

『ソモト・エモーショナル・リコール&リリース』

関連資料（7）

引用・出典

- ◆『クレニオ・セイクラル・セラピー』 ナチュラル・ヒーリングの試金石
ジョン・E. アプレジャー（著）64～79頁

す。何と、彼女がバグで私を殴ったのです。―彼女は、すぐ謝り、「怒っているのは、あなたにではなく、外科の研修医になんです」と言います。その研修医は、手術中、彼女の膝に寄りかかり、腰の痛みを起こしていたとのこと。即座に、私が彼女に取らせた足の位置は、膣からの子宮摘出手術のときに取らされたであろう、彼女の足の位置と同じなのだと気づきました。手術中、彼女の両足は、足のせ金具の上にあり、研修医が片側に立ち、手を彼女の膝にのせ、おそらく少し寄りかかるようにするのは、かなり普通のことでしょう。手術中、彼女の体は、全体が麻痺しており（全身麻酔を受けていた）、ちよつとした力でも、仙腸骨の関節に無理がかかったのでしょう。通常、無理がかかるのを守ってくれる筋肉は、使われた薬剤で役に立たなかったのです。私は、彼女に、研修医は普通一日に一二時間以上も働くこと、意図的に痛めつけるつもりはなかったはずであること、多分、ひどく疲れていたであろうことを説明しました。彼を怒る理由は何もなかったのです。彼女は、この和平交渉の試みを受け入れません。彼が腰を痛めつけようと意図的にやったに違いないと、彼女は確信しているのです。そこで、私は、「もし、彼に対する怒りをあなたが持ち続けるなら、腰の痛みはなくならないだろう」と説明しました。また、最初の治療のあと、一週間、全く痛みがなかったのを思い出してもらいました。彼女が怒りを手放せば、腰の痛みは消えるかも知れないと話しました。

彼女は、ただ「オーケー」と言いました。

彼女がそう言うと、仙腸骨から熱が放出され、リラックスし、しなやかになったのが感じられました。彼女は、ほんのちよつとの間、微笑みました。つかの間、私は、治療が完了したと思いました。でもそうではなかったのです。彼女の内側の何かが、治療を終わらせたくないようなのでした。あたかも、彼女が、私たちは正しい方向に進んでいる、せつかく調子がでてきたのだから続けるべきだと、知っているかのようにでした。彼女の頭は、過伸展（後ろ方向への曲げ）しています。私も、学生も、彼女の頭がある治療台の端にはいません。彼女は、背中の上のほうを弓なりにし、のけぞり、肩は治療台から浮いています。学生は、彼女にてんかん発作が起こったかと、心配していました。彼女の頭、首、背中の上部が過伸展しているのは、麻酔医が、呼吸用のチューブをのどに入れるとき、患者が取らされる姿勢の回想だと、私は気づきました。

私は、治療台の頭側に移動しました。私たちは、彼女の体を移動させ、治療台がじやまになり、頭と首の後ろ方向への曲げが妨げられないようにしました。私は、できるだけ、注意深く、やさしく、彼女の首と頭の後ろを支えました。彼女は、あたかも、呼吸用チューブが通されているかのように、のどを詰まらせ、ゴボゴボ鳴らしています。彼女の耳元で、すべては順調にいつている、リラックスしてもいいと、ささやきかけまし

た。彼女は、そうしました。そこで、彼女に、何が起こっているか、私に説明できるかどうか、尋ねました。そのままその体験の中に留まり、彼女の一部が観察者や解説者として、自分が見たり、聞いたりしていることを私に説明してくれるように言いました。

