

Etyka lekarska w okresie późnego antyku i wczesnego średniowiecza — ideał a codzienność

Medical ethics in the late antiquity
and the early middle ages
— the ideal and the everyday life

STRESZCZENIE

W artykule ukazano wybrane aspekty etyki chrześcijańskiej w pierwszym tysiącleciu jej istnienia, stosowanej w obszarze medycyny. Podstawą zmiany postrzegania w etyce zarówno osoby chorego, jak i osoby lekarza, stało się przeorientowanie myślenia o chorobie. Cierpienie postrzegano odtąd nie tylko jako karę za grzechy, ale doświadczenie zesłane przez Boga, również na sprawiedliwego. W myśl słów Ewangelii chory stał się personifikacją samego Chrystusa. W efekcie pojawia się nowa frazeologia, tak w języku teologicznym, jak i medycznym. Wpisanie miłosierdzia w kanon postępowania chrześcijanina sprawiło, że teksty deontologiczne lekarzy chrześcijańskich mogły skupić się również na cechach osobowościowych lekarzy czy też na tworzeniu pozytywnych relacji z chorymi, za pomocą skonkretyzowanych technik socjomedycznych, a nie tylko na wytycznych o charakterze moralnym. Silne zakorzenienie etosu miłości bliźniego spowodowało, że postać osoby cierpiącej, jako personifikacji Chrystusa, stała się osią, wokół której dokonywano czynów miłosierdzia. Jednym z namacalnych i trwałych tego skutków jest zakładanie od IV w. niespotykanych do tej pory instytucji charytatywnych — szpitali. Tego rodzaju fundacje erylowane są odtąd z przeznaczeniem dla osób potrzebujących (ubogich, chorych, kalek, starców, wdów, sierot, pielgrzymów) w coraz to nowych obszarach Europy, Azji Mniejszej i Afryki Północnej.

Z drugiej strony pojawiły się też zjawiska co najmniej kontrowersyjne. Duchowość chrześcijańska sprzyjała wytworzeniu się postaw, w których ciało ludzkie zostaje oskarżone o więzienie duszy, o jej demoralizację. W efekcie wielu z chrześcijan zaniedbywało troskę o swe zdrowie. Do przypadków skrajnych należało daleko idące umartwianie się, często na granicy możliwości przeżycia, a także poddawanie się kastracji celem pozbawienia się

Adam Szarszewski

Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres do korespondencji:

dr n. med. Adam Szarszewski
Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk
tel./faks: (058) 349-14-41
e-mail: aszar@gumed.edu.pl

zdolności do grzechu. Etyka wczesnochrześcijańska nie była w stanie rozwiązać też wielu problemów szczegółowych, jak chociażby stworzenia optymalnych wzorców wobec schorzeń nieuleczalnych. Do interesujących, choć o mniejszym ciężarze gatunkowym, zagadnień, na które, jak się wydaje, przeorientowanie etyczne chrześcijaństwa nie miało wpływu, był system sprawowania opieki i wykonywania zabiegów terapeutycznych, który nie sprzyjał zachowaniu propagowanej przez Hipokratesa tajemnicy lekarskiej.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 2, 91–102

słowa kluczowe: chrześcijaństwo, etyka lekarska, przysięga Hipokratesa, teologia

ABSTRACT

The article presents some aspects of Christian ethics in the first millennium of its existence, applying to the practice of medicine. The basis of changes in the perception of both the patient and the physician, was the reorientation of thinking about the disease. Suffering was no longer perceived solely as a punishment for sins but as the experience that God sends also on the righteous. According to the Gospels, the sick became the personification of Christ Himself. As a result, new phraseology was adopted, in both theological and medical language. The inclusion of a concept of charity in the Christian code of conduct made it possible for the Christian physicians to focus on some new issues. In their deontological texts they would now concentrate on personality traits of doctors or an appropriate doctor-patient relationship established with the use of specific socio-medical techniques and not only based on moral guidance, as it was before. Deeply rooted ethos of loving others made a suffering person, seen as the personification of Christ, the axis around which acts of mercy were performed. From the fourth century, one of the tangible and lasting impact of that shift was the establishment of hospitals, which were the unprecedented charitable institutions. Such foundations, intended for all those in need (the poor, the sick, the disabled, the elderly, widows, orphans, pilgrims) were erected in ever new areas of Europe, Asia Minor and North Africa.

At the same time, certain controversial phenomena emerged. Christian spirituality encouraged beliefs which accused the human body of imprisoning and demoralizing the soul. As a result, many Christians neglected the care for their health. In extreme cases, they would mortify themselves severely, often on the verge of survival, or undergo castration to deprive themselves of the capacity to sin. Moreover, early Christian ethics was not able to solve a number of specific problems, like for example setting optimal standards for dealing with incurable diseases. Another interesting issue, albeit less important and probably unrelated to ethical reorientation of Christianity, was a system of healthcare and therapeutic procedures, which did not comply with the rule of medical confidentiality advocated by Hippocrates.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, vol 7, no 2, 91–102

Key words: christianity, medical ethics, Hippocratic oath, theology

WSTĘP

W poprzednim artykule (Szarszewski A., Zagierski M., Wczesnochrześcijańska etyka lekarska, Forum Medycyny Rodzinnej 2011;

5: 475–484) ukazano zmaganie się chrześcijaństwa ze światem pogańskim w obszarze medycyny, jako obszarze etycznie szczególnie wrażliwym. Ostateczne zaakceptowanie przez

chrześcijaństwo wielu wartości, jakie niosły ze sobą dawne systemy etyczne oraz wzbogacenie ich o oryginalne, wysoce humanistyczne spojrzenie na zjawisko choroby i cierpienia, dawało szansę na wewnętrznie uporządkowane podejście lekarza do chorego. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie wybranych aspektów etyki chrześcijańskiej w pierwszym tysiącleciu jej istnienia w kontekście realnie uprawianej medycyny.

Na wstępie warto sobie uzmysłowić fakt, iż w nauczaniu wczesnochrześcijańskim ogromną rolę odgrywało przełamanie starotestamentalnej wizji choroby jako kary za przewinienia. Wedle niej choroba jest efektem zarówno jednostkowego grzechu chorego (lub jego rodziców), jak i grzechu pierwotnego ludzkości. W swoim podstawowym wykładzie problemu chrześcijaństwo nie odrzucało judaistycznego spojrzenia na chorobę. Lecz znacznie silniejszy okazał się topos Boga, który wierzącym w Chrystusa zsyła chorobę po to, aby ukazać swą moc, i uwalnia od choroby po to, aby okazać swą miłość. Tak pojawienie się choroby, jak i uwolnienie od niej daje człowiekowi okazję do nawrócenia.

