

Kovács Janka

Szegénység, betegség, örület

*Elmebetegek ellátása az irgalmas rend magyarországi kórházaiban (1740–1830)**

„Van az Ispitálynak orvossa, és seborvossa, a' kiknek útasításokhoz képest a' kórház köz jövedelméből hozatnak a' szenvedőknek az orvosi szerek, söt igen gyakran szolgálak, és szolgálók gyógyítás végett ide be fogadtatnak, és tsak megegésésgesedve botsáttatnak ki”¹ – ekképp reflektált egy, a *Tudományos Gyűjteményben* 1828-ban megjelent beszámoló az egri irgalmas rendi kórházban folyó munkára. Ez a kiragadott részlet jól összefoglalja azt, hogy a rend által működtetett kórházakban milyen gyakorlatok és szempontok mentén közelítettek a betegek ellátásához. Az orvos és sebész jelenléte, és ennek megfelelően a szakszerű betegellátásra való törekvés – már egészen vizsgált korszakunk kezdetétől fogva – alapvető elvárás volt az irgalmas rendi intézményekben, ugyanígy a gyógyulási folyamat felügyelete és a sok esetben szegény vagy a létminimumhoz közel élő, a betegségeknek kiszolgáltatott egyének befogadása és ellátása.

Tanulmányomban az irgalmas rendi kórházakban a 18. század második felében és a 19. század első harmadában, a rend nagyobb magyarországi kórházai-ban (Buda, Eger, Pápa, Pécs, Pozsony, Vác) ellátott betegek egy sajátos, több szempontból marginalizált és stigmatizált csoportjának szűrőjén keresztül teszek kísérletet a szegénység és betegség összefüggéseinek megvilágítására, kiemelt hangsúlyt fektetve a kórházakba bekerülő, elmebetegként azonosított egyének többé-kevésbé rekonstruálható társadalmi hátterére, az elmebetegségek diagnosztizálásának ambivalens mivoltára, valamint a betegek elkülönítésének, kezelésének gyakorlataira. Az általam vizsgált, meglehetősen heterogén forráskorpusz (betegfelvételi jegyzőkönyvek, számadáskönyvek, rendtartások, uralkodói rendeletek, út- és városleírások, orvosi topográfiai) sokszor töredékes adatai alapján – bár csupán részleges képet kaphatunk az elmebetegekkel szemben tanúsított orvosi (és részben társadalmi) attitűdökről, valamint az ellátás gyakorlatairól – bizonyos tendenciák és csomópontok kirajzolódni látszanak.

A rend kórházaiban ellátott elmeháborodottak vonatkozásában elsődleges értelmezési keretként a szegénység, a betegség és a munkaképtelenség közötti összefüggéseket és azok lehetséges interpretációit érdemes figyelembe vennünk. A szegénység és a betegség vonatkozásában Robert Jütte és Fritz Dross orvostörténészek mindenekelőtt a relatív szegénység fogalmára hívják fel a figyelmet,

* A tanulmány az Emberi Erőforrások Minisztériuma ÚNKP-18-3 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának támogatásával készült.

¹ Gorove 1828: 17.

azaz arra a jelenségre, amikor valaki – szemben az abszolút szegénységgel – nem szenved hiányt az alapvető javakban, ám keresete nem elég ahhoz, hogy bizonyos javakhoz (például oktatás, egészségügyi ellátás) hozzáférjen.² A folyamatosan a relatív szegénység és az állandó nélkülözés közötti határvonalon egyensúlyozók pedig ki vannak téve a Jütte által a szegénység háttérében álló esetleges, véletlenszerű okokként azonosított folyamatoknak, amilyen például a hosszabb ideig tartó betegség.³ Ezek ráadásul gyakran munkaképtelenséghez, és – megfelelő szociális háló hiányában – sok esetben a teljes elszegényedéshez, pauperizációhoz vezethettek. Előljáróban rögzíthető, hogy az irgalmas rendi kórházakban ellátott betegek és elmebetegek társadalmi háttérére és beágyazottságára vonatkozó, az alábbiakban részletesen tárgyalandó adatok alapján is az tűnik ki, hogy a kórházba kerülők jelentős többsége a relatív szegénység és a nyomor fent említett határvonalán helyezkedhetett el (iparossegédek, szolgálók), akik esetében egy hosszabb ideig fennálló betegség visszafordíthatatlan következményekhez vezethetett.

Az elmeháborodottak kapcsán Michel Foucault nyomán érdemes egy további szempontot is bevonnunk a vizsgálódásba. Foucault *Örület és társadalom* című előadásában a kizárások azon rendszerét vázolta fel, amellyel a mindenkori társadalmak bizonyos egyéneket sújtanak;⁴ az, hogy a kizárás mind a négy nagyobb kategóriában megjelenik (munka és gazdasági termelés, család, beszéd, játék), csupán az örültként/elmebetegként azonosítottakra jellemző. A foucault-i tézis értelmében – amely esetünkben is releváns értelmezési keretként tekinthető – elmebeteg az, aki mások vagy önmaga szemében alkalmatlan a munkára; és akivel szemben dologtalansága, munkaképtelensége miatt a 17. század közepétől a 18–19. század fordulójáig tanúsított intoleráns magatartás kirekesztésben, megbélyegzésben és büntető jellegű elzárásban mutatkozott meg. Mivel ezen – a pszichiátriátörténet-írásban gyakran idézett – tézis értelmében az elmebetegeket nem csupán a munkából való időszakos kiesés, de az állapotukhoz és az általuk mutatott, gyakran „deviánsként” értelmezett viselkedési anomáliákhoz kapcsolódó megbélyegzés, továbbá a munka világába való (vissza)integrálhatatlanság is sújtotta, ezért ez a többszörösen marginalizált réteg, amely Európa-szerte a különböző szegényügyi rendelkezések egyik célcsoportjaként is megjelent, különösen alkalmas lehet a betegség–munkaképtelenség–pauperizáció folyamatának vizsgálatára.⁵

Az irgalmas rendi kórházakba bekerülők esetében az elmebetegség és a munkaképtelenség lehetséges kapcsolódásai a töredékes és sokszor meglehetősen lako-

² Bővebben: Dross 2005: 1–12; Jütte 1994: 21–26.

³ Ehhez a kérdéshez lásd még: Hufton 1974: 25–68.

⁴ Foucault 2000.

⁵ Ugyanerre a kérdésre reflektált 1961-ben megjelent, élénk kritikai reflexiót kiváltó, *A bolondság története* című munkájában is. Lásd Foucault 2004: 69–116. A szegényügy és az elmebetegség összefüggéseinek kérdéséhez lásd még például: Bartlett 1999, különösen 32–71; Boulton–Black 2011; Houston 2006; Kläui 1986; Rushton 1988.

nikus források alapján a következőképpen merülhetnek fel: a betegségek azonosításának lehetséges szempontjaként, valamint a kórházba való visszakerülés és a hosszabb ideig tartó elzárás feltételezett okaként. E szempontok a munka világába való (vissza)integrálhatatlanság tekintetében is fontos tényezőként jelenhetnek meg. A szegénység és (elme)betegség kérdését tovább árnyalhatja a hospitalizáció szempontja is, amely a kontinensen nagyrészt angol minták nyomán jelent meg. A tehetősebb (elme)betegek számára a családi gondoskodás jelentette az elsődleges megoldást; a kórházakba bekerülők még a tárgyalt korszakban és azt követően is elsősorban a szegények és nincstelenek rétegéből kerültek ki. A szakszerűsítésre való törekvés és az elmebetegségek minél hatékonyabb felismerésének, osztályozásának és kezelésének igénye azonban már ezen a szintéren is megjelent.⁶

A BETEGÁPOLÓ IRGALMAS REND KÓRHÁZAI A 18–19. SZÁZAD FORDULÓJÁN

Az általam alapkutatások szintjén vizsgált – a 18. század második felétől a 19. század első harmadáig terjedő – időszakban Magyarországon nem állt rendelkezésre specifikusan az elmebetegek ellátására szakosodott, szisztematikus terápiás ellátást biztosító intézmény. Az országot a 19. század közepéig orvoshiány és a gyógyászati intézmények alacsony száma jellemezte.⁷ Az elmebetegek ellátása ennek megfelelően elsősorban a család feladata volt, ám városi közkórházak (például a pesti Rókus-kórház), valamint két betegápoló rend, az Erzsébet-apácák⁸ és az irgalmas rendiek által működtetett kórházak vállalták fel az elmebeteg-ápolás feladatát is. A 16. században alapított irgalmas rend, hagyományainak megfelelően, a szegény betegek ápolása mellett már a kezdetektől foglalkozott elmeháborodottak ellátásával. A legenda szerint maga az alapító, a portugál születésű Istenes Szent János is a granadai kórház tébolydjába került élete egy pontján, ez az élmény pedig később a lélek és elme betegei felé irányuló érzékenységhez,

⁶ Ehhez lásd például: Digby 1985: 1–13; Scull 1993: 1–45.

