is mutatja, két kategória, a hisztéria és a hypochondria domináltak a diagnózisokban, amelyeket – bár helyenként pszichés tüneteket is említve – mindenekelőtt testi eredetű betegségként azonosítottak, és az előírt terápia is a fizikai tünetek enyhítését célozta.

---

Descripta per Josephum Krieger (1818); és SEL 1/g, Az Orvostudományi Kar Klinikáinak összefoglaló jelentései, 1825–1835, 1–3. doboz.

<sup>13</sup> A vizsgált 22-ből 4 páciens kórtörténete megjelent mind a hosszabb, részletes eseteírásokban, mind pedig az esetek rövid összefoglalásait tartalmazó kivonatokban, a betegségértelmezések között azonban nem mutatkozik jelentős különbség a kétféle műfaj szövegeiben. A kivonatos összefoglalókat lásd: OSZK Kt. Quart. Lat. 2168. I. kötet, 36r–38r. (Elisabetha Szabó); Quart. Lat. 2168. III. kötet, 44r–v. (Anna Obst); Quart. Lat. 2168. XI. kötet, 30r–v. (Anna Skarlein); Quart. Lat. 2172. II. kötet, 7r–v. (Barbara Roletsky).

A hangulati és elmezavarokként azonosított állapotok, a mánia és a melankólia, és az ezekhez kapcsolódó vagy ezekből eredő zavarok pedig elenyésző arányban kerültek megállapításra a bekerülő esetek között: a vizsgált 22 betegből 18 hisztériás és egy (a hisztéria „férfi párjának” tekintett) hipochondriás beteget azonosítottak, a további három páciens pedig melankóliával, erotomániával és *delirium tremens*szel került be a klinikára.<sup>14</sup> A pesti egyetemi klinika kórtörténetei alapján tehát mindenekelőtt a korabeli hisztéria-értelmezésekkel kapcsolatban vonhatunk le következtetéseket, amelyek egyúttal megvilágíthatják azt is, hogy a poliklinikán az elmebetegségeként azonosított tünetegyüttesek értelmezése és terápiája is mindenekelőtt a szomatikus orvoslás gyakorlatát követte, amelynek nem volt része az a fajta pszichologizált nézőpont, amely a korszak tébolydáiban már mind a páciens által elmondott és az orvos által megfigyelt betegségtapasztalatok rögzítése, mind a terápiás eljárások tekintetében jelen volt.

E feltevés alátámasztását mindenekelőtt a bevezetőben jelzett komparatív anyagok hasonló szempontú elemzése segítheti. Az Európában ekkor működő, egyetemi klinikát is fenntartó intézmények közül<sup>15</sup> a skót felvilágosodás szellemi központjának tekinthető edinburgh-i egyetem orvosi fakultása és az ehhez tartozó, a Royal Infirmary of Edinburgh részeként működő oktatórészleg több szempontból is hasonlóságot mutat a pesti klinikával. Hasonlóan a pesti gyakorlatokat alapvetően meghatározó bécsi orvosi fakultás Gerard van Swieten nevével fémjelzett nagyhatású, a 18. század közepén elindított reformjához, az edinburgh-i egyetem orvosi fakultásának átszervezése is három Boerhaave-tanítvány, Alexander Monro *primus* (1697–1787), John Rutherford (1695–1779) és William Cullen (1710–1790) nevéhez fűződik. Mind Bécsben, mind Edinburgh-ban a betegség melletti oktatás, az empirikus megfigyelés és tapasztalatgyűjtés fontosságára helyezték a hangsúlyt a leideni modell mintájára, ezzel létrehozva az orvostudomány legmodernebb színtereit a 18. századi Európában.<sup>16</sup> Edinburgh-ban ekkor már eltértek a szisztematikus, előadásokkal és betegmegfigyeléssel egybekötött, klinikai oktatást kevésbé biztosító angliai modelltől, a 18. századra már sok szempontból korszerűtlennek számító cambridge-i és oxfordi oktatástól.<sup>17</sup> A két klinika közötti hasonlóság megmutatkozik továbbá a kapacitás és a havi esetszám tekintetében: a Royal Infirmary klinikai oktatás céljából elkülönített részlegén havi 20–50 beteget tudtak ellátni, a pesti klinikán az 1825 és 1835 közötti időszak betegstatisztikái szerint évi 160–200 beteg fordult meg, havonta pedig átlagosan 20–40.<sup>18</sup>

<sup>14</sup> OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. I. kötet, 336v–359v (Elisabetha Szabó); III. kötet, 326r–330v (Anna Obst); V. kötet, 134r–136r (Klara Verl); V. kötet, 229r–231v (Cunigunda Gramlin); V. kötet, 235r–240v (Julia Tergoth); VI. kötet, 69r–70v (Elisabeth Enzmann); VIII. kötet, 165r–169v (Barbara Roletsky); VIII. kötet, 295r–296v (Rosalia Hany); XII. kötet, 170r–171v (Maximilianus Hirschl); XIII. kötet, 176r–178v (Anna Skarlein); XV. kötet, 139v–140v (Susanna Schedner); XVII. kötet, 136r–136v (Catharina Koháné); XVII. kötet, 219r–220v (Maria Steiner); XIX. kötet, 252r–253v (Franciscus Schober); XXI. kötet, 119r–124r (Anna Streditzin); XXIII. kötet, 43v–45v (Fekete Sigismundus); XV. kötet, 196v–198v (Julianna Koszonits); XVI. kötet, 161v–163r (Anna Beck); XVIII. kötet, 122r–125v (Joannes Slavik).

<sup>15</sup> Berlin és Párizs vonatkozásában lásd: HESS 2010.

<sup>16</sup> Ehhez részletesen lásd: RISSE 1987.

<sup>17</sup> CRAIG 2017; GEYER-KORDESCH 1995; RISSE 1986.

<sup>18</sup> Vö. RISSE 1986. 272. és SEL 1/g, 1–3. doboz.

Az edinburgh-i klinikáról fennmaradt kórtörténetek közül elsősorban az 1790-es évek vége és az 1810-es évek között készült anyagokat vizsgáltam.<sup>19</sup> Itt az orvostanhallgatók viszonylag passzív szerepet játszottak a betegek ellátásában, az empirikus megfigyelések és tapasztalatok lejegyzése, a kórtörténetírás (és -másolás) gyakorlata azonban már a 18. század közepétől jelentős szerepet játszott az orvosi oktatásban. A vizsgált kórtörténetek nem a pestihez hasonló, több diák megfigyeléseit feltehetően utólag egyeszerkesztett kötetekben maradtak fenn, hanem az egyes orvostanhallgatók által összeállított (másolt, vagy a 19. század elejétől a betegágy mellett lejegyzett) egyéni sorozatokban, amelyek más, sokkal lazább szerkesztési elveket követnek, mint a pesti kórtörténetek. Az esetleírások, bár itt is hasonlóan előre meghatározott kategóriák és struktúra irányítják az orvosi tekintetet, mint a pesti klinika gyakorlatában, mégis eltérő szerkesztési elveket követnek. A hallgatók az általuk megfigyelt eseteket összefoglaló füzetekben a keresést megkönnyítendő indexeket állítottak össze, a kronologikusan lejegyzett, párhuzamosan több páciens terápiáját is követő esetleírások pedig folytonos megszakításokkal kerültek be a kötetekbe, amelyek között előre- és visszautalások segítik az eligazodást. Ez a sémakövetés és az esetek rögzítésének standard, kötelező elemei, amelyek minden szövegben előkerülnek, egyúttal azt is megmutatják, hogyan íródnak bele bizonyos kognitív gyakorlatok a kórtörténetek felvételébe. Kutatásaim során John Abercrombie, Edinburgh-ban praktizáló orvos, William Pulteney Alison és Thomas Charles Hope, a Royal College of Physicians of Edinburgh későbbi elnökei, valamint David Lithgow, később Dublinban praktizáló orvos által diákkorukban lejegyzett és összegyűjtött kórtörténeteit tekintetem át. A négy orvostól származó kórtörténet-gyűjtemények alapján megállapítható, hogy bár viszonylag nagy számban vettek fel az intézménybe idegrendszeri betegségekkel (elsősorban epilepsziával) diagnosztizált betegeket,<sup>20</sup> az orvostanhallgatók által feljegyzett esetek között mindösszesen tíz, az elmezavarok közé sorolt állapotot sikerült azonosítanom: hét hisztériás, két hypochondriás és egy mániás beteget. Ez a megoszlás hasonló arányokat mutat a pesti egyetemi klinikára felvettekével.