Ten tok rozumowania umożliwił asymilację medycyny przez Kościół. Chodzi nie tylko o proste zaanektowanie wiedzy, ale także poczucie, iż zawłaszczenie to ma głęboki sens teologiczny i moralny. Przez następne wieki chory, przede wszystkim w fazie terminalnej, traktowany będzie jako osoba szczególnie bliska Bogu. Owo poczucie bliskości zostaje sprowokowane świadomością możliwie rychłego sądu bożego, ale także poczuciem naznaczenia, wybrania, dotknięcia palcem bożym. Cierpienie staje się pretekstem do samooceny chorego, której celem ma być pojednanie się z Bogiem. Tak więc choremu szczególnie bliski staje się zarówno lekarz, jak i duchowny. Obaj są mu niezbędni, obaj mają pomóc oswoić chorobę: jeden w sferze cierpienia ciała, drugi w sferze lęku, poczucia bezsensu, doznania utraty, odejścia, przekroczenia, przestoczenia w nieznanne. Choroba,

dopuszczając się metamorfozy ciała, dokonuje metamorfozy duszy. Pacjent postrzegany jest jako osoba dogłębnie czująca, a lekarz i duchowny mają za zadanie skanalizowanie doznań pacjenta. Źródłem i celem wszystkiego jest Bóg.

Istnieje też i wzajemność relacji zarówno pacjent–lekarz, jak i chory–duchowny. *Nad wszelkie słowa, zawsze lepszy czyn* — te słowa Eurypidesa cytuje Klemens Aleksandryjski (ok. 150 – ok. 212) w „Kobiercach” [1]. Obszar choroby stwarza okazję do świadczenia czynów miłosierdzia, zarówno przez lekarza, jak i przez duchownego. Obaj są nie tylko narzędziami w rękach Boga. Są także osobami, dogłębnie czującymi. Także dla nich źródłem i celem jest Bóg.

Powyższy sposób kształtowania się idei choroby jako cierpienia, które ma najgłębszy sens zarówno dla chorego, jak i osób mu posługujących, jest faktem bez precedensu. Żadna inna religia przedtem, żaden system filozoficzny nie stawiał cierpienia człowieka w samym centrum życia. Jako obraz Chrystusa w doczesnym świecie, pacjent stał się osobą. Teocentryzm, który w codzienne życie wiernego wnosiło chrześcijaństwo, implikował humanistyczną, by nie rzec: antropocentryczną wizję świata, realności stworzonej dla człowieka, z miłości Boga do człowieka. Przewartościowanie poglądów na chorobę i osobę chorego było jednym z elementów tej nowej wizji.

Uświadomienie sobie roli religii chrześcijańskiej w ewolucji poglądów na chorobę i cierpienie oraz na osobę człowieka chorego i cierpiącego, nasuwa jednocześnie pytanie o realny wpływ tej przemiany na etykę w medycynie.

I jeszcze jedna uwaga: wbrew potocznym opiniom ciało w etyce chrześcijan doby późnego antyku i wczesnego średniowiecza stanowiło nie tylko źródło ustawicznych problemów, z seksualnymi na czele. Wprawdzie duchowość chrześcijańska sprzyjała wytwarzaniu się postaw, w których ciało ludzkie zostaje oskarżone o więzienie duszy, o jej demoralizację,

w efekcie czego wielu z chrześcijan zanie-dbywało troskę o swe zdrowie, jednak główni przedstawiciele etyki wczesnochrześcijańskiej uznawali, iż *ciało jest dla duszy instrumentem bezwzględnie potrzebnym. Dlatego wielkim błędem byłoby lekceważenie naszego zdrowia* [2]. Lekarze, wobec powyższego, postrzegani byli powszechnie jako niezbędny czynnik społeczeństwa chrześcijańskiego, podobnie jak to miało miejsce w czasach pogańskich. Wspomniany już Klemens Aleksandryjski chwali *bardzo doświadczonego sternika, który 'grody tak wielu ludzi oglądał', oraz lekarza, który miał w swej praktyce wielu pacjentów* [1]. Św. Augustyn (354–430) w swych „Wyznaniach” przywołuje postać Windycjanusa, *który słynął jako lekarz. (...) Opowiedział mi, że sam w młodości studiował astrologię; zamierzał nawet uczynić ją swym zawodem i z niej czerpać środki utrzymania. A skoro opanował naukę Hipokratesa, to mogę ufać, że tamte księgi też nie miały dla niego tajemnic. Jeśli potem porzucił astrologię, a wybrał medycynę, to tylko z tej przyczyny, że przekonał się o wierutnej fałszywości owych ksiąg; a jako poważny człowiek nie chciał żyć z oszukiwania ludzi* [3]. W opinii św. Augustyna Windycjanus (choć poganin) postąpił w zgodzie z zasadami etyki, odchodząc od nauki fałszywej (astrologii) i zajmując się nauką prawdziwą — medycyną.

Nie dziwią więc wspomnienia Teodoreta z Cyru (ok. 386/393 – ok. 457/466): *Kiedy przypadło mi w udziale sprawować rządy w Cyrze, starałem się zewsząd ściągnąć tam przedstawicieli zawodów nieodzownych dla miasta. Zachęciłem ponadto do osiedlenia się w nim ludzi biegłych w sztuce lekarskiej. Jednym z nich jest najpobożniejszy kapłan Piotr, który wykonuje swój zawód z wielką znajomością rzeczy i ozdabia go swymi obyczajami* [4].

Nad obyczajami (i ich związkami z etyką) wypada się teraz chwilę zatrzymać.

