

ASSISTÊNCIA DE TOQUE

(Retirado da palestra "Assists",
Curso Classe VIII)
3 de Outubro de 1968

Uma Assistência de Toque é feita com uma comunicação em que você não falará mais do que o necessário. O pc apanha a ideia muito rapidamente. Toca-lhe com o dedo, o que é suposto ele sentir e então exprimir que o sentiu. Após alguns comandos verá que, quando lhe toca, ele piscará os olhos, fará um aceno de cabeça ou algum outro sinal. Você acaba com a verbalização nesse preciso momento e continua simplesmente a tocar-lhe e ele simplesmente a dizer quando o sente. Vocês esperam por isso para lhe acusarem a receção.

É bastante duro fazer isto numa pessoa semi-inconsciente. Tente é manter um ciclo de comunicação.

Tudo depende da parte do corpo em que o sujeito está ferido para saber o que vai fazer nesta Assistência de Toque. A zona mais difícil para fazer uma assistência de toque é a cabeça. A cabeça e o sistema nervoso de um corpo são amortecedores da dor. São amortecedores da dor, um pára-choques. Qualquer choque elétrico causado pela dor espalha-se pelos neurónios do corpo.

Digamos que ele bateu com a cabeça. Verá que existe uma onda de choque que começou na cabeça e atravessou os canais nervosos na forma de onda de choque. Pode até medir a velocidade de um impulso elétrico nos canais nervosos, que é de 3 m/s. Mas o impulso veio daí, na forma de onda de choque, diretamente para baixo, através dos canais nervosos que atravessam a espinha onde existem cerca de uma dúzia de neurónios (mais ou menos), e vai até às extremidades do corpo.

Verá então que uma pessoa que teve um ferimento na cabeça, tem, a seguir, normalmente algum problema na espinha. Isto sucede porque a onda de choque ficou emperrada na espinha. Assim, a vossa Assistência de Toque deve ir da cabeça às extremidades do corpo.

Porém, se estiver simplesmente a tentar pô-lo em pé ou algo parecido, não vá até às solas dos pés nem tente fazer um trabalho completo ultra-super com isto pois, mais tarde, vai provavelmente percorrê-lo como engrama. Mas estou a chamar a sua atenção é para o facto de isto ir realmente até às extremidades do corpo e, portanto, a sua assistência de toque não ser só à volta da cabeça.

Além disso, tem de aproximar-se da lesão, afastar-se da lesão, aproximar-se da lesão, afastar-se da lesão, aproximar-se ainda mais da lesão, afastar-se mais da lesão, aproximar-se ainda mais da lesão, afastar-se mais da lesão, aproximar-se ainda mais da lesão, afastar-se ainda mais da lesão, aproximar-se até um ponto em que está na verdade a tocar numa parte da lesão, afasta-se ainda mais, e quando se afasta e se aproxima está a tentar seguir os canais nervosos do corpo os quais incluem a espinha, os membros e certos pontos de retransmissão como o cotovelo, o pulso e as pontas dos dedos.

Estes são os pontos que você procura assim como a parte de trás do joelho e outros. Estes são os pontos onde a dor pode ficar presa durante a onda de choque. O que está a tentar fazer é que esta onda de comunicação flua de novo através do corpo porque o choque da lesão a parou.

O que é conhecido como choque pós-operatório, choque pós-accidente ou outras

coisas como estas, são provocadas por a dor ter emperrado. Aí mesmo. O indivíduo está a tentar afastar-se dela, ela emperrou e então ele não consegue pôr o sistema circulatório a funcionar na zona.

Se fizer alguma coisa no lado direito do corpo, também o fará no lado esquerdo. Tomemos, por exemplo, uma mão ferida. Se lhe fizer uma assistência de toque, irá para mais longe, no corpo do que a mão e para mais perto no corpo, atravessando a zona ferida, tocando por fim na ferida e, então, faz exatamente o mesmo no lado oposto do corpo pois o sistema de comunicação do cérebro interliga-se e você pode vir a descobrir que a dor na mão esquerda desaparece quando toca na direita porque a direita a tinha presa.

Percorre assim o lado direito e o lado esquerdo do corpo. Se se tratar do ombro direito, tem também de dar a assistência de toque ao ombro esquerdo.

Os princípios são simplesmente estes. Perto e longe, perto e longe e assim por diante. Tente fazê-lo num gradiente. E, depois, use também o outro lado do corpo! O outro princípio em operação é: siga os canais nervosos.

Por outro lado, se o tipo está a sangrar de uma artéria e vai esvair-se em sangue nos próximos 4 ou 5 minutos, você seria um autêntico idiota se fizesse uma assistência de toque e depois aplicasse um torniquete! A sequência correta é aplicar o torniquete e depois fazer a assistência de toque.

Por outro lado, a sequência correta não seria dar-lhe um choque de morfina e então fazerem uma assistência de toque pois estaria a processar um indivíduo sob a influência de drogas. Só atrasa e não acontecerá nada de especial.

Se o objeto desta assistência de toque, de acordo com estes princípios, for um homem com a bacia partida ou algo no género, você dá-lhe uma assistência de toque tentando retirar daí uma parte do choque. Dá uma assistência ao lado esquerdo da bacia, sobe a espinha, desce pela espinha, atrás das pernas, em direção à zona e depois fá-lo no lado oposto do corpo. Trata-se de um "sente o meu dedo" continuado exceto que você não tem de continuar a dizê-lo logo que veja um sinal de reconhecimento.

É claro que depois de ter enfraquecido a situação, o tipo pode ainda estar em agonia visto que a coisa pode estar bastante esmagada. Deixe então alguém injetá-lo com morfina e deixe-o levar dali para fora para poder ter a coisa reparada. Deixe os médicos ganhar a vida! As canalizações também são reparáveis. Deixe os médicos viver, deixe-os fazer o que puderem.

Tentar minimizar a quantidade de conversa à volta de uma pessoa acidentada é um dos critérios principais. Não deixem as pessoas falarem ali à volta, nem que tenha de lhes dar um murro no estômago. E não comece a dizer "Calem-se" ou "Estejam quietos" pois isso torna-se parte do engrama. Faz-lhes sinal para estarem calados e avança para eles, põe-lhes a mão no peito, empurra-os para fora de cena e então diz-lhes: "CALADO!!" Compreende? Assim mesmo! E depois volta e continua a assistência. Isto porque senão estará só a introduzir conteúdo no engrama. Depois o médico aparece, remenda a coisa e o problema estrutural é resolvido.

Agora, numa altura posterior, alguns dias mais tarde - um ou dois dias - o choque já diminuiu e ele consegue aguentar audição. Dá-lhe então uma sessão que apaga o engrama. Unicamente uma sessão standard de engramas. Não existe nada peculiar nisso. Percorre-se a cadeia de ferimentos até ao básico e assim por diante.