

APPLICATION DE A LA PERIODE OP

RESUME

Une intervention chirurgicale est une épreuve parfois difficile à assumer. Les divers facteurs de stress et la nécessité d'adaptation psychologique et physique au milieu hospitalier épuisent parfois le malade. L'ensemble des dérèglements organiques dus au stress augmente le vécu des agents stressants. Le malade dans la phase préopératoire aura une attitude de peur voire de régression. L'établissement d'un milieu de confiance va jouer un rôle important. L'action de la sophrologie dirigée vers la conscience se répercute positivement sur tout élément psychique. L'entraînement

L'introduction de la sophrologie dans le contexte angoissé de la période opératoire nous a paru intéressante. Pour Goldstein " il y a une réalité objective qui correspond à l'angoisse et c'est l'ébranlement catastrophique de l'organisme qui lutte contre le milieu. " Les facteurs multiples de stress et la nécessité d'adaptation psychologique et physique à l'environnement épuisent le malade au cours de son hospitalisation. Or, l'intervention chirurgicale est une épreuve quelquefois lourde à assumer au niveau du corps. Elle l'est également sur le plan mental, car liée à la peur de mourir, de souffrir, et également liée à la modification du schéma corporel parfois mal vécue. Voyons ce que la sophrologie peut apporter pendant la période opératoire.

LE MALADE

C'est un sujet, malade, qui va subir une épreuve très grave, même si la durée d'hospitalisation est très courte. Il doit faire une confiance illimitée à une équipe professionnelle médico-chirurgicale parfois totalement inconnue. Cette équipe va le prendre en charge pour passer un cap difficile. Cet homme est dans des conditions particulières inhérentes à la maladie et à l'acte chirurgical. Celles-ci sont facteurs de stress et vont entraîner chez le sujet des réactions psychiques et physiques.

Les conditions particulières

- Liées à l'hospitalisation

On trouve la notion de dépaysement, avec modification complète de ses habitudes de vie, de son rythme de vie, de ses liai-

sons affectives dans une période où il se sent en danger.

Il vit cette hospitalisation dans un état de dépendance totale au milieu qui dispose de lui et de son temps.

Il a des contacts multiples avec les médecins, avec le personnel paramédical.

Son état nécessite des examens médicaux souvent douloureux ou inquiétants, quelquefois prescrits sans l'en informer à l'avance.

Le malade est habillé avec une tenue d'intérieur, ou de vêtements de nuit, ou même d'une blouse hospitalière.

La protection de l'habit n'existe plus.

- Liées à l'acte opératoire
- Il réagit au cours de la phase préopératoire.
- Devant cette maladie, dont quelquefois le diagnostic n'est pas connu.
 - Devant l'atteinte physique, avec un handicap fonctionnel plus ou moins grand, avec possibilité de douleurs, d'impotence...
 - Devant la nécessité de subir un acte chirurgical avec le côté vivisection parfois, et l'inconnu que ça représente.
 - Devant le fait d'être endormi au cours d'une anesthésie générale, donc de perdre conscience et de ne plus pouvoir contrôler sa vie.
 - Devant le fait d'être livré corporellement et totalement à une équipe médico-chirurgicale, avec la notion de corps - objet examiné, palpé, mis à nu en présence d'une ou de plusieurs personnes.
 - Devant l'imminence ou le retard de l'intervention, la date prévue étant précieuse à connaître pour pouvoir s'y préparer et l'accepter.
 - Devant le fait qu'il ne connaît, ni ne choisit l'anesthésiste, qui fait équipe avec le chirurgien.
- Il a des réactions spécifiques à l'acte opé-

LA SOPHROLOGIE OPÉRATOIRE

Dr Janie CONSTANT-DUFOUR
Anesthésiste - Réanimatrice - Sophrologue diplômée
du Collège International - Professeur à la Faculté Européenne
de Sophrologie (Marseille)

ratoire pour lequel il se pose des questions :

- L'endormissement : avec quoi, comment se fait-il ? Sera-t-il adapté à son cas, ni trop, ni pas assez ? Ne sera-t-il pas définitif ? Va-t-il livrer ses secrets pendant son sommeil ?

- Le sommeil anesthésique et l'acte opératoire.

Le fait de vivre négativement cet épisode important dans sa vie, puisqu'il perd conscience, est totalement assumé par l'équipe médico-chirurgicale.

- Le réveil : comment est-il ? Pas trop désagréable ? Avec douleurs ? Avec vomissements ? Avec ou sans sondes ? Peut-il se produire au cours de l'anesthésie ? Revient-il dans sa chambre ou va-t-il aller en " réanimation " ? Où est-elle ? Qu'est-ce qu'il va s'y passer ? Est-ce que sa famille pourra être là ?

