

A BETEG SZÉCHENYIRŐL

Csorba László

CSc, egyetemi docens, főigazgató,
Magyar Nemzeti Múzeum,
ELTE BTK Történelmi Intézet
csorba@hotmail.com

A terjedelmes – és még napjainkban is egyre gyarapodó – Széchenyi-irodalomban viszonylag kevés munka foglalkozik a „legnagyobb magyar” betegségével. Sőt, ha belelapozunk a kötetekbe, legelső benyomásunk az lesz, hogy a szerzők jelentős része már eleve, a dolgok legegyszerűbb jelenszintjén is erősen vitatja, mi több, tagadja, hogy a gróf beteg volt-e egyáltalán. Miképp lehetséges ez? Azt gondolhatnánk, hogy a pszichiátria tudományának az elmúlt másfél évszázadban lezajló fejlődése nyomán mindaz, amit a lelki és elmebetegségekről a szélesebb közvélemény tudhat, azért annak minimális megállapításához már elég, hogy valakiről legalább annyit egy laikus is megmondhasson: szellemileg ép-e vagy sem? E feltételezést láthatóan alátámasztja az a tény, hogy számos Széchenyi-biográfus cselekszik annak szellemében, mintha ez a pszichiátriai „köztudás” valóban létezne. Zömük minden kétely nélkül véli úgy, hogy kellő morális és szakmai kompetenciával rendelkezik arra vonatkozóan, hogy a gróf elmeállapotáról nyilatkozzék, miközben nem érzi problémának azt, hogy semmilyen elme- és idegyógyászati szakképesítéssel nem rendelkezik. De igaz ez valóban? Tényleg bármelyikünk meg tudja állapítani bármelyikünkéről, hogy lelkileg-szellemileg egészséges-e, vagy sem?

Az a kérdés, hogy az elmekörtan eredményei, belső fejlődése, az általa követett elméleti megfontolások, módszerek stb. mennyire közismertek – vagy épp fordítva: mennyire ismeretlenek – a szélesebb közvéleményben, önálló terület, és vizsgálata elvezet a Széchenyi-kutatás problematikájától. De ide tartozik, hogy figyelmeztessünk arra a közismert szociológiai tényre, hogy a mindenkori társadalmi nyilvánosságban a laikus „tudás” és a valódi szakismeretek között sajátos, hullámzó viszony feszül. Attól függően, hogy a mindennapi élet szükségletei mit állítanak előtérbe, növekedhet, illetve csökkenhet egy adott szakterület ismeretanyagának közismertsége. Nem kérdéses, hogy például az elektromos hálózat vagy a vízvezetékrendszer urbanisztikai kiépülése következtében a lakosság általános fizikai tudása emelkedett stb. Nyilván így van az egészségügyi ismeretekkel is, alighanem valamiképp az emberi kultúra hajnala óta. E jelenségen szellemes áltörténelmi mesében tréfálkozik Móra Ferenc. Eszerint Parázsó, az udvari bolond felkötö kendővel az állat, mint ha a foga fájna, és ezernyi jó tanácsot begyűjtve bizonyítja be Bethlen Gábor fejedelemnek, hogy igenis az orvosi mesterség az, amelyhez a legtöbben értenek széles e világon!

A mese az egészségügyi ismeretek valóban imponáló elterjedtségére figyelmeztet, ám e

tényből az is következik, hogy a közvélemény a legtöbbször nincs annak tudatában, hogy ezek az ismeretek sokszor mennyire felszínesek, és mennyire elmaradnak a szaktudomány aktuális fejlődésétől. A laikust lenyűgözi id. Peter Brueghel mester fantasztikus erejű önarcképe – de csak a szakorvos veszi észre, hogy az ecsetet tartó kezét pontosan milyen ízületi betegség torzítja sajátos görcsbe. A közvélemény különösen azokon a területeken nem érzékeli az orvosi szaktudás szükségességét, amelyek közvetlenül érintkeznek a mindennapi élettel. *Ez nem normális!* – jelentjük ki százszor embertársainkról, arra utalva, hogy az illető valamiképp megszegette a szerintünk és környezetünk szerint éppen érvényes magatartási normákat. E fölkiáltás tartalma sokszor orvosi vonatkozású: az illető azért sérti meg a normát, mert „bolond”, mert annak követésére úgymond elmebetegsége miatt képtelen. A közvélemény a szélsőséges esetekben persze már ma is belátja saját illetéktelenségét: természetesnek tekinti mindenki, hogy például különösen durva bűncselekmények elkövetésekor a bíróság elmeorvosi vizsgálatot rendel el. De kevésbé kiélezett eseteknél nincs ilyen egyetértés – és annál inkább nincs, mert ma már az is szociológiai ténynek számít, hogy a „normalitás” határai koronként, közösségenként, kultúránként stb. változhatnak. A „normalitás” aktuális tartalmát meghatározni mindig csak a mindenkori környezet vizsgálatával szoros kölcsönhatásban lehet. Ezt a „relativizálódást” azonban a közösség nem szívesen látja be, hiszen ezáltal csökken a normák meghatározásának „objektív” érvényessége, azok „nyilvánvalósága”, és így a magatartást szabályozó hatása.

