

ODBORNÁ STAROSTLIVOSŤ O DUŠEVNE CHORÝCH POHĽADOM JAKUBA FISCHERA

Babeta JURÁMIKOVÁ

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Ústav českých dějin
Náměstí Jana Palacha 1/2
113 38 Praha – Staré Město
Czech Republic
juramikova@hiu.cas.cz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7161-8009>

JURÁMIKOVÁ, Babeta. Professional Mental Health Care from the Perspective of Jakub Fischer. In *Studia Historica Nitriensia*, 2025, vol. 29, no. 2, pp. 405-424, ISSN 1338-7219; e-ISSN 2585-8661; DOI: <https://doi.org/10.17846/SHN.2025.29.2.405-424>.

This study reflects on mental illness in selected printed sources by Jakub Fischer, who was the head of the psychiatric department at the Regional Hospital in Bratislava (now the University Hospital on Míckiewiczova Street). This hospital was one of the first psychiatric facilities in what is now Slovakia. The study describes the approach and functioning of this department, which was one of the pioneering medical institutions in the territory of the then Hungary, based on chosen sources. These sources also provide an insight into mental health and related issues in the period before the collapse of the Austro-Hungarian Empire.

Klíčové slová: dejiny psychiatrie; Slovensko; Uhorsko; Bratislava; Jakub Fischer; 19. storočie;

Keywords: History of Psychiatry; Slovakia; Kingdom of Hungary; Bratislava; Jakub Fischer; 19th Century;

Úvod

Zdravotná starostlivosť v Uhorsku¹ bola ešte koncom 19. storočia v rámci habsburskej monarchie vo výrazne náročnejšej situácii, než v jej ostatných častiach. Na rozdiel od Predlitavska, bola lekárska fakulta v tejto časti otvorená až koncom 18. storočia, kráľovstvo tak trpelo veľkým nedostatkom lekárov a lekárskej starostlivosti, voči ktorej bežné obyvateľstvo neprejavovalo veľkú dôveru. Situácia sa začala výrazne zlepšovať po roku 1867, nakoľko v dôsledku Rakúsko – Uhorského vyrovnania si mohlo Uhorské kráľovstvo následne spravovať zdravotníctvo samo. Tieto udalosti viedli k rozmachu nemocníc, otváraníu rôznych zdravotníckych zariadení, vrátane zvýšeného záujmu o duševne choré osoby.

¹ Táto štúdia vznikla v rámci grantu GA ČR č. 22-04258S Anatomie nemocné duše. Od vášní duše k psychiatrické klinice (1770 – 1914), ktorého nositeľkou je Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

Tento oneskorený záujem o duševne chorých sa premieta aj do historiografie tejto problematiky. Bádanie ohľadom situácie na Slovensku doteraz nenašlo veľkú odozvu. Tému duševného zdravia sa venuje hlavne monografia Juraja Cígera a Jozefa Pogádyho *Duševné zdravie v tisícročí Slovenska*,² ktorej hlavným problém je značná popularizácia, spojená s nepresnosťami a chýbajúcimi odkazmi. Historiografická nekvalita tejto práce pramení hlavne z faktu, že obaja autori boli psychiatrami bez historického vzdelania.³ Výraznú prácu v tomto smere ale vykonal Michal Turček, ktorý bol rovnako psychiatrom. Z jeho pozostalosti boli neskôr publikované krátke dejiny psychiatrie na Slovensku.⁴ V súčasnej dobe sa problematikou zaoberá Eva Morovicsová, ktorá sa však zameriava hlavne na 20. storočie a éru psychiatrického oddelenia pod vedením Zdeňka Myslivečka.⁵ Osobnosti Jakuba Fischera sa venovala Katarína Pekařová, ktorej dominantný záujem bol však v oblasti jeho pôsobenia v Bratislavskom lekárskom a prírodovedeckom spolku. V súčasnej dobe vznikajú práce k dejinám psychiatrie v Maďarsku. V roku 2021 vyšla monografia Emese Lafferton *Hungarian psychiatry, society and politics in the long nineteenth century*,⁶ ktorá je prvou modernou prácou svojho druhu. Tému duševného zdravia v Uhorsku sa venuje aj Janka Kovács.⁷ Práce o dejinách zdravotníctva na Slovensku od Márie Bokesovej – Uherovej,⁸ či Jána Junasa⁹ sa záležitostiam psychiatrickej starostlivosti takmer nevenujú. Výskum tejto oblasti komplikuje aj nedostatok prameňov, či ich náročnejšia lokalizácia v archívoch, nakoľko vplyvom rôznych faktorov mohli skončiť na Slovensku, v Maďarsku ale aj v Rakúsku.

Cieľom predkladanej štúdie je uviesť čitateľa do situácie na území Slovenska, resp. Uhorska, načrtnúť prierez dejín vývoja psychiatrickej starostlivosti na tomto území a následne sa bližšie zamerať na život a pôsobenie prvého profesionálneho psychiatra pôsobiaceho na území dnešného Slovenska – Jakuba Fischera (1860 – 1920). Pre účely tejto štúdie boli vybrané štyri z jeho prác, ktoré nám približujú spôsob Fischerovej práce a uvažovanie nad problematikou dobovej psychiatrie. Na základe podrobnej analýzy vybraných štúdií je možné lepšie pochopiť prácu psychiatra, nakoľko sa prostredníctvom tejto formy stretávame s detailným popisom uvádzaných prípadov, ktoré nám poskytujú bližšie nahliadnutie k Fischerovým pracovným postupom, obzvlášť k priebehu diagnostiky a následnej liečby. Zároveň touto formou môžeme pozorovať určitú rozmanitosť, často atypických prípadov, ktoré si zaslúžili Fischerovu profesionálnu pozornosť. Vybrané štúdie pochádzajú hlavne z počiatku kariéry Jakuba Fischera a to z dvoch dôvodov. Prvým je poukázanie na Fischerove názory, prístup a následné formovanie psychiatrickej kliniky v Bratislave na počiatku jeho kariéry. Vybrané štúdie spreď bratislavského obdobia sami výborne

² CÍGER, Juraj – POGÁDY, Jozef. *Duševné zdravie v tisícročí Slovenska: Kultúrno- historický a medicínsky priezor*. Bratislava 1991.

³ Juraj Cíger mal okrem psychiatrie ešte vyštudovanú filozofiu.

⁴ TURČEK, Michal. *Dejiny psychiatrie na Slovensku – II. a III. Časť*. In *Protialkoholický obzor*, 1991, roč. 26, č. 6, s. 403-414.

⁵ MOROVICSOVÁ, Eva. *Začiatky výučby psychiatrie na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského*. In *Fragmenty z dejín medicíny, farmácie a veterinárnej medicíny*. Bratislava 2012, s. 157-159.

⁶ LAFFERTON, Emese. *Hungarian psychiatry, society and politics in the long nineteenth century*. Cham 2022.

⁷ KOVÁCS, Janka. *Az orvostudomány „legsetébb mezeje” pszichológiai ismeretek a habsburg birodalom orvosi fakultásainak tananyagában a 18–19. század fordulóján*. In *Gerundium: egyetemtörténeti közlemények*, 2020, roč. 11, č. 3-4, s. 78-103.

⁸ BOKESOVÁ – UHEROVÁ, Mária. *Dejiny zdravotníctva na Slovensku*. Martin 1989.

⁹ JUNAS, Ján. *Lekári a spoločnosť v 19. storočí na Slovensku*, Martin 1990.

opisujú stav uhorskej psychiatrie a slúžia ako základ pre pochopenie Fischerových postupov v dobovom kontexte. Zároveň, Fischer sa k témam analyzovaných prác opakovane vracal, väčšina jeho prác má repetitívny charakter. Prekladaný článok je prvým výraznejším priblížením článkov tohto významného psychiatra, ktorému je z jeho profesného hľadiska venované málo pozornosti. Ďalším z cieľov štúdie je priblížiť čitateľovi náhľad na dobovú psychiatriu a čiastočné sprístupnenie obsahu dobových prác. Väčšina článkov J. Fischera je v separátoch uložená v Univerzitnej knižnici v Bratislave a keďže sa jedná už o pomerne obsiahle a pestré množstvo tém, nebolo možné v štúdiu podrobne popísať a spracovať všetky. Vzhľadom ku komplikovanosti niektorých prípadov a vlastnej absencii psychiatrického či psychologického vzdelania upúšťam od snahy redefinovania niektorých autorových diagnóz prostredníctvom súčasných metód. Účelom je aj priniesť čitateľovi dobové koncepty vo svojej „čistej“ podobe, nakoľko aj takéto poznanie nám prináša nové pochopenie dobových problémov. Obzvlášť výrazne túto problematiku badať v časti o tzv. neurasténii, ktorá sa síce v dnešnej dobe občasne používa ako zastaralý pojem tzv. nervovej slabosti, v súčasnosti je ale tento pojem nahradený a rozdelený na množstvo iných neurologických či psychologických ochorení. Zároveň sa aj z tohto dôvodu snažím pri opisoch článkov pridržať skôr príznačnejšej terminológii, napr. duševná choroba či opilstvo, ktoré boli zaužívanými termínmi pred rozmachom používania slov ako psychická porucha, alkoholizmus a pod., ktoré je pri práci s danými prameňmi ešte stále možné považovať za anachronizmy.

Zdravotná starostlivosť o psychicky chorých obyvateľov na území Slovenska v priebehu 18. a 19. storočia

Starostlivosť o duševne chorých v Uhorsku bola v minulosti veľmi tristná a dlhodobo zanedbávaná. Zatiaľ, čo vo Viedni a v Prahe boli v druhej polovici 18. storočia otvárané prvé ústavy, v Uhorsku boli títo ľudia odkázaní prevažne sami na seba, v lepšom prípade na starostlivosť svojho blízkeho okolia.¹⁰ S duševne chorými osobami sa v tomto období zachádzalo zväčša neprijemným spôsobom, mnohí z nich boli v rámci spoločnosti trestaní, ich zjav bol v spoločnosti prijímaný značne negatívne a s veľkou nedôverou. Problémy s funkčným zaradením sa do spoločnosti ich často vyčleňovali na jej okraj, čo často viedlo k opakovanému agresívnemu či rôznym spôsobom nezákonnému správaniu.¹¹ Väčšina uhorských radníc mala v dôsledku obdobných potýčok zriadené klietky určené hlavne pre agresívnych ľudí nebezpečných pre spoločnosť. Situácia s duševne chorými osobami bola, obzvlášť vo väčších mestách, už pomerne neúnosná a už od konca 18. storočia sa medzi uhorskými lekármi začínajú objavovať návrhy na zlepšenie tejto situácie.¹²

Pôvod týchto problémov leží v celkovej zanedbanosti zdravotníctva v Uhorsku. Ešte v polovici 18. storočia nemala väčšina miest odpovedajúce nemocnice, pozíciu mestského lekára sa spravidla darilo zaisťovať len v banských mestách, kde bola jeho prítomnosť nevyhnutnou. Nedostatok lekárov sa prejavoval v spoločnosti nedôverou voči ich drahým službám, ktoré boli schopní zastúpiť rôzni ránhojiči, či bylinkári. V čase, keď liečba duševných chorôb ešte stále vychádzala z humorálnej teórie, boli tieto choroby bez prístupu k lekárom často vnímané ako posadnutia démonom, či čarodejníctvo, pričom tieto myšlienky

¹⁰ TURČEK, Dejiny psychiatrie na Slovensku – II. a III. časť, s. 404.