A poliklinikák „ellenpontjaként” vizsgálható meg néhány olyan intézmény, amelyek kórtörténeteiből kiolvasható a betegségek értelmezésének egy másfajta, a pszichologizált nézőpontot előtérbe helyező gyakorlata. A magyarországi tendenciák elsődleges kontextusát a Habsburg Birodalomban formálódó kórházak hálózata és korai tébolydák jelentik.<sup>21</sup> Bécsből azonban viszonylag kevés tényleges, hallgatók által készített kórházi esetleírás maradt fenn, és ezek között az elmebetegek száma elenyésző. A kórházi esetekről és a terápiás módszerekről a bécsi közkórházban Anton de Haen, majd Maximilian Stoll kurzusaihoz kapcsolódó leírások tudósítanak. Ezek között azonban rendkívül kis számban jelentek meg a lélek vagy az idegrendszer betegségei, és általában csupán egy-egy eset rövid, vázlatos összefoglalását nyújtják.<sup>22</sup> A pesti vagy edinburgh-i klinika anyagainak korpuszá-

19 Vö. RISSE 1986. 272–273.; CRAIG 2017. A kórtörténeteket lásd: RCPE DEP/ABJ/1–2; DEP/1/1/5–9; DEP/AWP/2/1–6; DEP/AWP/2/7–8; DEP/HOT/1; DEP/LID/1.

20 Lásd például a következő eseteket: RCPE DEP/ABJ/1 78–81. (Andrew Smill); DEP/ABJ/1/1/2 29–31. és DEP/ABJ/1/1/3 18–25. (Robert Brown); DEP/ABJ/1/1/3 56–60. (Adam Armstrong).

21 A kórházi hálózat vonatkozásában lásd: KRÁSZ 2008; SCHEUTZ – WEISS 2008. A tébolydák vonatkozásában: WATZKA 2005; WATZKA 2007.

22 Lásd például: STOLL 1784. 103–104. (*Phrenesis*), 111–114. (*Raserey*), 162–165. (*Hysteria*); STOLL 1786. 230–232. (*Hypochondria*); STOLL 1793. 23. (*Hypochondria*), 131–133. és 175–178. (*Hysterie*). További

ban található kórtörténetekhez hasonló kéziratos, a betegségek mindennapi tapasztalát rögzítő esetleírások a tébolydákából sem maradtak fenn. Az 1784-ben alapított bécsi, valamint az 1790-ben alapított prágai tébolydáról a legteljesebb képet a két főorvos, Joseph Gottfried Riedel és a magyar származású Viszánik Mihály által 1830-ban és 1845-ben kiadott nyomtatott beszámolók<sup>23</sup> nyújtják. A tébolydák térbeli elrendezéséről, működéséről, tevékenységéről és betegstatisztikáiról tudósító munkák magukban foglalnak egyenként tizenkét és tizenhárom esetleírást. Ezek a korszakban használatos Heinroth-, Sauvages- és Willis-féle nozológiák<sup>24</sup> kategóriáit és alkategóriáit a diagnosztikai gyakorlatba átültetve a hangulati és elmezavarok széles skálájának bemutatására töreksenek saját, válogatott beteganyagukon. A Viszánik-féle beszámoló megjelenése ugyan a vizsgált időhatárokon kívül esik, ám minden bizonnyal Riedel munkáját vette alapul, ezért a kórtörténetek szempontrendszer, struktúrája, valamint az orvosi tekintet és a páciens látószögének beépítése a narratívákba nagyon hasonlóan jelennek meg, ráadásul a bécsi tébolyda központi helyet foglalt el a Habsburg Birodalomban létrejött intézmények hálózatában, ezért az itt zajló ellátás mindenképpen fontos indikátora annak, hogy az elmebetegségek milyen szempontok mentén interpretálódtak az orvosi gyakorlatban ebben a régióban.

Témánk szempontjából a specializált ellátást és a szélesebb európai perspektívát a korai tébolydák mintaintézményének tekintett, nem-orvosok által alapított York Retreat 1796-tól vezetett betegfelvételi könyvében foglalt esetleírások illusztrálhatják. A morális terápia<sup>25</sup> elmélete és gyakorlata szempontjából ideáltipikus tébolydát a kvéker Tuke-dinasztia alapította 1796-ban, és az intézet vezetése hosszú évtizedekig a család kezében maradt: az alapító William Tuke után fia, Henry, unokája, Samuel és dédunokái, James, illetve Daniel játszottak fontos szerepet az intézet igazgatásában.<sup>26</sup> A vallásosságnak, a filantrópiának, a humánus bánásmódnak, az elmebetegek hasznos tevékenységre ösztönzésének, a munkának, a természeti környezetnek és a beszélgetésnek alapvető szerepet szánó intézmény<sup>27</sup> a pszichologizált nézőpont meghonosításában is kiemelkedő szerepet játszott. A yorki tébolyda esetében a kórházi adminisztráció, a kórtörténetek felvételének és a kór-

---

kéziratos esetleírások találhatóak az orvosi-sebészeti akadémia (Josephinum) kórtörténet-gyűjteményében is, a bekerülő elmebetegek száma azonban itt is elhanyagolható, lásd például a következő eseteket: UAW Sonstige Archive, Josephsakademie (k. k. medizinisch-chirurgische Militärakademie) und Garnisonsspital, Wissenschaftliche Elaborate, Krankengeschichten, JOSEF I, No. 60; No. 61; JOSEF 3, No. 13; No. 37.

<sup>23</sup> RIEDEL 1830; VISZÁNIK 1845.

<sup>24</sup> HEINROTH 1818; SAUVAGES 1763; WILLIS 1667.

<sup>25</sup> 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 (1745–1826) és tanítványa, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772–1840) nevéhez fűződően, Firenzében Vincenzo Chiarugi (1759–1820), Yorkban William Tuke (1732–1822), illetve Halléban Johann Christian Reil (1859–1813) munkássága nyomán formálódott a morális terápia elmélete és részben már annak gyakorlati alkalmazása is. 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.

<sup>26</sup> A York Retreat történetének legteljesebb feldolgozása: DIGBY 1985.

<sup>27</sup> Az intézmény életét és a morális terápia elméletét és gyakorlatát bemutató – meglehetősen idealisztikus – leírásokat lásd: TUKE 1813; TUKE 1815.

lefolyás rögzítésének egy sajátosan integrált példáját láthatjuk. A betegfelvételi könyvek<sup>28</sup> meglehetősen lakonikus bejegyzései tömören rögzítik a beteg felvételének, esetleges újrafelvételének, a kórházból való elbocsátásának vagy halálának dátumát, korát, nemét, foglalkozását, általában egy-két mondatban összefoglalt anamnéziséjét és a kórlefolyást. A mintaként kiválasztott összesen 100 rövid, 1796–1800 és 1815–1820 között felvett bejegyzésből<sup>29</sup> is kiszűrhetők azok a szempontok, amelyek a szomatikus orvoslás szinte teljes hiányát és a pszichológiai megközelítés erőteljes dominanciáját támasztják alá.

## Test, lélek, elme: az értelmezés szempontjai

A pszichologizált nézőpont és a szomatikus orvoslás szempontjainak értelmezéséhez bizonyos módosításokkal hívható segítségül az a Michel Foucault által bevezetett értelmezési keret, amely a pszichiátriai hatalom létrejöttének feltételeit elemzi az 1820-as évektől kezdődően. 1974-ben a Collège de France-ban tartott előadásában Foucault a pszichiátriai diagnosztikának azon sajátosságaira hívta fel a figyelmet, amelyek elkülönítik azt az orvostudomány egyéb területeitől. Foucault meglátása szerint a pszichiátriai diagnosztika csupán benyomását kelti annak, hogy elkülönítő (differenciál) diagnosztikaként jár el (azaz, hogy a kórelőzmények, tünetek és lehetséges okok mentén állít fel egy-egy diagnózist), valójában azonban arra az eldöntendő kérdésre kell abszolút választ adnia, hogy az örület állapota jelen van-e vagy sem. Továbbá, a pszichiátriát az orvostudomány egy olyan ágaként írja le, amelyből hiányzik a test, annak ellenére, hogy a pszichiátria fejlődését a kezdetektől meghatározták az olyan törekvések, amelyek az elmebetegségek szervi okainak keresésére irányultak (például idegrendszeri elváltozások, sérülések), a kérdés mégis elsősorban az, hogy mindezek következményeként jelen van-e az örület állapota vagy nem. Ennek megállapításához pedig szükség van olyan „pszichiátriai próbák” létrehozására, amelyek pótolhatják a szervi orvoslás esetén alkalmazott technikákat, amelyek egyszerre iktatják be az egyént *páciensként* és a pszichiátert *orvosként*.<sup>30</sup> Bár Foucault erre nem utal, ez a megközelítés csupán azokban az intézményekben lehet érvényes, amelyekben az elmebetegek osztályozásának és ellátásának specializált gyakorlata megy végbe, ahol az „örület” állapotát mindenekelőtt az elme betegségeként (azaz örületként), és nem a szomatikus orvoslás szempontjai szerint írják le. Mivel azonban Közép-Kelet-Európában a (proto)pszichiátriai professzionalizáció, az institucionalizáció és az intézményi ellátáshoz való hozzáférés egészen más képet mutat, és a legtöbb mentális betegséggel diagnosztizált páciens számára a pszichiátrián kívüli, poliklinikákon és közkórházakban történő kezelés (vagy sokkal inkább elzárás és őrzés) jelentette az egyetlen lehetőséget nem csupán e korai időszakban, hanem még a 19. század utolsó évtizedeiben is, ezért e régió vonatkozásában szükségszerűen figyelembe kell vennünk ezeket az intézményeket és az ezekben megvalósított gyakorlatokat is, amikor a pszichiátriai betegek ellátásáról beszélünk.<sup>31</sup>

<sup>28</sup> A York Retreat betegfelvételi könyveit lásd: Borthwick Institute, York Retreat Casebooks, 1–3. RET 6/5/1/1/A (Volume 1, 1796–1828); RET 6/5/1/1/B (Volume 2, 1803–1820); RET 6/5/1/2 (Volume, 1828–1838). A tanulmányban az első kötetből kiválasztott 100 esettel foglalkozom részletesebben.