⁷ A kórházi hálózat kialakulásáról lásd Krász 2008.

⁸ A csak női betegeket ápoló Erzsébet-apácáknak a vízivárosi volt ferences rendi kolostorban berendezett kórházára vonatkozó, eddigi kutatásaink során sikeresen feltárt források köre meglehetősen szűk, így tevékenységük csak vázlatosan rekonstruálható. A kórházban folyó munkára reflektáló beszámolók szerint az 1831-re már 45 ágyat számláló kórházban a betegek ellátásáért – hasonlóan egyébként az irgalmas rendiek által működtetett rendszerhez – egy városi orvos, valamint a rendtagok közül egy, a gyógyszerészi teendőket ellátását is irányító apáca volt felelős; a kórházban pedig több részleg működött (lábadozóknak, hosszabb ideig tartó kezelést igénylőknek, fizető betegeknek és ingyenes ellátásban részesülő szegényeknek). Vö. Schams 1822: 466–468; Horn 1831: 322; Schlesinger 1840: 168–169. A kórház fennmaradt betegfelvételi könyvei alapján több elmebetegként, elsősorban hisztériásként is azonosított, fizetésektelen nőt is ápoltak a kórházban, akik jellemzően több, akár 3–6 hónapra kiestek a munkából. Vö. BFL XII.2. 1. nagydoboz, Aufgenommene Kranke vom November 1785 bis Februar 1797.

odaforduláshoz vezetett. A betegápoló rend 1571-ben kapta meg a hivatalos elismerést V. Piusz (1566–1572) pápától, ezt követően folyamatosan terjeszkedtek elsősorban Spanyolországban, Itáliában, Franciaországban, valamint Kelet-Európában; a rend 1700-ban már 280 kórházat és rendházat működtetett Európában.⁹ A rendházakat alapítványokból, adományokból és alamizsnákból tartották fenn; laikus betegápoló szerzetesrendként legfőbb alapelvüknek a szegény, elesett férfibetegek ingyenes gyógyítását tekintették (és tekintik a mai napig) származásra, felekezetre és szociális helyzetre való tekintet nélkül.¹⁰ Ennek megfelelően az irgalmas rendi kórházak a korszakban a szegény, fizetéképtelen, szakszerű orvosi ellátásban nem vagy alig részesülő betegek ellátásának és gyógyításának egyik legfontosabb színterévé váltak.

Magyarországon először Szepesváralján jelentek meg 1650-ben, ezt követte a tanulmányban is vizsgált nagyobb kórházak közül a pozsonyi kórház alapítása 1669-ben Szelepcsényi György (1595–1685) esztergomi érsek anyagi támogatásával; az Erdődy Gábor (1684–1744) püspök alapította egri kórház 1726-ban; a pesti Invalidus-házban működő irgalmas rendi konvent és betegszobák kialakítása Széchényi György (1605/6–1695) esztergomi érsek 1692-ben megajánlott támogatása nyomán 1732-től; az Eszterházy Károly (1725–1799) egri püspök által alapított pápai kórház 1757-ben; a Migazzi Kristóf (1714–1804) bécsi érsek és váci püspök támogatásával létrehozott váci kórház 1763-ban, valamint a Krautsack János György (1733–?) pécsi polgár támogatásával kialakított pécsi kórház 1796-ban. A rend egyik legjelentősebb kórházának tervezése Budán, az 1794 és 1806 közötti években zajlott Marczibányi István (1752–1810) udvari tanácsos alapítványának segítségével; a kórházi ellátás 1815-ben kezdődött meg. Az önálló magyar rendtartomány csak 1856-ban jött létre, a 19. század első feléig a magyarországi rendházak az osztrák rendtartomány irányítása alatt álltak.

A rend magyarországi működéséről a betegellátást fókuszba állító, elemző jellegű munkák mind ez idáig nem születtek;¹¹ az irgalmas rendi kórházakra vonatkozó adatokról elsősorban helytörténeti munkákból tájékozódhatunk.¹² Az osztrák rendtartományhoz tartozó, elsősorban az osztrák örökös tartományok, valamint a cseh és morva területeken található kórházak kialakítására, a beteganyagra és a betegellátás gyakorlataira vonatkozóan az egyes intézmények betegnaplói, számadáskönyvei és belső igazgatásukat regisztráló anyagok alapján azonban már több reflexió is született az elmúlt években.¹³ Ezek közül jelen tanulmány szempontjából a legfontosabb, mintaadó elemzéseket Carlos Watzka osztrák történész végezte el, aki 2005-ben és 2007-ben megjelent monográfiá-

⁹ A rend történetének vázlatos összefoglalását lásd Török 2016.

¹⁰ N. N. 1928: 75–77.

¹¹ Ez alól kivételt képeznek Lipp Mónika művészettörténész az egri irgalmas rendi kórház berendezésére vonatkozó részletes elemzései, például Lipp 2012, 2013.

¹² Boros–Kalmár–Süle 2015; Breznay 1933; Kiss 1987, 1988, 1990; Pottornyai 1974; Ringelhann (szerk.) 1960; Tokaji-Nagy 2001.

¹³ Lásd például: Ebelová 2008; Jelínek 2007, 2012; Watzka–Jelínek 2009.

iban egyrészt a szegénység és betegség összefüggéseinek kérdéseit járta körül kimerítően, másrészt az elmebetegként azonosított betegek szűrőjén keresztül vizsgálta az ellátás és gyógyítás/gyógyíthatóság kérdéseit az irgalmas rendiek grazi kórházának példáján.¹⁴

Az irgalmas rendi kórházak belső elrendezéséről, felszereltségéről, kapacitásáról és az elmebetegek elkülönítéséről elsősorban külső megfigyelők beszámolóí – orvosi topográfiai, út- és városleírások – alapján kaphatunk részleges képet. A Habsburg Birodalom vonatkozásában ezek a források elsősorban a bécsi és a prágai intézetek belső életére szolgálnak releváns információkkal. Mivel a rend kórházaiban uniformizált¹⁵ módon zajlott a betegek felvétele, regisztrálása, gyógyítása és a kórházi személyzet napi teendőinek ellátása, valamint az egyes kórházak között a személyzet tekintetében is létezett átjárás,¹⁶ a beszámolók alapján felvázolható egy általános kép a rendi intézmények kialakításáról. Az 1614-ben alapított, Bécs Lipótváros (Leopoldstadt) negyedében, és az 1620-ban alapított, Prága óvárosi részén, a Moldva (Vltava) partján elhelyezkedő kórházak az egykorú beszámolók tanúsága szerint a 19. század elejére már 130–140 beteg befogadására voltak képesek,¹⁷ a pozsonyi és budai intézetek ugyanebben az időszakban nagyjából 70–80,¹⁸ a kisebb magyarországi intézmények pedig 20–40 főt tudtak ellátni. A betegeket – attól függően, hogy az adott kórház az adományok mellett milyen forrásokból tartotta fenn magát (például városi és céhes alapítványok révén) – beutalhatta a városi magisztrátus (elsősorban a szegény betegeket, a vagyoni helyzetet igazoló bizonyítvány bemutatásával), valamint bizonyos, a kórház fenntartásában szerepet vállaló céhek is.¹⁹

A kórházakban a betegek ellátásáért felelős személyzetet a városi orvos, valamint egy sebészként tevékenykedő rendtag irányította, aki a kórház mindennapi működéséért is felelt. A betegek felügyeletét és az étkezések lebonyolítását az ápolók és az asszisztensek végezték. Minden kórházhoz tartozott egy gyógyszer-tár, amely egyben az adott város vagy városnegyed ellátásáért is felelhetett, a patikus és segédjei szintén a rend tagjai voltak. Az 1815-től működő budai kórházban például a bonyolultabb beavatkozást igénylő belgyógyászati eseteket ellátó orvoson és a kisebb operációkat elvégző sebészen kívül összesen két ápoló és hat

¹⁴ Watzka 2005, 2007. További vonatkozó tanulmányai: Watzka 2009, 2017.