- Les modifications corporelles : l'ablation d'un ou de plusieurs organes. A quoi servent-ils ? Ces ablations peuvent-elles entraîner des insuffisances fonctionnelles dans l'immédiat, dans l'avenir ? Si une modification corporelle est installée (par exemple anus iliaque), est-elle définitive ?

- La mort qui peut se situer au cours de l'acte opératoire ou au décours de ce dernier. La notion d'antécédents personnels ou familiaux, ou des souvenirs d'accidents graves ou de morts opératoires augmentent l'inquiétude.

Il réagit en ce qui concerne la phase post-opératoire.

Il est conscient et va vivre positivement cette phase. Il est seul le véritable acteur. L'équipe médico-chirurgicale constate et subit les suites opératoires ; elle essaie de prévenir et de traiter les complications qui surviennent.

- La douleur : son existence, sa durée, son intensité, sa localisation ?

- Les modalités de la réanimation : tubes, drains, cathéters ? Où, comment, pour quoi, combien de temps ?

- Les complications possibles, surtout s'il a été soumis à des informations inquiétantes de bouche à oreille ou par voie de presse, ou s'il a des souvenirs angoissants, ou si son imagination est grande.

L'énumération de possibilités d'agents stressants, d'origine interne ou externe, peut être longue. Les stimuli sont nombreux, souvent intenses ; le malade réagit nécessairement à cette ambiance, confronté avec les notions de peur, de maladie, de mort. Il vit dans un état de stress quasi permanent.

Pour Selye, le stress est " la réponse de l'organisme à n'importe quelle démarche qui lui est faite ", que ce soit la détresse qui est désagréable ou l'eustress qui est agréable.

Les mécanismes physiologiques

Le stress est la réponse organique aux stimuli du monde extérieur. L'organisme humain doit absorber toutes ces agressions. Il réagit sur le schéma 1 avec trois voies d'action possibles :

- 1 - La communication directe cortex-médullo-surrénale-corps, provoquera la libération d'adrénaline dans le sang, avec ses différentes actions organiques, source des tensions musculaires à tous les niveaux.
- 2 - La communication cortex-hypothalamus-diencephale-corps. Dans l'hypothalamus naît l'émotion liée aux agents stressants. Elle est stockée sous forme de mémoire (traces mnésiques). L'hypothalamus est incorporé dans le circuit de Papez de mémorisation, avec la mémorisation biochimique. En cas de répétition et d'exagération des stimuli, elle se transforme en angoisse. De l'hypothalamus,

RESUME

sophronique est très important et tend à instaurer chez le sujet une nouvelle réaction à l'événement.

Plus on a affaire à des sujets nerveux, anxieux, plus les résultats sont rapides. Les techniques sophroniques permettent d'agir sur le malade, tant sur le psychisme, en induisant le calme, la diminution ou la disparition de la peur, que sur le corps du malade par diminution de l'action du stress préopératoire.

Les techniques sophroniques offrent au malade la possibilité d'agir sur lui-même. Il peut participer à sa préparation en pratiquant des autosophronisations, avec possibilité d'autosuggestion.