<sup>29</sup> Borthwick Institute, RET 6/5/1/1/A, No. 1–50. és No. 183–236.

<sup>30</sup> FOUCAULT 2006. 147–148.

<sup>31</sup> A „hivatalos” pszichiátriai ellátáson kívül rekedt, ám pszichiátriai betegséggel diagnosztizált páciensek arányainak meghatározására, valamint lehetőségeik és esélyeik, illetve a szakszerű ellátáson kívüli, gyógyításra



A fent említett követelménynek a tanulmányban vizsgált késő 18. századi és kora 19. századi intézményi gyakorlatok közül maradéktalanul csak a yorki intézet esetei felelnek meg, ahol a szomatikus orvoslás és az orvosi irodalomban bevett klasszifikáció szempontjai alig érvényesülnek. Ez mutatkozik meg például a betegségek megnevezésének gyakorlatában,<sup>32</sup> amely a mesterséges orvosi diagnózisok helyett inkább azt a fajta, Foucault által is leírt döntési helyzetet mutatja meg, amelynek során az adott páciens viselkedésével, temperamentumával és hangulatával (vagy annak zavaaraival) érdemel ki egy adott címkét, így például: tébolyult, tébolyodás (*derangement, deranged*); örület, örült (*insane, insanity*), melankóliás típus (*of the melancholic kind*), melankóliás örület (*melancholic derangement*), elmebeli nyugtalanság (*mental anxiety*). A Habsburg Birodalom területén működő tébolydák azonban azokat a szabályos és az orvosi nozológiákban meghatározott betegségmegnevezéseket követik, amelyek azt sejtetik, hogy a Foucault által „látszattevékenységnek” minősített differenciáldiagnosztika és a szomatikus orvoslás egyaránt szerepet játszottak a diagnózis megalkotásában. A kórtörténetek között találunk például melankóliás monomániával (*monomania melancholica*), gyermekágyi örvongéssel (*mania puerperalis*), akut mániával (*mania acuta*), tiszta melankóliával (*reine Melancholie, Melancholia simplex*) vagy mániával (*reine Tollheit, mania simplex*) diagnosztizált egyéneket.<sup>33</sup> A pesti és edinburgh-i eseteknél pedig, ahol a pszichologizált szempont kevésbé, a szomatikus orvoslás szempontjai viszont annál inkább dominálnak, nem csupán konkrét, tiszta nozológiai kategóriákkal találkozunk, de, ahogyan erre fentebb már utaltunk, szinte csak a hisztéria szerepel a kórtörténetekben, amely a korabeli betegségklasszifikációkban – bár az idegrendszeri és elmebajok közé sorolták – alapvetően testi tünetekben manifesztálódott.

Az a felvetés azonban – némi módosítással –, hogy a pszichiátriai hatalom megerősítésének egyik alapvető, az 1820-as évektől többé-kevésbé működő gyakorlata, amely e (Foucault szerint) „látszatkategóriák” vagy „-diagnózisok” felállításához volt szükséges, a *kikérdezés technikája*, azaz annak kutatása, hogy az egyén saját élettörténetében melyek voltak azok a pontok, amikor az örület vagy annak előjelei valamilyen formában jelentkeztek, a kórtörténetek narratíváit tekintve is értelmezhető, azonban csupán töredékes, utalásszerű formában jelentkezik és valószínűleg a Foucault által sugalltaktól eltérő értelmezést igényel. Ugyanígy az az értelmezés is, amely szerint a kikérdezés részben a lélek és elme betegeiben lejátszódó folyamatok egzakt vizsgálati lehetőségei és a patológiai anatómiai megközelítés hiánya következtében a „szenvedő család” testének megalkotására, „*bizonyos jelek és előjelek kutatásának az individuális léptéken túlra*” való kiterjesztésére utal.<sup>34</sup> Azaz arra a gyakorlatra, amely során az öröklődést mint azon patológiai események sorozatát ruházzák fel jelentéssel, amely magyarázatul szolgálhat a beteg kórházba kerülésekor megfigyelt állapotára. Ez természetesen az általános orvostudományban is bevett gyakorlat, az anamnézis része, a pszichiátriai diagnózisok esetén azonban – Foucault érvelése szerint – alapvető fontosságú. Arra azonban, ahogyan már említettem, a Foucault-i

és/vagy tünetmentesítésre irányuló gyakorlatok rekonstruálására vonatkozó kutatások elvégzése a következő évek feladata lesz majd; ennek szükségességére korábban Lafferton Emese hívta fel a figyelmet egy 2004-es tanulmányában, lásd: LAFFERTON 2004. 43–72., 52–54.

<sup>32</sup> A betegségmegnevezéseket lásd a Melléklet 1. számú táblázatában.

<sup>33</sup> RIEDEL 1830. 50–109.; VISZÁNIK 1845. 91–143. Az összes esetet lásd a Melléklet 2. és 3. számú táblázataiban.

<sup>34</sup> FOUCAULT 2006. 149.

teória nem szolgál magyarázattal, hogy mi történik akkor, ha az előadása első felében általa is fókuszba állított korszakban (az 1820-as és 1830-as évektől) nem specializált intézményben, hanem alapvetően a szomatikus orvoslás szempontjait követő poliklinikán kerülnek elő a fent felsorolt címkék.<sup>35</sup> A pesti egyetemi klinika esetei közül az általam vizsgált összesen 22 kórtörténet anamnézisének értelmezésében, amelyek közül 17-ben került rögzítésre a szülők állapota,<sup>36</sup> a Foucault-i keret annyiban lehet segítségünkre, hogy a tézist „ellenpontnak” tekintve rámutathatunk arra a továbbiakban elemzendő, a terápiás gyakorlat és az ápolási napok alacsony száma által is alátámasztott tendenciára, miszerint a pesti klinikán – hiába a vázlatos „családtörténetek” beépítése a kikérdezésbe – alig tárulnak fel olyan összefüggések, amelyek afelé mutatnának, hogy az egyetemi klinikán a 19. század első harmadában, a későbbi egyetemi pszichológia- és pszichiátriaoktatás szempontjából „előkészítő szakaszként” definiált periódusban, amikor az elméleti orvosi oktatásból is alapvetően hiányoztak a pszichiátriai kórképeket rendszerbe foglaló kurzusok, a pszichologizált szempont a gyakorlatban jelen lett volna.

Ha a pesti esetek közül a két, a nozológiák által elsősorban a *lélek* betegségeként (azaz *hangulati zavarokként*) azonosított betegségben szenvedő páciens kórtörténeteit tekintjük át (erotómánia, melankólia), csupán nagyon lakonikus utalásokat találhatunk a Foucault által leírt előjelekre. A szerelmi bánat egy sajátos válfajától, a „képzelt szerelemből” származó erotomániától szenvedő 26 éves Fekete Zsigmondot 1826. július 19-én vették fel a pesti klinikára, a 23 éves, melankóliás Szlávik Jánost pedig két évvel később, 1828. november 27-én. Fekete Zsigmond egészséges szülőktől származott, és anamnézisében a távolabbi múlt vonatkozásában csupán annyit jegyzett fel a kórtörténetet író Havasy Ignác, hogy gyerekkorában megkapta a himlőoltást.<sup>37</sup> Szlávik János anamnéziséből azonban kiderül – amellet, hogy az apja tuberkulózisban (*phthisis*) hunyt el –, hogy évekkorábban egyszer már megjelent nála ez az állapot, és az is, hogy a jelenlegi tünetek tíz nappal korábban jelentkeztek.<sup>38</sup> A betegség örökletességének valószínűsége egy esetben, a hisztériával 1818. november 24-én felvett 25 éves Nagy Annánál került rögzítésre („*ex mater hysterica*”),<sup>39</sup> mivel azonban a hisztéria a pesti klinikai gyakorlatban elsősorban egy pszichiátriai nozológiai kategória mögé „rejtett” testi betegségként értelmeződött, itt sem beszélhetünk a Foucault által leírt jelenségről.

