

Adam Dombrowski
 Uniwersytet Wrocławski, Wydział Filologiczny

Dotyk w poradnikach medycznych i paramedycznych – spojrzenie językoznawcze¹

1. Dotyk w medycynie (zmysł, czynnik terapeutyczny, uwarunkowania kulturowe)

Artykuł porusza problematykę obecności dotyku na płaszczyźnie leksykalnej w poradnikach medycznych i stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak pojęcie dotyku i jego tekstowe odwzorowania są przedstawiane w rozmaitych poradnikach medycznych i paramedycznych (zwłaszcza dawnych). Sam dotyk nie był dotąd popularnym przedmiotem badań językoznawczych. Pozostałe zmysły w tym ujęciu pojawiają się w publikacjach na przykład:

- zmysł smaku: monografia i prace Barbary Mitrengi², na szczególną uwagę zasługuje jej praca pt. *Zmysł smaku. Studium leksykalno-semantyczne*,
- zmysł węchu: tutaj warto wspomnieć pracę Mariana Bugajskiego *Jak pachnie reze-da? Lingwistyczne studium zapachów* oraz prace Wituckiej (1998), Rosińskiej (2005), Badydy³,

¹ Artykuł powstał w ramach projektu (zadania badawczego) finansowanego w ramach działalności statutowej – działanie służące rozwojowi młodych naukowców prowadzonych w IFP UWr pt. *Językowo-kulturowy obraz zdrowia i choroby w polskich poradnikach medycznych i paramedycznych* (Nr projektu: 1523/M/IFP/15).

² B. Mitrenga, *Czasowniki percepcji smakowej w polszczyźnie historycznej i współczesnej. Idea przemiany. Zagadnienia literatury, kultury, języka i edukacji*, t. 3, Częstochowa 2011; tejsze, *Intensyfikowanie doznań smakowych w polskiej leksyce i frazeologii. Ilość – wielkość – wartość*, (red.) E. Umińska-Tytoń, Łódź 2010; tejsze, *Nazwy zmysłu smaku w języku polskim*, „LingVaria”, nr 2(8)/2009.

³ E. Badyda, „Upadły anioł zmysłów”? *Metaforyka zapachu i percepcji węchowej we współczesnej polszczyźnie*, Gdańsk 2013.

- zmysł słuchu: publikacja Sebastiana Żurowskiego *Wyrażenia percepcji słuchowej w języku polskim. Analiza semantyczna*, a także Kładocznego⁴,
- zmysł wzroku zwrócił uwagę badawczą Dobaczewskiego⁵, Zawisławskiej⁶, Tokarskiego⁷, Dyszaka⁸, Zielińskiej⁹.

Tematem dotyku w ujęciu językoznawczym zajmowała się m.in. Renata Bronikowska, która opisała przymiotniki oznaczające cechy przedmiotów odbierane zmysłem dotyku we współczesnej polszczyźnie¹⁰. Badaczka w swojej pracy dokonała m.in. podziału przymiotników „dotykowych” na grupy semantyczne. Ewelina Ładziak opisała przymiotniki „wchodzące w obręb poznania przez dotyk” oraz chciała „nakreślić sposób funkcjonowania tego zmysłu w polszczyźnie”¹¹. Na uwagę zasługuje również monografia *Świat zmysłów. O znaczeniu zmysłów w kulturze* (2014), która opisuje zmysł dotyku z perspektywy kulturoznawczej.

O popularności dotyku w poradnikach medycznych świadczyć mogą już same tytuły współcześnie wydawanych publikacji, gdzie pojawia się to pojęcie, na przykład *Leczenie dotykiem. 136 technik, które leczą, koją nerwy i łagodzą ból; Zdrowie przez dotyk; Nakładanie rąk. Twój uzdrawiający dotyk; Kojący dotyk. Masaż i refleksoterapia dla niemowląt i dzieci; Samoleczenie przez dotyk. Pradawna wschodnia metoda JIN SHIN JYUTSU sprawdza się i dziś*. Czytelnicy na kartach poradników odnajdą różnego rodzaju sposoby, metody, rady i wskazówki odnośnie do leczenia przy pomocy rąk, a więc dotykiem, jak również opisy kontaktu dotykowego między lekarzem a pacjentem. W artykule przyjrę się ich tekstowym reprezentacjom na płaszczyźnie leksykalnej. Celem pracy jest przedstawienie materiału językowego zaczerpniętego z dawnych poradników medycznych (XIX, XX w.), który oddaje zebrany materiał, obrazujący komunikację „dotykową” między lekarzem a pacjentem, a także techniki i sposoby leczenia, jak również opisuje kontakt lekarz–pacjent. W przeanalizowanym materiale zwróciłem szczególną uwagę na płaszczyznę leksykalną i pojawiające się w nim dyrektywne akty mowy. Kwestia dotyku jest obecna w medycynie i leczeniu od dawna. W średniowieczu dotykania ciała chorego należało unikać ze względu na możliwość rozniesienia zarazy. Dziewiętnastowieczni lekarze natomiast wzbierali się od dotykania pacjentek, zwłaszcza przy tzw. „wstydl-

⁴ P. Kładoczny, *Semantyka nazw dźwięków w języku polskim*, t. 1–2, Łask 2012.