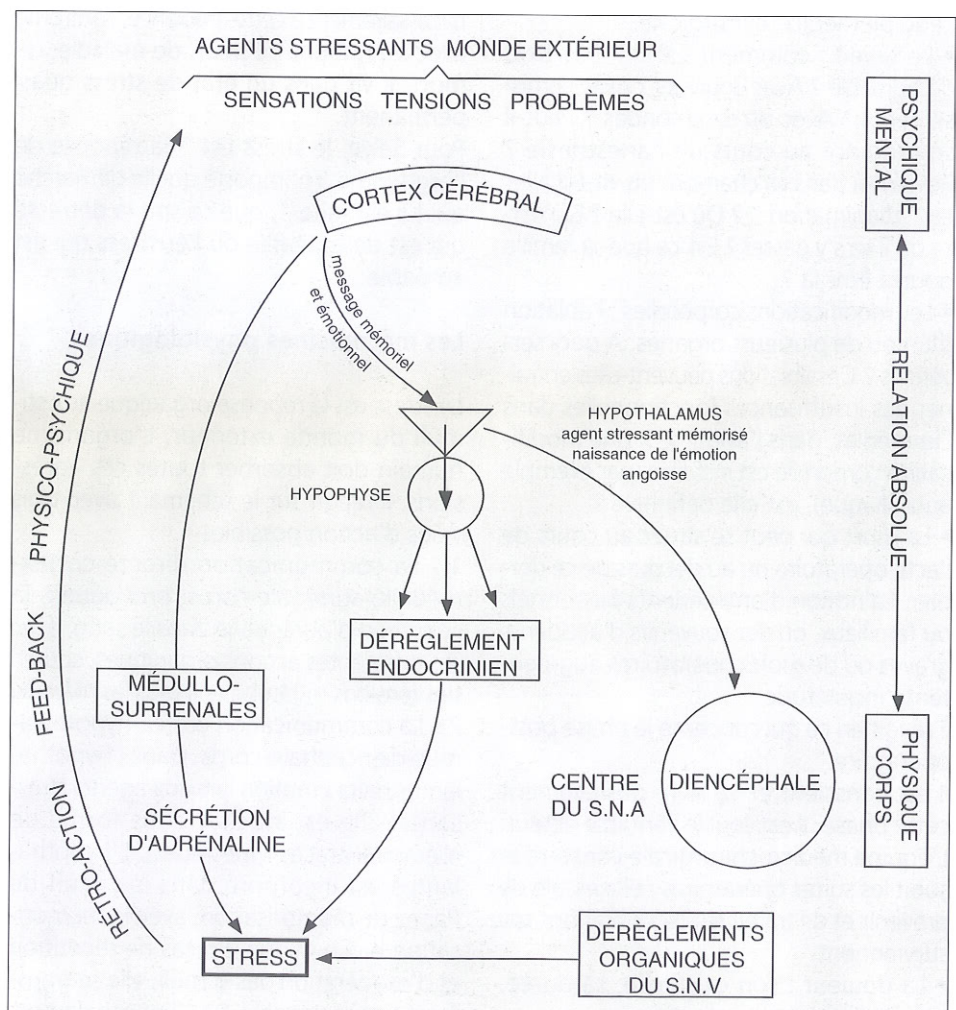
APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

l'information est transmise au diencéphale, centre nerveux responsable des fonctions automatiques du corps, siège du système neuro-végétatif. Son action entraîne des dérèglements organiques du système neurovégétatif.

3 - La communication cortex-hypothalamus-hypophyse-corps. Le message, après avoir été enregistré au niveau de l'hypothalamus, peut passer par l'hypophyse, chef d'orchestre des glandes endocrines.

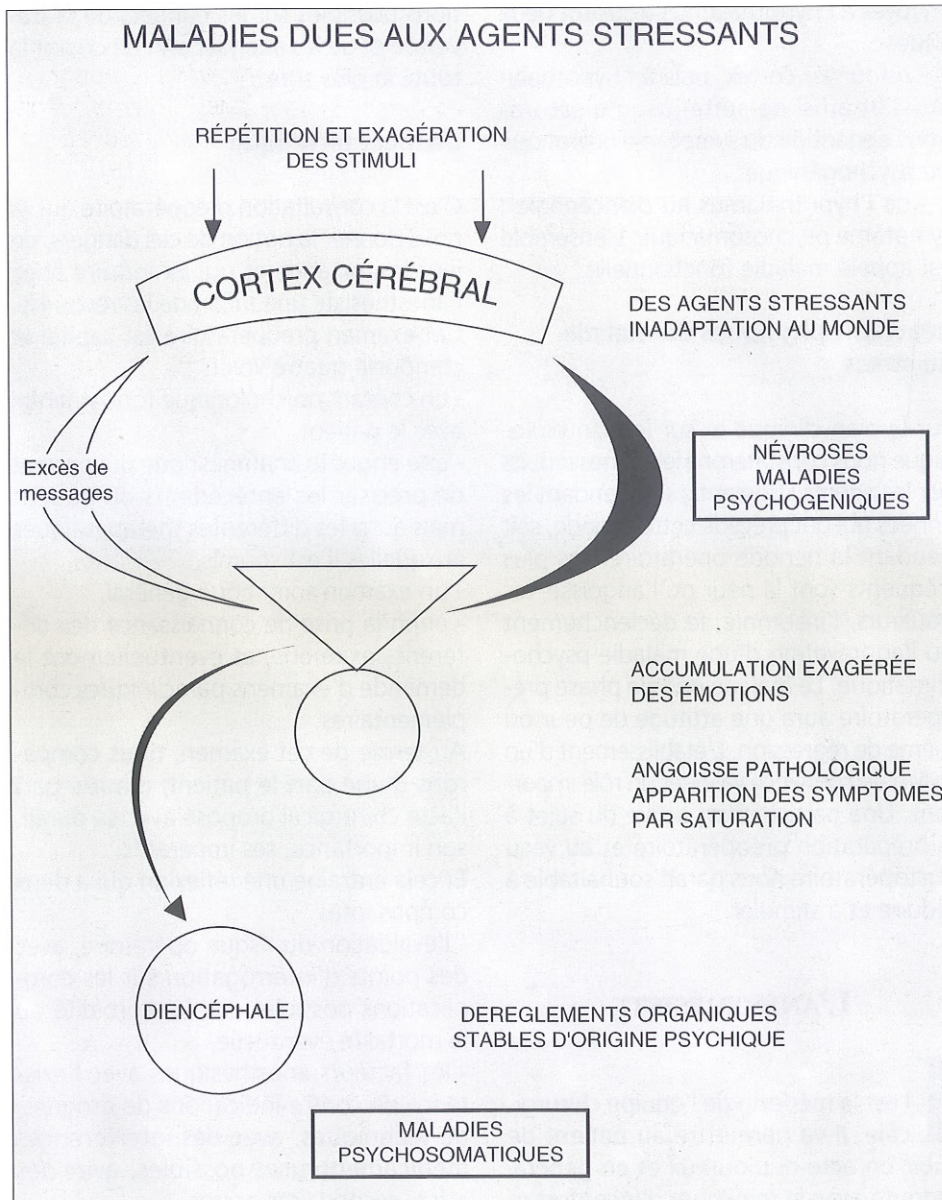
Cette voie provoquera des dérèglements des sécrétions internes.