A pesti kórtörténetekben a kikérdezés további lényeges pontjain – a bekerüléskor rögzített állapot (*status praesens*) és a kórlefolyás (*decursus morbi*) – szintén elenyésző számban jelennek meg a lelkiállapotra vonatkozó utalások. A korszak gyógyító gyakorlatában a diagnózis felállítása során – modern diagnosztikai eszközök hiányában – jelentős szerepet játszottak a beteg által elmondottak, a mentális betegségek esetén ez az aktus elengedhetetlen (volt) a páciens állapotának megfelelő értelmezéséhez. Ez az a pont, ahol a beteg (ritkább esetben családtagjai)<sup>40</sup> perspektívája többé-kevésbé beszűrődik az esetleírásokba.

<sup>35</sup> Az edinburgh-i klinikán az anamnézisnek nem képezte részét a családra való utalások rögzítése, a kórelőzményekbe pedig a fizikai tüneteken túl nem kerültek be hangulati zavarokra utaló elemek. A Royal Infirmary eseteit lásd a Melléklet 4. számú táblázatában.

<sup>36</sup> A pesti egyetemi klinika eseteit lásd a Melléklet 5. számú táblázatában.

<sup>37</sup> OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. XXIII. kötet, 43r.

<sup>38</sup> OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. XXVIII. kötet, 122r–v.

<sup>39</sup> SEL 50/a, HM 313. 8.

<sup>40</sup> A családtagok szerepére utal például a prágai tébolyda kórtörténete közül a 11. számú beteg (*reine Willenlosigkeit, abulia simplex*) anamnézise, amely szerint a beteg szomorúságára családtagjai közül senki

A pesti és az edinburgh-i kórtörténetekben is gyakori szófordulatként jelenik meg a beteg egyes szám harmadik személyben lejegyzett panaszja („*accusat*”, „*complains*”), amely, bár az orvosi tekinteten keresztül értelmeződik és rendeződik koherens narratívába, bepillantást enged azokba a helyzetekbe is, amikor a külső megfigyelő által rögzítettek és a (mentális) betegségek megélt tapasztalata egymás mellé helyeződnek a szövegekben. Abban a néhány esetben, amikor – legyen szó akár a hisztériás és hipochondriás, akár a melankóliás és erotomániás esetekről – a temperamentum és a viselkedésbeli vagy hangulatbeli tünetek lejegyzésre kerülnek a kórtörténetekben, gyakran találkozunk olyan jellemzésekkel, mint például a kolerikus-ideges, dühös viselkedésre és szomorúságra hajlamos, hisztériával kezelt, az intézménybe 1815. január 30-án bekerült 17 éves Szabó Erzsébetnél<sup>41</sup> vagy a 33 éves hipochondriás, a kórházba 1823. december 19-én felvett szomorú, magába forduló, az emberek társaságát kerülő Schober Ferencnél.<sup>42</sup>

Néha azonban maguk a betegek „szólalnak meg” a szövegekben: az általában fizikai fájdalmakra panaszkodó páciensek időnként a lelkiállapotukról is beszámolnak az őket vizsgáló orvosoknak, így például a 40 éves, a klinikára krónikus hányással és hisztériával 1817. november 25-én felvett Enzmann Erzsébet, aki aggodalomra, félelemre panaszkodott („*accusat anxietates*”). Ugyanez a szempont az edinburgh-i esetekben egyáltalán nem jelenik meg. A Royal Infirmary kórtörténeteiben a betegek változatos testi bajaik mellett (a fogfájástól a *globus hystericus*ig) nem utalnak a lelkiállapotukra, vagy pedig, és ez a magyarázat is a pszichologizált nézőpont hiánya felé mutathat, a kórlefolyást követő orvos nem tartotta kellően fontosnak ezt a szempontot ahhoz, hogy lejegyezze, és ugyanez, néhány szűkszavú utalástól eltekintve, a pesti klinika esetében is igaz lehet.

A tébolydákban felvett kórtörténetek – szintén egyes szám harmadik személyben – több teret engednek a páciens szemszögének. A yorki betegfelvételi könyvben, amely műfaja miatt is sokkal inkább a betegek állapotának rövid, kivonatos rögzítését célozta, ez csupán elhanyagolható mértékben jelenik meg, és gyakran inkább a fizikai fájdalom esetén. A prágai és bécsi eseteleírásokban azonban gyakran megszólalnak a betegek nem csupán fizikai, hanem lelkiállapotukkal kapcsolatban is. Ezt támasztják alá egyrészt azok, a páciensek kórelőzményeit és a betegségek esetleges szociokulturális hátterét is figyelembe vevő anamnézisek, amelyekből megismerhetjük a páciensek tébolydába vezető útját, így például a prágai intézetbe 1828. január 28-án melankóliával felvett nőbetegét, akinek szomorúságát, életuntságát és öngyilkossági hajlamait férje alkoholizmusa váltotta ki, pedig korábban vidám, boldog életet élt.<sup>43</sup> Másrészt pedig fény derül azokra a betegségek lefolyása és terápia során beálló változásokra, amelyek ahhoz vezetnek, hogy a beteg megnyílik az őt kezelők számára. Ezt illusztrálja például a prágai tébolydába 1829 decemberében felvett 24 éves nőbeteg esete, aki a kezelés 7. napján elmesélte a korábban csak töredékesen ismertett életétörténetét. A beszélgetés hatására megnyugodott, gyógyultnak érezte magát és elfogadta a családi okok miatt kialakult állapotát (*reiner Wahnsinn, ecstasis simplex*).<sup>44</sup>

---

nem figyelt oda, csak az idősebb testvére, aki a kórelőzményekről is beszámolt: „*Sie war traurig, doch achtete Niemand auf ihrer Zustand, als eine ältere Schwester, die die Erzählerin der hier gegebenen anamnetischen Verhältnisse ist.*” RIEDEL 1830. 92.

41 OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. I. kötet, 336v–359v.

42 OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. XIX. kötet, 252r–253v.

43 RIEDEL 1830. 80–87.

44 RIEDEL 1830. 57–58.

Ebben a kórtörténetben, bár nem „halljuk” a beteget, az eset mégis jól mutatja azt, hogy a prágai tébolydában ekkor már részben a korszak terápiás optimizmusa által inspirált, a beszélgetést és a páciens élettörténetének minél teljesebb megismerését célzó gyakorlatok is jelen voltak a még alapvetően a szomatikus orvoslás által jellemezhető klinikai praxisban.

A megfigyelés és a terápia szempontjait a pesti és edinburgh-i klinikán – amelyek esetei alapján elsősorban a hisztéria azonosításával és lehetséges gyógymódjaival kapcsolatban vonhatunk le következtetéseket – sok tekintetben befolyásolhatták azok a tankönyvi definíciók, amelyekkel az orvostanhallgatók az elméleti oktatás során találkozhattak.<sup>45</sup> Bár a hisztéria esetén a tankönyvi leírásnak részét képezték a lelki és viselkedésbeli tünetek, valamint az ok-okozati összefüggések tekintetében az életmódbeli és szociokulturális dimenziók, ez a klinikai környezetben csak nagyon elhanyagolható arányban jelent meg szempontként a betegség azonosításánál. Mind a pesti, mind az edinburgh-i kórtörténetekben kettős szempont dominál a hisztéria-értelmezésekben: a hangsúly egyrészt az emésztőszervi panaszokra kerül, amelyek rendszerint a túl sok vagy éppen túl kevés széklet és/vagy vizelet, valamint fájdalmak, görcsök formájában mutatkoztak meg. Ez – ugyan a források nem teszik explicitté – összefüggésben állhat az elmét elhomályosító és megzavaró, a gyomorból felszálló gőzökhöz („*vapours*”) kötődő, a 18–19. század fordulóján népszerű elképzeléssel az elmebetegségek eredetét illetően.