⁵ A. Dobaczewski, *Zjawiska percepcji wzrokowej: studium semantyczne*, Warszawa 2002.

⁶ M. Zawisławska, *Czasowniki oznaczające percepcję wzrokową we współczesnej polszczyźnie: ujęcie kognitywne*, Warszawa 2004.

⁷ R. Tokarski, *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie*, Lublin 2004.

⁸ A. Dyszak, *Językowe wyrażenia zjawisk emisji światła*, Bydgoszcz 1999; tegoż, *Językowe wyrażenia zjawisk jasności i ciemności*, Bydgoszcz 2010.

⁹ K. Zielińska, *Obiekt w (semantycznym) polu widzenia: analiza kontrastywna czasowników percepcji wzrokowej w języku polskim i niemieckim*, Warszawa 2011.

¹⁰ R. Bronikowska, *Przymiotniki oznaczające cechy przedmiotów odbierane zmysłem dotyku we współczesnej polszczyźnie*, [w:] *Studia nad współczesną polszczyzną. Gramatyka, semantyka, pragmatyka*, (red.) A. Dobaczewski, Toruń 2007, s. 241–250.

¹¹ E. Ładziak, *Świat zamknięty w dłoni – ból i przyjemność jako podstawowe konotacje wybranych czasowników opisujących poznanie przez zmysł dotyku*, „Linguarum Silva”, t. 1. *Opozycja – przeciwieństwo – kontrast w języku i w tekście*, Katowice 2012; tejeż, *Czy można odczuwać temperaturę za pomocą dotyku. Analiza przymiotników określających wysokość temperatury w języku polskim*, [w:] *Bogactwo polszczyzny w świetle jej historii*, t. 5, Katowice 2014.

wym, krępującym badaniu”. Nie zachęcano do dotykania czy nawet oklepywania ciała, jedynie mierzenie temperatury czy tętna było dozwolone. Lekarze nie obawiali się jedynie chorych kobiet. Dotykanie, czyli badanie palpacyjne było wtedy mało popularne. Obecnie możemy powiedzieć, że żyjemy w kulturze dotyku.

Encyklopedia badań medycznych tak definiuje badanie fizyczne pacjenta¹²:

badanie fizyczne pacjenta dotyczy bezpośredniej oceny ciała pacjenta, przy której lekarz badający używa swoich zmysłów, przede wszystkim zmysłu wzroku, dotyku i słuchu, rzadziej zmysłu węchu. W skład tego badania wchodzi: oglądanie, dotykanie, opukiwanie i osłuchiwanie ciała pacjenta – bezpośrednio lub za pomocą słuchawek lekarskich (stetoskopu). Do tego badania należy też badanie proktologiczne (badanie palcem przez odbyt), badanie ginekologiczne i położnicze wewnętrzne (badanie ręczne przez pochwę, niekiedy przez odbyt), badanie ostrości wzroku, badanie słuchu i węchu, badanie laryngologiczne przy użyciu szpatułki bądź lusterka.

W *Wielkim Słowniku języka polskiego* (on-line) *dotyk* ma dwa podstawowe znaczenia:

1. Czynność, którą obrazują takie połączenie wyrazowe, jak: chłodny/ciepły/lodowaty/zimny/aksamitny/delikatny/lekki/łagodny/czuły/miły dotyk; dotyk dłoni/palców/ręki/skóry/ust/warg/kobiety/mężczyzny/metalu; wrażliwy na dotyk; miły/przyjemny w dotyku; dotyk powoduje coś/sprawia ból, czuć/poczuć dotyk, leczyć/wyczuć dotykiem¹³.
2. Zmysł, czyli „zdolność odczuwania ucisków wywieranych przez osobę lub rzecz na powierzchnię ciała” (WSJP, on-line)¹⁴.

Zmysł dotyku widzimy więc w takich połączeniach wyrazowych, jak: *czuć czyjś dotyk, niczego się nie dotknąć, dotknięty chorobą*. Dość łatwo jest dostrzec i zauważyć, że pierwotne znaczenie wyrazu *czuć* odnosiło się do różnych wrażeń zmysłowych. Renata Bronikowska¹⁵ zaznacza, że

w polu semantycznym dotyku swoje wykładniki językowe mają pojęcia odnoszące się do biernego i czynnego odbioru bodźców. Podstawowymi leksemami opisującymi percepcję bierną są czasownik *czuć* oraz jego odpowiedniki dokonane (*poczuć, wyczuć*), a percepcję czynną – para aspektowa *dotknąć / dotykać*. W polszczyźnie nie istnieje natomiast czasownik oznaczający wysyłanie bodźców przez obiekt postrzegany dotykiem – odpowiednikiem predykatów *wyglądać, brzmieć, smakować, pachnieć* może być w pewnych przypadkach konstrukcja *być jakimś* (np. szorstkim, miękkim, zimnym) w dotyku.