¹¹ CÍGER – POGÁDY, Duševné zdravie v tisícročí Slovenska, s. 126.

¹² HUSZTY, Zachariáš Teofil. Diskurs über die medizinische Polizei, s. 142.

v obyvateľoch dlho pretrvávali. Neúnosná situácia s uhorským zdravotníctvom nakoniec vyústila do otvorenia prvej lekárskej fakulty v roku 1770. Cieľom založenia tejto fakulty bola možnosť rozšírenia počtu lekárov pôsobiach na tomto území. Následná dostupnosť lekárskej starostlivosti umožňovala poskytnutie humorálnej liečby bežných duševných chorôb aspoň zámožnejším obyvateľom kráľovstva.¹³ Aj napriek tomu sa situácia menila veľmi pomaly, väčšina lekárov sa problematike duševných chorôb vyhýbala. Negatívny postoj voči duševne chorým presakoval naprieč spoločnosťou. Tento postoj vychádzal hlavne z nedôvery voči týmto ľuďom. Väčšina z nich mala, v dôsledku problémov so zaradením sa do spoločnosti, problémy so zákonom, často boli ich činy sprevádzané agresiou. Táto asociálnosť duševne chorých bola zároveň často zneužívaná rôznymi delikventmi. Dokonca v lekárskejších prácach z druhej polovice 18. storočia sa stretávame s veľkou nedôverou voči existencii duševných chorôb ako takých. Aj v osvietenskej dobe sa stále našiel dostatok doktorov, ktorí vnímali duševnú chorobu ako pretváрку pre zmiernenie trestu, či posadenie diablom.¹⁴

Jedným z prvých ľudí s výrazne zmierlivejším pohľadom na duševne chorých bol bratislavský mestský lekár Zachariáš Teofil Huszty. Huszty, ktorý sa okrem iného preslávil aj ako horlivý propagátor očkovania proti kiahňam v Uhorsku, vydal v roku 1786 dvojzväzkovú prácu *Diskurs über die medizinische Polizei*, kde predložil dva návrhy prístupu voči duševne chorým. V prvom návrhu sa zaoberal duševnými chorobami, ktoré bolo možné liečiť a teda mala byť duševne chorým poskytnutá adekvátne starostlivosť až do vyliečenia. V prípade nevyliečiteľne chorých, s vrodenými poruchami, navrhoval vytvorenie určitého bezpečného priestoru, v ktorom by mohli nerušene žiť, bez nepríjemných reakcií okolia. Huszty odsudzoval prístup jeho doby – v Uhorsku bola stále väčšina pacientov, ktorí sa v nejakom zdravotníckom zariadení vyskytli, zväzovaná, priväzovaná k posteliám, či iným spôsobom čo najviac obmedzená.¹⁵ Bližšie postupy liečby však ale Huszty nepredložil.

S týmto prístupom sa na väčšine uhorského územia stretávame naprieč väčšinou 19. storočia. Prvý ústav určený civilným obyvateľom bol najprv malý ústav Józsefa Pólyi, ktorý bol v priebehu pár rokov kvôli nedostatku financií zatvorený.¹⁶ O niečo neskôr bol otvorený súkromný ústav Ferenc Schwartzer, ktorý študoval medicínu vo Viedni a porevolučné obdobie strávil cestami po Francúzsku, kde sa zoznámil s modernejším prístupom k psychiatrickým pacientom. Schwartzer sa po návrate z cudziny snažil o zdravotnícku reformu a bol jedným z najvýraznejších hlasov snažiacich sa o založenie oddeleného zdravotníckeho zariadenia pre duševne chorých. Jeho snaha nakoniec vyústila do zriadenia vlastného súkromného blázince vo Váci, v peštianskej župe. Blázinec bol oficiálne otvorený v roku 1850, pričom o dva roky neskôr bol presťahovaný do Budína. Ústav prijímal pacientov na základe odporúčania, vyžadoval však aby bol stav pacientov liečiteľný. Obvykle boli odmietaní pacienti s výrazne nižšími kognitívnymi schopnosťami, ktorí boli považovaní za neliečiteľných. Schwartzerov ústav bol však nedostačujúci pre približne 15 miliónov obyvateľov kráľovstva.¹⁷

¹³ BOKESOVÁ – UHEROVÁ, Dejiny zdravotníctva na Slovensku, s. 42.

¹⁴ CÍGER – POGÁDY, Duševné zdravie v tisícročí Slovenska, s. 127.

¹⁵ HUSZTY, Diskurs über die medizinische Polizei, s. 569.

¹⁶ KISS, László. József Pólya a prvý psychiatrický ústav v Uhorsku. In *Pediatrická prax*, 2023 roč. 24, č. 3, s. 126.

¹⁷ LAFFERTON, Hungarian psychiatry, society and politics in the long nineteenth century, s. 120.

Rok po vyrovnaní došlo v rámci rôznych reforiem k založeniu prvého verejného psychiatrického ústavu v Uhorsku v budapeštskej časti Lipótmező, pod názvom *Budai Magyar Királyi Országos Tébolyda* neskôr *Országos Ideg és Elmegyógyintézet*. Ústav prijal v prvom roku 93 pacientov, o rok neskôr, v roku 1869 to bolo už 411 pacientov. Počet prijatých pacientov sa pohyboval rôzne, od 290 po 532 počas sedemdesiatych a osemdesiatych rokov a od 556 po 763 v deväťdesiatych rokoch. V roku 1869 ústav denne ošetroval v priemere 264 pacientov, zatiaľ čo na prelome storočí to bolo už vyše 1000 denne.¹⁸ Ústav v Lipótmező bol od svojho založenia nútený rozširovať svoje kapacitné možnosti. Do liečebne boli zväžané prípady z celého kráľovstva, ktoré dostali odporúčanie od lekára. Napriek všetkej snahe však bola kapacita miest pre potreby pacientov malá, Lipótmező mnoho neagresívnych a nevyliciteľných pacientov odmietalo. Ústav bol však hlavne určujúcim miestom udávajúcim postupy liečby vo väčšine kráľovstva.

Z dôvodu nedostatočnej kapacity liečebne sa začalo viac dbať na zriaďovanie psychiatrických oddelení v rámci už existujúcich, či novozakladaných nemocníc. Obzvlášť vo väčších mestách sa dbalo na ich existenciu, nakoľko anonymita mesta lákala mnohé indivíduá, ktoré mali z rôznych príčin problém zaradiť sa do spoločnosti. Existencia takéhoto oddelenia zároveň často symbolizovala bezpečie pre bežných obyvateľov.¹⁹ Mnohé uhorské mestá ani koncom 19. storočia nezmenili svoj postoj k týmto ľuďom a tak boli často aj v rámci pobytu v nemocnici zatváraní do kliebok, priväzovaní k posteli, či zväzovaní v kazačke bez akejkoľvek výraznejšej terapie.

V Bratislave sa začali stavať priestory prvej veľkej nemocnice v roku 1857 vo štvrti Blumentál. Samotná budova bola dokončená v roku 1860, mestské zastupiteľstvo však po jej dokončení uvažovalo o inom využití vtedajších veľkolepých priestorov. Nemocnica tak po svojom dokončení následne dva roky chátrala. V roku 1862 sa zvažovalo, či by nebolo možné prázdnu budovu využiť ako priestory práve pre citelne chýbajúcu psychiatrickú liečebňu. Tento návrh bol však lekármi zamietnutý z dôvodu neadekvátnych priestorov pre účely liečenia psychicky chorých. Počas tohto obdobia sa zároveň rozsiahlu budovu nedarilo predať za adekvátnu cenu. Priestory budovy boli po kontrole krajinského šéflekára uznané za vhodné pre účely nemocnice a 15. apríla 1863 vydala vláda nariadenie k založeniu nemocnice na krajskej úrovni s pôvodnou kapacitou 250 lôžok, na psychiatrické oddelenie spočiatku pripadlo 60 lôžok.²⁰

Oddelenie tak oficiálne spadalo pod správu interného oddelenia, pričom obe oddelenia spravoval primár nemocnice. Psychiatrické oddelenie sa najprv nachádzalo v suteréne budovy. Pacienti tak čelili veľmi nepriaznivým a neúčtivým podmienkam. K oddeleniu patrila aj časť nemocničnej záhrady, ktorú mali pacienti k dispozícii. Oddelenie v prvých rokoch prijímalo pomerne malé počty ľudí, najviac ich prijalo v roku 1877, konkrétne 37. Priestory boli zariadené ťažkými kovovými posteľami, s ktorými nebolo možné za normálnych okolností hýbať, zároveň umožňovali priviazanie agresívnych či nepokojných pacientov, pričom súčasťou oddelenia bolo aj 6 ciel. Nevyhovujúce podmienky sa snažila nemocnica riešiť, čo vyústilo do nákupu vedľajšieho tzv. Prokopovho domu prostredníctvom vlády. Do tejto budovy bolo presunuté celé psychiatrické oddelenie a počet lôžok bol rozšírený na 80.²¹

¹⁸ LAFFERTON, Hungarian psychiatry, society and politics in the long nineteenth century, s. 297.

¹⁹ TURČEK, Michal. Sté výročie psychiatrie na Slovensku. In Československá psychiatrie, 1966, roč. 62, č. 1, s. 59.

²⁰ TURČEK, Sté výročie psychiatrie na Slovensku, s. 60.

²¹ TURČEK, Sté výročie psychiatrie na Slovensku, s. 60.