まず、彼女は、経口気管内挿管を説明しました。つぎに、外科医と麻酔医—ふたりとも男性—のあいだで交わされた会話について語ります。外科医は、「子供もいない二八歳の女性が、病気もないのに、自分から子宮摘出手術を希望するなんて不思議だ」と言います。「それは、彼女が決めたこと、自分が心配することじゃない」とも言っています。彼女は、彼の関心なさにより少し腹を立てました。麻酔医は、「いいんじゃない、乳母車は無くしても、ブレイペンは残るんだから」と皮肉を言うのでした。つまり、彼女が欲しかったのは、まちがいのない避妊法だったと言わなければなりませんでした。彼女は、この麻酔医に激怒しました。私は説明を試み、麻酔医は、そして少しは外科医も、自分の正気を保つため、防衛メカニズムを発達させ、患者にあまり同情を感じなくても済むようにしたのかも知れないと言いました。麻酔医が、特に無関心になるのは、彼らは日常的に患者を死のドアのほうに近づけ、そして、外科医の仕事が終わるまでのあいだ、患者を生死の境に置き、しかもドアをくぐってしまわないようにしなければならないのです。そして、いくら人為的とはいえ、切られてしまった、傷ついた患者を、今度は、再生さ

せなければならないのです。来る日も来る日も、患者に無関心にならずに、このような患者に対するリスクを取るのは難しいことなのです。

このケースでは、外科医はちよつとだけ同情を示し、そして、それを否定しました。麻酔医は、さらに一歩踏み出し、状況を軽くしようとしたのでした。どちらの医師も、任意に子宮摘出手術を受けた理由や、それに伴う感情的な重荷を知りませんでした。彼女が、手術の状況での再体験に身をゆだねているあいだ、私は、このようなことをすべて説明しました。彼女は、そんな言い訳には耳を貸しません。外科医に腹を立て、麻酔医には激怒していました—外科医の同情のなさに、そして、麻酔医の敬意のなさに。

そこで、数分前、怒りの開放に成功したことにより、多分、励まされ、私は「あなたが怒り続けるなら、頭はこれからも痛み続けるだろう」とだけ言いました。もし、彼女が、怒りと憤怒を手放すなら、彼女は、自分自身の痛みを取り除くことができるでしょう。彼女は、「オーケー」と言いました。首がやわらかくなり、熱が放出され、彼女の頭蓋骨は首の上で楽に動くようになり、痛みも消えました。そして、彼女は、現実の「今、ここ」に、微笑みながら戻り、全く痛みもありません。今度は、一週間後に来るよう、彼女に言いました。学生は、彼女の次の予約のときも、ぜひ来させてほしいと頼みました。

彼女がまたやって来て、痛みはなくなっただけで、かなり神経質で、イライラしていると報告しました。すぐ腹を立て、自分の通常のスケジュールがじやまされると我慢できないとのこと。彼女は、最初の治療以来、精神科医には行っていないとも、報告しました。

学生との事前の打ち合わせ通り、彼女が治療台の上に仰向けになるとすぐ、私が右足を、私が左足を持ちあげました。私たちは、やさしく、そして、かなりすばやく、膣からの子宮摘出手術を受けたとき、彼女の足があつたと思われる位置にしました。彼女は、すぐ、手術台にいたときの意識の状態に入っていました。

前回終わったところから、彼女は体験の続きを始めました。体験の中にいながら、何が起こっているか、観察者の立場で説明することは、彼女にとって何の問題もありませんでした。このセッションで、私は、彼女の「観察者」の部分と、かなり自由に話せることに気づきました。とても詳しく手術の手順について説明してくれましたが、彼女がそれをどう感じたかということと、体の上らしいところから彼女が何を見たかということの両方を含んでいました。切開、引っ張り、引き抜き、出血をコントロールするための電気焼灼器、ついに産道から取り出された子宮、そして、取り出された組織が金属容器に入れられ、顕微鏡検査のため病理研究所に送られるところなどを、彼女は説明しま