Przyjrzyjmy się także definicji dotyku, jaką odnajdziemy w *Słowniku naukowo-technicznym* Hutchinsona¹⁶:

dotyk – odczucie odbierane przez wyspecjalizowane końcówki nerwowe znajdujące się w skórze. Niektóre z nich reagują na lekki nacisk, inne na silny nacisk. Do ogólnego

¹² *Encyklopedia badań medycznych*, (red.) L. Kalinowski, Gdańsk 1996, s. 18.

¹³ http://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=40534&id_znaczenia=4085019&l=5&ind=0 [dostęp: 7.09.2015].

¹⁴ http://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=40534&id_znaczenia=4085020&l=5&ind [dostęp: 7.09.2015].

¹⁵ R. Bronikowska, hasło *czasowniki percepcji dotykowej* zamieszczone na stronie projektu *Sensualność w kulturze polskiej. Przedstawienia zmysłów człowieka w języku, piśmiennictwie i sztuce od średniowiecza do współczesności* [dostęp: 7.09.2015], <http://sensualnosc.bn.org.pl/pl/zespol/login/?next=/pl/> (hasło obecnie niedostępne).

¹⁶ *Słownik naukowo-techniczny*, (red.) B. Kowalska, G. Siwiec, Warszawa 1997, s. 192.

wrażenia dotykowego może także przyczynić się wykrywanie temperatury. Sporo zwierząt, np. nocnych, polega na dotyku w o wiele większym stopniu niż ludzie. Niektóre z nich posiadają wyspecjalizowane organy dotyku, np. wąsy lub czułki.

Znaczenie dotyku w medycynie opisali m.in. Małgorzata Chochowska i Jerzy T. Marcinkowski na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich¹⁷. Badacze zaznaczają, że

pierwotnym zmysłem pozwalającym na zrozumienie otaczających wydarzeń jest dotyk, a najznamienitszym jego odbiorcą jest ręka. Poprzez dotyk dłoni dziecko poznaje twarz matki, odbiera bodźce ciepła i zimna, a prawidłowa funkcja kończyny górnej umożliwia mu początkowo zabawę, samoobsługę, później pisanie, wreszcie pracę zawodową. Szczególnie dotyczy to osób, których funkcjonowanie w życiu zawodowym zależy od precyzji tego skomplikowanego „mechanizmu”.

W II części swojej pracy autorzy wskazują na ważną kwestię różnic kulturowych¹⁸:

powszechnie znany jest fakt, że w zależności od przynależności do określonego kręgu kulturowego, różnie nakreślone są ramy tego, co w kontakcie fizycznym pomiędzy dwoma osobami jest dopuszczalne, a co już wykracza poza ogólnie przyjętą normę. Mówi się tu także o tzw. „szerokości granic”, które – niezależnie od różnic indywidualnych – są w niektórych częściach świata węższe (tzn. że obywatele przebywają w większej bliskości siebie) oraz szersze (tzn. że do odczucia komfortu potrzeba więcej „wolnego miejsca”). Mieszkańcy krajów skandynawskich znajdują się właśnie w tej drugiej grupie, a krajów Europy południowej w pierwszej.

2. Poradnik medyczny (paramedyczny) jako realizacja dyskursu poradnikowego. O potrzebie badań poradoznawczych

Poradnik medyczny i paramedyczny jest realizacją dyskursu poradnikowego. Każdy z nich ma określony wzorzec gatunkowy i rejestr stylistyczny¹⁹. Porady medyczne pozostają więc nadal ciekawym i nieopracowanym obszarem badań, który ciągle zmienia swe oblicze, tak jak człowiek i otaczająca go rzeczywistość. Zaprezentowana próba opisu rady i porady przez językoznawców nie wyczerpuje w żaden sposób wszystkich obszarów, aspektów badanego zagadnienia. Może jedynie sygnalizować i wskazywać wyłaniające się z lektury literatury przedmiotu prawidłowości i osobliwości. Można więc powtórzyć za Waldemarem Żarskim, że²⁰:

dotychczasowe badania nad dyskursem poradnikowym w Polsce miały charakter akcydentalny i w większości wypadków ograniczały się do przypadkowych aspektów zagadnienia. Nie traktowały omawianego tematu w sposób całościowy i systemowy. W niewystarczającym stopniu uwzględniały formalne i funkcjonalne determinanty jego ewolucji, a zwłaszcza uwarunkowania gatunkowe i konteksty kulturowe.

¹⁷ M. Chochowska, J. T. Marcinkowski, *Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. I. Wrażliwość dotyku, jej doskonalenie i obiektywizacja*, „Hygeia Public Health”, 48(3)/2013, s. 262–273.