Príchod Jakuba Fischera na bratislavské psychiatrické oddelenie

Výrazné zlepšenie podmienok zaznamenalo bratislavské psychiatrické oddelenie na začiatku deväťdesiatych rokov po príchode mladého lekára Jakuba Fischera. Fischer sa narodil v roku 1861 v Dunaföldvári, do rodiny miestneho rabína. Rodina sa v roku 1864 kvôli otcovmu povolaniu presťahovala k dnešným rumunským hraniciam do mestečka Makó. Fischerove kroky následne viedli do neďalekého Szegedínu, kde vyštudoval gymnázium. Vysokoškolské štúdiá absolvoval v Budapešti, promoval v máji roku 1885. Krátku dobu po štúdiu strávil vo Viedni v rámci vojenskej služby vo vojenskej nemocnici.²² Následne 25. septembra nastúpil na miesto v Lipótmező na pozíciu sekundárneho lekára, kde sa bol oboznámený s aktuálnymi liečebnými postupmi v oblasti psychiatrie, zároveň pozorne pozoroval ako funguje samostatný psychiatrický ústav. O jeho práci si vtedajší riaditeľ kliniky József Kovács poznamenal, že sa jednalo o zodpovedného lekára, dodržiavajúceho predpisy.²³ Fischer v roku 1889 odišiel aby absolvoval dvojročný chirurgický kurz a rozšíril si vzdelanie. Po absolvovaní tohto kurzu získal v roku 1891 miesto v krajinskej nemocnici v Bratislave. Fischer tu obsadil miesto prvého samostatného primára psychiatrického oddelenia, ktoré vzniklo rozdelením interného oddelenia. V kombinácii s faktom, že Fischer počas svojej kariéry publikoval desiatky odborných článkov, je na mieste o ňom hovoriť ako o prvom odbornom psychiatrovi na území Slovenska.

Rozšírený počet lôžok a priestory Prokopovho domu začali byť zaplňané už pred príchodom Jakuba Fischera do Bratislavy. V roku 1884 oddelenie prijalo už 110 pacientov, dopyt po miestach bol však výrazne väčší než bolo oddelenie schopné prijať. Obdobne na tom bola kráľovská liečebňa v Budapešti. Množstvo psychicky chorých ľudí v Uhorsku bolo odkázaných na seba samých, čo v psychiatroch vzbudzovalo značné znepokojenie. Uhorské ústavy kvôli predošlému zanedbaniu a nízkemu počtu lôžok značne preťažené a tak prijímali hlavne akútne prípady, čo viedlo k prehľbovaniu psychických problémov u postihnutých. Tento stav často viedol buď k smrti chorého, alebo do nevyliciteľného štádia choroby vo vtedajších pomeroch. S príchodom Jakuba Fischera rástol aj tlak na osamostatnené oddelenie, ktoré od začiatku deväťdesiatych rokov prijímalo postupne až takmer tristo pacientov ročne. Tento nárast a akútna potreba liečby duševne chorých, viedli k následnému rozširovaniu oddelenia, pôvodne rozšírenému len na 150 miest, ktoré boli takmer okamžite zaplnené.²⁴

Jakub Fischer sa v tomto prostredí, ktoré sa snažil čo najviac priblížiť budapeštianskemu vzoru, staral a pozoroval stovky pacientov. Ako už bolo spomenuté, v rámci svojej praxe publikoval hlavne množstvo odborných článkov, často sa jednalo o prípadové štúdie pacientov priamo z oddelenia, či hlbšie analýzy problémov uhorskej psychiatrie ako takej. Fischer, okrem iného, prevádzkoval ešte aj lekársku prax pre miestnu židovskú obec a v počas pobytu v Bratislave zastával niekoľko dôležitých funkcií v rámci Bratislavského lekárskeho a prírodovedného spolku (*Verein für Heil- und Naturkunde zu Presburg*), ktorý bol jednou z najdôležitejších vedeckých inštitúcií na území dnešného Slovenska. Fischer bol v rámci spolku veľmi angažovaný, patril k najaktívnejším členom a zvykol publikovať aj prostredníctvom spolku. Cez vedenie tohto spolku sa dostal k založeniu miestnej pobočky

²² FISCHER, Jakab. Fischer Jakab élete. In *Orvostörténeti Közlemények - Communicationes De Historia Artis Medicinae*, 2016, roč. 62, č. 1-4, s. 134.

²³ FISCHER, Fischer Jakab élete, s. 134.

²⁴ TURČEK, Sté výročie psychiatrie na Slovensku, s. 61.

spolku *Good Templars*, ktoré bojovalo proti alkoholizmu, čo bol zároveň jeden z jeho odborných psychiatrických záujmov.²⁵

Vybrané práce Jakuba Fischera

Prvé články Fischer publikoval ešte počas svojej dvojročnej praxe v Lipótméző, v ktorých sa, ako sekundár, zameriava hlavne na súdnu psychiatriu a psychiatrické problémy v Uhorsku. Pre pochopenie kontextu a Fischerovho záberu si v krátkosti priblížime aj práce spred bratislavského obdobia. V roku 1888 vydal Fischer svoj prvý článok *Úvahy o otázke pričetnosti (Reflexiók a beszámíthatóság kérdéséről címmel)*, v ktorej reflektoval problematiku pričetnosti v rámci súdnej praxe. Podotkol, že pohľad súdu sa diametrálne odlišuje od pohľadu odborníka. Fischer obhajoval pozíciu psychiatra ako nestranného odborníka hodnotiaceho stav páchatela, ktorý by mal byť schopný odhadnúť, nakoľko je stav obvineného skutočný, či vážny, prípadne či sa nejednalo o nepríčetnosť, ale zníženú spôsobilosť, ktorá často bývala spôsobená intoxikáciou alkoholom. Súd by mal následne na základe psychiatrického posudku rozhodovať o vážnosti trestného činu.²⁶

Jeho ďalšia štúdia *Výskyt duševnej choroby po spáchaní trestného činu (Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után)* z roku 1889 popisovala tri prípady páchatelov umiestnených v Lipótméző. Na rozdiel od predošlej úvahy, v tejto práci Fischer presnejšie popísal postup lekárskeho posudku, pričom si vybral pomerne komplikované prípady, na ktorých demonštroval svoje postupy. Ako sám uviedol, súdna prax na mnohých miestach kráľovstva s lekáskymi posudkami nerátala, nemala na ňu kapacity a nešlo ešte o úplne zaužívanú prax, či niečo, k čomu by sa v niektorých prípadoch pristupovalo. Fischer to hodnotil ako chybu, nakoľko toto jednanie mohlo smerovať k zbytočne prísrnemu obvineniu, v podstate nevinného človeka, ktorý sám nebol úplne schopný byť zodpovedný za svoje činy. Vhodnejším riešením pre týchto ľudí by mala byť nútená hospitalizácia smerujúca k vyliečeniu, alebo zlepšeniu stavu dotyčného. Konštatuje, že málokedy je trestných činov schopný zjavne zdravý človek. Prvé dva opísané prípady sa zaoberali obvinenými z vraždy.²⁷

V prvom prípade sa obvinený Lajos Cs. dopustil vraždy z nedbalosti, kedy zbil palicou Jánosa S., ktorý svojim zraneniam podľahol. Dvaja muži sa zoznámili 7. novembra 1886, popíjali spolu v krčme, pričom neskôr sa Lajos rozhodol s niekoľkými komplicmi Jánosa prepadať palicami a okradnúť. Počas výsluchu si Lajos na svoj trestný čin veľmi dobre spomínal, napriek tomu, že bol počas neho zjavne opitý. Snažil sa však vinu zhodiť na svojho komplica, ktorého do prípadu zatiahol. Ten však vinu rázne poprel a výpoveďou svedčil proti Lajosovi. Ten bol následne posúdený ako pričetný a odsúdený pôvodne na 13 dní väzenia, prípad sa však dostal k vyšším súdom. V dôsledku tejto situácie sa u Lajosa začali vyvíjať silné samovražedné sklony. Melancholické stavy sa striedali s nepokojmi, počas ktorých dotyčný plakal, skákal, bil samého seba a týždeň takmer nespál. V septembri 1887 bol kvôli týmto stavom odvedený do Lipótméző, kde bol podrobený ďalším pozorovaniam. Fischer sa počas vyšetrovania zaoberal rodinnou anamnézou – uviedol, že otec obvineného bol od mladosti alkoholik. Navyše obvinený rok a pol dozadu utrpel bližšie

²⁵ PEKAŘOVÁ, Katarína. Jakub Fischer (1861-1920). In Knižnica, 2011 roč. 12, č. 11-12, s. 95.

²⁶ BARAN, Brigitta. Fischer Jakab igazságügyi pszichiátriai publikációs tevékenysége 1885 – 1920. In Orvostörténeti Közlemények - Communicationes De Historia Artis Medicinae, 2016, roč. 62, č. 1-4, s. 138.

²⁷ FISCHER, Jakab. Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvényészeti esetek. 1889, separát, b. m., s. 1.

nešpecifikované zranenie hlavy, ktoré mohol lekár ešte stále na hlave pozorovať. Pacient tvrdil, že okrem bolesti hlavy nevníma po tomto zranení žiadne iné abnormality. Fischer ďalej uvádza, že dotýčny sa po 7 mesačnom pobyte v ústave zotavil zo svojich duševných problémov.²⁸

Fischer tak poukazoval na zjavnú absenciu duševnej choroby v čase spáchania trestného činu, ale veľké rozpučnutie problémov neskôr. Predložil tak pred čitateľa otázku, nakoľko a ako je správne posúdiť, či bol dotýčny skutočne duševne zdravý pred, či počas činu a či tento čin nestojí za úplným prepuknutím duševnej choroby, ktorá v ňom driemala už dlhšie. Fischer nakoniec prípad uzatvoril konštatovaním, že za týmto zločinom mohol byť skutočne vplyv otcovho alkoholizmu a zranenie hlavy, ktoré len podnietili, že dotýčny bol náchylnejší k duševným poruchám vedúcim ku skratovému správaniu a trestným činom. Samotný akt však vykonal pri plnom vedomí a bol si svojim konaním istý. Následné duševné problémy boli vyvolané strachom zo situácie, ktorú si Lajos Cs. sám spôsobil. Na základe tohto posudku bol páchatel ďalej súdený ako príčetný.²⁹