Konkrét témánk vonatkozásában mindez elsősorban abban jelenik meg, hogy a közvélemény által a pszichiátriai jelenségekre hasz-

nált kifejezések nem azonosak a szakma saját nyelvhasználatával. A mindennapi beszédben például különbséget teszünk a „lelki betegség” és az „elmebetegség” fogalmi között, az előbbit valami enyhébb dolognak képzelve, és csupán az utóbbihoz társítva a „bolondság” klasszikus jellemzőit. Ennek a megkülönböztetésnek azonban orvosiilag nincs értelme: az emberi szervezetben ugyanaz a „mechanizmus” felel mind az idegrendszer, mind az agyi tevékenység működéséért, így ezek zavarait is csak együtt lehet értelmezni, vizsgálni. Közismert laikus elnevezés a lelki problémák traumatikus jelentkezésének megjelölésére az „idegösszeomlás” kifejezés. Ám az orvosi szaknyelvben ez sem létezik: a szakember inkább krízisekről, válsághelyzetekről beszél. Például a két kijelentés között, hogy valakinek „idegösszeomlása van”, vagy „kitört rajta az elmebetegség”, orvosi értelemben nincs semmi különbség. A mindennapi nyelv azonban nagyon is éles határvonalat húz közöttük: idegi problémája ugyebár bárkinek lehet (főleg a mai világban!), ám elmebeli problémája csak keveseknek van, mert az köznyelvünkben – és így közgondolkodásunkban, mint fentebb utaltunk rá – a „megbolondulás”, vagyis a téveszmék, alaptalan kényszerképzetek, a zavart és logikátlan viselkedés színonimája. Vagyis röviden: *elmebetegnek* csak a szkizofrén vagy más pszichotikus, realitásérzékelésben súlyosan leromlott, hallucináló, téveszméket hangoztató beteget tekintik, míg a mánia, depresszió, hisztéria, melankólia kórképeit a *lelki betegség* kategóriájába sorolják, és így kivonják a klasszikus „bolond” minősítése, bélyege alól.

A példák bizonyára szaporíthatók még, de már ennyiből is világos, hogyan függ mindez össze a Széchenyi-irodalom problémáival. Az a fölismerés, hogy a grófnak bo-

nyolult érzelmi élete volt, hogy szélsőséges indulatok hullámoztak agyában-szívében, hogy sajátos „kettős” lelki alkata volt, amelyben mániás és depressziós jelenségek, öngyilkossági késztetések, igaztalan önvádak stb. egyaránt jelentkeztek, közhelynek számít a róla megjelenő legelső írások óta. Ám arról, hogy ez csupán egy „különcnek” a korabeli normalitáson még belül maradó viselkedése volt-e, vagy már orvosi eset, megoszlanak a vélemények. Kevesen vitatják, hogy 1848 nyarának végére nagyon komoly baja alakult ki, és ezért indokolt volt szanatóriumba szállíttatása. Ám amikor állapota az 1850-es évek közepére „föltisztult”, mi több, az évtized végére magas színvonalú értelmiségi tevékenységre lett képes, az erről író biográfusok véleménye újra megoszlik: beteg volt-e, vagy maradt-e Széchenyi ebben a korszakában is, vagy nem, gyógyítási színhely vagy csupán politikai búvóhely volt-e számára Döbling stb. A dilemma többek között azért maradhatott eldöntetlen, mert ekkoriban még hiányzott az a sok évtizedes megfigyelés és tapasztalat, hogy milyen hosszú ideig tarthat a mániás-depressziós elmebetegeknek a mélypontok közötti normális, föltisztulási időszak.

Sokáig élt a hit, hogy a naplók közreadása el fogja dönteni ezt az alapkérdést, mert azok lapjairól egyértelmű választ kaphatunk a kérdésre: beteg volt-e tényleg Széchenyi lelke, elméje? Ám e lenyűgöző dokumentumfolyam előbb részleges, majd teljes közreadása sem oldotta meg a rejtélyt. A szakorvosok körében az ugyan nem kérdés ma már, hogy a gróf beteg volt, de a diagnózist illetően mindmostanáig nem alakult ki egyetértés. A szakma egyértelmű állásfoglalása híján pedig az orvosi kérdésekben laikus történészek és más közírók gátlás nélkül fogalmazhatják meg azokat a saját spekulációikat, amelyekről

– az említett nyelvi okokból – sokszor nem is sejtik, hogy szemben állnak a neurológia és a pszichiátria legegyszerűbb megállapításaival.