¹⁸ M. Chochowska, J. T. Marcinkowski, *Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. II. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy*, „Hygeia Public Health”, 48(3)/2013, s. 271.

¹⁹ Zob. więcej E. Ficek, *Poradnik. Model gatunkowy i jego tekstowe aktualizacje*, Katowice 2013.

²⁰ W. Żarski, *Językowo-kulturowy obraz Śląska i Ślązaków w przewodnikach turystycznych*, [w:] *Śląskie pogranicza kultur*, t. 2, (red.) M. Urseł, O. Taranek-Wolańska, Wrocław 2013, s. 163.

Alicja Kargulowa odpowiada na pytanie, dlaczego warto podejmować badania nad poradnictwem²¹. Zaznacza, że:

uczestnicząc w procesach polskiego życia społecznego, łatwo zauważyć dwa równoległe zjawiska. Z jednej strony jest to zwiększająca się ciągle liczba klientów różnorodnych poradni oraz pojawienie się wcale niemałej liczby osób poszukujących w przepowiedniach, prognozach, wróżbach, radach różnych „specjalistów od pomagania”, odpowiedzi na nurtujące je pytania; to wielka grupa osób często bezradnych i wykluczonych, pragnących korzystać z różnorodnych ofert poradniczych. Z drugiej, są to apele różnych podmiotów społecznych (polityków, działaczy społecznych, publicystów) o przyspieszenie inkluzji tych „zagubionych” ludzi poprzez udzielanie im bezpośredniej pomocy.

K. Bargiel-Matusiewicz, G. Hofman poruszają kwestię dotyku w relacji pacjent–lekarz, zaznaczając, że²²:

naczelne miejsce w komunikacji niewerbalnej zajmuje dotyk, bowiem podczas badań oraz zabiegów pielęgnacyjnych umożliwia poznanie kondycji zdrowotnej pacjenta. Dotyk posiada również wartość symboliczną, oznacza troskę, wsparcie.

3. Dotyk w dawnych poradnikach

Obecność kwestii „dotykowych” jest bardzo silnie zaznaczona m.in. w publikacji dr. Zygmunta Ashkenazy’ego czy prof. Dieudonné. Jak dowiadujemy się ze strony tytułowej *Leczenia ruchowego...* dr Ashkenazy był lekarzem chorób kobiecych w Krynicy, lekarzem szpitala powszechnego lwowskiego²³. *Leczenie ruchowe i mięsienie* zostało wydane w roku 1892. Zbiór ten zawiera szereg konkretnych metod leczenia ruchowego i dokładnie je opisuje, a także ilustruje je materiał obrazkowy. Jest to przewodnik po masażu leczniczym, zwłaszcza, co widoczne w dalszej części dzieła, przy wykorzystaniu tzw. „wibratora Liedbecka”. W przedmowie do dzieła odnajdziemy cel pracy:

nie jest bynajmniej celem moim zniewolić Kolegów do przerwania choćby niniejszych kilku kartek, gdyż naraziłbym się wręcz na śmieszność, kusząc się o wzbogacenie bogatej dziś literatury w zakresie leczenia mechanicznego. Pragnę atoli na tle zebranego materiału, zwrócić pokrótce uwagę na zasadę i technikę leczenia ruchowego w Szwecyi, jakoteż za pomocą mięsienia w ściślejszem znaczeniu i przekazać do oceny, pojedynczy bardzo i wielce przydatny dla mięsienia przyrząd: „Vibrator” Liedbecka, dyrektora instytutu dla leczenia ruchowego, zwłaszcza dla kobiet w Sztokholmie.

Pierwszą metodą, którą opisuje dr Ashkenazy, jest tzw. zginanie i wyprostowywanie kilkakrotne. Jak się możemy dowiedzieć, lekarz przedstawia dziesięć pozycji leczniczych dotyczących zginania karku w pozycji stojącej, zginania tułowia, przedramienia, ramion,

²¹ A. Kargulowa, *O potrzebie badań poradniczych. Ku antropologii poradnictwa*, „Studia Poradnicze” 2013, s. 85.

²² K. Bargiel-Matusiewicz, G. Hofman, *Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem chorym somatycznie*, [w:] *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, t. I, (red.) E. Krajewska-Kulak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białystok 2005.

²³ Z. Ashkenazy, [karta tytułowa], *Leczenie ruchowe i mięsienie*, Lwów 1892.