¹⁵ A kórházak működtetésére és a kórházi személyzet mindennapi feladataira is rengeteg hasznos információt tartalmazó, az eddigi kutatás számára ismeretlen rendtartást először 1681-ben adták ki Grazban; ezt további két kiadás követte 1715-ben Bécsben és 1753-ban Prágában *Manuale oder Hand-büchlein Religionis* címmel. A betegek mindennapi rutinjára (istentisztelet, az étkezések rendje, az orvos látogatása) és a személyzet feladataira (a betegszobák tisztán tartása, a betegek felügyelete, az étkezések lebonyolítása, a gyógyszerek kiosztása stb.) vonatkozó rendelkezések sok esetben a beszámolókból is hasonló formában jelennek meg. Vö. N. N. 1753: 42–48. A kézikönyvvel kapcsolatban bővebben lásd Watzka 2017.

¹⁶ A budai kórházba például Bécsből, Prágából, Linzből és Pécsről érkeztek rendtagok a kórház alapításakor. Schams 1822: 459.

¹⁷ Martin 1832: 140; Stelzig 1824: 302.

¹⁸ Schams 1822: 457.

¹⁹ Martin 1832: 142; Schams 1822: 459.

asszisztens, valamint egy patikus és két patikussegéd állt a betegek rendelkezésére. Napi rutinjuk a következőképpen alakult: a nap reggel 9 órakor a városi orvos, a sebész és a gyógyszerek elkészítéséért felelős patikus vizitjével indult; ezt követően a rendi sebész volt felelős a betegek ellenőrzéséért. Az étkezéseket három időpontban bonyolították le: a betegek reggel 8 órakor levest, 10 órakor ebédet és délután 5 órakor vacsorát kaptak – ez eltér például a rend bécsi kórházában megszokott rendjétől, ahol összesen két étkezés volt (ebéd 11 órakor és vacsora délután 5 órakor).²⁰

A beszámolók a berendezés és a tisztaság kapcsán is nagyjából hasonló képet mutatnak. A korszakban még kivételes gyakorlatnak számító módon²¹ a rend kórházaiban a betegek számára külön ágyat biztosítottak matracral, paplannal és párnákkal.²² Az ágyakat általában zöld függönnyel választották el a többitől, a bécsi kórházban pedig külön ládákat is elhelyeztek mellettük, amelyekbe az ápoltak az értékeiket helyezhették.²³ A fűthető kórházi szobák – néhány kivételtől eltekintve, ilyen például a budai²⁴ – a leírások szerint a korszakban megszokott körülményekhez képest szokatlanul tiszták és világosak voltak, és csupán a szellőztetéssel akadt probléma.²⁵

A nagyobb rendi kórházakban (Bécs, Prága, Buda) már sor került a részlegek kialakítására, bizonyos betegek izolálására, valamint vagyoni helyzet szerinti megkülönböztetésére is. A bécsi intézményben két külön épület állt a páciensek rendelkezésére: az 1832-ben már 170 beteg befogadására képes kórházban elkülönítették a sebészeti eseteket, a bőr- és fertőző betegségekben szenvedőket és elmebetegeket.²⁶ A betegségek osztályozása tekintetében hasonló rendszerrel találkozunk a prágai és budai intézmények esetében is. Itt azonban érdemes részletesebben is kitérni a szegények és az elmebetegek státuszára vonatkozó adatokra.

Bár az ellátás elvileg ingyenes volt mindenki számára, ennek mértéke és minősége nem volt egységes. A három nagyobb városi kórházban rendelkezésre állt egy-egy külön részleg a szegény, fizetésektelen beutaltak részére. Ezek általában zsúfolt, egylégterű kórtermek voltak: Bécsben 101, Prágában 108 főt voltak képesek befogadni.²⁷ Emellett a prágai intézményben egy szerény összeg fejében külön szoba állt rendelkezésre azok számára is, akik több kényelemre vágytak, ez – amennyiben hihetünk a megfigyelőknek – eltérést mutat a rendi alapelvektől.

²⁰ Schams 1822: 458–459; Wertheim 1810: 436.

²¹ Jütte 1994: 64.

²² Wertheim 1810: 436; Stelzig 1824: 303; Bél [1730–1735]: 56, valamint a váci rendház 1819-es és 1828-as inventáriumai: XII.12. 2. tétel, No. 163; 204.

²³ Martin 1832: 141.

²⁴ Horn 1831: 323.

²⁵ Bright 1818: 579; Martin 1832: 140.

²⁶ Martin 1832: 140. A bécsi irgalmasok rendelkezésére állt továbbá Bécs egyik külvárosi negyedében (Landstraße, ma Bécs 3. kerülete) egy Mária Terézia által 1753-ban a rendnek adományozott épület, amelyet a lábadozóknak tartottak fenn, és amely kétágyas szobákban 28 fő befogadására volt képes. Wertheim 1810: 436.

²⁷ Martin 1832: 140; Stelzig 1824: 302; Horn 1831: 323.

Wilhem Horn 1831-ben megjelent útleírása arról számol be, hogy a budai kórházban a városi magisztrátus által beutalt szegényeknek fenntartott osztályon, ahol csupán ételt és menedéket biztosítottak számukra, 77 ágyon kellett osztoznia jóval több betegnek. Ugyanezen feljegyzések szerint néhányukat (feltehetően örjögöket vagy elmebetegeket) láncon tartottak.²⁸ Erre is reflektálhatott Schams Ferenc amikor azt írta, hogy a kórház a „*szerencsétlenség és gyámoltalanság menedékhelye*”.²⁹ Az elmebetegség esetén, mivel egy speciális, nehezen kezelhető problémáról van szó, amelynek megoldására és a betegek ellátására a 18–19. század fordulóján még nem alakultak ki standard eljárások, az elkülönítés ketts rendszerre működött a vizsgált intézményekben.³⁰ Mind a narratív források, mind a betegfelvételi jegyzőkönyvek és számadáskönyvek arra mutatnak rá, hogy a rend összes általam vizsgált kórházában léteztek már törekvések az elmebetegek más betegektől való elkülönítésére (mind a kórházi térben, mind az ellátás tekintetében), és az elmebetegek csoportján belül való differenciálásra, amely elsősorban vagyoni és státuszbeli megkülönböztetésen alapult.

A RENDI KÓRHÁZAKBA BEKERÜLŐ ELMEHÁBORODOTTAK TÁRSADALMI ÖSSZETÉTELE

Mielőtt azonban rátérnénk az elmebetegek osztályozásának különböző gyakorlataira, érdemes röviden áttekinteni azoknak a körét, akiket a kórházba kerülők közül az elme/lélek betegségeinek valamely típusával diagnosztizáltak, és egyben mindazokat a mutatókat is felsorolni, amelyek társadalmi és vagyoni hátterükről ismertek. A vizsgálódás alapjául³¹ a magyarországi kórházak közül a budai, egri, pápai, pécsi, pozsonyi és váci³² intézmények betegfelvételi jegyzőkönyvei szolgálnak, amelyek mindegyikében – az egységes rendi gyakorlatnak megfelelően – a következő adatokat rögzítették: név, életkor, foglalkozás, származási hely, diagnózis, családi állapot, a ruházat minősége, fizetőképesség, a felvétel és az elbocsátás/halál időpontja, az ágy száma, valamint elkülönítés esetén „extra” jelzéssel a külön szoba megjelölése.

²⁸ Horn 1831: 323.

²⁹ Schams 1822: 457. Schams Ferenc (1780–1839) csehországi származású szőlész, a korabeli Pestet és Budát bemutató városleírásai 1821-ben és 1822-ben jelentek meg.

³⁰ Bővebben lásd Kovács 2018: 13–22.

³¹ A tanulmányban nem térünk ki a pesti Invalidus-házban 1732 és az 1780-as évek között működött konventre, amely, bár a betegstatisztikák és mustrajegyzékek tanúsága alapján rendszeresen látott el elmebetegként azonosított pácienseket is, elősorban katonai, és nem városi intézmény volt. Betegfelvételi könyvét lásd BFL VIII.1115. 1. kötet, Betegnyilvántartó anyakönyv, 1742–1780. A beteganyag 1732 és 1749 közötti összetételére vonatkozó anyagokat lásd ÖStA KA MBeh Inva Akten 4–17.