V druhom prípade bol istý Imre O. rovnako obvinený z vraždy. 18. novembra 1887 našli mŕtvolu muža neskôr identifikovaného ako Péter S. Pri výsluchu sa priznal, že večer 13. novembra sa stretol s Péтром S., ktorého požiadal aby mu vrátil požičaných 60 grajciarov, ktoré mu však zavraždený odmietol vrátiť. Obvinený sa následne stretol v krčme s kamarátom. Posilnení alkoholom sa rozhodli najprv kraďnúť jablká zo záhrady blízkeho domu, kde našli Pétra S. sedieť na lavičke. Obvinený povedal svojmu kamarátovi, že dotýčny mu dlží peniaze, ktoré nechce splácať. Následne, na popud obvineného, zaútočili na Pétra palicami, neskôr dokonca aj kameňom. Na následky útoku dotýčny po chvíli zomrel, jeho mŕtvolu vyzliekli, zobrali z jeho odevu päť frankov, zakrvavené oblečenie dôkladne skryli a mŕtvolu hodili do neďalekej studne. Imre O. pred súdom vypovedal, že sa na dotýčného už veľmi hneval aj preto, že raz spolu našli prasa, ktoré Péter predal za 12 zlatých a jemu dal za predaj len 2 zlaté. Zároveň svedkovia vypovedali, že obžalovaný sa po celý čas javí ako duševne zdravý a príčetný. Manželka obvineného však tvrdila, že sa uňho vyskytovali časté záchvaty hnevu a mrzutá nálada, občas boli tieto stavy sprevádzané krčmi či bezvedomím. Znalci ho po vyšetrení uznali za príčetného.³⁰

U Imreho sa neskôr začali vyskytovať rôzne halucinácie, ktoré začali ovplyvňovať aj jeho výpovede, ktoré nedávali zmysel. Táto situácia si vynútila presun obvineného do Lipótméző. Počas svojho trojmesačného pobytu v ústave sa správal rovnako bez akejkoľvek zmeny, správanie však bolo problémové – nevnímal, čo sa okolo neho deje, bol neustále ponorený do seba, kľáčal na kolenách, modlil sa, bozkával zem, nespál, bol flegmatický a keď bol oslovený tak sa všetky odpovede týkali jeho bludov. Po návrate domov sa jeho stav nelepšil a tak sa do blázince opäť vrátil. Bola mu diagnostikovaná akútne rozvinutá halucinačná duševná porucha.³¹

Podľa Fischera pravdepodobne táto porucha súvisela so záchvatmi kŕčov a bezvedomia, ktoré dosvedčila jeho manželka. Duševná choroba u obvineného a aj jej evidentne hlbší pôvod boli rozhodne nepopierateľné a bolo možné ho označiť za vážne duševne chorého. Z trestnoprávneho hľadiska bolo však vyslovenie rozsudku náročné, nakoľko v čase

²⁸ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 2.

²⁹ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 5.

³⁰ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 6.

³¹ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 8.

spáchania činu bol obvinený nie len evidentne duševne v poriadku, ale svoje konanie si premyslel, spáchanie činu si presne pamätal a bol schopný objasniť aj dôvody svojho správania.³²

Obvinený bol teda nakoniec právoplatne odsúdený, nakoľko čin spáchal vedome a jeho duševná porucha sa plne rozvinula až po odsúdení. V dôsledku tohto stavu bol však odkázaný na pobyt v psychiatrickom zariadení. Z uvedeného uhla pohľadu Fischer konštatoval, že skutočným trestom pre obvineného nebolo samotné odsúdenie do väzby, ale vyvolaná psychická porucha, ktorá úplne ovládla jeho osobnosť.³³

Posledný prípad sa zaoberá prípadom Mihály H., ktorý koncom roku 1880 ukradol z cudzích stajní šesť volov, ktoré následne predal, pričom tento čin zopakoval ešte minimálne raz v roku 1882. 24. februára bol zatknutý v stave veľkej opitosti. Počas výsluchu sa správal zmätene, odpovedal nezmyselne a robil taký hluk, že bol poslaný na odborné vyšetrovanie. Jeho manželka počas výsluchu dosvedčila, že manžel často pije a v čase triezvosti sa správa značne pomätene. Prípad tohto pomätienia bol vyhodnotený ako akútny stav *delirium tremens*. Stav poblúznenia po troch dňoch, spolu s naordinovanou liečbou histaminikami úplne odznel a pacient sa javil byť úplne normálny. Z následného výsluchu a vyšetrovania bol vyvodený záver, že dotýčny Mihály trpí sklonom ku krádežiam. Z posudkov dvoch znalcov skúmajúcich páchatela čítame, že tieto krádeže prezentoval ako vtip, pričom ale z jeho popisovania možno usúdiť zdravé myslenie s pomerne zdravým úsudkom a zámermi. V rodine obvineného sa údajne nevyskytovali žiadne duševné poruchy, avšak svojho otca označil za opilca. V čase výsluchu žiadnou duševnou poruchou netrpel, posúdenie zdravotného stavu v čase spáchania trestného činu bolo zložitejšie. Ten bol v čase jeho konania vyhodnotený ako nepričetný.³⁴

Fischer sa v závere tohto prípadu venoval jednej zo svojich častých tém – alkoholizmu a vplyvu alkoholu na psychiku človeka. Konanie obvineného hodnotil ako dôsledok ťažkého alkoholizmu, s ktorým spája aj sklony ku kleptománii. Táto súvislosť je ešte výraznejšia, nakoľko si dotýčny svoje činy často jasne nepamätal a nevedel uviesť racionálny dôvod svojho konania, na základe čoho Fischer usúdil, že sa jedná o typické poblúznené konanie pod vplyvom alkoholu. Kleptománia a následné *delirium tremens* vo väznici dával Fischer do jasnej súvislosti so silným alkoholizmom ovplyvňujúcim správanie človeka. Následne vyslovil názor, že príčina vplyvu niektorých látok je nejasná, ale bolo jasne vidieť, že mohli mať určité psychotické vplyvy, ktoré dokázali spustiť zjavnú dočasnú duševnú poruchu, aj napriek tomu, že u jedinca nie sú žiadne dedičné ani iné predispozície. Vo svojej skúsenosti však pozoruje určitú náchylnosť až predispozíciu k zvýšenej konzumácii alkoholu u ľudí, ktorých rodičia boli opísaní ako opilci.³⁵

Fischer v závere danej štúdie skonštatoval, že k prepuknutiu duševnej choroby po spáchaní trestného činu obvykle viedla náročná stresová situácia počas súdenia previnilcov. U väčšiny z nich bolo možné nájsť rôzne indície, ktoré smerovali k tomu, že u dotýčného hrozilo všeobecné ohrozenie duševného zdravia a problémy mohli v rôznej miere skôr či neskôr prepuknúť, čo sa neraz prejavilo aj nemorálnym a nezákonným konaním. S ďalším vývojom situácie sa u odsúdených pridávali rôzne halucinácie, stavy veľkej melanchólie, či

³² FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 8.

³³ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 9.

³⁴ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 11.

³⁵ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek, s. 13.

manické správanie. Prípady bolo preto potrebné opatrne a dlhodobo pozorovať, aby bolo dotýčným v ideálnom prípade umožnené úplné vyliečenie. To by viedlo k situácii kedy by každý ďalší výsluch, súd a následný výkon trestu prebiehal ako u duševne zdravého a príčetného jedinca. Problémom pre psychiatrov bolo, že obvinení sa stávali pacientmi až keď už bolo pomerne neskoro. Pacienti dovážaní z boli už v pomerne ťažkých stavoch, kedy sa ochorenie neraz rozvinulo natoľko, že už bolo obťažne liečiteľné a neraz zanechávalo trvalé dôsledky.

Fischer považoval ochorenia mozgu za analogické k ostatným fyzickým ochoreniam – aj z tých je možné sa vyliečiť úplne alebo s trvalými následkami a preto považoval za potrebné, aj v prípade delikventov, zabezpečiť vyšetrenie psychiatrickým odborníkom, ktorý mal byť schopný posúdiť, či obvinený mal predispozície k duševným ochoreniam. Tieto predispozície mohli viesť k vykonaniu trestného činu v stave prípadného oslabenia úsudku a zároveň hrozilo prípadné prepuknutie choroby väčšieho rázu, ktoré značne ovplyvnilo následný súdny proces.³⁶

Rok pred príchodom do Bratislavy sa Fischer zaoberal celkovým stavom psychiatrickej liečby v kráľovstve v článku *Duševné choroby v Uhorsku (Elmebetegügy Magyarországon)*.³⁷ Článok je zaujímavou reflexiou nie len dobového stavu psychiatrickej starostlivosti, ale aj krátkym prehľadom jej dejín z Fischerovho pohľadu. Poukazuje na nedostatky plynúce zo zaostaleho vývoja celkovej zdravotnej starostlivosti v Uhorsku. Tieto nedostatky sa odrážali na zlej kvalite života a zdravia obyvateľov, čo v konečnom dôsledku výrazne zaťažovalo samotné kráľovstvo. Od Fischera sa dozvedáme, že väčšina starostlivosti o duševne chorých bola, ešte v nedávnej minulosti, v rukách rôznych duchovných rádov, zatiaľ čo v civilizovanom západnom svete už boli budované prvé ústavy zašitiujúce výhradne starostlivosť o dušu. Zaostalosť demonštroval aj štatistikami, z ktorých jasne vyplýva, že uhorské obyvateľstvo trápila pomerne vysoká chorobnosť a úmrtnosť. Fischer vnímal psychickú chorobu ako rovnú akejkoľvek fyzickej chorobe. Zastával názor, že príčinou sú patologické zmeny v mozgu, ktoré sú pri správnej a včasnej liečbe zväčša napravitelné. Akokoľvek chorý človek je pre spoločnosť fyzicky neprospešný, nakoľko nebol schopný byť jej plnohodnotným a produktívnym členom. V záujme každej krajiny by teda mali byť tieto tri body:

1. Podporovanie podmienok, v ktorých sa mohli duševne chorí stať, v čo najväčšej miere, zdravými.
2. Pacient musel byť chránený pred materiálnymi škodami alebo prípadným ohrozením života. Psychiatrický pacient prišiel o možnosť príjmu a vlastného zabezpečenia a teda by, podľa Fischera, malo byť zákonne poistené, aby o túto istotu, počas svojho pobytu v liečebni, neprišiel. Zároveň malo umiestnenie do ústavu zabrániť tomu, aby sa stal takto stigmatizovaný človek terčom útokov spoločnosti.
3. Rovnako mala byť spoločnosť chránená od prípadných útokov psychicky chorých pacientov v stavoch ťažkej nepríčetnosti, čomu malo zabrániť vhodné a kontrolované umiestnenie v ústavoch.³⁸

Fischer následne uvádza, že dobové podmienky umožňovali len splnenie posledného bodu. Uvítal, že vzhľadom k nedostatočnej kapacite boli postupne otvárané ďalšie psy-

³⁶ FISCHER, Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytészeti esetek, s. 15.

³⁷ FISCHER, Jakab. Elmebetegügy Magyarországon. 1891, separát, b. m..