BYĆ JAK HIPOKRATES

Kasjodor (ok. 485–583), w swoich pouczeniach dla lekarzy dworu włoskiego królestwa

Ostrogotów, ostrzegał, aby unikali kłótni, niewiści, wszelkich form złośliwości i stosowania kiepskich sztuczek leczniczych. Usilnie ich namawiał do nieustannego szukania wiedzy, czytania prac starożytnych i do objawiania serdeczności w traktowaniu chorych, a także czystości w ich życiu prywatnym. Celem wywierania stosownego efektu przy łóżku chorego, Kasjodor radził: *Niech Twe wizyty niosą wyleczenie chorym, nowe siły zdrowym, nadzieję zmęczonym. Zostaw nietaktownym praktykującym wypytywanie pacjentów, których odwiedzają, czy ból ustąpił i czy spali dobrze. Pozwól pacjentowi pytać o swą chorobę i usłyszeć prawdę o niej. Użyj najpewniejszych możliwych informatorów. Dla zręcznego lekarza tętno odkrywa chorobę pacjenta, a analiza moczu ją ujawnia. Aby ułatwić całą sprawę, nie mów pacjentom, co te objawy znaczą* (tłum. Maciej Zagierski) [5].

Kasjodor nie był pierwszym pisarzem chrześcijańskim, który skupił się na obyczajach lekarskich. Według Jana Chryzostoma (ok. 350–407) dobry lekarz nad chorego, który przybył doń o własnych siłach, winien przedkładać pacjenta, który leży w domu i nie ma siły, aby przyjść do lekarza. Każdorazowo lekarz sam powinien badać pacjenta, następnie porozmawiać z domownikami na temat sytuacji chorego. Potem powinien sprawdzić w księgach, z jaką chorobą ma do czynienia i jak winien postępować. W końcu ma tak chorego, jak i domowników pouczyć o rodzaju terapii i sposobach pielęgnacji. Do najistotniejszych właściwości postępowania lekarskiego Jan Chryzostom zaliczył szukanie źródła choroby, aby nie tylko walczyć z objawami, ale także usunąć przyczynę schorzenia [2].

Zachowały się także innego rodzaju teksty, zawierające nie tylko pouczenia etyczne, ale także opisy pożądanego profilu psychologicznego lekarzy. Do najbardziej znanych zabytków należy powstały w nieznanym bliżej czasie (prawdopodobnie jest to kopia lub IX-wieczna parafraza tekstu pochodzącego z V w.) list przesłany przez Arseniusza (nie-

znanego z innych źródeł) do swego ucznia, Nepocjana:

Arseniusz do Nepocjana, swego najukochańszego syna z pozdrowieniami (...) [Oto] co wcześniej pragnąłeś wiedzieć: jakim rodzajem człowieka powinien być lekarz. Po pierwsze, powinien sprawdzić swą osobowość, aby zobaczyć, iż ma łaskawy i naturalnie dobry charakter, jest zdolny i skłonny do nauki, trzeźwy i skromny, czy jest dobrym rozmówcą, czarującym, sumiennym, inteligentnym, czujnym i uprzejmym, we wszelkich szczegółowych sprawach biegłym i zręcznym. Sztuka nasza wymaga także bycia przyjacielskim, pokornym i łaskawym. Pokora zawsze szuka wiedzy, zawsze narasta, nigdy nie prowadzi do przesady, ni oburzenia. Bóg odnawia słodycz, inspirowa mądrość, zostawia wspomnienia w sercu a miłość w duszy, dyscyplinę w postępowaniu, mądrość przepojoną strachem i pilnością, szacunek, gdyż ten, który nie kocha nie czci, nie będzie zdolny i pewny w swej pracy. [Lekarz nie powinien] być niezdecydowanym, nieśmiałym, gwałtownym lub dumnym, pogardliwym, lubieżnym, gadatliwym, celnikiem, miłośnikiem kobiet, lecz raczej pełnym rady, wiedzy i cnoty. Nie powinien być pijakiem ni sprośnym, szalbierzem, wulgarnym, złoczyńcą czy niewdzięcznikiem, źle gdy lekarz zostaje uznany winnym lub rumieni się ze wstydu przed swymi ludźmi. Nawet jeśli miłość mądrości objawia się w jego zachowaniu niech będzie nienaganny gdyż został wybrany do wyższych zaszczytów. Medycyną się nie gardzi ale wzywa się ją. I tak jak wysokie zaszczyty posiadają lekarze, nie powinien on mieć win, ale przejawiać dyskrecję, małomówność, cierpliwość, spokój, łagodność, nie zachłanność, a subtelność, rozsądek, pracowitość i godność. Jedną z cnot tej sztuki jest zapal w zdobywaniu mądrości, tolerancji i łagodności. [Lekarz powinien dążyć do] przyjemnego serdecznego podejścia; gdyż jak światło oświetla dom i pozwala ludziom widzieć w ciemnościach; tak serdeczny lekarz zmienia żal i smutek w radość, pokrzepia wszystkich swych pacjentów, odnawia ich ducha. Zgodnie z tajnym nauczaniem, powinno się dążyć

w medycznych instrukcjach do tego, by lekarz był serdeczny, gdyż jest szlachetnym pomocnikiem [swych pacjentów]. Ożywiając ciała, powstrzymując choroby, poprawiając nastrój; przepisuje diety, obniża gorączkę, rozgrzewa szpik, podaje odtrutki, wskrzesza siły witalne. Zauważa objawy choroby i zaleca zbawienne lekarstwa. Prezentuje się jako znawca wielu ziół i uzdrowiciel przygotowujący inteligentne odtrutki dla ożywienia ludzkich sił. Wyjaśnia teraźniejszość, odkrywa wieczną przyszłość, czuje czynniki wewnętrzne. Lekarz nazywany jest mentorem uzdrowienia, wyzwolicielem, odpowiednim pracownikiem przynoszącym pomoc w czasie potrzeby (tłum. Maciej Zagierski) [5].

Podobnie z nieznanego bliżej czasu pochodzi specyfikacja pożądanych cech lekarskich, również połączona z wytycznymi co do zachowania lekarza wobec pacjenta:

Wyjaśnijmy, jaką osobą ma być lekarz. Powinien być łagodnych obyczajów i skromny, odpowiednio wiarygodny. Nie powinno brakować mu wiedzy, nie może być dumny, ma troszczyć się i o bogatych, i o biednych, niewolników i wolnych, równo rozdając wśród nich potrzebne lekarstwa. Poza tym, jeśli zaoferowana mu będzie pewna zapłata, powinien ją raczej przyjąć niż odmówić. Jeśli jednak nie zostanie zaoferowana — nie należy jej żądać, gdyż ile by nie ofiarowano, żadna zapłata za usługi medyczne nie może się równać z korzyściami. Poza tym, wchodź do domów, które odwiedzasz w taki sposób, by skupić się tylko na leczeniu chorego. Pamiętaj o przysiędze Hipokratesa i powstrzymuj się od wszelkiej winy, niemoralności i uwodzenia. Dochowaj tajemnicy we wszystkim, co okaże się lub jest wypowiedziane w domu. Tak sam lekarz i sztuka zasługują na większą chwałę. Lekarz powinien mieć smukłe, szlachetne palce, aby być przyjemny dla wszystkich i mieć delikatny dotyk. Sam Hipokrates (...) mówił: „lekarz powinien być przyjemny w rozmowie, i nieograniczonym w filozofii. Powinien być skromnych obyczajów, gdyż zarówno doskonałość sztuki i dobre obyczaje powinny być w harmonii” (tłum. Maciej Zagierski) [5].