³² Buda: BFL VIII.1115. 25. kötet; Eger: MNL HML XII.6. 12–15. kötet; Pápa: MNL OL P 1260 16. tétel, 34–36. kötet; Pécs: MNL BaML XII.5. 59–60. kötet; Pozsony: MNL OL P 1259 15. doboz, 16. tétel, 2–3. kötet és 16. doboz, 16. tétel, 4–9. kötet; Vác: MNL OL P 1261 5. doboz, 7. tétel, 1. kötet.

Elmebetegekre vonatkozó információk 1743-tól állnak rendelkezésünkre, a legtöbb adat azonban az 1790-től 1830-ig terjedő időszakból maradt fenn. A 18. század végén és a 19. század elején alapított váci, pécsi és budai intézményekben csak ezekben az években készültek feljegyzések, a többi kórházban pedig jellemzően ebben az időszakban került diagnosztizálásra a legtöbb elmebeteg, különféle tünetegyüttesekkel. A vizsgálódás felső időhatárát 1830-ban jelöltük meg, ezt követően, az 1830-as évektől, a rend több intézményében (például Eger, Buda) törekvések mutatkoznak a specializált kezelésre és külön tébolyda részlegek létrehozására. Folyamatos adatsorok azonban a legtöbb kórházból nem állnak rendelkezésünkre, ennek megfelelően a pécsi rendház betegfelvételi jegyzőkönyvei 1798–1829, a budaié 1828–1831, az egrié 1761–1802, a pápaié 1758–1784 és 1820–1830, a pozsonyié 1743–1806, a vácié pedig 1792–1830 között vizsgálhatók. A kórházakba bekerülő (elme)betegek szociális hátterének feltárásához elsősorban a következő rendelkezésre álló indikátorokat érdemes figyelembe venni: a kórházak vonzáskörzete és a kórházba bekerülés esélyei (falú–város), a beteg foglalkozása, a ruházat minősége és a fizetőképesség. Egyéni életutak természetesen a jegyzőkönyvek alapján nehezen rekonstruálhatók, azonban az 1740-es évektől 1830-ig felvett információkból képzett adatsorok alapján vázlatos képet kaphatunk a kórházban ápoltak köréről.

A betegek származási helyére vonatkozó adatok értelmezése sok esetben problémás (a városok, falvak nevének pontos lejegyzése nyelvi és egyéb, például a betegek állapotából fakadó akadályok miatt nehézségekbe ütközhetett), ám az ország/régió a legtöbb esetben nagy biztonsággal azonosítható. Ennek alapján kirajzolódni látszik az, hogy bár a kórházak, a rend alapelveivel összhangban, származásra való tekintet nélkül láttak el betegeket, így sokan nyertek felvételt a Habsburg Birodalom különböző területeiről (elsősorban Alsó- és Felső-Ausztriából, a cseh és morva területekről), de a kórházak vonzáskörzete mégis mindenekelőtt a saját szűkebben vett régiójukra korlátozódott. Ennek megfelelően az egri kórházba inkább Kelet- és Északkelet-Magyarországról, elsősorban Heves és Borsod vármegyékből; a jóval kisebb váci kórházba az északi területekről; a pécsi kórházba Dél-Magyarországról, főként Baranya és Tolna vármegyékből; Pápára pedig a dunántúli régióból, mindezenekelőtt Veszprém és Somogy vármegyékből kerültek be betegek.

Az elmebetegként azonosított és a kórházba felvett falusiak és városiak aránya hasonló képet mutat a rend kórházaiban; nagyjából ugyanolyan aránnyal kerültek be mindkét településtípusról. Ez a mutató jellemzően a magyarországi településekről érkezők vonatkozásában vizsgálható, ezekben az esetekben gyakrabban jegyezték le pontosan a származási helyet. A pécsi kórház példáját tekintve ez a következőképpen alakult: az 1798 és 1829 között feljegyzett 100-ból 38 esetben azonosítható a pontos származási hely, ebből 20 beteg Pécs környéki falvakból és kisebb városokból, a többi beteg pedig Pécsről vagy egyéb nagyobb nyugat-magyarországi városokból került be a kórházba (9-9 eset).³³

³³ MNL HML XII.6. 12–15. kötet; MNL OL P 1261 5. doboz, 7. tétel, 1. kötet; MNL BaML XII.5. 59–60. kötet; MNL OL P 1260 16. tétel, 34–36. kötet; MNL BaML XII.5. 59–60. kötet.

1. táblázat

Falusiak és városiak aránya a pécsi irgalmas rendi kórházban (1798–1829)

Összesen	100 eset
Falvak, kisebb városok	20 eset
Pécs és egyéb városok	18 eset
Pontosan nem azonosítható származási hely	62 eset

Ezek az adatok korlátozottan bár – hiszen csak egyetlen betegcsoportot vettem figyelembe –, de rámutatnak az irgalmas rendiek által működtetett kórházi ellátás nyitottságára, s a kisebb településeken élők többé-kevésbé szakszerű ellátáshoz való hozzáféréseinek lehetőségeire.

A foglalkozási kategóriák is hasonló tendenciákat és arányokat tükröznek: az egyháziak alább tárgyalandó csoportja, s néhány diák vagy egyéb szellemi foglalkozásúak mellett a bekerülők túlnyomó többsége a mezőgazdasági munkát végzők, jellemzően falusi rétegek (napszámosok, földművesek), a városi iparosok alsóbb rétege (fiatal inasok), valamint a szolgálók közül kerültek ki. Az egri kórházba bekerültek aránya például a foglalkozás tekintetében egyértelműen az itt felsorolt rétegek magas számát mutatja. Az 1761 és 1802 között regisztrált 177 esetből 163 esetben azonosítható a foglalkozás: ebből 103 tartozik a szolgálók, földművesek és iparosok rétegéhez, míg 23 az egyháziak kiváltságos csoportjához, 36 a szellemi tevékenységet végzők vagy magasabb presztízst jelentő foglalkozásokhoz (például sebész, írnok, diák), egy pedig koldusként került be a kórházba,³⁴ s a rend többi kórháza esetén is hasonló arányok mutatkoznak.

2. táblázat

Foglalkozási kategóriák az egri irgalmas rendi kórházban

Összesen	177 eset
Szolgálók, földművesek, iparosok	103 eset
Szellemi foglalkozásúak	36 eset
Egyháziak	23 eset
Egyéb	1 eset
Pontosan nem azonosítható foglalkozás	14 eset

Ezek az információk, kiegészítve a ruházat minőségére („schlechte/mittlere/gute Kleidung”, amely minősítések közül a legtöbb ápolt ruházata a „rossz” vagy „nagyon rossz” kategóriába esett), valamint a fizetéképtelenségre („ohne Geld”) vonatkozó adatokkal arra mutatnak rá, hogy a rend kórházaiban ápoltak jelentős része, akik esetében rögzítésre kerültek a fizetőképességre és a ruházat minőségére vonatkozó adatok, a relatív szegénység és az abszolút szegénység közötti határon élhetett. Bár a rendi gyakorlatnak megfelelően a betegfelvételi jegyzőkönyvekben ezeknek az információknak minden beteg esetén meg kellett volna jelenniük, az

³⁴ MNL HML XII.6. 12–15. kötet.

adatokat lejegyzők sok esetben eltértek ettől, így a vonatkozó információk csupán a betegek egy része esetében állnak rendelkezésre. Az arányok azonban így is a fizetéképtelen, rossz anyagi helyzetű betegek dominanciáját mutatják.