した。

子宮が取り除かれると、外科医はその場を離れ、研修医に「膣カフを閉じよ」と命じましたが、それは、膣のかなり奥のほうに位置しています。つまり、研修医が開いているところを縫い、閉じることになったのです。縫うことを「縫合」と言い、その糸を「縫合糸」と言います。患者は、研修医が九本別々の縫合糸で膣カフを縫い合わせたのを感じました。彼女は、針が体組織に穴をあけ、縫合糸が針で開けられた穴をすべり、縫合糸がしっかり引かれ結ばれたときの体組織の締めつけなどを感じていました。私は、これまで何度もこのような手術に関わってきたので、彼女の説明が信頼できる報告であると確信しました。彼女は、全身が麻酔されており、周りで何が起こっているか気づかないはずと思われていましたが、彼女の一部はこれらの出来事を感じ、脳のどこかに記憶として記録していたのです。今日では、私は、その記録は脳だけでなく、体組織のどこか―多分、神経系とは全く別のところ―に記録されていると考えています。

ともかく、研修医が仕事を終え、その場を離れると、外科医が研修医の仕事ぶりを点検しに戻ってきました。(患者のコメントによれば、研修医が彼女を縫い合わせているあいだ、外科医は脇で日曜日のバーベキューパーティーの話をしていたとのこと。彼は、看護婦と彼女の夫をパーティーに誘っていました。)手術の現場に戻った外科医は、ちょ

つと研修医の仕事ぶりをみて、「こんないいかげんな仕事をして」と研修医を叱りはじめたのです。彼は、研修医に「縫合糸を解いて、もう一度やり直させたいところだが、時間がない」と言っただけのこと。患者は、また、外科医の態度と、その場に充満していた思いやりに欠ける雰囲気、ひどく腹を立てていました。

一般的に、研修医は「二流の市民」扱いされ、外科医の仕事の中には、研修医のエゴをつぶし、研修医を研修中ずっと、追従させておくことも含まれるのだと、私は説明しました。

今度も、患者はこの説明に納得せず、怒りを手放すことを拒否しました。そこで、私は、「もし、怒りを持ち続けるなら、イライラし、怒りっぽく、不幸せな気持ちを味わうだろう。多分、残りの人生ずっと」とだけ言いました。彼女に、怒りを手放すよう求めました。彼女は、「オーケー」と言い、私たちは、彼女の全身がリラックスするのを感じました。彼女は微笑み、治療は終わりました。彼女は、精神科医のところにも、私のところにも患者としては、戻ってきませんでしたが、その後三年間、毎学期、私のクラスのゲスト講師をしてくれました。彼女は、自分の経験を説明し、たとえ患者が全身麻酔されているときでも、言葉に気をつけることがいかに大切か、学生に強調しました。それに加えて、私は、周りの人が何を言っているか分からないはずと思われる、意

識不明の人や、新生児の場合でも注意が欠かせないことを伝えました。

私は、これら三つの体験をまとめました。(一) カーニ博士とのエネルギー・シストに関する仕事、(二) 自閉症児の体位変化による改善、(三) 患者の体を手術時の体位に戻すことで意識的に思い出された、全身麻酔の下で経験したできごと、感情、手順など。体位、体組織の記憶、感情の開放のあいだにつながりがあることは明らかでした。あたかも、体組織は感情を取り込み、適切な状況のもとでそれを開放できるかのようでした。明らかになったのは、感情的なエネルギーや外傷による力を取り込まれることで体組織の痛みが起こり得ること、エネルギー・シストは感情エネルギーと傷害によるエネルギーの両方を含むこと、感情はエネルギーの形で全身に保持されることなどです。

この時点で必要なことは、私たちがこれらのすべての状況で目撃した感情開放のプロセスに名前をつけること。それは、心が身体の原因という「精神身体」現象からの開放とは区別されなければなりません。そして、その開放を容易にする治療法自体にも名前が必要でした。私が決めた名前は「Somato Emotional Release (S E R) 体性感情開放」でした。「Somato」というのは、ギリシャ語の「soma」の結合形で、「体」という意味です。私たちは、体を使って感情を開放させるのです。感情や外傷のエネルギーが局所的な場合には、エネルギー・シスト解放と呼びます。