Istniały także pouczenia dla adeptów medycyny, z jednej strony wskazujące na cechy osobowościowe przyszłych lekarzy, a z drugiej silnie akcentujące zachowanie dobrych obyczajów, stanowiących podstawowy kanon profesjonalisty:

Zajmijmy się osobą rozpoczynającą naukę w sztuce medycznej. Niech będzie to ktoś w wieku pośrednim między okresem chłopięcym i męskim, czyli młodzieniec w wieku lat 15, co jest wiekiem stosownym do podjęcia uświęconej sztuki medycznej. Niech nie będzie ni za duży, ni za mały, i aby przeżył swą młodość w sposób wolny, a starość użytecznie i łatwo. Charakter i duch jego niech będą energiczne i utalentowane; ma być rzeczywiście pojętny, aby rozumiał i mógł się uczyć; także silny, aby podolał nawracającej pracy i straszny widokom, których doświadczy. Powinien sam współczuć przypadkom innych ludzi. Niech mniej interesuje się innymi dyscyplinami i niech będzie ostrożny w sprawie swych manier. Zgodnie z Erasistratusem największym szczęściem jest zachowanie równowagi: udoskonalenie się w sztuce medycznej oraz obdarzenie najlepszymi manierami. Gdy jednego zabraknie, lepiej być dobrym człowiekiem bez nauki, niż zręcznym praktykiem o deprawowanych obyczajach. Jeśli rzeczywiście brak dobrych manier w sztuce wydaje się być zrekomensowany przez reputację profesjonalisty, tym większy wstyd, gdy profesjonalna wiedza ma być zepsuta przez zawstydzające zwyczaje. Lecz jeśli obie z nich mają być wadliwe, zachęcam tych, którzy są tego świadomi, do rezygnacji ze sztuki. Ten, kto przyswaja sztukę medyczną, powinien także mieć wiedzę o naturze rzeczy, tak by nie wydał się w tym niedoświadczony. I powinien być także dobrze obdarzony, mądry oraz ozdobiony wszelkimi dobrymi cechami (tłum. Maciej Zagierski) [5].

Jest zastanawiające, że znaczną część cytowanych pouczeń (a także wielu powstałych w okresie późniejszym) wypełniają opisy cech osobowościowych lekarzy, z góry zakładając, że to one decydują o ich postawie moralnej. Predyspozycje, lub ich brak, zdają się silnie

determinować zdolność do zachowań zgodnych z etyką. Tym, co zależy od woli człowieka, jest „etykieta”, w pewnej mierze przeciwstawiana przez Loren MacKinney „etyce” [5].

Jednym z głównych powodów takiego przesunięcia akcentów w medycznych tekstach deontologicznych wczesnego średniowiecza, jest, jak się wydaje, stopniowa zmiana w edukacji etycznej. Dla młodego lekarza–niechrześcijanina wzorcem etycznym był jego mistrz. Dla chrześcijanina stawał się nim przede wszystkim Chrystus. Opisane powyżej skupienie się medycznych tekstów deontologicznych aż do XII wieku na „etykiecie”, a nie na „etyce” (trzymając się dychotomii MacKinney) wynika z faktu, iż wzorzec etyki lekarskiej leżał poza wzorcem wyznaczonym przez Hipokratesa albo raczej ponad wzorcem. Dlatego też w tekstach medycznych należało nie tyle skupić się na etycznej teorii zawodu, gdyż podstawy takiej nauki wykładali teologowie, ile na wręcz technicznym wzorcu relacji lekarz–pacjent. Galvão-Sobrinho nazywa ten wzorzec: *działać jak Hipokrates (to act like Hippocrates)*. Im później, wzorzec ten będzie coraz bardziej rozbudowywany [6]. Wydaje się jednak bardziej pełnym określenie, że z dwóch równoległych źródeł młody lekarz zyskiwał taką wiedzę, aby „żyć jak chrześcijanin, działać jak Hipokrates”.

Następnym powodem takiego konstruowania tekstów deontologicznych omawianego okresu jest coraz wyraźniejsze wzorowanie się na wyodrębniających się w tym właśnie czasie pouczeniach etycznych stosowanych w Kościele, tzw. egzemplach. Popularyzację egzemplów łączy się z osobą papieża Grzegorza I (ok. 540–604). Budujące przykłady cnotliwych mężów i dziewic, lub odwrotnie, odstraszaające z życia grzeszników, coraz bardziej kształtowały potoczną wyobraźnię literacką przełomu starożytności i średniowiecza. Proste (by nie rzec: prostackie) egzempli zastąpiły traktaty filozoficzne czy teologiczne w coraz gorzej wykształconych społeczeństwach zmieniającej się Europy. Łatwiej było

więc wytłumaczyć człowiekowi o ówczesnej mentalności, jakie cnoty są pożądane, w oparciu o wskazówki postępowania dane na przykładach, aniżeli przedstawiać systematyczny wykład teoretycznej etyki środowiskowej. Charakterystyczna retoryka zarówno egzemplów, jak i lekarskich tekstów deontologicznych, wzbogacana w miarę upływu stuleci rozbudowaną kazuistyką, odwoływała się więc do elementarnych symboli, kalek myślowych. To zaś ułatwiało i utrzymywało przekaz.