3. táblázat

A rendi kórházakba bekerült fizetéképtelen betegek száma

Összesen	463 eset
Fizetéképtelen	252 eset
Fizetőképes	0 eset
A fizetőképesség ténye nincs rögzítve	211 eset

4. táblázat

A rendi kórházakba bekerült betegek ruházatának minőségére vonatkozó adatok

Összesen	462 eset
Rossz/nagyon rossz	178 eset
Jó	18 eset
Közepes	5 eset
A ruházat minőségére nincs adat	261 eset

E gondolat kiegészítéseként, szintén visszakanyarodva a bevezetőben felvázolt szegénység-betegség/örület-munkaképtelenség összefüggésrendszerhez, érdemes megvizsgálnunk néhány olyan esetet, amikor egy-egy egyén sorsa hosszabb ideig nyomon követhető a kórházi betegfelvételi jegyzőkönyvekben. A szegénykérdés szempontjából az összes eset közül talán a legszembetűnőbb annak a Georg Rosendorfer nevű, 27 éves, epilepsziával diagnosztizált budai, a város által is számontartott („städtisch”) koldusnak az esete, aki 1829. november 5. és 1830. december 18. között háromszor került be, illetve vissza a Budai Irgalmasrendi Kórházba. Az ingyenes ellátásban részesülő Rosendorfer első kórházi tartózkodása után „nagyon rossz” („sehr schlecht”) ruházatban került vissza a kórházba, ahol második alkalommal négy hónapot (1829 decembere és 1830 áprilisa között) töltött el, majd egy harmadik alkalommal a ruházatára tett megjegyzés értelmében szintén „rossz” állapotban került vissza a kórházba. Az újrafelvételek gyakorisága (egy év alatt három alkalommal) jelezheti a kórházi ellátás hiányosságait, a gyakran elmebetegséggént is azonosított epilepsziás állapota gyógyíthatatlanságát, bejegyzett koldus státusza pedig – valószínűleg betegségére révén – lehetetlenné tette számára a munka világába történő integrációt.³⁵

Az elmebetegség miatt a munkából való hosszabb, több hónapos kiesést – amely, bár további adataink nincsenek az alábbi esetekre, tartósabb anyagi gondokhoz is vezethetett – jól illusztrálja két visszaeső a pécsi kórházba bekerültek közül. A hazájától, Bajorországtól távol mániával diagnosztizált Bartholomeus

³⁵ BFL VIII.1115. 25. kötet.

Sedelmayer 29 éves mézeskalácskészítő-inas két alkalommal került be a kórházba 1817 októbere és decembere között. A Somogy vármegyei Törökkoppányról származó Zana János 25 éves szabóinas szintén mániás állapotban került a kórházba három alkalommal 1815 szeptembere és 1816 szeptembere között. Mindkét visszaeső mellé feljegyezték a fizetésképtelenség és rossz ruházat tényét, valamint családi állapotukat és a szüleikre vonatkozó adatokat: a két fiatal inas nőtlen („ledig”) és árva („elternlos”) volt.³⁶ Ezen információk összessége (gyenge szociális és családi háló, a betegség gyógyíthatóságának/gyógyíthatatlanságának relativitása, pénztelenség és a munkából való kiesés és munkaképtelenség) az abszolút szegénység felé vezető út lépcsőfokainak is tekinthetők.

A visszaesők, valamint a kórházban hosszabb ideig ápoltak között nagyobb arányban találunk azonban olyan elmeháborodott egyháziakat, akik esetében – ezt mutatják például az egri kórház jegyzőkönyvei³⁷ – nem volt ritka, hogy akár több évig a kórház valamelyik „extra” szobájában tartózkodtak. Esetükben a feladataik ellátására való képtelenséget és a munka világából való kiesést ellensúlyozta az irgalmasok által biztosított védőháló. 1783-ban II. József – a korábbi gyakorlatot törvénybe foglalva – elrendelte, hogy az irgalmas rendiek kötelesek gondoskodni az elmebetegséggel diagnosztizált egyháziakról (leggyakrabban szerzetesekről, plébánosokról, a saját rendjük tagjairól) a szolgálati helyükhöz legközelebb eső kórházban.³⁸

A 19. század első harmadára a rend nagyobb kórházaiban az elkülönítő szobákat elsősorban az egyháziak használatára tartották fenn;³⁹ azonban azzal, hogy egyre nagyobb arányban kerültek elmebetegek a rend kórházaiba, az elkülönítő szobáknak új funkciót (is) kellett biztosítani. 1793-ban Prágában a 108 ágygal rendelkező kórházban csak nagyon kis számban tudtak helyet biztosítani az elmeháborodottak számára⁴⁰ annak ellenére, hogy 1783-ban már külön tébolydaépületet építettek a kórházba bekerülő egyháziaknak, ahol 17 szoba állt rendelkezésre, valamint egy közös ebédlő a nyugodt betegek számára. Az 1810-es évek közepétől azonban az 1790-ben alapított prágai közkórház részeként működő tébolyda már nem tudott helyet biztosítani az egyre növekvő számú elmeháborodottnak, így 1815-től az irgalmasok 17 további betegnek nyújtottak valamiféle ellátást.⁴¹

Hasonló volt a helyzet a magyarországi kórházakban is, ahol a kórházi jegyzőkönyvek tanúsága szerint eleinte jórészt az egyháziak számára volt nyitott az

³⁶ MNL BaML XII.5. 60. kötet, oldalszám nélkül.

³⁷ MNL HML XII.6. 12–15. kötet.

³⁸ Vö. Hofdekret vom 8. April 1783. In: Kropatschek (Hg.) 1785a: 370. Kiegészítéseit lásd Hofdekret vom 3. März 1783; Hofdekret vom 8. Juli 1783; Hofdekret vom 20. Mai 1783. In: Kropatschek (Hg.) 1785b: 228.

³⁹ Martin 1832: 140; Schams 1822: 457; Held 1823: 81.

⁴⁰ Bayer 1793: 27.

⁴¹ Held 1823: 81.

elkülönítés és a magasabb színvonalú ellátás lehetősége.⁴² A két egyházi szempontból is jelentős központ közül az egi kórházban az összesen 177 esetből 1761 és 1802 között 22-szer vettek fel egyházi személyt, akik közül 19-en kerültek „extra” szobába, míg a fennmaradó 155 világi beteg közül 17 került elkülönítő szobába a 18. század utolsó két évtizedében.⁴³ Az arányok a váci kórházban is egyértelműen az egyháziak javára tolódtak el, itt az összesen 33 esetből 13 volt egyházi, akik közül 12-en kerültek extra szobába, és mindösszesen egy világit különítettek el.⁴⁴ A pápai, pécsi és pozsonyi kórházban viszont, bár e számok az összes beteghez viszonyítva kiegyenlítettnek tűnnek, figyelembe kell vennünk azt, hogy – mivel az elmebeteg egyháziakat kötelező volt felvenni a rend kórházaiba – arányuk magasabb lehetett a társadalmi arányuknál.

Feltételezésem szerint azokban esetekben, amikor valamilyen státuszbeli különbség nem indokolhatta az elkülönítést (mint az egyházi vagy magasabb presztízsű világi személyeknél), például a földművesek, napszámosok, szolgák és inasok esetén, mivel nem került minden elmebeteg külön szobába, az izoláció okát a betegek állapotában (őrjöngő, mániás, nyugtalan) kereshetjük. A betegfelvételi jegyzőkönyvekben más betegségtípusok esetén nem jelenik meg az „extra” kategória, ennek megfelelően az izoláció tekinthető az elmebetegek esetén alkalmazott eljárásnak. Gyakorlati megvalósításáról viszonylag kevés adattal rendelkezünk, azonban a számadáskönyvekben feljegyzett kiadások alapján többé-kevésbé nyomon követhető például a pozsonyi irgalmasok törekvése 1795-től arra, hogy külön felügyelőt biztosítsanak az elmebetegek számára,⁴⁵ ahogy például az is tetten érhető, hogy milyen típusú eszközöket alkalmaztak az elmeháborodottak fegyelmezésére. Az egi kórház számadáskönyveiben 1807-ben külön tételként megjelenik a „Narrenhaus”, amely számára az 1820-as évekig folyamatosan lakatokat és láncokat vásárolnak, a pápai kórház kiadásai között pedig 1826 novemberében egy fenyítőszék („Strafsessel”) jelenik meg az elmeháborodottak számára.⁴⁶ Ezek az információk meglehetősen árulkodók a velük szemben alkalmazott eljárások jellege és a feléjük irányuló attitűdök tekintetében is, különösen annak tükrében, hogy Európa bizonyos részein (Franciaország, Anglia, bizonyos itáliai és német területek) ez az időszak számított a „terápiás optimizmus”, azaz a (morális) terápiába, a humánusabb bánásmódba és az elmebetegek gyógyíthatóságába vetett hit felvirágzásának.

⁴² Az egi kórházban például az elmeháborodott egyháziakhoz havonta többször járt borbély. Vö. MNL HML VIII.802. 1. kötet, Geldausgab auf verschiedene Kranken Zimmers-Nothwendigkeiten.

⁴³ MNL HML XII.6. 12–15. kötet.

⁴⁴ MNL OL P 1261 5. doboz, 7. tétel, 1. kötet.