³⁸ FISCHER, Elmebetegügy Magyarországon, s. 4.

chiatrické ústavy, ako druhý štátny napríklad ústav v Angyalföld s 250 lôžkami, avšak aj tento ústav bol schopný zabezpečovať hlavne nebezpečných jedincov. Nedostatočné kapacity lôžok, ale aj personálu, boli problematické, keďže doktori nemali priestor vyšetrovať pacientov s miernymi problémami u ktorých by mohli duševnú poruchu rozoznať a podchytiť skôr než prepukla do akútnej fáze.³⁹

Fischer na základe štatistík z jednotlivých miest uviedol, že v Uhorsku sa vyskytoval približne jeden duševne na 400 obyvateľov. Tieto čísla boli často ovplyvnené aj existenciou ústavu či psychiatrického oddelenia, čo zvyšovalo koncentráciu počtov duševne chorých vo väčších mestách a tak sa jednalo len o priemerné číslo pre zjednodušenie orientácie. Medzi duševné choroby zároveň štatistickí ráтали aj „blbosť“, pod ktorou sa skrývajú rôzne stupne mentálnej retardácie. Tento stav bol vnímaný ako neliečiteľný duševný hendikep. Podľa týchto štatistík tak k roku 1890 existovalo v Uhorsku odhadom 84 374 duševne chorých jedincov. Starostlivosť o každého jedného z nich by bola značne nákladná, avšak u väčšiny západných krajín bola, podľa Fischera, poskytovaná na výbornej úrovni, čo vypovedalo o úrovni ich kultúry. Zároveň ale podotkol, že situácia je lepšia než pred 50 rokmi, kedy v Uhorsku *de facto* neexistoval žiadny ústav alebo oddelenie zamerané čisto len na liečbu psychických chorôb.⁴⁰

Zákon o verejnom zdravotníctve z roku 1876 nariaďoval, že do liečebne museli byť umiestnení všetci chorí, ktorí boli pre verejnosť nebezpeční. Právo na liečbu mali všetci neagresívny jedinci, starostlivosť o nich však mohla byť presunutá na rodinu či na mesto a to aj v prípade, že sa jednalo o nevyliciteľný stav. K tomu bolo často pristupované, nakoľko kapacity nedostačovali danému zákonu a v praxi zostal často nerealizovateľný. Ústavy bývali preťažené prevažne agresívnymi pacientmi a duševne chorí, či ich rodiny, ktorí chceli duševnú chorobu liečiť často nemali priestor na využitie svojho práva na liečbu v ústave. Pôvodné úvahy o vybudovaní ďalšieho ústavu vláda postupne nechala vyšumieť a v roku 1890 sa táto situácia ocitla na bode mrazu.⁴¹

Fischer argumentoval hlavným problémom, ku ktorému táto situácia viedla – jednalo sa o začarovaný kruh, v ktorom sa duševne chorý človek dostal do ústavu až v momente, kedy choroba pokročila obvykle až natoľko, že úplne stratil prítomnosť a začal byť nebezpečný aj pre svoje okolie. Vo verejnom záujme malo byť rozšírenie kapacít na poskytnutie včasnej starostlivosti. Táto problematika bola zároveň spojená aj s kvalitnou výukou všeobecných lekárov. Jedinec sa mohol dostať na psychiatrické vyšetrenie po tom, čo obdržal lekárske potvrdenie s potvrdením o neprítomnosti. Bolo teda nutné, aby lekári vo všetkých častiach kráľovstva dôrazne prestali podporovať predstavy o rôznych bludoch či posadnutých čarodejniciach, ktoré ešte bežne pretrvávali u ľudí na vidieku. Zároveň, presunutie pacienta do domácej, či inej, starostlivosti nebolo problematické len z hľadiska chýbajúcej liečby, ale aj preto, že duševne chorí mimo psychiatrické ústavy neboli evidovaní, na rozdiel od iných štátov. Následne Fischer podotkol, že zákon umožnil prijímanie duševne chorých kriminálnikov do psychiatrických ústavov na doživotie. V tomto prípade mal štát možnosť poslať kriminálnikov aj do súkromných ústavov. Táto záležitosť u bežného obyvateľstva vzbudzovala nedôveru, ústavy boli v očiach verejnosti vnímané skôr ako väznice

³⁹ FISCHER, Elmebetegügy Magyarországon, s. 17.

⁴⁰ FISCHER, Elmebetegügy Magyarországon, s. 10.

⁴¹ FISCHER, Elmebetegügy Magyarországon, s. 17.

pre obzvlášť nebezpečných ľudí, čo v nich iba podporovalo ideu hospitalizácie ako veľkej stigmy. To viedlo k vyhľadávaniu profesionálnej pomoci až v neúnosných prípadoch.

Zanedbanosť liečby v Uhorsku následne Fischer demonštroval porovnaním uhorských pomerov so zahraničím. Uviedol, že vtedajší počet duševne chorých v celom kráľovstve, umiestnených v ústavoch, vrátane súkromných či duchovných a nemocničných oddelení, bol 2288 ľudí, čo predstavovalo približne 8,08 % z odhadovaného počtu chorých. Na základe zahraničných ročeniek uviedol orientačné údaje z amerických, anglických, rakúskych, belgických, dánskych, francúzskych, nemeckých, nórskeho, talianskych, švajčiarskych a švédskych ústavov. Najväčšie percento hospitalizovaných duševne chorých malo Anglicko s 95,6 % hospitalizovanými duševne chorými. Spolu s Uhorskom je najhoršou krajinou v hospitalizácii týchto pacientov druhá časť monarchie, ktorá k roku 1890 poskytovala hospitalizáciu len pre 16,7 % chorých. Zároveň, dostatočne kapacity anglických liečební umožnili v roku 1887 prepustenie v dôsledku úspešnej liečby u 41,16 % pacientov, podľa správy z roku 1884 bolo z ústavu Lipótméző prepustených len 6,31 % vyliečených.⁴²

Ako riešenie problémov s kapacitou personálu Fischer uviedol, že by mohli byť veľkou pomocou práve tí chorobou menej zasiahnutí. Príčetnejší pacienti mohli za svoju pomoc s udržiavaním ústavu dostávať menší plat, práca ich mala dostatočne fyzicky aj psychicky stimulovať a pomáhala by im udržiavať jednoduchý rekonvalescenčný režim. Podobné tzv. kolónie fungovali, s veľkým úspechom, práve vo vtedajšom Anglicku. V závere článku Fischer uviedol, že Uhorsko má veľkú výhodu práve v svojej zaostalosti – môže tak rovno budovať nové a moderné ústavy, ktoré si môžu brať inšpiráciu z najlepších a účinných postupov zo zahraničia. Tieto ústavy mali byť navyše ideálne zamerané na rôzne špecializácie, nie len na všeobecné „šialenstvo“, čo by doktorom umožňovalo mať lepší prehľad o stave jednotlivých pacientov. Bola by zlepšená administratíva a napríklad epileptici by sa nemuseli obávať stigmatizujúcej hospitalizácie s kriminálnikmi ako doteraz. Časť nových ústavov by mala byť budovaná za mestami na vidieku a poskytovať tak pacientom aj priestor práce/terapie na záhrade, veľký priestor v prírode a prísun čerstvého vzduchu.⁴³

Po prijatí pozície v Bratislave Fischer publikoval článok *O neurasténii (A neurasthenia)*.⁴⁴ Ako sám uvádza, neurasténia bola pomerne novým javom, ochorením definovaným ako nervová slabosť. Z rôznych dôvodov začalo u pacienta zlyhávať odolávanie psychického nátlaku na jeho nervy, čo podľa Fischera spôsobilo nerovnováhu chemických procesov ovplyvňujúcich mozgovú bunku. Postihnutý sa stával malátnym, apatickým, ľahko rozrušiteľným. Medzi najčastejšiu príčinu vzniku tejto nerovnováhy určil únavu mozgu. Väčšina neurastenikov, ktorých Fischer pozoroval, pochádzala z intelektuálneho prostredia. Únavu mozgu vedela vyvolať aj nadmerná konzumácia alkoholu, či prekonanie náročnej choroby, akou je napríklad tuberkulóza. Deti psychicky chorých rodičov majú väčšie sklony k neurasténii. Pacienti s neurasténiou pociťovali hlavne veľkú únavu na takej úrovni, kedy takmer neboli schopní pracovať, ale dokonca neboli ani len schopní sa zabávať a tým sa odreagovať od preťaženia. Spánok neurastenikov bol označený za zlý a neuspokojujúci, časté bolo aj silné búšenie srdca a rôzne tráviace problémy.⁴⁵

⁴² FISCHER, Elmebetegügy Magyarországon, s. 25.

⁴³ FISCHER, Elmebetegügy Magyarországon, s. 36.

⁴⁴ FISCHER, Jakab. A neurasthenia. In A magyar orvosok és természetvizsgálók nagygyűlésének munkálatai, 1892, č. 26, s. 231-246

⁴⁵ FISCHER, A neurasthenia, s. 232.

V článku sa už dozvedáme o niekoľkých pacientoch neurastenikoch priamo z bratislavského oddelenia. V priebehu prvého roku na tomto oddelení sa Fischer stretol s dvoma pozoruhodnými pacientami trpiacimi neurasténiou. Prvým bol 14 ročný chlapec, ktorý niekde započul myšlienku, že nemôže piť studenú vodu v teplom počasí, inak by mu vrazil začali tuhnúť pľúca. Kvôli tejto myšlienke vždy čakal, kým voda v pohári dosiahne izbovú teplotu. Neskôr začala byť táto predstava ešte silnejšia a chlapec sa postupne začal vyhýbať všetkej vode, vrátane neďalekého jazera. Táto predstava u chlapca postupne vyvolala *mozgovú únavu* a predstava, že chodí blízko jazera v ňom vyvolala silnú triašku a zblednutie.⁴⁶

Druhým pacientom bol pomerne vysokopostavený človek, ktorého začali postupne opantávať obdobné myšlienky – zapisoval si poradové čísla každého zlatého, ktorý dostal, kontroloval každý papier, ktorý videl, vrátane tých, v ktorých boli napríklad zabalené balíky položené na ulici, či sa potreboval každému vojakovi a žene v šatke pozrieť do očí. Okrem mozgovej únavy mu tieto pohnútky spôsobovali značné nepríjemnosti v spoločnosti, nakoľko im nebol schopný odolávať.⁴⁷