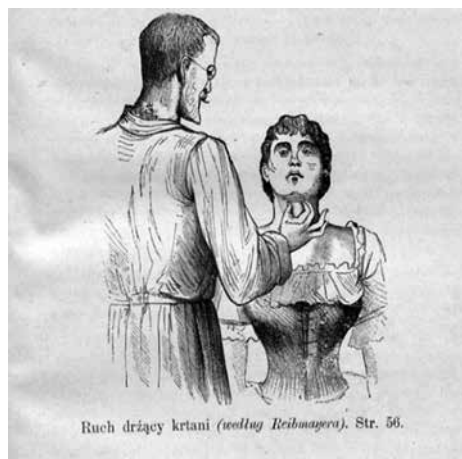
stóp, kolan, uda, w których znajdziemy odwzorowania pojęcia dotyku na płaszczyźnie leksykalnej, takie jak:

1. „Ruch określony odbywa się w ten sposób, że **lekarz swoją ręką, ułożoną na karku pacyenta, stawia mierny opór**, podczas gdy ostatni zgina kark ku tyłowi”²⁴.
2. „**Lekarz układa jedną rękę** na karku pacyenta, przedramię **wspiera o plecy** chorego pomiędzy łopatkami i przyjmując odpowiednią pozycję, przez wysunięcie jednej nogi, zgiętej ku przodowi, nachyla się ku choremu i **kładzie rękę drugą na obojczyk ku pasze**”²⁵.
3. „**Lekarz** stoi (na stołku) za chorym, **ujmuje go** za rękę ponad stawem nadgarstkowym, by stawić opór ruchom, tj. zginaniu i wyprostowywaniu ramion, przyczem łokcie ku zewnątrz skierowane”²⁶.

Drugą techniką leczenia ruchowego jest skręcenie i obrót. Przyjrzyjmy się ich tekstowym realizacjom:

„**Lekarz** stoi, względnie siedzi przed pacyentem i **jedną ręką ujmuje za jego bark**, a drugą część klatki piersiowej pod przeciwną pachą i z oporem chorego **skręca jego tułów ręką** na barku spoczywającą, ku przodowi, koło osi kręgosłupa”²⁷.

„**Lekarz** staje za chorym i **rękami położonemi, jedną na przednią, drugą na tylną stronę bioder przeciwnych, stawia opór pacyentowi**, wykonywującemu zmienny ruch skręcaniem miednicy kilkakrotnem w jedne i w drugą stronę”²⁸.



Rysunek 1. Ilustracja metod leczniczych zamieszczonych w *Leczeniu ruchowym i mięsieniu* (trzepanie pleców i ruch drążący krtani)

²⁴ Z. Ashkenazy, *Leczenie...*, dz. cyt., s. 22.

²⁵ Tamże, s. 23.

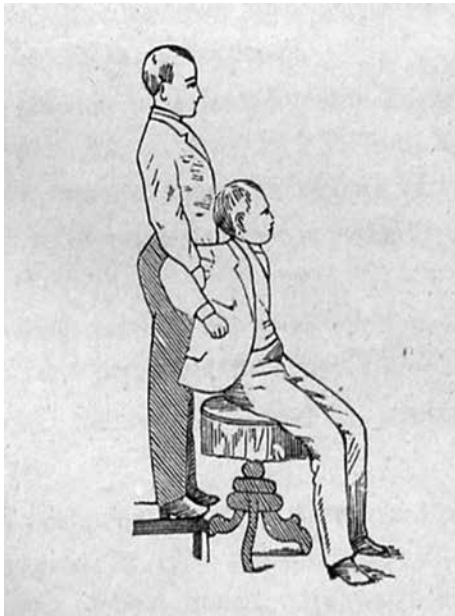
²⁶ Tamże, s. 23.

²⁷ Tamże, s. 25.

²⁸ Tamże, s. 26.

W przeanalizowanym materiale odnajdziemy także inne przykłady, na przykład: „**lekarz skręca** przedramię z oporem chorego; **ująwszy ręką jedną za palce**, drugą powyżej stawu stopowego, wykonywuje ruchy koliste; **lekarz** siada po stronie nogi pacjenta, mającej być w ruch wprowadzonej, **kładzie tę nogę na swe kolano i ująwszy jedną ręką za stronę grzbietną stopy, drugą za piętę, stawia opór mierny; ujmuje lekarz** za tegoż jedną nogę pod kolaniem jedną ręką, za podeszwę drugą i **zgina** kończynę w stawach kolanowym i biodrowym”.

Kolejnymi technikami są napinanie, dźwiganie i podnoszenie, przyciąganie i rozciąganie kończyn zmienne, w których to autor przedstawia szereg technik leczenia pacjentów za pomocą dotyku, takich jak wałkowanie kończyn dolnych, skóry, mięsienie brzucha. W pracy Ashkenazy'ego odnajdziemy również materiał ilustracyjny. Są to grafiki ilustrujące następujące techniki lecznicze: ruch kolisty tułowia (według ryciny Reibmayera), dźwiganie z podnoszeniem klatki piersiowej (według Ilarteliusa), trzepanie pleców, ruch drżący krtani, mięsienie brzucha.