Les manifestations physiques de stress sont en résumé les suivantes : augmentation de la glycémie, de la tension artérielle par vasoconstriction, des rythmes cardiaques et respiratoires, des acides gras libres, des triglycérides, du cholestérol, des hormones stéroïdes et des hormones 11 oxystéroïdes, des catécholamines (médiateurs neurologiques) ; diminution des anti-



corps, des globules blancs, par conséquent, affaiblissement de la résistance face aux infections microbiennes et virales ; contraction de tous les muscles. L'ensemble des dérèglements organiques

dus au stress par effet rétroactif (feedback) augmente le vécu des agents stressants. Un cercle vicieux s'installe et peut devenir source de maladies fonctionnelles. Les agents stressants sont nécessaires à



APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

la vie mais il faut " le stress sans détresse " (Selye).

Le schéma 2 fait ressortir le processus de l'apparition des maladies dues à des agents stressants répétés et exagérés : les nombreux messages perçus par le cortex et envoyés à l'hypothalamus trouvent deux issues :

1 - retour au cortex, puis à l'hypothalamus, et ainsi de suite jusqu'à saturation : apparition du symptôme névrotique ou psychogénique.

2 - de l'hypothalamus au diencéphale : symptôme psychosomatique. L'ensemble est appelé maladie fonctionnelle.

Réactions physiques du malade au stress

Sur le plan clinique et sur le plan biologique nous constaterons les signes induits par les agents stressants, soit pendant les années qui ont précédé cette période, soit pendant la période opératoire. Les plus fréquents sont la peur ou l'angoisse, les douleurs, l'insomnie, le déclenchement ou l'aggravation d'une maladie psychosomatique. Le malade dans la phase préopératoire aura une attitude de peur ou même de régression. L'établissement d'un milieu de confiance va jouer un rôle important. Une participation active du sujet à la préparation préopératoire et au vécu postopératoire nous paraît souhaitable à induire et à stimuler.

L'ANESTHÉSISTE

Il est le médecin de l'équipe chirurgicale. Il va permettre au patient de subir un acte douloureux et en général redouté avec le minimum d'inconfort et

le maximum de sécurité. Alexander Birch compare sa tâche à celle " d'un commandant dont le navire doit traverser un chenal étroit et rempli d'embûches. La meilleure façon de diminuer les risques est de recueillir le maximum d'informations possibles sur les dangers de la traversée et de les analyser afin de choisir la route la plus sûre. "

L'aspect technique

C'est la consultation préopératoire qui va nous donner la notion de ces dangers, de leur importance et qui va induire chez l'anesthésiste une façon de les résoudre. Cet examen préopératoire est capital et comporte quatre volets :

- un contact psychologique fondamental avec le patient.
- une enquête anamnétique qui permet de préciser les antécédents du patient mais aussi les différentes thérapeutiques auxquelles il est soumis,
- un examen somatique général,
- enfin la prise de connaissance des différents examens, et éventuellement la demande d'examens paracliniques complémentaires.

Au terme de cet examen, nous comparons d'une part le patient, d'autre part l'acte chirurgical proposé avec sa durée, son importance, ses impératifs.