Pre liečbu oboch pacientov Fischer odporučil oddych, ideálne mimo domáceho prostredia. Spomenul, že v rámci dobových trendov si chodia ľudia často liečiť neurasténiu do kúpeľov, obzvlášť studených vodných. Táto liečba však vykazovala účinky iba v úplne prvotnom štádiu neurasténie, kedy bola ešte schopná stimulovať organizmus. Čím bol pacient apatickejší, tým menší účinok naňho kúpele mali a obvykle táto kúra narobila viac škody ako úžitku. Pacientom výrazne viac pomáhala teplá voda, v lete postačoval aj pobyt pri Balatone, celoročne bol odporúčaný hlavne pobyt pri mori. Odporúčaná kúra pre začínajúcu neurasténiu vyzerala podľa Fischera nasledovne: po zobudení bol pacient prikrytý mokrou plachtou, namočenou vo vode o teplote 21 – 22 °C, čo mierne stimulovalo nervy skrz pokožku. Táto procedúra trvala maximálne 10 minút, pacient po nej ešte 5 minút odpočíval na lôžku. Každý druhý večer dostal pacient vlažný, 15 minút trvajúci kúpeľ. Počas oboch procedúr mal na hlave studený obklad, v lete bolo možné absolvovať kúpeľ viackrát. Túto kúru mohli neurastenici absolvovať aj u seba doma, odporúčaný bol ale kontrolovaný priebeh v kúpeľoch, či ideálnejšie na psychiatrickom oddelení – ako už bolo spomenuté vyššie, aj pre tieto prípady bolo bratislavské oddelenie vybavené vaňami.⁴⁸

V prípade hospitalizácie boli pacienti kontrolovane podávané aj lieky na báze zinku, či napríklad stimulant kofeín, výborné výsledky boli pozorované u brómových liečiv. Priestor psychiatrického oddelenia zabezpečil pacientovi maximálny klud a oddych od namáhavej práce. V rámci pobytu na oddelení pristúpil Fischer dokonca k opatrnej liečbe ópium a morfiom, práve na zmiernenie nespavosti a utíšenie vtieravých myšlienok. Lieky boli pacientom postupne obmieňané, aby si na ich účinky telo nezvykalo. Vyspatí pacienti sa prebúdzali obvykle veselí a získavali späť svoju sebadôveru.⁴⁹

Pri tráviacich problémoch spojených s neurasténiou bola vytváraná zvláštna diéta. Vyhýbala sa korenistým jedlám, kvôli ich charakteru. V tomto prípade nebýval pacientovi podávaný kofeín a ani stimulačné nápoje ako čaj, káva, či akýkoľvek alkohol – ideálne im bola podávaná dovážaná minerálna voda, v Bratislave sa jednalo o vodu z Bardejova a Korytnice. Pacient konzumoval menšie porcie jedla viac krát denne, aby nedošlo

⁴⁶ FISCHER, A neurasthenia, s. 238.

⁴⁷ FISCHER, A neurasthenia, s. 238.

⁴⁸ FISCHER, A neurasthenia, s. 243.

⁴⁹ FISCHER, A neurasthenia, s. 243.

k preplneniu žalúdka. Na tráviace ťažkosti pomáhala aj masáž brucha, ktorá rozhybala ochabnuté črevá. Ako častý spúšťač neurasténie spomína Fischer tabak. Fajčiari od neho úplne neodstavuje, ale nariaďuje prísny limit, koľko tabaku smú denne pacienti vyfajčiť. K všeobecne odporúčanej liečbe elektrickým prúdom pristupoval so značným skepticizmom, nakoľko jeho stimulačné účinky nepreukazovali až tak žiadané výsledky a obdobnú úľavu od napätého svalstva vedeli pacientom privodiť výrazne príjemnejšou masážou.⁵⁰

Fischerova prezentácia neurasténie nám tak podrobne približuje koncept tohto ochorenia, ktoré sa v danom období stalo istým dobovým fenoménom. Na základe predloženého opisu je aj laikovi jasné, že neurasténia zahrňovala pomerne široký komplex rôznych príznakov, ktoré by sme v dnešnej dobe zaradili napríklad pod syndróm vyhorenia, syndróm chronickej únavy, či v prípade popisovaných pacientov zjavne aj pod obsedantno-kompulzívne poruchy. Fischer v článku predstavuje moderné riešenia na moderné problémy, zároveň nám z dnešného uhla pohľadu demonštruje problematiku diagnostiky a modernej radiagnostiky duševných ochorení v minulosti a dnes, čo je častý problém s ktorým sa potýkajú historici psychiatrie. Historické koncepty ochorení, obzvlášť tých duševných, je nutné vnímať vždy optikou danej doby ako ucelený koncept, ktorý sa až s bližším poznaním a modernými technológiami stáva jasnejším. Iba vďaka poznaniu konceptu ochorenia ako takého môžeme chápať prístup k samotnému ochoreniu – či už sa jedná o pochopenie konceptov ako napr. melanchólia a hystéria, alebo nám bližšie, modernejšie ochorenie v podobe neurasténie. Ešte problematickejšie prípady si predstavíme v nasledujúcom článku.

V roku 1894 vychádza štúdia *Duševné poruchy u detí (Elmebajok gyermekeknél)*.⁵¹ V článku sa dozvedáme o dvoch prípadoch detských pacientov, ktorých kvôli vážnym problémom priviedli na oddelenie ich rodičia. Prvým prípadom bolo 2,5 ročné dievčatko, normálne veľmi bystré, vnímavé a na svoj vek veľmi schopne komunikatívne. Na jar roku 1893 začalo dostávať zvláštne záchvaty, pri ktorých zrazu nebolo schopné rozprávať, okrem nezmyselného „bababa, bibibi“ a podobne. Nevnímalo, vyzeralo byť duchom neprítomné, dostávalo rôzne krče, strnulo zatínalo ruky v päst. Po odznení takéhoto záchvatu pôsobilo veľmi vystrašene, často plakalo, odmietalo s hocikým komunikovať. Rodičia aj súrodenci dievčatka boli absolútne zdraví a bez akýchkoľvek anomálií, rovnako na tom bolo aj dievčatko pred týmito záchvatmi.⁵²

Fischer si dievčatko nechal na klinike na pozorovanie. Fyziologicky pôsobilo zdravo a bolo dobre živé. Psychologická prehliadka dopadla o niečo horšie, pacientka bola popísaná ako hanblivá, zle vnímajúca otázky, na ktoré následne dezorientovane odpovedala, komunikácia bola veľmi náročná, nakoľko jej bolo zle rozumieť. Počas obhliadky došlo u dievčatka k ďalšiemu záchvatu – po čase prestala otázky vnímať a následne sa úzkostne rozbehla k matke, pri ktorej postupne zbledla, krčvito si pritiahla nohy k hrudi a takto schúlená zostala nejakú dobu. Rovnaký záchvat sa počas prehliadky, v matkinej prítomnosti, opakoval ešte raz. Po matkinom odchode sa záchvat neopakoval. Pacientke bolo pred spaním predpísané preháňadlo a masáž brucha. Keďže od predošlého dňa nevykonala potrebu bola objednaná na kúpele so studeným obkladom na hlave.⁵³

⁵⁰ FISCHER, A neurasthenia, s. 244.

⁵¹ FISCHER, Jakab. Elmebajok gyermekeknél. 1894, separát, b. m..

⁵² FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 2.

⁵³ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 3.

Ďalšie dni sa situácia nelepšila, dieťa odmietalo spať v určenej posteli, odmietalo sa zapájať do hier, výslovnosť sa nelepšila, bola stále úzkostná a vystrašená. Tretí deň sa začala situácia pomaly zlepšovať, dieťa pôsobilo menej ustráchané, viac sa zapájalo do hier, ale stále prejavovalo silný odpor k určenému lôžku. Všetky príznaky postupne slabli až piateho dňa dieťa povedalo, že „bibi bol upálený“. Deviaty deň dieťa pôsobilo úplne zdravo, rozumne odpovedalo na otázky, zároveň oznámilo, že „bibi“ je už preč. Na rozdiel od svojho príchodu, pri prepúšťaní živo skúmalo všetko, čo sa nachádzalo vo Fischerovej pracovni.⁵⁴

Ďalej popisuje prípad chlapca, ktorého zúfalý otec priviezol do Bratislavy z neďalekej dediny. Trinásťročný chlapec prišiel aj s potvrdením od miestneho lekára o jeho nepríčetnosti. V rodine sa nevyskytovala žiadna duševná choroba o ktorej by bol otec vedel, dieťa v mladosti neprekonalo žiadnu vážnejšiu chorobu, okrem osýpok. Matka zomrela na zápal pľúc. Chlapec sa podľa otca vyvíjal normálne, začal včas chodiť aj rozprávať, bez problémov zvládol školu. Pár dní dozadu sa uňho začali prejavovať neznáme psychické záchvaty, pri ktorých pobehoval po dome, liezol otcovi do postele, vystrašene hľadel na okno, kde vraj videl čerta, ktorý naňho ceril zuby. V tú noc chlapec kludne spal, avšak nasledujúce ráno neustále behal, narietal, bál sa, triasol sa, modlil sa na kolenách a ďalšiu noc nespál. Nasledujúce dni sa stav nelepšil a po vyšetrení u miestneho lekára bol chlapec poslaný na psychiatrické oddelenie.⁵⁵

Pri vyšetrení neboli zistené žiadne fyziologické abnormality, ktoré by súviseli so psychickým stavom pacienta. V tvári mal veľmi apatický až chorobne kludný výraz, neodpovedal na otázky, svoje meno takmer nevedel vysloviť, psychicky bol veľmi utlmený, pričom bol zároveň veľmi strnulý, zostával celý deň na jednom mieste. Prvú noc na oddelení bol veľmi nekludný, trpel halucináciami, dožadoval sa otca a znovu sa veľmi bál čerta. Na druhý deň ráno bol voči všetkému rovnako apatický, neustále strnulo hľadel pred seba, avšak prejavoval zdravý apetít. Tam kde bol posadený zostal celý deň. Tento stav sa väčšinou nemenil, dokonca na tom mieste začal aj vykonávať potrebu. Apetít postupne klesal, nespoznával otca, ktorý ho prišiel navštíviť. Postupne vykazoval známky veľkej mentálnej retardácie, nevenoval pozornosť nie len hovorenému slovu, ale ani žiadnym zvukom, bolo možné ho kŕmiť len tekutou stravou, nakoľko mal čeľusť obvykle zovretú v pevnom krči. Čoraz viac slintal a prestával dbať na svoju čistotu.⁵⁶

Nakoľko chlapec odolával všetkej liečbe, ktorú mu Fischer poskytol a nereagoval ani na účinky hydropatickej liečby, kurare alebo ópia, rozhodol sa ho prepustiť domov s inštrukciami pre otca. Fischer v tomto prípade považoval za nevhodné aj umiestnenie chlapca v nemocnici – časť mužského oddelenia, kde chlapec bol nielenže neposkytovala dostatok svetla, ale nedostatok súkromia, resp. kludu a vplyv ostatných pacientov nemusel na chlapca vplývať dobre. Otec si syna prebral 8. mája a mal Fischera ďalej informovať o vývoji jeho stavu podľa predpísanej liečby.⁵⁷

28. júna prišiel otec s chlapcom na psychiatrické oddelenie na kontrolu. Fischer bol stavom chlapca prekvapený – ten pôsobil úplne zdravo, psychický stav vyhodnotil ako úplne normálny. Chlapec bol živý, veselý, od pobytu v nemocnici veľa pribral. Na pobyt v nemocnici si vôbec nespomínal, z toho obdobia si však pamätal len rôzne halucinácie a to, že

⁵⁴ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 4.