Inny problem, jaki pojawił się w V wieku, to dostępność po upadku cesarstwa rzymskiego medycznych, filozoficznych, etycznych tekstów w oryginałach. Coraz mniej lekarzy (poza tworzącym się Cesarstwem Bizantyńskim) potrafiło czytać teksty greckie. Stopniowo nauka (w tym medycyna) staje się domeną Kościoła (głównie zakonników). Najczęściej podstawę edukacji stanowią traktaty medyczne łacińskie, ale nie w oryginałach, a w wyciągach, a nawet w wyciągach wyciągów. Stąd też tracenie się subtelności oryginałów i jednocześnie pokrywanie kompilowanych tekstów tkanką subiektywnego przekazu. Ten wątek, obecnie niezwykle trudny do weryfikacji i naukowego opracowania, wydaje się jednym z decydujących, jeśli chodzi o śledzenie przepływu zarówno wiedzy medycznej, jak i wzorców zachowań. Nie można go bagatelizować, gdyż zmiany zachodzące w mentalności, to również efekt odmiennego systemu nauczania, dostępu do wiedzy (coraz bardziej ograniczonego), a w rezultacie opierania się na tekstach skażonych. Trudno w tym nie dostrzegać jednego z istotnych powodów odmiennego niż w starożytności konstruowania tekstów deontologicznych, posługiwania się inną retoryką czy też tworzeniem powszechnie czytelnych wzmiankowanych już kalek myślowych

Przypomina to opracowywanie obecnie tzw. standardów medycznych, dających tak lekarzowi, jak i pacjentowi poczucie bezpieczeństwa stosowanych procedur. Owo „działać jak Hipokrates” zapewniało wypełnianie posługi lekarskiej w sposób zgodny

z późnoantycznymi i wczesnośredniowiecznymi wymogami medycznymi oraz etycznymi. Raz zastosowane wzorce tekstów są nie tylko powielane, ale i udoskonalane, rozbudowywane. Charakterystyczne dla dojrzałego średniowiecza myślenie oparte na autorytetach, przeświadczenie, iż jesteśmy tylko karłami na barkach olbrzymów, staje się myśleniem w obrębie rytuałów wiedzy już w wieku V i VI. Imię Hipokratesa trwa wobec tego jako hasło, bowiem w przeświadczeniu zamierającej Europy, usiłującej ocalić greckość i rzymskość, owo ocalenie można osiągnąć właśnie poprzez tworzenie nośnych, łatwych do zapamiętania haseł. Propagowany slogan „działać jak Hipokrates” był zrozumiały zarówno w Irlandii, jak i w Rzymie czy Konstantynopolu. Do tego problemu powrócę w następnym artykule, omawiającym między innymi schemat „działać jak Hipokrates” jako jedną z osi salernitańskiego (po IX w.) ideału etycznego.

TEATRA MISERICORDIAE

Jednym z wyrazów praktycznej realizacji nakazów Jezusa stało się powstanie szpitali, fundacji, których idea zainspirowana została nauką o miłosierdziu (*caritas christiana*). Troška o potrzebujących była tak dalece cechą charakterystyczną gmin wczesnochrześcijańskich, że Julian Apostata (332–363) w swoim liście do Arsakiosa, arcykapłana Galacji, narzekając, iż nawet nie spostrzegamy, jak bardzo bezbożnictwo [tj. chrześcijaństwo, przyp. A.Sz.] przybrało na sile, przyznaje, iż dzieje się tak dzięki jego dla obcych życzliwości, jego o grzebanie zmarłych trosce, wreszcie jego kłamanej życia świętości. I dodaje: hańbą bowiem jest dla nas, że z Żydów nikt nie żebrze i że niewierni Galilejczycy [tj. chrześcijanie, przyp. A.Sz.] oprócz swoich żywią także naszych, nasi zaś nawet swoim prosiącym pomocy nie udzielają [7]. Cesarz powraca do tej myśli także w liście do arcykapłana Teodora, konstatując: właśnie dlatego, że nędzarze byli przez kapłanów niezauważani, nie uznający bogów Galilejczycy na tą miłość człowieka na-

cisk położyli i czyn najnikczemniejszy wzmocnili pozorami sprawy pożytecznej. Julian komentuje zresztą to na swój sposób: Podobnie jak ludzie zwabiający dzieci słodkim plackiem, kilkakrotnym rzucaniem kawałków jego to sprawiają, że te w ślad za nimi idą, a potem, odciągawszy daleko od domów, porywają je na swoje okręty, i gorzkie staje się dla nich na całe dalsze życie to, co przez chwilę zdawało się być słodkie, tym samym i Galilejczycy sposobem, zaczawszy przez tak zwane przez nich „uczty miłości”, „przyjęcia” i „obsługę stołów” — tak wiele nazw nosi u nich czynność ta sama — wielkie mnóstwo ludzi doprowadzili do bezbożnictwa [7].

Szpitala, przeznaczone zrazu dla różnych grup osób wymagających stacjonarnej opieki z racji ubóstwa, choroby, starości, wdowieństwa, sieroctwa, pielgrzymowania etc., ewoluowały aż do XIX wieku, gdy stały się wyłącznie instytucjami przeznaczonymi do diagnostyki i terapii osób chorych. Stanowią jednocześnie trwały dorobek chrześcijaństwa, zakorzeniony w wytycznych etyki Kościoła późnego antyku.

Początkowo istniał zwyczaj opiekowania się cierpiącymi ubogimi, którzy na czas choroby chronili się wprost w kościołach. Stało się to możliwe z uwagi na powstanie nowego typu budynku sakralnego, zdolnego pomieścić znaczną ilość wiernych. Tworzone dla chrześcijan jako domy zebrań (*ecclesiae*), dzięki zaadaptowaniu starej rzymskiej formy bazylikalnej, wydzielaly znaczną przestrzeń nie tylko dla celów liturgicznych. Wspominają o tym między innymi „Kanony” Atanazego Wielkiego (ok. 295–373): Jeśli idzie o chorych, przebywających w Świętym Przybytku, to jeśli nie mają się z czego utrzymać, nie są ciężarem dla Kościoła, nawet jeśli byłoby ubodzy. O tych, którzy śpią w kościele, niech zarządca kościoła zatroszczy się jak o własne dzieci lub tak, jak troszczy się o naczynia kościelne. Niech wie jednak, że Bóg troszczy się o nich bardziej niż o naczynia kościelne, albowiem są Jego odbiciem i na jego podobieństwo. Bo jeśli stał się człowiekiem, to właśnie ze

względu na nich, aby ich zbawić. Trzeba, aby zamieszkiwali z Nim w Jego domu, aby ich uzdrowił [8].