Másrészt pedig mindkét klinika kórtörténetei a hisztéria klasszikus (méhből származó) kórereditéhez való merev ragaszkodásra utalnak, és a menstruációs ciklus normális vagy kóros működésére tett utalások állandó elemei a kórtörténeteknek. Pesten a 18 hisztériás közül 14 esetben rögzítik az első menstruáció időpontját (11–17 év között); a ciklusban tapasztalható eltérések és kóros működések (túl nagy vagy éppen túl kis mennyiségű vérzés, a menstruáció kimaradása néhány hónapra vagy hosszabb időszakokra) pedig egyenes összefüggést mutatnak a betegség jelentkezésével és a kórlefolyással. A hisztéria esetén további „tankönyvi” tünetként kerülnek rögzítésre a következők: szájjár (*trismus*), *globus hystericus*, *clavus hystericus* és a hisztériás rohamok, amelyek mibenlétére vonatkozóan a kórtörténetek nem szolgálnak információkkal, annak ellenére, hogy az edinburgh-i klinikán folyamatosan megfigyelt jelenségről van szó.<sup>46</sup> A domináns tüneteknek megfelelően a terápiát is alapvetően a 19. század első harmadában is még a hippokratészi-galéno-

<sup>45</sup> Johann Nepomuk Raimann a vizsgált időszakban Pesten és Prágában is használt patológia-tankönyve a korszakban „forgalomban lévő” elképzelések esszenciáját nyújtotta. Raimann az idegrendszeri zavarok kategóriájának tartott hisztériát egy spektrumra helyezi a hipochondriával, s míg az előbbi a fiatal és felnőtt nők, addig a hipochondriát a felnőtt férfiak betegségének tekinti. A két állapot természetét rendkívül változékonyan írja le, amelyek diagnosztizálását csupán bizonyos tünetek együttállása segítheti. A két betegség között mindenekelőtt a kórereditet tekinti döntő különbségnek. Míg a női betegségként leírt hisztéria kiindulópontja a méh, addig a férfiak hipochondriáját a gyomortájékon (a *hypochondrium* a hasüreg felső, borda alatti tájékát jelenti) fellépő problémák okozzák. Közös tünetei: félelem a legkisebb elváltozástól, tévképzetek, fájdalom és görcsök a test különböző pontjain (amelyek állandóak vagy periodikusak is lehetnek), gyomorbántalmak, testhőmérséklet-ingadozás, bőrproblémák, gyenge, egyenetlen pulzus, hányinger, hallásvesztés, a szaglás és ízérezkelés megváltozása, nyugtalan álom, szédülés, ájulás. A hisztéria esetén további szimptómákként azonosítja a gombócérzést a torokban (*globus hystericus*) és a szúró fejfájást (*clavus hystericus*). Vö. RAIMANN 1826. 634–635.

<sup>46</sup> A klinikára 1801. március 3-án felvett 14 éves, hisztériás Jane Murray-nél például kezelése 22 napja alatt (ezt követően megszökött a kórházból) napi több roham jelentkezett, amit többször az váltott ki, hogy látott egy másik beteget hisztériás rohamot kapni, ennek mibenlétét azonban nem részletezi az esetleírás. Vö. RCPE DEP/ABJ/1/1/9, 30–37.

szi medicina elemeire sokban építő, és a 18. századi, a neuropatológia és -fiziológia eredményeit is figyelembe vevő gyakorlatok mentén valósították meg. A gyógynövényalapú, egy- vagy többkomponensű (*simplicia, composita*) hagyományos purgáló- és hánytatószer-ek (szennalevél, ipecacuana-gyökér, aszatgyanta) mellett alkalmaztak idegnyugtató vagy éppen -élénkítő szereket (macskagyökér, kamilla, citromfű, a máktejből kinyert ópium, beléndek), illetve kémiai eljárásokkal létrehozott, hasonló hatást kifejtő szereket és olajokat (borsmentaolaj, fahéjolaj, keserűnarancs-olaj).

A terápiás gyakorlatok tekintetében a Habsburg Birodalom tébolydái sajátos átmenetet képeznek a két klinika és az elmeegógyintézetek ideáltípusának tekintett yorki intézmény között, ahol a morális terápia gyakorlati megvalósítására utaló elemek nem csupán a Samuel Tuke-féle idealisztikus beszámolók, de az eseteírások részét is képezték.<sup>47</sup> A birodalmi tébolydák esetén a hagyományos, szomatikus orvoslás és az immáron a morális terápia bizonyos, a városi környezet által megengedett szempontjai is megjelennek az eseteírásokban. A két tébolydában a fentiekben összefoglalt szereket, valamint érvágást és piócákat, Bécsben pedig hideg vizes fürdőket és borogatásokat is gyakran alkalmaztak az elmebetegek terápiája során.<sup>48</sup> A morális terápia bizonyos elemei, amelyek a természeti környezethez kapcsolhatók és az ott folyó hasznos, például kerti munkákat foglalták magukban, a két városi tébolydában értelemszerűen nem érvényesülhettek, a prágai intézetben azonban a betegekkel való beszélgetésre vagy a „derűsebb, barátságosabb” szobákba való áthelyezésre is sor kerülhetett.<sup>49</sup>

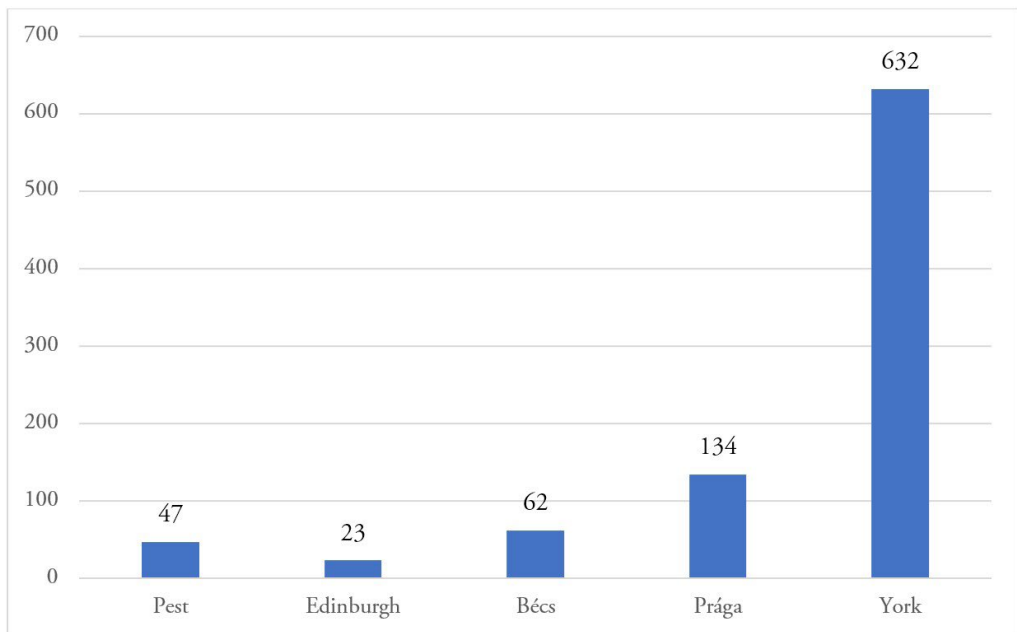
Az elmebetegség-értelmezések szomatikus és pszichologizált látószögeit és azok intézményi meghatározóit figyelembe vevő vizsgálódások lezárásaként a gyógyító gyakorlatok mellett érdemes egy további tényezőt, az ápolási napok számát bevonunk az elemzésbe. A 18–19. század fordulóján a lélek és elme betegségeivel kapcsolatban már mind a társadalmi percepciók, mind az orvosi szakmunkák afelé mutatnak, hogy e zavarok rendkívül hosszú, elhúzódó állapotok, amelyek esetében a gyógyítás vagy tünetmentesítés – ha egyáltalán lehetséges – a kóros fizikai állapotokhoz képest jelentősen hosszabb időt vesz igénybe. Az itt vizsgált tünetegyüttesek testi és/vagy lelki betegségként való interpretációjának tehát fontos indikátora lehet az, hogy mennyi időt szánnak az egyes intézmények a betegek gyógyítására. Az ápolási napok számát figyelembe véve az arányok hasonló irányba mutatnak, mint az anamnézist („családtörténet” és kórelőzmények), valamint a diagnózist, a kórházba való bekerülés idején jellemző tüneteket és a kórlefolyást rögzítő szakaszok megfelelő elemei. A pesti klinikára a vizsgált időszakban bekerült 22-ből 19 esetben számolhatók ki az ápolási napok, amelyek átlaga 47 nap (nagyjából 1,5 hónap).

<sup>47</sup> A 43 éves, „vad víziók” által gyötört Rachel Raw például rendszeresen sétálhatott, és hosszú intézményi tartózkodása során a kisebb munkákba is bevonták, a 36 éves, „örülettől szenvedő” Abigail Smith pedig tűpárnák készítésével foglalta el magát, ami egy időre előmozdította a gyógyulását. Az 54 éves, tébolyodott Mary Atkinson és a 46 éves John Young állapotán pedig egy ideig a tengerben való fürdőzés tudott segíteni. Előfordultak azonban esetek, amikor a betegek ön- és közveszélyessége miatt a tébolyda szuperintendensei a kényszerítőeszközök használatához folyamodtak, például a 29 éves örjögő Lydia Brownt lekötözték és folyamatosan felügyelték, a 43 éves John Bakerre pedig kényszerzubbonyt adtak. Lásd: Borthwick Institute, RET 6/5/1/1/A, No. 2. (Rachel Raw); No. 18. (Mary Atkinson); No. 34. (John Baker), No. 35. (John Young); No. 183. (Abigail Smith); No. 189. (Lydia Smith).