Az első komoly kutató, aki az elmeórta- ni irodalomból merített ihletet a Széchenyi-kérdés megoldásához, Grünwald Béla volt. (Grünwald, 1890) Kora népszerű elmeorvos, Richard von Krafft-Ebing elterjedt munkái alapján (Krafft-Ebing, 1886) a pszichiátriában vélte megtalálni a Széchenyi-rejtély megoldásának kulcsát. Úgy vélte: a gróf édesapjától, Széchényi Ferenctől örökölte az ún. aktív melankólia (*melancholia activatus*) testi betegségét, és szelleme egész életében ezzel a bajjal viaskodott. Mivel fölismerzte, hogy a gróf mániás és depressziós periódusai között nemigen lehet ciklikus szabályosságot kimutatni, a bajról azt gondolta, végső soron független volt a külvilágtól. Grünwald felfogását Salgó Jakab pszichiáter vitatta, túlzásnak és erőltetettnek ítélve a „melancholicus” beállítást a gróf egész alkatára, lelki történetére nézve. Úgy vélte, a szerző inkább politikusként historizál, és beállítása fordítva igaz: valójában az új Magyarország politikai pszichiátriáját akarta megírni! (Salgó, 1890)

Az első valódi elmeorvos, aki érdemben elemezte Széchenyi lelki jelenségeit, Schaffer Károly volt, 1925–34 között a budapesti egyetem elme- és idegkórtani klinikájának igazgatója. 1923. április 9-én tartott akadémiai előadásában (Schaffer, 1923), majd számos további, bírálóinak válaszoló cikkében fejtette ki felfogását, amelyet alapvetően Ernst Kretschmer német pszichiáter ún. alkattani tipológiájára épített (Kretschmer, 1922). Eszerint a két nagy *endogén* (belülről fakadó, nem külső körülménytől függő, hanem alkattilag meghatározott) elmebetegség, a skizofrénia és a mániás-depressziós elmezavar párhuzamba állítható két teljesen normális, kiegyensú-

lyozott lelki alkattal: előbbi idegen nevét (*schizothym*) Schaffer zárkózott jelleműnek javasolta lefordítani, míg az utóbbit (*cyklothym*) nyílt jelleműnek. Elgondolása szerint a zárkózott, tartózkodó, befelé forduló, túlérzékeny, látszólag vagy tényleg álmodozó „elméletemberek”, akik sokszor idegesek, ingerlékenyek stb., ha elmebetegnek lesznek, akkor náluk a skizofrénia jelenik meg. A nyílt, közvetlen, kedélyes, gyakorlatias, jó szervező „tettembereknel” viszont hasonló esetben a mániás-depressziós elmezavar léphet föl. Mindkét alapesetnél fölismerhető továbbá olyan „köztes” pszichopátiás típus létezése (*schizoid és cikloid*), amely még nem beteg ugyan, de már látszik a hajlam arra, hogy az alkat a normális állapotból kórosba forduljon át. Schaffer természetesen figyelmeztetett arra, hogy a nagy alaptípusoknak számtalan variációja, keveredése, egymásba játsása lehetséges – és ennek figyelembe vételével alkotta meg definícióját: szerinte Széchenyi István keverék alkatúnak tekinthető, de igazi cikloid túlsúllyal. Ez az alkat pedig már viszonylag fiatal korától pszichopátiás vonásokkal keveredett, miáltal ún. hangulatzavar ismerhető fel érzelmi életében, amelyet Schaffer öröklött eredetűnek tartott. Diagnózisában elvetette Grünwald melankólia-javaslatát, és elsősorban a hangulati-érzelmi élet kóros ingadozásában látta a baj lényegét, bár a változást nem tekintette fázisos-ciklikus jellegűnek, mint a „klasszikus” mániás-depressziós esetekben. Vagyis sajátos hangulati tünetekkel jellemezhető személyiségzavarnak (*cyklothym pszichopátia, personopathia*) tekintette Széchenyi állapotát.