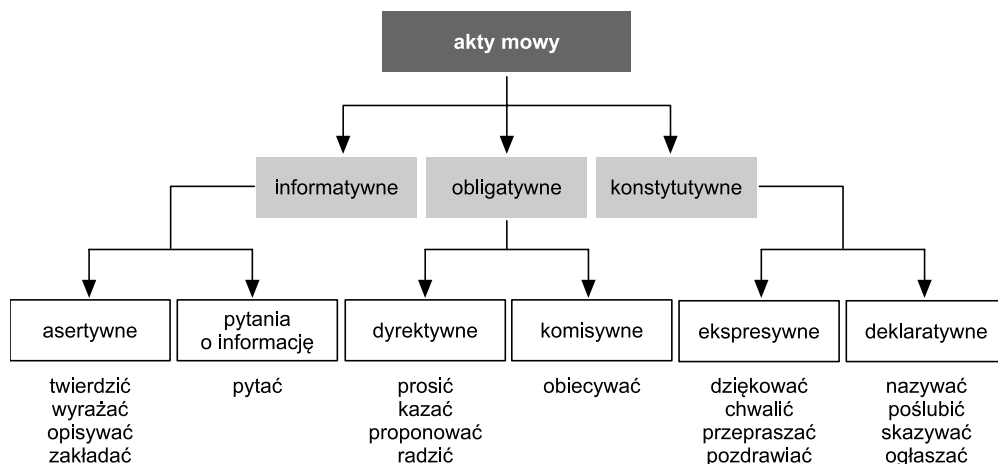


Rysunek 2. Ilustracja ruchu kolistego tułowia i dźwignia z podnoszeniem klatki piersiowej

4. Kognitywna klasyfikacja aktów mowy a dyrektywne akty mowy obecne w dawnych poradnikach medycznych

Pragmalingwistyka, a także kongitywistyka są obecnie prężnie rozwijającymi się dziedzinami nauki. Akt mowy dzięki temu stał się pojęciem, które można poddać również analizie językoznawczej. Kognitywna klasyfikacja aktów mowy otworzyła dla współ-

czesnego językoznawstwa nową perspektywę badawczą. Przyjrzyjmy się w tym miejscu kognitywnej klasyfikacji aktów mowy zamieszczonej w *Kognitywnych podstawach języka i językoznawstwa*²⁹:



Rysunek 3. Kategorie i podkategorie aktów mowy

Źródło: *Kognitywne podstawy języka i językoznawstwa*, (red.) E. Tabakowska, Kraków 2001, s. 210.

W przeprowadzonej analizie pragmatycznej odnajdziemy przede wszystkim akty obligatorywne, zwracając szczególną uwagę na obecność aktów dyrektywnych, czyli takich, które w wyraźny sposób powodują nacisk na odbiorcę i mają za zadanie nakłonić go do czegoś (będzie się to tyczyło przede wszystkim tych dzieł, w których odnajdziemy dużą liczbę zakazów, nakazów, poleceń w kontakcie z chorymi, jak również instrukcji postępowania w kontakcie z pacjentem). Istotną rolę odgrywają także cele komunikacyjne, które według Stanisława Grabiasa można podzielić na cztery podstawowe funkcje: 1) informowanie o czymś, 2) ujawnienie swego stosunku do przekazywanych informacji, 3) ujawnienie swego stosunku emocjonalnego i ocenianie, 4) działanie za pomocą języka (tutaj akty mowy, takie jak proponowanie wspólnego działania, groźba, żądanie, prośba, rada, zakaz itd.)³⁰.

W dziele prof. Dieudonné³¹ odnajdziemy przede wszystkim zakazy i ostrzeżenia dotyczące kontaktu dotykowego z chorymi i możliwości zarażenia się od nich przez kontakt dotykowy w przypadku takich chorób, jak tyfus brzuszny, cholera, odra, szkarlatyna, ospa, oraz przepisy ostrożności dla dozorujących chorego i lekarzy, jak na przykład następujące akty obligatorywne:

1. Zakaz

- a) „Również trzeba się strzedz możliwie, aby **nie dotykać rękami** swych ust, nosa, brody wogóle twarzy. Także przed jedzeniem i po każdym pójściu do ustępu ręce odkazić [...]”;

²⁹ *Kognitywne podstawy języka i językoznawstwa*, (red.) E. Tabakowska, Kraków 2001, s. 210.

³⁰ S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 1994.

³¹ A. Dieudonné, *Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych*, Warszawa 1915.

- b) **„Zabronić należy niepotrzebnego dotykania chorego. Nie powinno się dopuszczać do chorego** osób niepotrzebnych, mianowicie dzieci, bardzo wrażliwych n. zakażenie”³²;
- c) **„Unikać trzeba każdego niepotrzebnego dotykania chorego** (szczególniej pocałunków);
2. Polecenie/instrukcja postępowania
- a) **„Zabronić niepotrzebnego dotykania chorego.** Nad wykonywaniem tych przepisów winien czuwać lekarz podczas swych codziennych wizyt. **Usilnie należy zwracać uwagę** dozorujących i otoczenia **na częstość zarażania się przez dotykaniem**, na konieczność utrzymywania w czystości chorego”³³;
- b) **„O prócz tego pożądanem jest dokonanie szczepienia ochronnego** osobom, znajdującym się w bezpośrednim zetknięciu z chorymi”³⁴.