⁵⁵ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 4.

⁵⁶ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 5.

⁵⁷ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 6.

pociťoval veľký tlak v hlave. Otec Fischerovi povedal, že v predošlom stave bol chlapec ešte ďalšie štyri týždne, jeho stav sa začal zlepšovať po tom, čo ho začali kúpať v čaji na radu jedného známeho. Stav sa v priebehu dvoch týždňov zlepšil až do úplného vyliečenia.⁵⁸

Fischer tento prípad považuje za záchvat „akútnej hlúposti“ vyvolanej silnými halucínáciami. Dodáva, že prípad je ťažko kategorizovateľný a staršie generácie psychiatrov by ho pravdepodobne kategorizovali ako silný záchvat melanchólie spôsobenú veľkým rozrušením. Reflektuje aj modernejšiu teóriu Karla Ludwiga Kahlbauma o katatonických stavoch, avšak chlapec podľa Fischera nespĺňal všetky podmienky pre túto diagnózu. Navyše, hneď po chlapcovom príchode usúdil, že choroba mala dobrú prognózu a stav bol liečiteľný, čo v prípade katatonii neplatilo.⁵⁹

Vplyv Jakuba Fischera na rozvoj psychiatrie v Bratislave

Fischer sa vo svojich štúdiách opakovane vracal k téme príčetnosti vo forenznej psychiatrii, vplyvu alkoholu na ľudskú psychiku, ale aj úrovni psychiatrickej starostlivosti v Uhorsku. Jedno z odvetví forenznej psychiatrie, ktorému sa príležitostne venoval, boli sexuálne delikvencie, čo neskôr viedlo Fischera k preloženiu Krafft-Ebingovej práce *Psychopatia sexualis* do maďarčiny. V rámci protialkoholických aktivít stál, okrem zriadenia pobočky spolku *Good Templars*, aj za zriadením protialkoholického sanatória v dnešnej Obchodnej ulici, ktorú otvoril v roku 1910 spolu s Ľudovítom Kovácsom.⁶⁰ Pôsobením v Bratislavskom lekárskom a prírodovedeckom spolku sa stal jednou z kľúčových osobností bratislavského kultúrneho života.

Všetky jeho snahy a živý záujem o liečbu psychicky chorých viedli k aktívnemu záujmu obyvateľov župy o toto oddelenie. Už v prácach vydaných v Budapešti je poznať Fischerov chápatý prístup k duševne chorým ľuďom a silná snaha o destigmatizáciu trpiacich. Moderný bol aj prístup spočívajúci v starostlivej obhliadke pacienta, zisťovaní podmienok, z ktorých pacient pochádza, vrátane prípadnej rodinnej anamnézy. Z prác o súdnej psychiatrii je možné poznať postoj k duševne chorým, ktorý v ľuďoch pretrvával značne dlhú dobu. Duševne chorí ľudia bývali často vnímaní len ako nepríčetní kriminálnici, voči duševným chorobám mali ľudia často veľmi nedôverčivý postoj. Táto nedôvera mala korene v častom správaní niektorých recidivistov, ktorí sa snažili duševnú chorobu často len hrať, aby unikli trestu.⁶¹ Toto presvedčenie bolo ešte sto rokov dozadu pred Fischerovým pôsobením bežné. Ako bolo spomenuté, on sám sa neskôr snažil o zmierlivejší prístup k duševne chorým obyvateľom. Podmienky, ktoré presadzoval Huszty vo svojej práci o zdravotnej polícii sa rovnako snažil presadzovať Fischer v rámci uhorského súdnictva.

To, že tento zmierlivý prístup priniesol a okamžite implementoval v Bratislave, badať už v spomínaných článkoch, ktoré boli publikované pomerne krátko po jeho príchode. Nedôvera a strach zo stigmatizácie z návštevy psychiatrického oddelenia bola evidentne potlačená v uvádzaných príkladoch neurastenikov. Oba spomínané prípady reflektujú dve dôležité špecifiká – rodičia, ktorí by inak problém s chlapcom bojujúceho sa vody riešili problém pravdepodobne len s miestnym duchovným, sa rozhodli navštíviť oddelenie, dovedy v miestnom žargóne známu ako „*cvokhaus*“ a vyhľadať pomoc židovského doktora.

⁵⁸ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 6.

⁵⁹ FISCHER, Elmebajok gyermekeknél, s. 7.

⁶⁰ PEKAŘOVÁ, Jakub Fischer (1861–1920), s. 95.

⁶¹ TURČEK, Sté výročí psychiatrie na Slovensku, s. 61.

Rovnaké riešenie zvolil aj spomínaný vysokopostavený človek. Treba mať na pamäti, že poloha nemocnice je v širšom centre mesta, už vtedy vo veľmi frekventovanej oblasti a tak by návšteva psychiatrického oddelenia, aj keď len za účelom vyšetrenia, nemusela ujst miestnej pozornosti. Vzhľadom na rozšírenosť neurasténie na konci 19. storočia v zahraničí sa môže toto konštatovanie javiť banálne, avšak v kontexte veľmi zanedbanej zdravotnej starostlivosti v Uhorsku nám aj prípady neurastenikov ukazujú, že Fischerov prínos a pokrok v rámci psychiatrie bol výrazný a žiadaný.

Pri pohľade na Fischerov prístup, opísaný v štúdiách, sa nemôžeme čudovať zvýšenému záujmu verejnosti o liečbu rôznych problémov. Citlivý prístup obzvlášť vyniká v uvádzanej práci o detských pacientoch. Starostlivé vyšetrenie, snaha uľaviť deťom aj od prípadných fyzických neprijemností, pomalý, kľudový režim, s opatrným zapájaním do hier a hlavne opatrným pozorovaním stavu oboch pacientov. Tento prístup najviac badať pri záverečnom hodnotení chlapca postihnutého neidentifikovateľným záchvatom – Fischer nám zámerne podsúva svoj pokrokový pohľad a prístup ku psychickým ochoreniam. Zatiaľ, čo iní doktori by stav pravdepodobne vyhodnotili nevhodne a neliečiteľne, on už od začiatku predpokladal dobrú prognózu vývoja choroby a aj keď chlapec odolával liečbe, rozhodol sa urobiť kroky v jeho prospech, vrátane rozhodnutia, ktorým bolo poslať chlapca do domácej liečby s predpísanými opatreniami. Z oficiálnych predpisov načrtnutých v článku o duševnej chorobe v Uhorsku si vieme jednoducho vyvodit', že pri nesprávnej diagnóze by bol chlapec pravdepodobne označený ako neliečiteľný.

Pozitívny ohlas možno vydedukovať aj z akútnej potreby rozširovania oddelenia, ktoré po presune z Prokopovho domu dostalo vlastný štvorposchodový pavilón v areáli nemocnice. Pavilón bol pod Fischerovým dozorom vystavaný podľa najmodernejších potrieb a nariadení. V suteréne sa nachádzali zariadenia pre kúpeľ pacientov, byty pre kúpeľníčky, sluhov a strojníka. V prízemí boli byty primára a sekundárov, spolu s časťou mužského oddelenia, ktorého ďalšia časť zaberala celé prvé poschodie. Druhé poschodie patrilo ženskému oddeleniu. Každé poschodie malo umývárňu a záchody, kuchyňu, jedáleň, pracovnú a ošetrovateľskú miestnosť, 5 ciel, byty pre ošetrovateľský personál a veľký priestor pre denný pobyt pacientov. Chodby boli pre účely prípadného rozširovania široké až do 4,5 m. Bežná kapacita 250 lôžok sa tak mohla rozšíriť až na 520 miest. Pavilón sa však aj pod Fischerovým vedením a dohľadom nevyhol niektorým závažným problémom. Najpálčivejším bolo jeho umiestnenie na frekventovanej ulici, s už premávajúcou električkou, čo pôsobilo veľmi rušivo, vzhľadom k potrebám niektorých pacientov. Druhým problémom bolo, že aj pri rozlohe 1000m² bola vzniknutá psychiatrická záhrada nedostatočná, úmerne k počtu pacientov, a neposkytovala tak chorým potrebný priestor pre vonkajší pobyt.⁶²

Osobnosť Jakuba Fischera však, aj napriek svojej očividnej popularite a významu pre nasledujúci rozvoj psychiatrie, v povedomí verejnosti výrazne zapadla. Dôvodov je viacero – Fischer po konci vojny odišiel z Bratislavy do Budapešti, jeho oddelenie prebrala nová generácia psychiatrov, ktorá novovytvorenej republike vyhovovala výrazne viac. Fischer, ktorý produkoval texty hlavne maďarsky, a príležitostne nemecky, sa stával postupne čoraz vzdialenejším pre nasledujúce generácie československých psychiatrov. Sám však v Maďarsku nebol natoľko významnou osobnosťou, aby bolo jeho pôsobenie na Slovensku následne výraznejšie pripomínané. Ako bolo spomenuté, Fischer produkoval výhradne

⁶² TURČEK, Dejiny psychiatrie na Slovensku – II. a III. časť, s. 408.

články s prípadovými štúdiami, avšak s vlastným väčším dielom, či teóriou nikdy neprišiel. Tento faktor je ešte o niečo viac posilnený tým, ako sa snažila maďarská veda v období Fischerovho pôsobenia naďalej čo najviac vymedzovať voči rakúskej časti monarchie. Do popredia boli väčšinou presadzované osobnosti, ktoré sa snažili komplexnosťou svojej práce vyrovnať novým prístupom a je možné ich vyrovnanie porovnávať s pôsobením Sigmunda Freuda.