⁴⁵ MNL OL P 1295, Pozsonyi rendház, 10. csomó, 21. kötet, Számadáskönyv (1795–1829).

⁴⁶ MNL HML VIII.802.1. kötet, Geldausgab auf verschiedene Kranken Zimmers-Nothwendigkeiten; MNL OL P 1260, Pápai rendház 8. tétel 19. kötet, Számadáskönyv (1821–1856).

AZ ELMEBETEGSÉGEK AZONOSÍTÁSA AZ IRGALMAS REND MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZAIBAN

Ahogy az eddigiekben összefoglaltak is rámutatnak, a rend kórházaiba felvett betegek állapotára és a kezelés módjaira vonatkozó információk csupán részlegesen rekonstruálhatók. A betegfelvételi jegyzőkönyvekben megjelenő „extra” jelzés, a számadáskönyvekben foglalt tételekkel kiegészítve megvilágítja azt, hogy az őrző, nyugtalan betegek elkülönítése és fegyelmezése fontos szempontként jelent meg az intézményekben. Ez a gyakorlat alapvetően tükrözi azt a szemléletet, amely a 18–19. század fordulóján megjelent normatív, például orvosrendészeti, valamint tébolydaépítéssel és térszervezéssel kapcsolatos munkákban is kiemelt figyelmet kapott. Bár e szempont eltérő hangsúlyokkal jelent meg, de a korszak vonatkozó, e tekintetben normaadó orvosi szövegeiben a vagyoni és státuszbeli megkülönböztetés mellett a gyógyítás szempontjából is elsőrendű feladatnak tekintették a nyugodt és őrző betegek különválasztását, akik így nem gyakorolhatnak negatív hatást egymás gyógyulására.⁴⁷

Esetleírások hiányában azonban arra nézve, hogy a jegyzőkönyvekben jelzett diagnózisok az egyes esetekben pontosan milyen tünetek alapján kerültek lejegyzésre, és hogy ezek mögött milyen betegségek állhattak, csupán a korszakban divatos tünetegyüttesek értelmezési keretét segítségül hívva tájékozódhatunk. Ugyanígy nem rendelkezünk információkkal a diagnózist felállító, a rendi kórházakban alkalmazott városi orvosok személyére, tanulmányaira és műveltség-állományára nézve sem, amely további támpontot nyújthatna a betegségértelmezések megfejtéséhez.

A gyakran előforduló, minden kórházban hasonló fogalmakkal leírt betegségtípusok korabeli értelmezései nyomán azonban felmerülhet a kérdés, hogy mely tényezők játszhattak szerepet egy-egy betegségtípus azonosításában. Az elmebetegségek esetén ez kettős szempontrendszerrel jelenthetett: az azonosítás végbemehetett egyrészt fiziológiás tünetek, másrészt pedig a (kóros) viselkedési mintázatok felismerése nyomán. Bár a vizsgálható időintervallumok több esetben nem egyeznek, ami torzító hatással lehet az arányokra, az összes évet és az összes beteg számát figyelembe véve az egyes kórházakba kevés, évi átlagban 1–4 elmebeteg került be,⁴⁸ azonban esetenként hosszabb, 30–40 éves periódusonként vizsgálódva összesen 463 esetről beszélhetünk. A több száz eset és a diagnózisok alapján pedig kirajzolódni látszanak bizonyos tendenciák.

Az összes diagnosztizált betegség közül jelentősen kisebb arányban kerültek be olyan állapotokban szenvedők, amelyek fiziológiás tüneteik révén voltak elmebetegséggént azonosíthatók. Ilyen például a lázas, önkívületi állapottal járó és gyakran halálos kimenetelű *phrenitis*, amely az egyes rendi kórházakban az esetek 1–15%-ában jelentette a hospitalizáció alapját, a görcsrohamokkal jelent-

⁴⁷ Ennek részletesebb kifejtését lásd Kovács 2018: 18–20.

⁴⁸ Évi átlagok: Pozsony: 1 eset; Pécs: 3 eset; Vác: 1 eset; Eger: 4 eset; Pápa: 2 eset; Buda: 3 eset.

kező, idegrendszeri betegségként azonosított epilepszia, amely az összes kórházi eset 4–28%-ában fordult elő, valamint a pécsi kórházban 2 vitustánccal (*cho-rea Sancti Viti*) diagnosztizált beteg, akiknek tünetei – a betegségre jellemzően – feltehetően akaratlan izommozgásokban nyilvánultak meg. Ezeknél azonban jóval magasabb arányban jelentek meg a korszakban elsősorban (bár nem kizárólag) kóros viselkedési mintázatok alapján azonosított tünetegyüttesek, amelyek közül a mánia (24–37%) és a hipochondria (6–43%), valamint kisebb részben a melankólia (1–9%) kerültek regisztrálásra az irgalmasok kórházaiban.

A mániás és melankóliás hajlamot a 18. században gyakran – mai fogalommal élve – „spektrumzavarként” írták le, amely időnként felfokozott állapotban, időnként pedig levertségben mutatkozott meg. Rác Sámuel, a pesti egyetem professzora például arra hívta fel a figyelmet, hogy a két betegség ugyanazon kiváltó okok miatt nem választható el egymástól, s a betegségek karakterét a következőképpen határozta meg:

„Melancholiának az a betegség neveztetik, a’ mellyben az ember szomorú, gondolkodó, az emberek társaságától fut, különösen, s egyedül szeret lenni, és egy vagy több dolgokról rendetlenül s nem igazán ítél. [...] Mániának az a betegség hivattatik, a mellyben az ember állandóul esze nélkül beszéll, és néha nagyon mérges, sőt nagyon dühöskedik is.”⁴⁹

Rác 1801-ben *Orvosi praxis* címmel megjelent, a pesti orvosi fakultáson tankönyvként is használt kötetében megjelent definíciója amellel, hogy könnyen beazonosíthatóvá teszi a két betegségtypust, az azonosítás módszerét mindegyiknél a viselkedési mintázatok megfigyelésében jelöli ki.

A „férfiak hisztériájaként” definiált hipochondria esetén a 18. század fogalmai szerint a fiziológiás és mentális tünetek kiegészítik, sőt gerjesztik is egymást. A két tünetegyüttest szintén egy spektrumra helyezve, a hisztériát klasszikusan a nők, a hipochondriát pedig a férfiak tipikus tünetegyütteseként kezelve a korszak orvosi irodalma a két betegséget a gyomorból és a hasi tájékról⁵⁰ kiinduló, rohamokkal, görcsökkel, lázzal és fulladással kísért betegséggént írják le,⁵¹ a férfiak esetében a következő hangulati tünetekkel:

„A Hypochondriacus emberek igen érzékenek, szomorúak, semmire magokat nem veszik, senkinek és semminek nem hisznek, semmiben nem biznak, félnek, néha hirtelen minden tsekélységért megharagusznak, semmivel sem gondolnak, a magok sorsokkal meg nem elégednek.”⁵²

⁴⁹ Rác 1801: 568.

⁵⁰ Ezt a betegségek elnevezése is tükrözi: a hipochondria elnevezése a *hipochondrium*ból (borda alatti tájék), a hisztériáé pedig a méh görög nevéből származik.

⁵¹ Mátyus 1793: 550–551; Rác 1801: 463–463.

⁵² Rác 1801: 456.