Schaffer eredményeit szélesebb alapon, modernebb szemlélettel, a közben zajlott újabb kutatások eredményeit hasznosítva dolgozta át Környei István, 1947–72 között

a pécsi egyetem ideg- és elmeorvosati klinikájának igazgatója. (Környei, 1983) Úgy vélte, korának rohamléptekkel zajló elméleti forradalma sem cáfolta meg Kretschmer tipológiájának azt a legalapvetőbb elgondolását, miszerint a normális lelki típusok párhuzamba állíthatók a két nagy endogén (*major*) elmebetegséggel. Környei nem fogadta el Schaffer arra vonatkozó értékelését, hogy a gróf 1848 kora őszen kialakuló *psychosis* (elmebetegségének izgalmi állapota) az *amentia* (a kóros tüneteknek a gondolkodás összefüggéstelenségével jellemezhető együttese – pillanatról pillanatra más tudattartalom áll a tudat centrumában, ez kelti az összefüggéstelenség benyomását) kórképébe tartozna. Szerinte ugyan hatottak a grófra a környezet politikai és magánéleti eseményei, de a döntő elem idegrendszeri alkati labilitásának reaktív megnyilvánulása volt. Diagnózisként a *thymopathia* (mai kifejezéssel: *personopathia*) elnevezést ajánlotta, mert ő is az érzelmi és hangulati elemek kóros ingadozásában vélte fölfedezni a grófnak azokat az alkati pszichopátiás vonásait, amelyek őt sokszor kiszámíthatatlan magatartásra hajlamosították.

Környei éles szemmel vette észre, hogy a történészek és az ideggyógyászok „elbeszélnek” egymás mellett, és hogy a történetírás hibája, ha nem igyekszik áthidalni a kétféle beszédmód terminológiai-szemléleti ellentéteit. Bizonytalán a Széchenyire vonatkozó pszichopatológiai irodalom egyik legfontosabb megállapítására jutott, amikor hangsúlyozta: „kóros psychés sajátosságai Széchenyi hatalmas értelmi képességét nem korlátozták. Psychopathiás vonásai a psychének azon az oldalán voltak, amelyet a pszichológia elég határozatlanul a temperamentum fogalmába illeszt. De ami a jellem mint érték szempontjából a legfontosabb, a psychopathiás vonások

által az ethikai érzelmek köre nem szenvedett. A kóros érzelmi háttér nem gátolta – és helytelen irányba sem terelte – Széchenyi aktivitását és törekvéseit a tökéletesbülésre.” (Környei, 1983, 41.)

Környei több ízben figyelmeztetett arra, hogy a történészek „élmény-körülmény” alapú, sokszor egytényezős magyarázatai olyan gondolatkonstrukciókon alapultak, amelyek nem a beteg, hanem az értelmező nézeteit tükrözték. Ezt a felismerést bravúros tanulmányban bontotta ki Lackó Mihály, amikor számba vette Széchenyi nevezetes, 1844. októberi elájulásának historiográfiai ábrázolásait, magyarázatait (Lackó, 2001, 27–42.). Metsző logikával mutatta ki, hogy ha az elajulást orvosi esetnek tekintjük, amely a páciens lelki betegségével volt kapcsolatos, akkor a történeti rekonstrukció legegységibb következtetési technikája mond csődöt a narratíva megkonstruálásakor. Az emberi cselekedetek értelmezésénél ugyanis ki nem mondott, természetes előfeltételnek tekintjük, hogy általában mindenkit a külső körülmények, és az ezek kiváltotta élmények befolyásolnak tetteikben. Minden történetmondás alapszerkezete tehát az, hogy ha az ismert elemek számbavétele során ismeretlen mozzanathoz érünk, akkor az ún. józan ész segítségével következtetünk arra, hogy mi történhetett. Ám amikor a történészek ennek megfelelően megpróbálnak „beléhelyezkedni” a gróf lelki világába és történetközpontú elbeszélés révén igyekeznek rekonstruálni tetteit és ezek okát, az individuumok esszenciális hasonlóságának feltételezéséből kiindulva, akkor valójában valamiféle naiv pszichologizálást művelnek, aminek vajmi kevés köze van a gróf valódi lelki életéhez. Egy elmebeteg esetében ugyan is semmi értelme sincs a józan észre való hivatkozásnak, mert sosem tudhatjuk, mikor

milyen mértékben deformálja a betegség belső, számunkra teljességgel ismeretlen motívumvilága a főhős cselekedeteinek indítékait. „Magyarázhatjuk-e egy talán beteg személyiség tetteit, műveit emberekre általában jellemző lélektani valószínűségek alapján? – teszi fel a döntő kérdést Lackó Mihály. „Konstruálhatunk-e történeteket a józan ész szerint olyasvalakiról, akinek az esze talán nem is volt józan?” Kétségei szoros logikai következményeként értékelte Lackó azt a körülményt is, hogy „az egyedülállóan gazdag s nagyrészt tudományosan feldolgozott, sőt nyomtatásban is megjelent forrásanyag ellenére sem született modern Széchenyi-életrajz.” (Lackó, 2001, 42.)