W dalszej części wywodu ukazuje i opisuje źródła zarażenia się różnymi chorobami, w tym przez dotyk, pisząc:

[...] nie doceniamy tego bodaj najważniejszego i najczęstszego sposobu przenoszenia, ponieważ wykonywamy wiele bardzo dotknięć ręką nieświadomie i nieznacznie. **A przy dotykaniu źródeł zarazy**, jak to można udowodnić, bardzo łatwo przyczepiają się do rąk dotykającego zarazki, których się nie usuwa w zupełności zwykle używanymi środkami czystości. Z drugiej strony **wszyscy nadzwyczaj często dotykają się nieświadomie palcami warg, ust, nosa, oczu i uszu, lub też drapaniem robią powierzchowne ranki. Im zetknięcie się z chorym trwa dłużej i jest ściślejse, tem większe jest niebezpieczeństwo zarażenia się jego wydzielinami. Zakażenie się dotykaniem może być bezpośrednie (z osoby na osobę), lub pośrednie (przez zakażone przedmioty).**³⁵

Z chorobami walczone również poprzez dotknięcie chorego miejsca ręką lekarza, a więc odpowiednie ujęcie pacjenta i wykonanie określonego ruchu. Co istotne, w odpowiedniej pozycji. W ten sposób leczono na przykład nerwoból, schorzenie skóry, historię. Z kolei napinanie, dźwiganie i podnoszenie, przyciąganie i rozciąganie kończyn zmienne przynosiło uśmierzanie bólu i ulgę w takich dolegliwościach, jak krótki oddech, cierpienia serca, marskość i zgrubienia skóry. Tą samą metodą leczono różnego rodzaju choroby związane z osłabieniem mięśni, niedowładem czy nerwowym kołataniem serca. Wśród schorzeń zwalczanych dotykiem czy tzw. mięsieniem znajdował się także nieżyt gardła, krtani, nosa.

5. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza zawartości treściowej dawnych poradników medycznych i paramedycznych pod kątem odwzorowań językowych na płaszczyźnie leksykalnej dotyku pozwoliła wynotować następujące wnioski: (1) obecność leksemów dotykowych jest realizowana za pomocą następujących leksemów i połączeń wyrazowych w odniesieniu do pracy

³² Tamże, s. 53.

³³ Tamże, s. 24.

³⁴ Tamże, s. 24.

³⁵ Tamże, s. 24.

wykonywanej przez lekarza: *układać rękę na..., ujmować za..., kłaść rękę na..., ujawszy rękę za...,* (2) w analizowanych tekstach odnajdziemy akty obligatywne, takie jak *nie dotykać rękami, zabronić niepotrzebnego dotykania chorego, unikać trzeba niepotrzebnego dotykania,* (3) nadawca dyrektywnego aktu mowy dzięki swoim staraniom i przepisom zamieszczonym na kartach poradników dąży do zmiany rzeczywistości (chce ustrzec przed rozszerzeniem się zarazy, dzięki odpowiednim przepisom i poleceniom pragnie pomóc w pielęgnacji dotkniętych chorobą, aby choroba nie rozprzestrzeniła się, a starania lekarzy prowadziły do wyzdrowienia), (4) istotną rolę odgrywa tutaj także odbiorca takiego aktu mowy, bowiem to do niego owe zalecenia i przepisy są skierowane, od niego także zależy fortunność danego aktu mowy, (5) przedmiotem dyrektywnego aktu mowy jest zazwyczaj żądanie, które należy spełnić (są to głównie zakazy, aby wystrzegać się kontaktu dotykowego z chorym). Zaprezentowane przykłady dyrektywnych aktów mowy dotyczących percepcji dotykowej pokazują ich obecność na kartach dawnych poradników medycznych i paramedycznych.