Záver

Činnosť Jakuba Fischera, obzvlášť s prihliadnutím k územiu dnešného Slovenska, však možno jednoznačne hodnotiť kladne. Na základe článkov a prípadových štúdií primára psychiatrie sme však schopní aspoň čiastočne priblížiť fungovanie tejto nemocnice nie len skrz štatistické údaje o počte pacientov či strohom určení diagnózy pri ich zápise. Z týchto článkov môžeme načerpať viac informácií o samotných pacientoch vyhľadávajúcich psychiatrickú pomoc. Ako sám Fischer pripomína, dobové zákony nariaďovali hospitalizáciu každého nebezpečného pacienta, čo obvykle vzbudzovalo nedôveru v pacientoch. V čase, keď sa v neďalekej Viedni viac rozvíjal psychoanalytický prístup, výrazne prístupnejší k pacientovi, bol Fischer schopný vytvoriť v Bratislave priestor, kde chodili pacienti rôznorodého pôvodu vyhľadávať jeho pomoc. Vidíme, že záujem o psychiatrické ošetrenie výrazne vzrastal aj nad rámec predpisov, z vlastného záujmu chorých. Pôvodne tabuizovaná návšteva psychiatrického oddelenia sa stávala postupne bežnejšou, čo v prípade Uhorska, kde bola zdravotná starostlivosť dlho zanedbávaná, naznačuje výraznú zmenu v povedomí obyvateľstva. Jedným z dôvodov, ktoré prispeli k postupnému zvýšeniu záujmu, môžeme určite radiť empatický a zmierlivý prístup Fischera, ktorý bol ochotný pomôcť každému pacientovi. Nízku kapacitu lôžok sa evidentne často snažil riešiť opatrným ordinovaním domácej liečby s presnými predpismi postupov a režimu, ktorý by mal pacientovi pomôcť. To, že psychicky chorý človek nebol odkázaný len na liečbu liečivami, či dokonca pobyt v nemocnici, značne prispievalo ku komfortu pacientov.

Positívne možno hodnotiť aj široký záber Fischerových odborných záujmov. Práce predstavené v predložennom texte sú len čiastočnou ukážkou Fischerovho záberu, prevažne z počiatku jeho kariéry. Fischer sa počas svojho pôsobenia v Bratislave opakovane vracal hlavne k tematike súdneho lekárstva, príčetnosti a alkoholizmu. Veľkým prínosom pre rozvoj psychiatrie v Uhorsku bol práve jeho preklad *Psychopatia sexualis*. Táto práca od Richarda von Krafft-Ebinga je doteraz považovaná za jedno zo základných diel psychiatrie. Krafft-Ebing v tejto práci definoval a vytriedil veľké množstvo kategórií, ktoré sú z väčšiny používané doteraz, ako napríklad sadizmus, masochizmus a iné kategórie parafílií. Dielo bolo určené odborníkom z radov lekárov a práva, avšak aj napriek komplikovanému jazyku a použitiu latinčiny sa práca stala vo svojej dobe veľmi populárnou aj u verejnosti, fascinovanej poburujúcim zameraním práce. Záujem verejnosti o túto prácu neskôr vytlačili Freudove teórie, zameriavajúce sa viac na podvedomý vznik odchýlok, zatiaľ čo Krafft-Ebing hľadal ich pôvod prostredníctvom rôznych neurologických porúch, vrozených, či nevrozených.

Tento fyziologický prístup, hľadajúci príčinu vo fyzickejšej poruche mozgu bol Fischerovi výrazne bližší a, ako je možné vidieť v rámci predstavovaných prác, je určujúci pre Fischerovu prácu a postoj k pacientom. Hľadanie fyzicky odstrániteľnej, či zvrátiteľnej príčiny, ak sa začne s včasnou liečbou, je najpodstatnejším princípom, ktorý Fischer

aplikuje vo všeobecnom prístupe k pacientom. Ako už bolo naznačené, jedným z hlavných záujmov Fischera, ktorý má zároveň blízko aj k súdnej psychiatrii, je práve alkoholizmus, jeho vplyv na ľudské správanie a poškodenie mozgu. Na prelome 19. a 20. storočia začínal byť alkoholizmus postupne vnímaný ako seriózný zdravotný problém. Nadmerné pitie alkoholu bolo, samozrejme, známe už od staroveku, k opilstvu však bolo často prihliadané skôr ako k morálnemu problému. Koncept závislosti ako patologického problému, ktorý poznáme dnes, začal vznikať hlavne v období Fischerovho pôsobenia a opäť nadväzuje na vnímanie fyzického vplyvu na mozog a nervy a ich dlhodobé ovplyvňovanie. Fischer sa k téme alkoholizmu vracia v takmer každej svojej práci, či už v teoretickej, alebo v prípadových štúdiách, kde jasne demonštruje svoj pohľad na koreláciu alkoholizmu u postihnutého, alebo jeho rodičov, na psychický stav človeka. Napriek tomu, že koncept alkoholizmu, vtedy označovaného aj ako *dipsomania*, začal vznikať len pomerne nedávno a nenašiel si ešte veľa zástancov, u Fischera môžeme vnímať jasnú správu – stav v Uhorsku bol v tomto smere výrazne znepokojivý a to až tak, že z jeho strany bola výrazná potreba verejne diskutovať a demonštrovať dlhodobé účinky závislosti na alkohole, nie len z morálneho hľadiska, ako bolo dovtedy zvykom u protialkoholických spolkov.

Jakub Fischer sa veľmi zaslúžil nie len o zlepšenie zdravotného stavu psychicky chorých pacientov v Bratislave, ale jeho články prispeli aj k formovaniu súdnej psychiatrie v Uhorsku a následne v Maďarsku. Otázky o príčinnosti a jej určovaní, sú aktuálne aj dnes, avšak s dnešnými technológiami majú lekári diagnostiku značne uľahčenú. Pre svoju dobu významným sa javí názor o zníženej spôsobilosti v dôsledku konzumácie alkoholu – v súčasnosti je tento faktor náležite zohľadňovaný. Fischerove snahy o verejnú diskusiu poukazujú na komplexnejšie problémy, ktoré Uhorsko trápili. Široký záber záujmov na poli psychiatrie tieto snahy len viac zdôrazňuje. Fischer sa snažil o celkové zlepšenie stavu, nie len v rámci jedného mesta a jeho blízkom okolí, ale publikovaním svojich odborných článkov sám ďalej nabádal ďalších lekárov k rozumnému riešeniu rôznych problémov, ktoré sa mohli týkať akéhokoľvek typu pacienta – od tých skutočne vážne postihnutých, delikventov, detí, či zámožných osobností. Sám si veľmi dobre uvedomoval dôležitosť nielen fyzicky zdravého obyvateľstva. Jeho snahy boli snahou prispieť k celkovému zlepšeniu spoločnosti. Fischera však nemožno vnímať len ako lekára, ktorý by mal záujem len o zlepšenie stavu v Bratislave, aj keď nám, samozrejme, o tomto pracovisku poskytuje najviac informácií. Jeho cieľom bolo vytvoriť moderne fungujúci priestor, ktorý by prispel k efektívnejšiemu riešeniu dlhodobých problémov kráľovstva s rôznymi druhmi psychických ochorení – či už vrodených, alebo získaných, ako v prípade závislosti. Svoje štúdie zverejňoval prevažne v hlavných medicínskych časopisoch svojej doby, jeho snaha tak bola priniesť celospoločenské informácie o svojich postupoch a názoroch, ktoré považoval za efektívne a mohli viesť k ďalšiemu rozvoju psychiatrie v Uhorsku. Celkovo je možné Jakuba Fischera hodnotiť ako psychiatra s moderným vzdelaním a postupmi, ktorý sa veľmi zaslúžil o rozvoj psychiatrickej liečby v Bratislave, čím nevedomky položil pevné základy pre jeho nasledovateľov po rozpade monarchie.

Zoznam použitých prameňov a literatúry:

Publikované pramene:

FISCHER, Jakab. Elmezavar fellépése a bűncselekmény elkövetése után: Orvostörvénytársági esetek. 1889, separát, b. m.

FISCHER, Jakab. Elmebetegügy Magyarországon. 1891, separát, b. m.

FISCHER, Jakab. A neurasthenia. In A magyar orvosok és természetvizsgálók nagygyűlésének munkálatai, 1892, č. 26, s. 231-246.

FISCHER, Jakab. Elmebajok gyermekeknél. 1894, separát, b. m.

HUSZTY, Zachariás Teofil. Diskurs über die medizinische Polizei, 2 vols. Pressburg und Leipzig 1786.

Monografie a zborníky ako celok:

BOKESOVÁ – UHEROVÁ, Mária. Dejiny zdravotníctva na Slovensku. Martin 1989.

CÍGER, Juraj – Pogády, Jozef. Duševné zdravie v tisícročí Slovenska: Kultúrno- historický a medicínsky priezor. Bratislava 1991.

JUNAS, Ján. Lekári a spoločnosť v 19. storočí na Slovensku, Martin: Osveta, 1990.

LAFFERTON, Emese. Hungarian psychiatry, society and politics in the long nineteenth century. Cham 2022.

Štúdie a články v časopisoch a zborníkoch, kapitoly v kolektívnych monografiách:

BARAN, Brigitta. Fischer Jakab igazságügyi pszichiátriai publikációs tevékenysége. In Orvostörténeti Közlemények - Communicationes De Historia Artis Medicinae, 2016, roč. 62, č. 1-4, s. 138- 143.

FISCHER, Jakab. Fischer Jakab élete. In Orvostörténeti Közlemények - Communicationes De Historia Artis Medicinae, 2016, roč. 62, č. 1-4, s. 133-138.

KISS, László. József Pólya a prvý psychiatrický ústav v Uhorsku. In Pediatrická prax, 2023, roč. 24, č. 3, s. 126.

KOVÁCS, Janka. Az orvostudomány „legsetébb mezeje” pszichológiai ismeretek a habsburg birodalom orvosi fakultásainak tananyagában a 18–19. század fordulóján. In Gerundium: egyetem-történeti közlemények, 2020, roč. 11, č. 3-4, s. 78-103.

MOROVICSOVÁ, Eva. Začiatky výučby psychiatrie na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského. In Fragmenty z dejín medicíny, farmácie a veterinárnej medicíny. Bratislava 2012, s. 157-159.

PEKAŘOVÁ, Katarína. Jakub Fischer (1861-1920). In Knižnica, 2011, roč. 12, č. 11-12, s. 94-97.

TURČEK, Michal. Sté výročie psychiatrie na Slovensku. In Československá psychiatrie, 1966, roč. 62, č. 1, s. 58-61.

TURČEK, Michal. Dejiny psychiatrie na Slovensku – II. a III. časť. In Protialkoholický obzor, 1991, roč. 26, č. 6, s. 403-414.

Počet slov: 9 807

Počet znakov (vrátane medzier): 69 843