Lackó Mihály mélyen elgondolkodtató írásai lélektan és szövegtan összefüggéséről eredetileg a Széchenyi-historiográfia kritikai áttekintését szolgálták. Ennek során szembeült Grünwald Béla munkásságával, és oly érdekesnek találta azt, hogy látszólag időlegesen lemondott eredeti tudományos tervéről, és éveket szánt e másodrendű politikus és historikus pályájának, személyes tragédiájának rekonstrukciójára. Ám ha elolvassuk a *Halál Párizsban* briliáns fejtegetéseit (Lackó 2001, 93–206.), rájövünk, hogy szó sincs kitérőről. Lackó „kicsiben” azt végezte el a Grünwald-elemzés kapcsán, amire Széchenyi-monográfiájában készült: a lehető legtöbbet megérteni egy olyan ember motívumvilágából, akinél a betegség szerves módon épült be a személyiség minden tétébe, döntésébe, élet- és halálmozzanatába. Végtelen kár, hogy korai halála miatt Lackó nem tudta tudományos programját végigvinni. „Pszichotörténeti” tanulmányai azonban így is mérföldkövek a Széchenyi betegségről szóló irodalomban, és az utóbbi évtized legfontosabb írásainak tekinthetők e témakörben.

Elméleti és módszertani megfontolásainak alkalmazása révén ettől kezdve a grófról szóló szövegekben könnyen elvlasztható a spekuláció és a valódi lélektani elemzés. Írásainak hátterében pedig fölsejlik a kutatási perspektíváknak egy meglehetősen komor víziója is. Bár nem mondta ki sehol szó szerint, mégis sejthető, miért gondolta azt Lackó, hogy sohasem születik meg – mert nem születet meg – az a bizonyos modern Széchenyi-életrajz. Nem születet meg, egyszerűen azért, mert sohasem lehetünk bizonyosak abban, hogy – biztos diagnózis híján – helyesen fejtsük-e meg egy beteg ember cselekedeteinek indítékvilágát.

Kérdés persze, mennyire gondolta valóban örökre reménytelennek a „kétlelkű” személyiség titkainak föltárására törekvését a pszichotörténet szakértője. Az bizonyára igaz, hogy nemigen várható már olyan jelentősebb történeti forrásanyag előkerülése, amely esetleg új adatokkal világítaná meg Széchenyi döblingi állapotát, végső döntésének motívumait. Ám elvileg nyilván nem zárhatjuk ki, hogy a pszichiátria lendületes fejlődése esetleg olyan újabb szempontok fölvetésével járhat, amely a meglévő szöveganyag radikálisan új elemzését teszi lehetővé. Így már napjainkban is látható, hogy a személyiséglélektan területén az utóbbi években forradalmi változást hozott Claude Robert Cloninger amerikai pszichiáter és genetikus elmélete arról, hogy a szülők nem csupán közvetlen, nevelő tevékenységük révén, hanem temperamentumukkal – szervezetük genetikailag meghatározott, önkéntelen válaszmozdulataival, rezdüléseivel, reakcióképességével, az érzelmek átélési erejének intenzitásával stb. – is meghatározó hatást gyakorolnak gyermekeik fejlődésére. A temperamentum az érzelmi-indulati elemek genetikusan rögzített összetevőiből áll, ame-

lyek a kulturális szabályok ellenőrzése mellett, egyedileg eltérő kombinációban nyilvánulnak meg. Az idegrendszer élettani kutatása alapján alakult ki az a Hans Jürgen Eysenck német–brit pszichiáter nevéhez köthető nézet, hogy a személyiség legfőbb három jegye („*Big Three*”) a külső nyitottság (extraverzió), a neuroticitás és a pszichoticizmus. A természetes nyelv – mint személy és társadalom komplex alkotása és egyben „lelki” tükörképe – elemzése révén alkották meg más kutatók a személyiség ötfaktoros („*Big Five*”) modelljét, amely szerint a külső nyitottság (extraverzió), az érzelmi változékonyság (labilitás), a barátságosság, a lelkiismeretesség, illetve a tapasztalatokra (más kultúrákra) való nyitottság faktorai összevetésével lehet megrajzolni egy adott egyén belső világának egyedi szerkezetét. Cloninger és munkatársai e két irányzat eredményeit összegező igénytel dolgozták ki nevezetes kérdőívüket (*Temperament and Character Inventory – TCI*), melynek révén a személyiségdimenziók pszichobiológiai jellemzőire éppúgy, mint ezeknek a klinikai kórfarmákkal és a személyiségzavarokkal kapcsolatos összefüggéseire is immár egyre nagyobb statisztikai adatmennyiséget feldolgozó, és így egyre biztosabb válaszokat adhatunk (Rózsa et al., 2005). Nem zárhatjuk ki tehát a lehetőséget, hogy valamelyik, a történeti és a pszichiátriai kutatásban egyaránt jártas kollégánk esetleg a Cloninger-féle modell segítségével fogja új módon megközelíteni Széchenyi István személyiségének rejtélyeit.