<sup>48</sup> VISZÁNIK 1845. 115–116. (*melancholia cum convulsionibus*), 141–142. (*monomania anglica*).

<sup>49</sup> „Nun (den 16. Februar) war der Zeitpunkt gekommen, wo von einer Aenderung des Lokals aus der düstern Kammer in ein freundliches Zimmer in voraus eine günstige Wirkung erwartet werden durfte.” RIEDEL 1845. 83.

A legkevesebb ideig, 5 napig a hisztériás Hany Rozália,<sup>50</sup> a legtovább, 228 napig pedig a melankóliával kezelt Szlávik János<sup>51</sup> tartózkodott a pesti egyetemi klinikán, amely szintén a hisztéria- és melankólia-interpretációk és a kórokok értelmezésének eltéréseire világít rá. Edinburgh-ban ugyanez a tendencia mutatkozik, azonban az ápolási napok számának átlaga még alacsonyabb, mindösszesen 23 nap volt: a legrövidebb ideig, 6 napig a hisztériás Elizabeth Erskine,<sup>52</sup> a leghosszabb ideig, 50 napig pedig a mániás John Williamson<sup>53</sup> tartózkodott a Royal Infirmary klinikai oktatás céljait szolgáló részlegén. A két típus közötti „átmeneti intézményeknek” tekintett tébolydák közül Bécsben az átlag 62 nap volt, Prágában pedig ennek több mint kétszerese, 134 nap. A legmagasabb számokat minden szempontból a yorki intézmény mutatja – bár itt fontos megjegyezni, hogy ebben az esetben a betegek folyamatos újrafelvétele és utókövetése miatt (a tébolyda szuperintendensei, amennyire lehetett, igyekeztek információkat gyűjteni a betegek későbbi sorsáról) rendkívül nehéz megállapítani, hogy egy adott beteg pontosan mely időpontokban és hány napot töltött el az intézmény falai között. Ezért a kiválasztott 100 esetből csupán arra a 42-re alapoztam a számításokat, amelyeknél biztosan megállapítható a felvétel és a kórházból való elbocsátás napja. (További 12 esetben halállal végződött a tartózkodás, ebből egy páciens öngyilkos lett, a többi természetes halállal halt meg.) Az 1796–1800 és 1815–1820 között kiválogatott esetekkel számolva a tébolydai tartózkodás legalacsonyabb időtartama 34 nap volt (tehát nagyjából egy hónap), a legmagasabb pedig 2790 nap (nagyjából 93 hónap), az átlag pedig 632 nap, amely hozzávetőlegesen 21 hónapnak felel meg.



1. ábra – Az ápolási napok átlagai az egyes intézményekben

50 OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. VIII. kötet, 295r–296v.

51 OSZK Kt. Quart. Lat. 2165. XXVIII. kötet, 122r–125v.

52 RCPE DEP/ABJ/1/1/5, 37–39.

53 RCPE AWP/2/5, 90–94.

A számok tehát azt mutatják, hogy leginkább ez a specializált intézmény lehetett alkalmas az elmebetegségekkel azonosítottak gyógyító vagy tünetmentesítő terápiájának lefolytatására, míg a két birodalmi tébolyda és a poliklinikák elsősorban a tünetmentesítő funkciót és/vagy a testi állapotok ellátásának, gyógyításának szerepét tölthették be. A pesti egyetemen a betegségek azonosításának és terápiájának módszerei abba az irányba mutatnak, hogy az itt gyakorlatot teljesítő orvostanhallgatók – elméleti pszichiátriakurzusok és a gyakorlati oktatás megfelelő színterének hiányában – az 1830-as évekig tartó „előkészítő szakaszban” csupán az elméleti oktatás különböző szegmenseiben (jelen esetben elsősorban a fiziológia- és patológiakurzusok tananyagában) szétszórtan megjelenő ismeretekre támaszkodhattak. Ezek az ismeretek, bár közöttük a pszichológiai szempontok is jelen voltak, a megfelelő intézményi háttér hiányában nem kerülhettek át a gyakorlatba. Ennek megfelelően az orvosi irodalomban lelki és elmebetegséggként besorolt tünetegyüttesek megközelítése is még elsősorban szomatikus alapokon történt.

## LEVÉLTÁRI FORRÁSOK

UAW	Archiv der Universität Wien Sonstige Archive, Josephsakademie (k. k. medizinisch-chirurgische Militärakademie) und Garnisonsspital, Wissenschaftliche Elaborate, Krankengeschichten
Borthwick Institute York Retreat	Borthwick Institute for Archives, University of York RET 6/5/1/1/A (Volume 1, 1796–1828) RET 6/5/1/1/B (Volume 2, 1803–1820) RET 6/5/1/2 (Volume 3, 1828–1838)
OSZK Kt.	Országos Széchényi Könyvtár Kézirattár
Quart. Lat. 2165.	Historia morborum, in clinico medico... Scientiarum Universitatis ab anno scholastico 1815/1816. usque ad annum 1838/1839. tractatorum, descriptae per candidatos medicinae, Pestini.
Quart. Lat. 2166.	Relationes de aegris in instituto chirurgico-practico... Universitatis Scientiarum... tractatis Pestini ab anno scholastico 1816/1817. usque ad annum 1840/1841. descriptae per assistentes ac auditores.
Quart. Lat. 2168.	Conspectus synopticus in clinico medico practico Regiae Scientiarum Universitatis Hungaricae ab anno 1814. usque ad annum 1824. pertractatorum, per assistentes et auditores conscriptus, Pestini.
Quart. Lat. 2169.	Synopsis observationum practicarum circa aegros in instituto medico-practico Regiae Scientiarum Universitatis Hungaricae, sub auspiciis domini professoris Joannem Pozsonyi assistentes. Pestini, 1818–1821.

Quart. Lat. 2172.	Brevis eorum expositio, quae et quomodo in clinico medico Regiae Scientiarum Universitatis Hungaricae manu ducente... professore Francisco Bene acta sunt... Descripta per Josephum Krieger (1818)
RCPE	Royal College of Physicians of Edinburgh Archives
DEP/ABJ/1–2	Men's Cases (1800–1801)
DEP/1/1/5–9	Women's Cases (1801)
DEP/AWP/2/1–6	Cases taken from the Clinical Journals of the Royal Infirmary of Edinburgh (1809–1811)
DEP/AWP/2/7–8	Clinical case notes (1811)
DEP/HOT/1	Clinical Casebook (1796–1797)
DEP/LID/1	Clinical Case notes (1812)
SEL	Semmelweis Egyetem Levéltára
1/g	Az Orvostudományi Kar Klinikáinak összefoglaló jelentései, 1825–1835
50/a	Historiae Morborum, 1787–1847

#### KIADOTT FORRÁSOK

HEINROTH 1818	HEINROTH, Johann Christian August: <i>Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung, 1–2</i> . Leipzig, 1818.
RAIMANN 1826	RAIMANN, Johann Nepomuk von: <i>Handbuch der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie für akademische Vorlesungen, zweyter Band, zweyte vermehrte und verbesserte Auflage</i> . Wien, 1826.
RIEDEL 1830	RIEDEL, Joseph Gottfried: <i>Prag's Irrenanstalt und ihre Leistungen in den Jahren 1827, 1828 und 1829</i> . Prag, 1830.
SAUVAGES 1763	SAUVAGES, François Boissier de: <i>Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species juxta Sydenhami mentam et Botanicorum ordinem</i> . Amsterdam, 1763.
STOLL 1784	STOLL, Maximilian: <i>Heilungsmethode in dem praktischen Krankenhause zu Wien. Zweyter Theil, Erster Band</i> . Breßlau, 1784.
STOLL 1786	STOLL, Maximilian: <i>Heilungsmethode in dem praktischen Krankenhause zu Wien. Dritter Theil, Erster Band</i> . Breßlau, 1786.
STOLL 1793	STOLL, Maximilian: <i>Heilungsmethode in dem praktischen Krankenhause zu Wien. Fünfter Theil, Erster Band</i> . Breßlau – Hirschberg, 1793.



- TUKE 1813 TUKE, Samuel: *Description of the Retreat, an Institution Near York for Insane Persons of the Society of Friends*. York, 1813.
- TUKE 1815 TUKE, Samuel: *Practical Hints on the Construction and Economy of Pauper Lunatic Asylums*. York, 1815.
- VISZÁNIK 1845 VISZÁNIK, Michael von: *Leistungen und Statistik der k. k. Irrenheilanstalt in Wien seit ihrer Gründung 1784 bis 1844*. Wien, 1845.
- WILLIS 1667 WILLIS, Thomas: *Pathologiae cerebri et nervosi generis specimen, in quo agitur de morbis convulsivis et de scorbuto*. Oxford, 1667.