Ezek a tünetek az „erőszakos képzelődő erő”, a halálfélelem és az unalom hatására⁵³ kiegészülhetnek a hypochondria modern definíciójában foglalt elemekkel, azaz a képzelt betegségekől való kóros rettegéssel. Ezekből a definíciókból is kitűnik azonban a mentális betegségek megfoghatatlansága, a tünetegyüttesek képlékenysége és gyakori összemosása, amely további nehézséget jelent az egyes, a betegfelvételi jegyzőkönyvekben szereplő diagnózisok megfejtésében. A férfiakra és nőkre jellemző mentális betegségek megkülönböztetése azonban tudatosnak tűnik a rendi kórházak esetében: míg az irgalmasok fennmaradt jegyzőkönyveiben egyetlen „hisztériásként” azonosított férfibeteget sem szerepel, a budai Erzsébet-apácák női kórházában egyéb betegségek mellett (epilepszia, ideggyengeség) kizárólag hisztériás eseteket jegyeztek fel.⁵⁴

Az irgalmasok pozsonyi⁵⁵ és pécsi⁵⁶ kórházában viszonylag magas arányban (az összes beteg 29 és 36%-a) megjelent továbbá egy olyan tünetegyüttes, amely esetében – mivel a korszak orvosi irodalmában még alig tárgyalt diagnózisról van szó – a testi és/vagy mentális betegséggként való azonosítást a retrospektív diagnosztika elkerülése érdekében mindkét esetben fenntartásokkal kell kezelnünk. A „debilitas” kifejezés modern fogalmaink szerint egyértelműen a mentális és kognitív zavarok kontextusában lenne értelmezhető, ebben a korai időszakban azonban nem dönthető el egyértelműen, hogy a források az elme gyengeségét vagy a test általános gyengeségét jelölik meg a kórházba kerülés okaként.⁵⁷ A pontos azonosítás, valamint az elmebetegség *betegséggként*, és nem elsődlegesen a normáktól eltérő viselkedésként való értelmezésének problémáira hívja fel a figyelmet az a néhány eset is, amikor a diagnózis csupán a lélek szenvedélyeire („passione animi”) és az illető „örületére” („mente captus”, „lunatio”, „gyratio”, „corruptio”) utal pontosabb meghatározás és az orvosi szakterminológiában bevett fogalmak használata nélkül.

A gyógyítás és gyógyíthatóság kérdései a vizsgált források esetében mindekelőtt a kórházban eltöltött idő, az ápolási napok száma tekintetében, valamint a visszaeső betegek esetében vizsgálhatók. Bár hosszabb távú, összefüggő adatsorok az összes kórházból nem állnak rendelkezésünkre, amelyek árnyalhatnák az elemzést, a meglévő adatok alapján a kórházba visszakerülő elmebetegek aránya az összes elmebetegéhez képest elhanyagolhatónak tűnik: a pápai kórházban 72 esetből 2, a pécsiben 100 esetből 4, a budaiban 9 esetből 1, az egriben 177 esetből 11, a váciban 33 esetből 4, a pozsonyi kórházban pedig 72 elmebetegből egy sem került vissza a kórházba. Azok azonban, akik visszakerültek, átlagosan 3–6 hónapnyi időt töltöttek el a kórházban, a leghosszabb tartózkodás

⁵³ Hufeland 1798: 63–64.

⁵⁴ Vö. BFL XII.2. 1. nagydoboz, Aufgenommene Kranke vom November 1785 bis Februar 1797.

⁵⁵ MNL OL P 1259 15. doboz, 16. tétel, 2–3. kötet és 16. doboz, 16. tétel, 4–9. kötet.

⁵⁶ MNL BaML XII.5. 59–60. kötet.

⁵⁷ Pápai Páriz Ferenc *Dictionarium*ának 1762-es kiadásában a „debilitas” kifejezés erőtlenségként, a „debilitas animi” pedig gyengeséviségként jelenik meg, pontosabban azonban ő sem definiálja a kifejezést. Vö. Pápai Páriz 1762: 201.

időtartama két év volt. Az ápolási napok átlagos száma azonban a legtöbb intézményben nem érte el a 20 napot (Eger: 16 nap, Pécs: 19 nap, Pozsony: 19 nap, Pápa: 15 nap, Buda: 19 nap), az egyetlen kivételt a rend váci kórháza jelentette, ahol az átlag 42 nap volt, ezt azonban nem feltétlenül az ellátás és a gyógyításra szánt idő minőségének és mennyiségének arányossága, hanem sokkal inkább az indokolhatta, hogy itt jóval nagyobb számban ápoltak egyháziakat, mint a rend más kórházaiban. Az átlagosan 15–19 nap azonban mentális betegségek esetében, amelyek terápiája akár évekig tartó folyamat is lehet, feltehetően nem volt elegendő a gyógyuláshoz, még akkor sem, ha a kórházi jegyzőkönyvek sokszor gyógyultnak („gesund hinaus”, „gesund entlassen”) tekintették az illetőt, ami feltehetően nem ténylegesen visszanyert egészséget, csupán tünetmentességet jelenthetett.⁵⁸

* * *

A rendi kórházakba bekerülő „szegény elmebetegek” esetében tehát aligha lehetett szó valós gyógyításról vagy terápiáról, az itt eltöltött rövid idő sokkal inkább jelenthette egyfajta alapszintű ellátás biztosítását, a kórház pedig mindenekelőtt egyfajta időleges „menedékhelyként” funkcionálhatott számukra. Mivel a korszakban az elmeháborodottak esetén még nem beszélhetünk egy jól elkülöníthető csoportról, a társadalmi és hatalmi diskurzusokban az elmebeteg alakja általában nagyobb, körülhatárolhatóbb, a munka világán kívül elhelyezkedő vagy állapota révén abból kieső csoportok részeként és/vagy ezek keresztmetszetben jelenik meg az éppen formálódó szociális ellátórendszer különböző pontjain (kórházakban, szegényházakban) vagy pedig a büntető-fegyelmező intézményrendszerben (börtönökben, dologházakban) mint érdemes vagy érdemtelen szegény vagy bűnelkövető.⁵⁹ Rendkívül jelentős előrelépés azonban, hogy ez a több szempontból is marginalizált és hátrányos helyzetű réteg, bár elsősorban még az egyházi gondoskodás színterein, de a 18–19. század fordulójára – az ellátást biztosító kisebb közösségek, elsősorban a család, valamint a normatív-fegyelmező intézmények és intézkedések mellett – részben Magyarországon is már medikalizált kontextusban, a kórházi ellátásban jelent meg, ahol bizonyos mértékben már sor került állapotaik a korabeli orvosi-diagnosztikai kategóriák mentén való azonosítására és leírására, valamint a többi betegől való elkülönítésére.

⁵⁸ BFL VIII.1115. 25. kötet; MNL HML XII.6. 12–15. kötet; MNL OL P 1260 16. tétel, 34–36. kötet; MNL BaML XII.5. 59–60. kötet; MNL OL P 1259 15. doboz, 16. tétel, 2–3. kötet és 16. doboz, 16. tétel, 4–9. kötet; MNL OL P 1261 5. doboz, 7. tétel, 1. kötet.

⁵⁹ Bővebben lásd Kovács 2018: 9–13.

FORRÁSOK

Budapest Főváros Levéltára (BFL)

VIII.1115. Irgalmasrend Nyilvános Jellegű Budapesti Kórházának iratai, Betegnyilvántartó anyakönyv (1742–1780), (1828–1831)

XII.2. A Budai Szent Erzsébet Apácák Női Kórházának Iratai, Aufgenommene Kranke vom November 1785 bis Februar 1797.

Magyar Nemzeti Levéltár Baranya Megyei Levéltára (MNL BaML)

XII.5. Irgalmas Rend pécsi rendháza iratai, Betegfelvételi jegyzőkönyvek (1798–1829)

Magyar Nemzeti Levéltár Heves Megyei Levéltára (MNL HML)

VIII.802. Egri Irgalmasrendi Kórház iratai, Geldausgab auf verschiedene Kranken Zimmers-Nothwendigkeiten (1795–1825)

XII.6. Egri Irgalmas Rendház iratai, Betegfelvételi naplók (1761–1802)

Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára (MNL OL)

P 1259 Irgalmasrend pozsonyi rendháza, Betegfelvételi könyvek (1743–1807)

P 1259 Irgalmasrend pozsonyi rendháza, Számadáskönyv (1795–1832)

P 1260 Irgalmasrend pápai rendháza, Betegfelvételi jegyzőkönyvek (1758–1833)

P 1260 Irgalmasrend pápai rendháza, Számadáskönyv (1821–1856)

P 1261 Irgalmasrend váci rendháza, Betegfelvételi jegyzőkönyv (1792–1822)

Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA KA)

Mittelbehörden, Invalidenhofkommission und Invalidenhauptamt, Akten 4–17. (1732–1749)

Vác Város Levéltára (VVL)

XII.12. Az Irgalmas Rendi Váci Rendházának, Kórházának és Gyógyszertárának iratai, Rendházigazgatási alapszabályok, Inventáriumok (1819, 1828)

XV.47. Pottornyai Gyula: *Vác város egészségügyének története 1935-ig.* (Kézirat, 1974.)

Bayer, Taddäus Edler von 1793: *Beschreibung der öffentlichen Armen-Versorgungsanstalten in der königl. böhmischen Hauptstadt Prag.* Prag.

Bél Mátyás 2001 [1730–1735]: *Heves megye ismertetése.* (Szerk.: Bán Péter, ford.: Kondorné Látkóczki Erzsébet.) Eger.