Ám amíg erre nem kerül sor, a történészeknek bizony nagyon óvatosan kell eljárniuk. Lackó csupán a 19. századi historikusoknál mutatta ki a történetközpontú naiv rekonstrukció alkalmazását, de Környei lényegében ugyanerre figyelmeztet olyan jeles kortárs történétírók esetében is, mint Spira György

vagy Kosáry Domokos. (Környei, 1983, 39.) Nem véletlen tehát, hogy a legújabb – mondhatni: „Lackó utáni” – Széchenyi-irodalom mérvadó szerzői óvakodnak attól, hogy a gróf betegségének kérdésében határozottabban állást foglaljanak. Így Fónagy Zoltán, Oplatka András vagy Gergely András (Fónagy, 2003; Oplatka, 2005; Gergely, 2006) nem hiszik azt, hogy hivatottak lennének a pszichiátriai szakkérdésekben állást foglalni, ám nincs módjuk átvenni valamilyen markánsabb szakorvosi koncepciót, mert mint láttuk, Környei óta nem született ilyen, Környei álláspontját pedig bizonyos mértékig elbizonytalanítják Lackó megfontolásai. Így ma nem tehetünk mást, mint becsületesen bevalljuk: nem tudjuk, mi volt Széchenyi betegsége, nem tudjuk, mikortól szenvedett benne, mennyire formálta-deformálta személyiségét, döntéseit, s milyen mértékben játszott szerepet mindannak befolyásolásában, amit a gróf életének és munkásságának nevezünk.

Az utóbbi évtized Széchenyi-irodalmában sajátos helyet foglal el Vekerdy Tamás fikciója: ez az ál-dokumentum formájában hőmpölygő szubjektív, hol narratív, hol lírai, hol dokumentarista, hol vallásosan rajongó, óriási szabad vers, kötetlen próza, Kiss Márton titkár művének álcázva, de igazából a döblingi Széchenyi belső monológjának egyfajta művészi rekonstrukciója (Vekerdy, 2002). A kötet jegyzeteiben Vekerdy azzal szórakoztatja olvasóját, hogy rávilágít: számos történeti részkérdést valóban az egykori forrásoknak megfelelően bujtatott el szövegfolyamában. A játékot azonban művészi korlátlanúsággal folytatja, mert másfelől maga is konstruál nem létező dokumentumokat, és bőven él a fikció eszközével. Mindezzel együtt meglepő, hogy a szakmabeli pszichológus a hétszáz oldalas mű sok száz jegyzetében sehol nem

reflektál a betegség problémakörére, pedig más, sokkal jelentéktelenebb témakörökről bőven értekeznek. Az okot csak találgathatjuk – de az valószínűtlen, hogy Vekerdy a gróft lelkileg egészségesnek tartotta volna. Művészként ugyanis olyan szöveget állított elő, amely maga is alkalmas arra, hogy pszichopatológiai elemzés tárgya legyen.

Legutóbb Gazda István azt a szellemes gondolatot vetette fel, hogy a „legnagyobb magyar” lelki baja esetleg az 1830-as években megkapott, és gyógyszeresen kikezeletlen maláriás betegségének lehetett kései következménye. A kérdés szakértői ugyanis idült váltólázás eseteknél följegyeztek olyan, évtizedekkel későbbi viselkedésre utaló adatokat, amelyek külső formái megfelelnek az „örült-ség” közismert jellemzőinek (Gazda, 2010). A javaslat egyfelől módszertanilag fontos: arra figyelmeztet, hogy a forrásokból kiszűrni próbált diagnózis-elemek esetleg nem egy, hanem több (!) betegség összekeveredő szimptomái, és a zavart az okozza, hogy természetesen nem létezik olyan betegség, amelyre mindezek a tünetek egyszerre érvényesek lehetnének. És valóban: miért zárnánk ki azt a feltételezést, hogy Széchenyinek egyszerre akár több betegsége is lehetett? De a javaslat tartalmilag is érdekes: a naplók följegyzéseit összevetve valóban arra a megállapításra juthatunk, hogy a grófnak lehetett egy krónikus, kikezeletlen maláriája. Ennek komplikációi között a szakirodalom ugyan nem ismeri a depressziót, de az nyilván igaz, hogy minden súlyos vagy krónikus, elviselhetetlen panaszokat, fájdalokat okozó betegség esetén válaszul kialakulhat hangulati elkeseredés, hosszabb-rövidebb ideig tartó ún. reaktív depresszió. Ez esetben azonban a depressziós rohamokat mindig a rossz testi állapot (például erős fejfájás) motiválja, vagyis ha gon-