## IRODALOM

- AASLESTAD 2009 AASLESTAD, Petter: *The Patient as Text: The Role of the Narrator in Psychiatric Notes, 1890–1990*. Oxford, 2009.
- ANDREWS 1998 ANDREWS, Jonathan: Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the Nineteenth Century. *Social History of Medicine* 11. (1998):2. 255–281.
- ANDREWS – SCULL 2002 ANDREWS, Jonathan – SCULL, Andrew: *Customers and Patrons of the Mad-Trade: The Management of Lunacy in Eighteenth-Century London, With the Complete Text of John Monro's 1766 Case Book*. Berkeley – Los Angeles – London, 2002.
- BACOPOULOS-VIAU – FAUVEL 2016 BACOPOULOS-VIAU, Alexandra – FAUVEL, Aude: The Patient's Turn. Roy Porter and Psychiatry's Tales, Thirty Years On. *Medical History* 60. (2016):1. 1–18.
- BECKER – CLARK 2001 *Little Tools of Knowledge: Historical Essays on Academic and Bureaucratic Practices*. Eds. BECKER, Peter – CLARK, William. Ann Arbor, 2001.
- BERKENKOTTER 2008 BERKENKOTTER, Carol: *Patient Tales. Case Histories and the Uses of Narrative in Psychiatry*. Columbia, 2008.
- BLAIR 2003 BLAIR, Ann: Reading Strategies for Coping with Information Overload, ca. 1550–1700. *Journal of the History of Ideas* 64. (2003):1. 11–28.
- BORGOS 2008 BORGOS Anna: A megtettesült trauma. Hisztériás betegek huszadik század eleji kórrajzok tükrében. In: *Határtalan nők. Kizártak és befogadottak a női társadalomban*. Szerk. BAKÓ Boglárka – TÓTH Eszter Zsófia. Budapest, 2008. 382–393.
- CONDRAU 2007 CONDRAU, Flurin: The Patient's View Meets the Clinical Gaze. *Social History of Medicine* 20. (2007):3. 525–540.

- CRAIG 2017 CRAIG, Stephen C.: “Enquire into All the Circumstances of the Patient Narrowly”: John Rutherford’s Clinical Lectures in Edinburgh, 1749–1753. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 72. (2017):3. 302–327.
- DASTON 2004 DASTON, Lorraine: Taking Note(s). *Isis* 95. (2004):3. 443–448.
- DASTON 2011 DASTON, Lorraine: The Empire of Observation. In: *Histories of Scientific Observation*. Eds. DASTON, Lorraine – LUNBECK, Elizabeth. Chicago, 2011. 82–113.
- DIGBY 1985 DIGBY, Anne: *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796–1914*. New York, 1985.
- FOUCAULT 2006 FOUCAULT, Michel: A pszichiátriai hatalom: a kikérdezés, a drog és a hipnózis (1974. január 31-i előadás a Collège de France-ban). Ford. TAKÁCS Ádám. In: *Drogpolitika, hatalomgyakorlás és társadalmi közeg. Elemzések foucault-i perspektívából*. Szerk. RÁCZ József – TAKÁCS Ádám. Budapest, 2006. 145–161.
- FRANK 1978 FRANK Tibor: A pszichiátriai kórrajz mint történeti forrás. *Világosság* 19. (1978):4. 239–247.
- GEYER-KORDESCH 1995 GEYER-KORDESCH, Johanna: Comparative Difficulties: Scottish Medical Education in the European Context (c. 1690–1830). In: *The History of Medical Education in Britain*. Eds. NUTTON, Vivian – PORTER, Roy. Amsterdam – Atlanta 1995. 94–115.
- GOODY 1986 GOODY, Jack: *The Logic of Writing and the Organisation of Society*. Cambridge, 1986.
- GYÁNI 2017 GYÁNI Gábor: A pszichohistória-írás magyar fejleményei. In: *Aranyhíd. Tanulmányok Keszeg Vilmos tiszteletére*. Szerk. JAKAB Albert Zsolt – VAJDA András. Kolozsvár, 2017. 135–144.
- HANLEY – MEYER 2021 HANLEY, Anne – MEYER, Jessica. *Patient Voices in Britain, 1840–1948*. Manchester, 2021.
- HESS 2010 HESS, Volker: Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725–1830). *Medizinhistorisches Journal* 45. (2010):3–4. 293–340.
- HESS – LEDEBUR 2011 HESS, Volker – LEDEBUR, Sophie: Taking and Keeping: A Note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records. *Journal of the Society of Archivists* 32. (2011):1. 21–33.
- HESS – MENDELSON 2010 HESS, Volker – MENDELSON, Andrew J.: Case and Series: Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900. *History of Science* 48. (2010):3–4. 287–314.
- HURWITZ 2006 HURWITZ, Brian: Form and Representation in Clinical Case Reports. *Literature and Medicine* 25. (2006):2. 216–240.

- INGRAM 1991 INGRAM, Allen: *The Madhouse of Language: Writing and Reading Madness in the Eighteenth Century*. London, 1991.
- KENNEDY 2000 KENNEDY, Margaret Ann: *A Curious Literature: Reading the Medical Case History from the Royal Society to Freud*. PhD thesis. Brown University, 2000.
- KOVAI 2010 KOVAI Melinda: *Politika, hatalom és tudás a Kádár-korszak pszichiátriai kórrajzain*. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem, 2010. (<https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15219/kovai-melinda-phd-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>) [2022.03.30.]
- KÖVÉR 2005 KÖVÉR György: Hysteriától a tébolyodottságig. Klára és Emma párhuzamos esettörténete. *Korall* 21–22. (2005):2. 68–96.
- KRÁSZ 2013 KRÁSZ Lilla: Az adatoktól az információig, az információtól a tudástermelésig: Az egészségügyijelentés-írás gyakorlata(i) a XVIII. századi Magyarországon. *Századvég* 70. (2013) 155–187.
- KRÁSZ 2017 KRÁSZ Lilla: Theoria medica és praxis medica: A tudásközvetítés változó útjai a medicinában a 18. század második felében. *Századok* 151. (2017):5. 1025–1042.
- KRÁSZ 2018 KRÁSZ Lilla: Táblázatokba zárt tudás? Az orvosi tudásszervezés gyakorlatai a 18. századi Magyarországon. *Kaleidoscope* 13. (2018) 223–250.
- KRÁSZ 2019 KRÁSZ Lilla: 'Observing to describe, describing to observe': The Epistemic Turn of Medical Writing in the 18th Century. *Hungarian Studies* 33. (2019) 175–184.
- LAFFERTON 2004 LAFFERTON Emese: A magántébolydától az egyetemi klinikáig. A magyar pszichiátria történetének vázlata európai kontextusban, 1850–1906. In: *A kreativitás mintázatai*. Szerk. BÉKÉS Vera. Budapest, 2004. 34–72.
- LAFFERTON 2005 LAFFERTON Emese: Halált hozó hipnózis. Egy 1894-es eset és a tudomány mentális földrajza. *Korall* 21–22. (2005):2. 46–67.
- MENDELSON 2017 MENDELSON, Andrew J.: Empiricism in the Library. In: *Science in the Archives: Pasts, Presents, Futures*. Ed. DASTON, Lorraine. Chicago, 2017. 85–109.
- MONTGOMERY HUNTER 1991 MONTGOMERY HUNTER, Kathryn: *Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, 1991.
- POMATA 2010 POMATA, Gianna: Sharing Cases: The *Observationes* in Early Modern Medicine. *Early Science and Medicine* 15. (2010):3. 193–236.
- PORTER 1985 PORTER, Roy: The Patient's View. Doing Medical History from Below. *Theory and Society* 14. (1985): 2. 175–98.

- RÉDEI 2016 RÉDEI Ildikó: *Historiae morborum: Kórtörténetek a 18–19. századból*. Budapest, 2016.
- REAUME 2017 REAUME, Geoffrey: From the Perspectives of Mad People. In: *The Routledge History of Mental Health*. Ed. EGHIGIAN, Greg. London, 2017. 277–296.
- RISSE 1986 RISSE, Guenter B.: *Hospital Life in Enlightenment Scotland: Care and Teaching at the Royal Infirmary of Edinburgh*. Cambridge, 1986.
- RISSE 1987 RISSE, Guenter B.: Clinical Instruction in Hospitals: The Boerhaavian Tradition in Leyden, Edinburgh, Vienna and Pavia. *Clio Medica* 21. (1987):1–4. 1–19.
- SCHEUTZ – WEISS 2008 SCHEUTZ, Martin – WEISS, Alfred Stefan: Spitäler im bayrischen und österreichischen Raum in der Frühen Neuzeit (bis 1800). In: *Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospitals and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe*. Eds./Hg. SCHEUTZ, Martin – SOMMERLECHNER, Andrea – WEIGL, Herwig – WEISS, Alfred Stefan. Wien – München, 2008. 185–229.
- WATZKA 2005 WATZKA, Carlos: *Vom Hospital zum Krankenhaus: zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*. Köln – Wien, 2005.
- WATZKA 2007 WATZKA, Carlos: *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, 2007.