Pierwsze osobne budynki dla osób potrzebujących — szpitale (stosowana nazwa najczęściej — *ksenodocheion*; *xenodocheion* = *xenodoceion*) — powstały w pierwszej połowie IV wieku, prawdopodobnie w Syrii, choć najintensywniejszy ich rozwój nastąpił w Bizancjum jeszcze w tym samym stuleciu [9]. Tamże za czasów Jana Chryzostoma wyraźnie rozgraniczono instytucje zwane *xenon* od instytucji nazywanych *xenodocheion*. Pierwsza zapewniała ubogim stacjonarne leczenie, druga była tylko przytułkiem. Prawdą jest jednak, że te ostatnie w pewnych sytuacjach pełniły też funkcję lecznic, np. w Edessie, w której św. Efreem (305–373) miał założyć *xenodocheion*, gdzie pielęgnowano chorych w czasie klęski głodu [2]. Do najslawniejszych założeń charytatywnych tego czasu należy tzw. Bazyliada, powołana do życia około 372 roku przez Bazylego Wielkiego (329–378), czyli o niespotykanym rozmachu instytucja na przedmieściach Cezarei. Zgromadzono w jednym miejscu zarówno domy opieki nad ubogimi, starcami, sierotami, jak i nad chorymi (w tym na trąd) [10].

Od połowy IV wieku zakładanie szpitali, także jako ośrodków opieki nad chorymi, miało również miejsce w innych częściach Europy, Afryki Północnej i Azji Mniejszej. Na przykład około 356 roku wspomniany jest szpital w Armenii, założony przez biskupa Eustacjusza z Sebasty [9]. W 388 roku wzmiankowane zostało ksenodocheion pod Aleksandrią, w Egipcie. W tym samym czasie funkcjonuje taka instytucja w Rzymie, gdzie patrycjuszka Fabiola przed 397 rokiem założyła szpital dla chorych znalezionych na ulicy [9]. W Hipponie na początku V wieku ksenodocheion powstało na zlecenie św. Augustyna [9]. W Galii szpitale erygowano co najmniej od drugiej połowy V wieku. Działalność charytatywną Kościoła na tym terenie wiąże się przede wszystkim z osobą Cezarego z Arles (470 lub 471–542), propagującego twierdzenie, że kto w porę nie

przyjście choremu z pomocą, ten winien jest jego śmierci [11]. W VI wieku zakładane są ksenodochia na Sycylii i Sardynii, Hiszpanii i na Bałkanach [9].

Poza wymienionymi funkcjami opiekuńczymi w stosunku do osób potrzebujących, jednym z zadań szpitali była ekskluzywa, stosowana zwłaszcza w stosunku do chorych na choroby zakaźne (głównie trąd). W Bizancjum za czasów Jana Chryzostoma przed bramami miast zakładano instytucje zwane *katagogion*, których celem była opieka nad trędowatymi, czy niewiastami cierpiącymi na *raka*, *wyzerającego łono kobiet* [2]. Pamiętać należy, że działo się to w czasach, w których los trędowatych, nieobjętych opieką szpitalną, był tragiczny. Pełen zgrozy i współczucia Grzegorz z Nazjanzu (ok. 330–389 lub 390) wspomina trędowatych: *Wypędza się ich z miast, wypędza z domów, rynku, zebrań, dróg, obchodów, uczt nawet — najdotkliwszy cios! — od samej wody* [12]. Założenie szpitala dla tej grupy chorych pozwalało na zaspokojenie ich elementarnych potrzeb.

Z chwilą swego powstania szpitale postrzegane będą jako obszar, w którym od schyłkowego antyku, poprzez całe średniowiecze, można świadczyć publicznie miłosierdzie, nie narażając się na zarzut trywializacji własnych pobożnych uczynków. Zakładanie i wspieranie finansowe fundacji szpitalnych stanie się wręcz obowiązkiem osób panujących, a jednocześnie jednym ze sposobów legitymizacji ich władzy na podległym im obszarze. Podobnie szpitale zakładane (lub przejmowane) przez gminy miejskie wyrażały zarówno realizację ich moralnych zobowiązań wobec własnych ubogich i innych osób potrzebujących, jak i niezależność oraz samostanowienie gmin. Dlatego też szpitale staną się dogodnymi „teatrami miłosierdzia”, w którym bez ujmy można ludziom niskiego stanu świadczyć miłosierdzie także własnymi rękami. W Bizancjum Aelia Flavia Flaccilla (?–386) pierwsza żona cesarza Teodozjusza I posługiwała osobliście chorym w ksenodochiach należących do Konstantynopola [9]. Królowa Radegun-

da (ok. 518–587), żona frankońskiego króla Klotara I, wedle Wenancjusza Fortunata oraz Grzegorza z Tours, własnoręcznie obmywała i karmiła chorych [13, 14]. Ten wzorzec zachowań małżonek i córek panujących, wręcz na granicy rytuału, towarzyszyć będzie całemu średniowieczu, znajdując najpełniejszy wyraz w działalności św. Elżbiety z Turynii (1207–1231).

W CIENIU

Jednak nie wszystkie problemy medyczne znajdowały stosowne wsparcie w wykładni etycznej. Problem w tym, iż badania tego właśnie wątku stawiają przed historykami trudne zadanie, gdyż źródła dotyczące tematu są niezwykle skąpe.

Jednym z problemów etycznych zgłaszanych już przez Hipokratesa było utrzymanie tajemnicy lekarskiej. Tymczasem jego postulaty przez wiele stuleci, jak się wydaje, nie były przestrzegane. Mogą o tym przekonać choćby wspomnienia Jana Chryzostoma. W Konstantynopolu za jego czasów wiele zabiegów w *iatreionach* odbywało się publicznie, wobec zebranej licznie gawiedzi. Ten system propagowany był przez lekarzy (jeszcze od czasów przedhipokratejskich), albowiem w ten sposób mogli zaprezentować swą biegłość techniczną. W efekcie wokół lekarzy w *iatreionach* gromadzili się licznie *próżniacy i nieroby* [2]. Ale także leczenie w domach chorych odbywało się *nie na uboczu, w sekrecie, a na oczach asysty, ludzi obcych i przyjaciół chorego, aby wszyscy mogli się przekonać o jego* [tj. lekarza — przyp. A.Sz.] *staraniach* [2]. Chodziło więc zarówno o wytworzenie klimatu zaufania do lekarza, jak i o ukazanie jego biegłości, celem przysporzenia mu w przyszłości klienteli, a ponadto o odsunięcie podejrzeń, że lekarz działa niezgodnie z kanonami sztuki medycznej. Dla wszystkich tych celów poświęcano hipokratejski nakaz dotrzymania tajemnicy lekarskiej.