dolati-lelki tényezők is megjelennek (például a haza sorsa), akkor ez a feltevés nem ad elég magyarázatot. Az erős felhangoltsággal, exaltációval, tettvágygal, alváshiánnyal stb. járó állapot sem magyarázható maláriával, csak bipoláris személyiségzavarral vagy bipoláris elmezavarral. Nem fogadható el tehát Gazdának az a feltételezése, hogy az elmebetegségnek látszó tüneteket kizárólag az idült váltóláz maradványai okozták, de az valószínűnek tekinthető, hogy Széchenyi döblingi szellemi állapotát a kétféle kór párhuzamos jelenléte befolyásolta. „Együttélésüket” az is elfedhet, hogy a maláriás reaktív depresszióknak is vannak hosszabb-rövidebb ideig tartó tünetmentes vagy tünetszegény szakaszai, amelyek szintén a gyógyulás látszatát kelthetik.

Nem tudjuk tehát, mi volt Széchenyi betegségének pontos diagnózisa. Az eddigi pszichiátriai irodalom alapján azonban azt kellő bizonyossággal kijelenthetjük, hogy a gróf lelki baja – az 1848–1851/56 közötti szakaszt kivéve – nem érintette a logikáját és a memóriáját. Ennek hangsúlyozása azért nagyon fontos, mert megmagyarázza sokak jó szándékú hitét, miszerint a gróf 1857-re úgymond tényleg meggyógyult. E tévedést olyan tekintély erősíti, mint például Deák Ferenc, aki Marienbadba menet, 1857 júliusában járt Döblingben, és úgy látta: a gróf „esze járása éppen olyan mint előbb volt, előadása éppen olyan érdekes.” (Idézi Kosáry, 1981, 117.) Ezt azonban csak azok hihették, akik nem vele éltek, hanem csupán meglátogatták a szanatóriumában. Az orvosi följegyzések elfogulatlan áttekintése nem hagy kétséget aziránt, hogy a gróf természetesen továbbra is beteg maradt, csak éppen ennek sajátosságai nem zárták ki a magas színvonalú politikai-értelmiségi munkát. Nem a politikai gondolkol-

dása volt „zavaros”, „bolond” – hanem a viselkedésében, hangulati világában, indulatai hullámlásában maradtak meg továbbra is bizonyos kóros elemek.

Az eddigiekben végig azt a gondolatmenetet illusztráltuk, hogy sokan azért nem tekintik Széchenyit elmebetegnek, mert a szűkebb szakmán kívüli világ nagyon keveset tud az ideg- és elmebetegségek valódi természetéről. Végezetül utalnunk kell arra is, hogy honfitársaink egy jelentős csoportja nem ezért, hanem ideologikus előfeltevések miatt képtelen elfogadni a pszichiátriai állítását. Mivel az „elmebetegség” köznap fogalmához a „zavaros bolondság” állapotát társítják, a „legnagyobb magyar” iránti tiszteletük és erkölcsi elköteleződésük zárja ki az orvosi vélemények érdemi mérlegelését. Sőt, ez a morális elköteleződés sokaknál kifejezetten hit-szerű, vallásos szerkezetű viszonyná alakul, vagyis Széchenyit valamiképp a nemzetvallás modern szentjének tekintik – márpedig a „szent” a maga klasszikus fogalma szerint nem lehet egyben „bolond” is. Ráadásul a szentek sosem lesznek öngyilkosok. Ez a szemléletmód a Széchenyi-kultusz egyik érdekes kísérőjelensége, amely valláspszichológiai megközelítést kíván – de természetesen nem tárgya jelen áttekintésünknek.

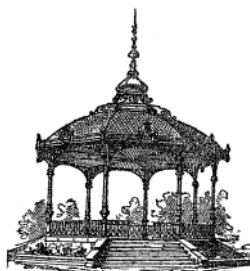
A beteg Széchenyire vonatkozó nézeteket kísértük végig. De egy olyan beteg emberét, aki mégis a legnagyobb emberi tette volt képes: bebizonyította, hogy nincs olyan emberi nyomorúság, amelyből ne lehetne valami értékeset tenni azért a közösségért, amelyhez tartozunk.