## Melléklet

### 1. táblázat – A York Retreat esetei

Név	Életkor	Diagnózis
Margaret Holt	65	-
Rachel Raw	49	-
John Ellis	26	maniacal
Sarah Merill	50	insanity
Anne Noble	25	insanity
Joseph Reynolds	26	epileptic (falsely diagnosed as a lunatic at first)
Mary Evens	26	melancholic insane
Mary Pyle	50	insane
John Bower	45	disorder is of the melancholy kind
Mary Bayes	58	religious insanity
Elizabeth Thompson	56	insanity of the melancholy kind
John Waltonford	30	-
Thomas Ellein	39	religious melancholy
Sarah Delves	55	insanity, lowness of spirits
James Hashold	32	derangement
William Carcott	45	derangement
John Richardson	74	insanity
Mary Atkinson	54	deranged
Susanna Reynolds	72	-
Hannah Dumbleton	n. a.	incurable
John Fawcett	45	-
John Gundrey	24	derangement
Hannah Ponsonby	56	derangement
Abigail Sheppard	20	-
Mary Prideaux	45	derangement
Katharine Patchett	45	-
Joshua North	n. a.	violent derangement
James Blouse	24	disorder of the melancholy cast
Hannah Forster	24	-

Solomon Chapman	50	a mixture of melancholy and mania alternating
Sarah Wood	64	derangement
Samuel Clemesha	60	derangement
Ann Wallis	22	dementia
John Baker	43	derangement
John Young	46	derangement
Nathaniel Samms	54	derangement
Ann Gibbins	38	derangement
Judith Robert	30	insanity due to epileptic fits
Charles Spencer	50	his disorder is of the melancholic kind
Thomas Wellington	48	hypochondriacal melancholy
Richard Gunn	60	deranged
Mehitabel Moore	24	derangement
Elizabeth Flint	20	of the melancholic kind
Elizabeth Frith	40	melancholy
Hannah Woodewille	19	-
Susannah Winter	n.a.	epileptic fits, mental derangement
Hannah Bradshaw	c. 30	incurable
Mary Dearman	27	melancholic Insanity
Hannah Young	22	hysteria
Joseph Lupton	60	of the melancholy kind
Abigail Smith	36	in a state of insanity
John Fawcett	64	insanity
John Akins	51	melancholy
George Simpson	23	religious enthusiasm
John Lees	25	weak capacity, insanity
Sarah Cork	44	melancholy
Lydia Brown	29	insane
Elizabeth Bagg	41	melancholy derangement
Mr [?] Simmson	?	great confusion of ideas
Samuel Merill	22	-
Mary Mantle	57	many nervous affections
Charles Lloyd	42	insanity
John Smith	20	-

John Littlewood	38	melancholy kind
John Curtis Bentley	20	insanity of the melancholy kind
Rachel Evans	24	derangement
Chris Choat	57	palsy fit
Elizabeth Hamburg	42	-
John Coleby	78	melancholy
Henry Perkins	30	melancholy derangement
Sybela Mallinson	57	insane, melancholia
Elizabeth Lancaster	?	imbecile state of mind
Jane Heslop	62	disordered imagination, insanity
Thomas Broadbent Bland	44	nervous & hypochondriacal symptoms
Mary Simms	44	drinking
Henry Bearle	23	furious mania
John Hall	69	mania
Martha Broadhead	17	insanity
George Tichell	29	mental derangement
Mary Fletcher	?	mental derangement
Ann Anderson	24	-
Elizabeth Jardine	38	low melancholy state
Susan Woodwille	35	deranged
Owen Weston	24	deranged
Ann Groves	22	-
Joseph Ruston	47	insanity melancholy
Joseph Russel Warwick	74	religious melancholy
John Payne	48	maniacal symptoms
Sarah Midwinter	31	-
Elizabeth Dickinson	71	-
Jane King	57	-
Edward Night	16	deranged
George Arger	74	-
Aaron Richardson	43	insanity
Jane Biggs	35	aberration of mind
Hannah Laycock	21	deranged
Mary Oddie	28	weak intellect

Edwin Swan Rickman	30	insane
Sarah Field	48	insane
John Kingston	28	imbecility of mind
Rebecca Bland	39	mental anxiety

### 2. táblázat – A prágai tébolyda esetei

Név	Életkor	Diagnózis
N. N.	24	reiner Wahnsinn (ecstasis simplex)
N. N.	-	Wahnsinn mit Tollheit (ecstasis maniaca)
S. W.	41	Wahnsinn mit Wahnwitz (ecstasis paranoia)
J. F.	44	Wahnwitz (ecnoia)
P. J.	46	Verrücktheit mit Tollheit (ecnoia maniaca)
B. M.	40	reine Tollheit (mania simplex)
R. R.	40	religiöse Melancholie (melancholia religiosa, melancholia supersitiosa)
W. B.	44	reine Melancholie (melancholia simplex)
H. D.	27	Blödsinn mit Krämpfen (anoia simplex)
F. R.	28	reine Willenlosigkeit (abulia simplex)
F. S.	25	melancholia metamorphosis, melancholia zoantropica
A. U.	37	daemonomania
R. A.	23	reine Scheue (panphobia)

### 3. táblázat – A bécsi tébolyda esetei

Név	Életkor	Diagnózis
A. Fr.	30	mania
W. J.	39	delirium tremens potatorum
B. G.	31	mania
W. Al.	26	mania acuta
M. Th.	32	melancholia cum convulsionibus
K. Al.	20	mania
V. Const.	16	mania ex onania
F. Fr.	24	mania
H. M.	27	mania acuta
P. T.	36	monomania melancholica



G. J.	30	mania puerperalis
S. J.	30	monomania anglica

**4. táblázat – Az Edinburgh Royal Infirmary esetei**

Név	Életkor	Diagnózis
Elizabeth Erskine	28	hysteria
Betty McKay	53	hysteria (incurable)
Jane Murray	14	hysteria
Pringle Young	53	hypochondria
Jane Mitchell	23	hysteria
Margaret Christie	25	cephalagia from hysteria
Daniel Hill	65	hypochondria
John Williamson	35	mania
Christiane Scroggie	11	hysteria
Barbara Johnstone	20	hysteria

**5. táblázat – A pesti egyetemi klinika esetei**

Név	Életkor	Diagnózis
Elisabetha Szabó	17	epilepsiae cum hysterismo
Anna Obst	37	hysterismo cum infarctibus abdominalibus
Klara Werl	22	hysteria
Cunigunda Gramlin	23	hysteria
Julia Tergoth	18	hysteria cum methrorrhagia
Elisabeth Enzman	40	vomitus chronicum cum Hysteriasi
Barbara Roletsky	20	Hysteria cum Epilepsia
Rosalia Hany	18	Hysteria
Maximilianus Hirschl	31	Delirium Tremens
Anna Skarlein	21	Hyperkinesia Hysterica
Maria Havrekerin	26	Hyperkinesia hysterica
Susanna Schedner	27	Gastralgia cum Hyperkinesia Hysterica
Catharina Koháné	50	Hyperkinesia hysterica
Maria Steiner	24	Hyperkinesia hysterica
Franciscus Schober	33	Hyperkinesia hypochondriaca
Anna Streditzin	36	Hyperkinesia hysterica
Fekete Sigismundus	26	Erotomania

---

Juliana Koszonits	26	Rheumatismus cum hyperkinesia hysterica
Anna Beck	16	Hysteria spasmodum hystericorum
Joannes Slavik	23	Melancholia
Anna Nagy	25	Paralysis rheumatica extermitatum superiorum et hystericismus
Anna Maria Navratill	50	Hysteria

**The Disease of the Soma or the Psyche?  
The Interpretations of Madness in the Medical Case Histories  
of the University of Pest in the Early Nineteenth Century**

**by Janka Kovács**

**(Summary)**

The article examines a previously uncharted territory of medical history in Hungary, the early history of psychology and psychiatry in an age which lacked the appropriate institutional means to isolate and care for the mentally ill. Nevertheless, there were increasing efforts to find a place for those afflicted with different mental maladies within the developing system of healthcare from the second half of the eighteenth century. As the remaining sources testify, several of them were taken to the teaching clinic of the University of Pest, where medical students were expected to take detailed case histories, in which they recorded the anamnesis, the current status of the patient, a diagnosis, the progress, and the possible outcome of the disease. This relatively large body of materials offers us a unique glimpse into how mental illnesses were identified, perceived, and treated in early nineteenth-century Hungary.

By looking at the formalized and standardized practices of case history writing from a comparative perspective, examining sources from the teaching clinics of the universities of Pest and Edinburgh, as well as the mental asylums in Vienna, Prague, and York, the paper attempts to reconstruct the physicians' gaze and the patients' perspective and decode how madness was approached and understood in medical practice.