Innym wątkiem działań medycznych rodzącym etyczne wątpliwości, były czyny przeciwko ciału. Zwykle postrzegamy okres

formowania się chrześcijaństwa, jako okres propagowania ascezy, często na granicy możliwości przeżycia. Lecz istniał i inny problem: kastracja, dokonywana przez lekarzy z przyczyn pozamedycznych. Zjawisko to pojawia się w III i IV wieku, z inspiracji duchowości chrześcijańskiej, paradoksalnie, budząc od razu sprzeciw etyczny. Prawdą jest, że kastracja występowała także (początkowo w starożytnym Rzymie, a potem kultywowana w cesarstwie bizantyńskim) wręcz jako element kulturowy. Rzezańcy stanowili niemal kastę ludzi na swój sposób uprzywilejowanych, kastę odgrywającą ogromną rolę polityczną, kulturalną i ekonomiczną, choć prawo w zasadzie zabraniało jej wykonywania. Lecz w tym przypadku chodzi o trzebieenie umożliwiające mężczyznom zachowanie czystości, do czego nawoływała nowa nauka. Propagowanie z tych względów kastracji pojawia się w okresie późnego antyku nie tylko u chrześcijan, ale także u pisarzy niechrześcijańskich, jak np. filozofa żydowskiego Filona Aleksandryjskiego (przed 10 r. przed Chr. – po 40 r. po Chr.) czy też lekarza greckiego Sekstusa Empiryka (II/III w.). Zjawisko, jako występujące często, wspomina Epifaniusz z Salaminy (ok. 315–403 r.) [15]. Spośród chrześcijan osobą, co do której istnieją uzasadnione podejrzenia, że około 20. życia poddała się takiemu zabiegowi, był Orygenes (ok. 185–254). Jedną z motywacji w tym przypadku było i to, że słynny filozof i teolog pragnął w ten sposób oddalić od siebie podejrzenia, że obcuje z kobietami nie tylko celem sprawowania nad nimi opieki duchowej [16]. Wprawdzie relacjonujący zdarzenie Euzebiusz zrzuca to na karb niedojrzałości emocjonalnej młodzieńca, sam zaś Orygenes uznał ostatecznie, że *raczej należy zachować dane od Boga męskie ciało, niż odważać się na coś innego* [17], niemniej znalazł wielu naśladowców [18]. Zabieg wzbudzał kontrowersje u współczesnych, a synody w Aleksandrii i prawdopodobnie w Rzymie (oba w 231 r.) między innymi z tego powodu doprowadziły do unieważnienia święceń kapłańskich Orygenesesa [15].

Niestety, nie zachowały się poglądy etyczne samych lekarzy tego okresu; można jednak domniemywać że i wśród nich zabieg uchodził za co najmniej kontrowersyjny. Świadczyć może incydent wzmiankowany przez Justyna Męczennika (ok. 100 – ok. 165). Jeden z młodzieńców chrześcijańskich pragnął około 150 roku dokonać kastracji z przyczyn religijnych, jednak chirurdzy odmówili jej wykonania, zasłaniając się prawem rzymskim, które oficjalnie tego zakazywało [18].

W 325 roku Sobór Nicejski I zabronił tego procederu u duchownych, dokładnie określając dopuszczalność kastracji: *O pozbawiających się męskości oraz o tych, którym uczynili to inni. Jeśli ktoś został okaleczony przez lekarzy podczas choroby lub wykastrowany przez barbarzyńców, ten niech pozostanie w gronie duchownych. Lecz ten, kto będąc dobrego zdrowia sam siebie pozbawił męskości, powinien zostać wykluczony z grona duchownych, do którego już należał. Od tej chwili nie należy wyświęcać żadnego z tych, którzy w ten sposób postępują. Jest jednak oczywiste, że to, co powiedziano wyżej, dotyczy tylko tych, którzy uczynili to celowo i którzy sami chcieli się okaleczyć. Ci, co zostali okaleczeni przez barbarzyńców albo przez swoich panów, a uważani są za godnych, mogą, zgodnie z kanonem, zostać do stanu duchownego dopuszczeni* [15]. W 395 roku papież Leon I potwierdził zakaz kastracji z przyczyn pozamedycznych. Problem istniał jednak dalej, zwłaszcza w cesarstwie wschodnim, skoro jeszcze w 1118 roku cesarzowa bizantyjska Irena nakazała, aby w założonym przez nią klasztorze żeńskim ekonom, lekarz i kapłan byli kastratami [19].

Za jeden z najtrudniejszych problemów etycznych uchodziła terapia osób nieuleczalnie chorych. W okresie późnego antyku utrwalił się w środowisku medycznym pogląd Hipokratesa, według którego istniała grupa schorzeń nieuleczalnych, w stosunku do których należało dobrze rozważyć, czy interwencja lekarska może przynieść jakikolwiek skutek pozytywny [20]. Innymi słowy, dopuszczano wówczas możliwość zaniechania

leczenia z uwagi na udowodniony brak jego skuteczności oraz przysparzanie chorym niepotrzebnych cierpień związanych z interwencją (najczęściej chirurgiczną).

Stanowisko chrześcijan w okresie późnego antyku i we wczesnym średniowieczu nie było sprecyzowane w sposób stanowczy. Dopuszczano odstąpienie od leczenia w takich sytuacjach, o czym świadczy przykład chorej na raka piersi przytoczony przez św. Augustyna. Powołuje się on przy tym właśnie na pogląd Hipokratesa, *[aby] człowiek choć nieco dłużej jeszcze pożył (skoro i tak wskutek choroby choć trochę później, ale umierać musi), lepiej jest nie leczyć wcale* [21]. Cytowany już wielokrotnie Jan Chryzostom także uznaje możliwość zaprzestania leczenia, a nawet tzw. terapię uporczywą nazywa głupotą. Sprzeciw jego budzi także brak pokory lekarzy wobec własnej niemożności i zrzucanie odpowiedzialności na chorego za brak efektów leczenia [2].