Kulcsszavak: *Széchenyi István gróf, történeti pszichiátria (pszichotörténet, psychohistory), historiográfia, Széchenyi-kultusz*

IRODALOM

- Fónagy Zoltán (2003): Széchenyi István. In: Fónagy Zoltán – Dobszay Tamás: *Széchenyi és Kossuth*. Kossuth, Budapest
- Gazda István (2010): Széchenyi betegségei naplója tükrében – Ein Blick. In: *Három orvostörténetész köszönetése. Tanulmánykötet Birtalan Ákos, Karasszon Dénes és Szállási Árpád köszöntésére*. Johan Béla Alapítvány–Magyar Orvostörténelmi Társaság, Semmelweis Orvostörténelmi Múzeum, Könyvtár és Levéltár–Magyar Tudománytörténelmi Intézet, Budapest
- Gergely András (2006): *Széchenyi István (1791–1860)*. Kalligram, Pozsony
- Grünwald Béla (1890): *Az új Magyarország. Gróf Széchenyi István*. Franklin Társulat, Budapest
- Kosáry Domokos (1981): *Széchenyi Döbblingben*. Magvető, Budapest
- Környei István (1983): Széchenyi István lelki alkata és elmebetegsége. *Orvostörténelmi Közlemények*. 102–104, 9–43.

- Krafft-Ebing, Richard (1886): *Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie*. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart
- Kretschmer, Ernst (1922): *Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis*. Georg Thieme Verlag, Leipzig
- Lackó Mihály (2001): *Széchenyi eljúl. Pszichotörténelmi tanulmányok*. L'Harmattan, Budapest
- Oplatka András (2005): *Széchenyi István*. Osiris, Budapest
- Rózsa Sándor – Kállai J. – Osváth A. – Bánki M. Cs. (2005): *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle temperamentum és karakter kérdőív felhasználói kézikönyve*. Medicina, Budapest
- Salgó Jakab (1890): Politikai pszichiátria. *Budapesti Szemle*. 62, 160, 152–160.
- Schaffer Károly (1923): *Gróf Széchenyi István idegrendszere szakorvosi megvilágításban*. MTA, Budapest
- Vekerdy Tamás (2002): *Széchenyi*. Holnap, Budapest



Tanulmány

NÉHÁNY GONDOLAT AZ AJKAI VÖRÖSISZAPÖMLÉS OKOZTA KATASZTRÓFÁRÓL

Szépvölgyi János

az MTA doktora, igazgató,
MTA Kémiai Kutatóközpont Anyag- és Környezetkémiai Intézet
szepvol@chemres.hu

2010. október 4-én, 12 óra 30 perckor Ajkán, a MAL Zrt. területén átszakadt a X. számú vörösiszap-tározó nyugati gátja. A tározóból rövid idő alatt 600–700 ezer m³ vizes-izapos zagy zúdult ki, és elöntötte a közelben fekvő három települést, Kolontárt, Devecsert és Somlóvásárhelyt, valamint mintegy 1000 hektáron a környező mezőgazdasági területeket. A vidéken átzúduló híg izapáradat tíz ember életét követelte, nagymértékben rombolta az épített környezetet, és jelentős károkat okozott a természeti környezetben is.

A kárelhárítás és kármentesítés a katasztrófa bekövetkezése után azonnal megindult. Az ezt irányító Kormányzati Koordinációs Bizottság és a BM Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatósága rövid időn belül megkereste az MTA elnökét, és kérte, hogy egy szakértői bizottság felállításával segítse a katasztrófavédelmi munkákat. Az MTA rendkívül gyorsan reagált a felkérésre, és 2010. október 5-én 10 órára összeállított egy vegyész-mérnökökből, földtani és talajtani szakemberekből, valamint

ökológusokból álló bizottságot. A bizottság tagjai: Anton Attila és Szabó József (MTA TAKI), Demjén Attila és Sípos Péter (MTA GKI), Bíró Péter és Vörös Lajos (MTA BLKI), Szépvölgyi János és Kótai László (MTA KK AKI) és Podani János (ELTE). Az MTA elnöke e sorok íróját bízta meg a bizottság vezetésével.

A szakértői bizottság azonnal a helyszínre utazott, és még október 5-én délután megfogalmazta ajánlásait a kárelhárítással kapcsolatban. A fontosabb javaslatok:

- alaposan ellenőrizni kell a zagy-tározó gátjainak állapotát;
- lokalizálni kell a vörösiszap-szennyezést, meg kell akadályozni a tovaterjedését;
- részletesen meg kell vizsgálni a kiömlött vörösiszap fizikai, kémiai és ökotoxikológiai sajátságait, és meg kell oldani az érintett lakosság közegészségügyi felmérését;
- folyamatosan ellenőrizni kell a felszíni vizek és a talajvíz minőségét, és gondoskodni kell a vizek szükség szerinti védelméről;