Bibliografia

- Ashkenazy Z., *Leczenie ruchowe i mięsienie*, Lwów 1892.
- Badyda E., „Upadły anioł zmysłów”? *Metaforyka zapachu i percepcji węchowej we współczesnej polszczyźnie*, Gdańsk 2013.
- Bargiel-Matusiewicz K., Hofman G., *Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem chorym somatycznie*, [w:] *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, t. I, (red.) E. Krajewska-Kułał, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białystok 2005.
- Bronikowska R., *Przymiotniki oznaczające cechy przedmiotów odbierane zmysłem dotyku we współczesnej polszczyźnie*, [w:] *Studia nad współczesną polszczyzną. Gramatyka, semantyka, pragmatyka*, (red.) A. Dobaczewski, Toruń 2007.
- Bugajski M., *Jak pachnie rezeda? Lingwistyczne studium zapachów*, Wrocław 2004.
- Chochowska M., Marcinkowski J. T., *Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. I. Wrażliwość dotyku, jej doskonalenie i obiektywizacja*, „Hygeia Public Health”, 48(3)/2013.
- Chochowska M., Marcinkowski J. T., *Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. II. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy*, „Hygeia Public Health”, 48(3)/2013.
- Dieudonné A., *Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych*, Warszawa 1915.
- Dobaczewski A., *Zjawiska percepcji wzrokowej: studium semantyczne*, Warszawa 2002.
- Dyszak A., *Językowe wyrażenia zjawisk emisji światła*, Bydgoszcz 1999.
- Dyszak A., *Językowe wyrażenia zjawisk jasności i ciemności*, Bydgoszcz 2010.
- Encyklopedia badań medycznych*, (red.) L. Kalinowski, Gdańsk 1996.
- Ficek E., *Poradnik. Model gatunkowy i jego tekstowe aktualizacje*, Katowice 2013.
- Grabias S., *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 1994.
- Kargulowa A., *O potrzebie badań poradoznawczych. Ku antropologii poradnictwa*, „Studia Poradoznawcze” 2013.

- Kładoczny P., *Semantyka nazw dźwięków w języku polskim*, t. 1–2, Łask 2012.
- Kognitywne podstawy języka i językoznawstwa*, (red.) E. Tabakowska, Kraków 2001.
- Ładziak E., *Czy można odczuwać temperaturę za pomocą dotyku. Analiza przymiotników określających wysokość temperatury w języku polskim*, [w:] *Bogactwo polszczyzny w świetle jej historii*, t. 5, Katowice 2014.
- Ładziak E., *Świat zamknięty w dłoni – ból i przyjemność jako podstawowe konotacje wybranych czasowników opisujących poznanie przez zmysł dotyku*, „Linguarum Silva”, t. 1. *Opozycja – przeciwieństwo – kontrast w języku i w tekście*, Katowice 2012.
- Mielczarek M., *Władza doradcy w relacjach z radzącym się*, [w:] *Poradownictwo – Kontynuacja dyskursu. Podręcznik akademicki*, (red.) A. Kargulowa, Warszawa 2009.
- Mitrenga B., *Czasowniki percepcji smakowej w polszczyźnie historycznej i współczesnej. Idea przemiany. Zagadnienia literatury, kultury, języka i edukacji*, t. 3, Częstochowa 2011.
- Mitrenga B., *Intensyfikowanie doznań smakowych w polskiej leksyce i frazeologii. Ilość – wielkość – wartość*, (red.) E. Umińska-Tytoń, Łódź 2010.
- Mitrenga B., *Nazwy zmysłu smaku w języku polskim*, „LingVaria”, nr 2(8)/2009.
- Słownik naukowo-techniczny*, (red.) B. Kowalska, G. Siwiec, Warszawa 1997.
- Tokarski R., *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie*, Lublin 2004.
- Vázquez Orta I. i in., *Kognitywna klasyfikacja aktów mowy*, [w:] *Współczesna polszczyzna. Wybór opracowań*, t. 3. *Akty i gatunki mowy*, (red.) J. Bartmiński, S. Niebrzegowska-Bartmińska, J. Szadura, Lublin 2004.
- Zawisławska M., *Czasowniki oznaczające percepcję wzrokową we współczesnej polszczyźnie: ujęcie kognitywne*, Warszawa 2004.
- Zielińska K., *Obiekt w (semantycznym) polu widzenia: analiza kontrastywna czasowników percepcji wzrokowej w języku polskim i niemieckim*, Warszawa 2011.
- Żarski W., *Językowo-kulturowy obraz Śląska i Ślązaków w przewodnikach turystycznych*, [w:] *Śląskie pogranicza kultur*, t. 2, (red.) M. Ursel, O. Taranek-Wolańska, Wrocław 2013.
- Żurowski S., *Wyrażenia percepcji słuchowej w języku polskim: analiza semantyczna*, Toruń 2012.

Abstract

The touch in medical and paramedical guides – lingual look

The article shows how the ‘touch’ concept is presented in culture and communication. This phenomenon has not been the subject of lingual studies yet, however it has been only a few articles about this. The sense of touch plays an important role in contemporary world. It comes to be the most important way to build doctor-patient relation. The purpose of this text is to show the material extracted from old medical guides (ninetieth/twentieth centuries) which presents ‘tactile’ communication between doctor and patient, techniques and ways of cure, describes the doctor-patient contact, and analysis of this material. Cognitive classification of speech acts was helpful in to show, which directive acts are present in old medical guides (e.g. prohibitions, commands, manual procedure). First of all there are obliging acts in the pragmalingual analysis. It is worth noting that in the material show directive acts too. These acts cause pressure to recipient and have to get to do something by him (e.g. a lot of prohibitions, commands and also manual procedure of touch of the patient).

Keywords: the touch, senses, medical guides, cognitive classification of speech acts