Ale dopuszczano i inne powody nieudzielenia pomocy. Według Orygenesisa lekarz może odmówić leczenia chorego, jeśli ten prowadzi rozwiązły tryb życia. Wspomina on mianowicie ludzi *którzy nie byli godni aby żyć, i którym rozsądny lekarz nie chciałby nieść pomocy z uwagi na ich rozwiązły tryb życia* [22]. Interpretacja tego fragmentu tekstu Aleksandryczyka napotyka na trudności. Może bowiem chodzić zarówno o odmowę z przyczyn racjonalnych (skoro chorzy prowadzą taki tryb życia, napomnienia lekarza będą nieskuteczne), jak i o odmowę z przyczyn moralnych (są niegodni, aby żyć). Kontekst tej kontrowersyjnej wypowiedzi sugeruje raczej pierwszą możliwość: rozsądni lekarze nie podejmują się leczenia źle prowadzących się chorych, stąd jedyną możliwością ich terapii jest magia i uzdrowicielstwo, które wszak nie należą do wierzących w Boga, lecz do demonów.

Jak wspomniano, nowo powstała religia chrześcijańska silnie wpłynęła na postawy etyczne lekarzy i osób związanych z opieką nad chorymi. Z jednej strony doprowadziło to do przeorientowania myślenia o chorobie, która przestała być karą za grzechy, co z kolei zmieniło znacząco status chorego. Pojawiła się nowa frazeologia, tak w języku teologicznym, jak i medycznym. Wpisanie miłosierdzia w kanon postępowania chrześcijanina sprawiło, że teksty deontologiczne lekarzy chrześcijańskich mogły skupić się raczej na cechach osobowościowych lekarzy czy też na tworzeniu pozytywnych relacji z chorymi, za pomocą skonkretyzowanych technik socjomedycznych, a nie na wytycznych o charakterze moralnym. To silne zakorzenienie etosu miłości bliźniego spowodowało, że postać osoby cierpiącej, jako figury Chrystusa, stała się osią, wokół której dokonywano czynów miłosierdzia. Jednym z namacalnych i trwałych tego skutków jest pojawienie się od IV wieku szpitali.

Z drugiej strony pojawiły się też zjawiska co najmniej kontrowersyjne. Duchowość chrześcijańska sprzyjała wytwarzaniu się postaw, w których ciało ludzkie zostało oskarżone o więzienie duszy, o jej demoralizację. Do przypadków skrajnych należało daleko idące umartwianie się, a także poddawanie się kastracji celem pozbawienia się zdolności do grzechu. Etyka wczesnochrześcijańska nie była w stanie rozwiązać też wielu problemów szczegółowych, jak chociażby stworzenia optymalnych wzorców wobec schorzeń nieuleczalnych. Do interesujących, choć o mniejszym ciężarze gatunkowym, zagadnień, na które, jak się wydaje, przeorientowanie etyczne nie miało wpływu, był system sprawowania opieki i wykonywania zabiegów terapeutycznych, który nie sprzyjał zachowaniu propagowanej przez Hipokratesa, tajemnicy lekarskiej, aż do czasów przejęcia działalności medycznej przez klasztory.

PIŚMIENNICTWO

1. Klemens Aleksandryjski. Koberce zapisków filozoficznych dotyczących prawdziwej wiedzy. T. 1–2, tłum. J. Niemirska-Pliszczyńska, PAX ATK, Warszawa 1994.
2. Ceran W. Jan Chryzostom o leczeniu i lekarzach. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Historica* 1993; 48: 3–26.
3. http://www.katedra.uksw.edu.pl/biblioteka/augustyn_wyznania.pdf, dostęp 10.08.2012.
4. http://katedra.uksw.edu.pl/biblioteka/teodoret_z_cyru_listy.pdf, dostęp 10.08.2012.
5. MacKinney L.C. Medical ethics and etiquette in the early middle ages: the persistence of Hippocratic ideals. *Bull. Hist. Med.* 1952; 26: 1–30.
6. Szpilczyński S., Salernitański wzór postępowania lekarskiego De adventu medici, 1140 rok. *Archiwum Historii Medycyny* 1976; 39: 355–359.
7. Julian Apostata. *Listy*, 39 (84), tłum. W. Klinger, Ossolineum, Wrocław 1962.
8. Baron A., Pietras H., *Canones Patrum Graecorum, Synodi et collectiones legum*, vol. III, tłum. S. Kalinkowski, J. Szymańczyk, M. Mucha, *Źródła Myśli Teologicznej*, T. 49, WAM, Kraków 2009.
9. Longosz S., Ksenodocheion — hospicjum wczesnochrześcijańskie. *Vox Patrum* 1996; 16: 30–31: 275–403.
10. Naumowicz J. Instytucje charytatywne św. Bazylego, Bazyliada. *Vox Patrum* 1996; 16: 30–31: 125–140.
11. Żurek A. Działalność charytatywna Kościoła w Galii w V–VI w. *Vox Patrum* 1996; 16: 30–31: 189–196.
12. Św. Grzegorz z Nazjanzu. *Mowy wybrane*, tłum. Zbiorowe. PAX, Warszawa 1967.
13. Fortunatus V. *Vita sanctae Radegundis. Das Leben der heiligen Radegunde*, Reclam, Stuttgart 2008.
14. Grzegorz z Tours. *Historie (Historia Franków)*, tłum. K. Liman, T. Richter, wstęp i oprac. D.A. Sikorski. Wydawnictwo Benedyktynów Tyniec, Tyniec–Kraków 2002.
15. Baron A. *Acta Synodalia*, T.1. WAM, Kraków 2010.
16. Euzebiusz. *Historia Kościelna. O Męczennikach Palestyńskich*, tłum. A. Lisiecki. Wydawnictwo Fiszer i Majewski, Poznań 1924.
17. Orygenes. *Komentarz do Ewangelii według św. Mateusza*, tłum. K. Augustyniak, oprac. E. Stanula. *Źródła Myśli Teologicznej*, T.10, WAM, Kraków 1998.
18. Chadwick H. *The Sentences of Sextus*. Cambridge University Press, Cambridge 2003.
19. Szumowski W. *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Antyk. Marek Derewecki, Warszawa 2007.
20. Aszyk P. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny. Wczesne chrześcijaństwo wobec przedchrześcijańskich wzorców moralnych związanych z uprawianiem sztuki leczenia*. J. Bolewski, J. Kulisz, Z. Kubacki (red.). *Seria Bobolanum*, T. 10. Rhetos, Warszawa 2010.
21. Św. Augustyn. *O państwie Bożym. Przeciw poganom ksiąg XXII*, tłum. W. Kornatowski. PAX, Warszawa 1977.
22. Orygenes. *Przeciw Celsusowi*, tłum. S. Kalinkowski. *Pisma Starochrześcijańskich Pisarzy*. ATK, Warszawa 1977.