Bright, Richard 1818: *Travels from Vienna through Lower Hungary.* Edinburgh.

Gorove László 1828: Eger várossa történeteinek Bérekesztése. *Tudományos Gyűjtemény* 9. 3–28.

Held, Johann Theobald 1823: *Kurze Geschichte der Heilanstalt der Barmherzigen Brüder in Prag.* Prag.

- Horn, Wilhelm 1831: *Reise durch Deutschland, Ungarn, Holland, Italien, Frankreich, Großbritannien und Irland: in Rücksicht auf medicinische und naturwissenschaftliche Institute, Armenpflege u. s. w. Deutschland, Ungarn, Holland, Erster Band.* Berlin.
- Hufeland, Christoph Wilhelm 1799: *Az ember élete' meg-hosszabbításának mestersége / Hufeland Kristóf Wilhelm; a' második kiadás szerint fordította, ... meg-bővítette Kováts Mihály.* Pest.
- Kropatschek, Joseph (Hg.) 1785a: *Handbuch aller unter der Regierung des Kaisers Joseph des II. für die K. K. Erbländer ergangenen Verordnungen und Gesetze in einer systematischen Verbindung enthält die Verordnungen und Gesetze vom Jahre 1780. bis 1784., Erster Band.* Wien.
- Kropatschek, Joseph (Hg.) 1785b: *Handbuch aller unter der Regierung des Kaisers Joseph des II. für die K. K. Erbländer ergangenen Verordnungen und Gesetze in einer systematischen Verbindung enthält die Verordnungen und Gesetze vom Jahre 1780. bis 1784., Zweiter Band.* Wien.
- Martin, Anselm 1832: *Kranken- und Versorgungs-Anstalten zu Wien, Baaden, Linz und Salzburg in medizinisch-administrativer Hinsicht betrachtet von Anselm Martin.* München.
- Mátyus István 1793: *Ó és új diaetetica az az: Az életnek és egészségnek fenn-tartására és gyógyoltására Istenől adatott ... természeti eszközöknek a' szerint való elészámlálása, amint ... vélek éltek az emberek.* 6. kötet. Pozsony.
- N. N. 1753: *Manuale oder Hand-Büchlein Religionis: In 3 Theil abgetheilt; Nebst. e. Anh. unterschiedl. Gebethern und Benedictionen.* Prag.
- N. N. 1928: *Az Istenes Szent János betegápoló rendjének alkotmánya.* Budapest.
- Pápai Páriz Ferenc 1762: *Dictionarium Latino–Hungaricum.* Tyrnaviae.
- Rácz Sámuel 1801: *Orvosi praxis.* Pest.
- Schams, Franz 1822: *Vollständige Beschreibung der königl. freyen Haupt Stadt Ofen in Ungern.* Ofen.
- Schlesinger, Ignatius 1840: *Medicinische Topographie der königlichen Freistädte Pesth und Ofen, eine von der löblichen medicinischen Facultät gekrönte Preisschrift.* Pest.
- Stelzig, Franz Alois 1824: *Versuch einer medicinischen Topographie von Prag, Zweiter Band.* Prag.
- Wertheim, Zacharias 1810: *Versuch einer medicinischen Topographie von Wien.* Wien.

HIVATKOZOTT IRODALOM

- Bartlett, Peter 1999: *The Poor Law of Lunacy. The Administration of Pauper Lunatics in Nineteenth-Century England.* London–Washington.
- Boros László – Kalmár Lajos – Süle Tamás 2015: *A pécsi irgalmasok.* Pécs.
- Boulton, Jeremy – Black, John 2011: 'Those, That Die by Reason of Their Madness': Dying Insane in London, 1629–1830. *History of Psychiatry* (23.) 1. 27–39.
- Breznay Imre 1933: *Eger a XVIII. században.* Eger.
- Digby, Anne 1985: *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796–1914.* Cambridge.

- Dross, Fritz 2005: „Der Kranke allein ist arm”. Die Diskussion über den Zusammenhang von Krankheit und Armut um 1800. *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* (92.) 1. 1–15.
- Ebelová, Ivana: Die Entstehung der ersten Krankenhäuser – Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und der Elisabethinerinnen. In: Scheutz, Martin – Sommerlechner, Andrea – Weigl, Herwig – Weiss, Alfred (Hgg.): *Europäisches Spitalwesen: institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospital and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe*. Wien, 403–408.
- Foucault, Michel 2000: Örület és társadalom. In: Foucault, Michel: *Nyelv a végtelenhez: tanulmányok, előadások, beszélgetések*. (Szerk.: Sutyák Tibor.) Debrecen, 251–270.
- Foucault, Michel 2004: *A bolondság története*. Budapest.
- 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.
- Hufton, Olwen H. 1974: *The Poor of Eighteenth-Century France, 1750–1789*. Oxford.
- Jelínek, Petr 2007: Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1683–1711). *Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung* (115.) 3–4. 369–393.
- Jelínek, Petr 2012: Das Klosterkrankenhaus des Ordens der Barmherzigen Brüder in Brünn und seine Krankenprotokolle (1748–1780). *Virus: Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* (11.) 167–192.
- Jütte, Robert 1994: *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*. Oxford.
- Kiss József 1987: Katonai rendtartás és ellátás a Pesti Invalidus Házban az 1720–1730-as években. *Hadtörténelmi Közlemények* (34.) 2. 235–269.
- Kiss József 1988: Nehéz idők a Pesti Invalidus Házban az 1730-as években. *Hadtörténelmi Közlemények* (35.) 4. 607–637.
- Kiss József 1990: Az Irgalmas Rend első konventjei hazánkban. *Vigilia* (55.) 10. 739–744.
- Kovács Janka 2018: Elmebetegügy a 18–19. század fordulóján: elméleti keretek, koncepciók, megoldási javaslatok. *Korall* (19.) 71. 7–26.
- Kläui, Christian 1986: Vom irren Armen zum armen Irren. Eine Untersuchung zu Irrenwesen und Irrsin im barocken Rom. *Gesnerus: Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences* (43.) 3–4. 279–298.
- 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 (Hg./eds): *Europäisches Spitalwesen: institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospital and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe*. Wien, 455–475.
- Lipp Mónika 2012: The Convent, Hospital and Church of the Brothers Hospitalers in Eger in the 18th century. In: Barth-Scalmani, Gunda – Bürgerschwentner, Joachim – König, Matthias – Steppan, Christian (Hg./eds): *Forschungswerkstatt: Die Habsburgermonarchie im 18. Jahrhundert / Research Workshop: The Habsburg Monarchy in the 18th Century*. Bochum, 103–115.
- Lipp Mónika 2013: *Az egri irgalmasrendi kolostor, templom és kórház XVIII. századi berendezése*. (PhD-disszertáció.) Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

- Ringelmann Béla (szerk.) 1960: *Emlékkönyv az egri Megyei Kórház fennállásának 10. évfordulójára*. Eger.
- Rushton, Peter: 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 1993: *The Most Solitary of Afflictions. Madness and Society in Britain, 1700–1900*. New Haven–London.
- Tokaji-Nagy Tivadar 2001: *Az Irgalmas Rend működése Pesten és Budán*. Budapest.
- Török József 2016: Beteg voltam, és ápoltatok... az Irgalmas Rend. *Élet és Tudomány* (61.) 13. 393–395.
- Watzka, Carlos 2005: *Vom Hospital zum Krankenhaus: zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*. Köln–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.
- Watzka, Carlos 2009: Psychiatrische Anstalten in Österreich, 1780–1850. Eine Übersicht aus wissenschaftsgeschichtlicher und soziologischer Perspektive. *Österreich in Geschichte und Literatur* (53.) 4. 356–372.
- Watzka, Carlos – Jelínek, Petr 2009: Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung: das Beispiel des Ordenshospitals der Barmherzigen Brüder in Feldsberg/Valtice und seiner Patienten, 1630–1660. *Medizinhistorisches Journal* (44.) 3–4. 235–273.
- Watzka, Carlos 2017: Krankenpflege als soziale Praxis in den Hospitälern der Barmherzigen Brüder in Österreich im 17. und 18. Jahrhundert. Eine Übersicht auf Grundlage insbesondere des „Manuale oder Hand-Büchlein Religionis B. Joannis Dei“ von 1681 sowie der Wiener und Grazer Hospitalinventare. *Virus: Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* (16.) 65–98.