Et cela entraîne une réflexion qui a deux composantes :

- l'évaluation du risque opératoire, avec des points d'interrogation sur les complications possibles, sur la morbidité ou la mortalité éventuelle,
- les facteurs anesthésiques avec l'existence de contre-indications de drogues, de techniques, avec des interférences médicamenteuses possibles, avec des effets secondaires accrus...

Et tout cela conduit à une décision dans le choix d'une thérapeutique couvrant les trois périodes de l'acte opératoire (préparation éventuelle et prémédication, anesthésie, suites opératoires) et dans le choix d'une attitude face au malade et face au chirurgien.

Face au chirurgien pour l'aider à adapter son geste chirurgical à l'état et à la résistance de son malade, car l'anesthésiste a un rôle délicat de coordination entre les 3 éléments : maladie, chirurgie, anesthésie.

Face au malade : l'abord psychologique du malade revêt une importance toute particulière, il contribue à lever certaines craintes préopératoires et à prévoir dans une certaine mesure la réponse du malade aux différentes thérapeutiques.

Le rôle de l'angoisse sur les complications postopératoires est bien établi maintenant. Elle agit à son tour sur le système neurovégétatif, avec les classiques réactions de défense à l'agression avant même le début de l'acte chirurgical.

Les réactions de l'organisme aux différentes substances et en particulier les substances neurotropes (analgésiques, neuroleptiques, sédatifs, narcotiques) sont modifiées par la personnalité propre du patient. L'asthénique a besoin de sédatifs et de tranquillisants, chez le jovial, à l'inverse, la suggestion joue un rôle très important. Le sujet extraverté aux tendances agressives chez lequel domine la sécrétion de noradrénaline est particulièrement sensible aux médicaments dépressifs. Le sujet introverti, chez lequel les réactions sont passives et dominées par la sécrétion d'adrénaline sont plus résistants aux médicaments.

La personnalité du patient marque également les suites opératoires : Boyle et Parbrook ont montré que la douleur post-

opératoire et la capacité vitale après la chirurgie abdominale haute étaient significativement différentes suivant la personnalité des sujets, déterminée avant l'intervention.

Rizzi a pu établir une relation directe entre l'administration d'un médicament psychotrope à la fin de l'anesthésie et la douleur postopératoire. Une thèse réalisée dans le service de réanimation du docteur Moisan à Salon a permis de constater qu'il y avait un rapport direct entre la confiance et les complications diverses : 70 % des malades sont confiants et n'ont pas, ou peu, de complications,

30 % des malades ne sont pas confiants, les complications naissent chez ceux-ci. Donc un comportement humain amical et attentif de l'anesthésiste-réanimateur permet de diminuer l'angoisse du patient. Pour Collins, une visite préopératoire correcte remplace avantageusement 100 mg de pentobarbital.

En peropératoire, l'anesthésiste prend totalement en charge le malade. C'est là où il voit arriver soit un malade détendu et calme, soit au contraire un malade tendu, avec parfois agitation, ou avec vasoconstriction veineuse généralisée, qui a peur de la piqûre, du masque, à qui la table dure fait mal...

C'est pendant l'intervention qu'il agit au niveau du malade en fonction des données préopératoires, en s'adaptant tout au long de l'intervention aux exigences chirurgicales. Et à la limite, il peut avoir une influence sur l'importance de l'acte opératoire, sur l'importance de la résection, par exemple, en s'appuyant sur les réactions physiques du malade pendant l'anesthésie générale, mais aussi sur les renseignements cliniques et psychologiques recueillis pendant les consultations de préanesthésie. Dans la période post-

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

opératoire, son rôle est essentiellement :

- celui d'une surveillance quotidienne médico-chirurgicale, pour voir si les suites opératoires se passent normalement : la cicatrisation, la récupération des fonctions physiologiques donc la vérification des pansements, l'ablation ou la mise en place de sondes, de cathéters ;
- celui d'une réanimation si elle est nécessaire, à type d'alimentation parentérale, assistance respiratoire ou autre ;
- celui d'un diagnostic et de la thérapeutique de complications : l'infection et les accidents thrombotiques par exemple qui font partie des plus fréquentes ;
- celui de faire vivre au malade cette période avec le maximum de confort, c'est-à-dire en particulier en diminuant les douleurs, en luttant contre l'insomnie, en l'encourageant et en le rassurant.

La relation anesthésiste - malade

Lors de la visite préopératoire va se nouer une relation intense. Il faut qu'elle existe. L'anesthésiste entend son malade lui dire " attention à moi, adaptez vos produits à moi ". Parfois, la demande est perçue comme un ordre, plus souvent comme une demande et comme une imploration. Dans la salle d'opération, et surtout dès que l'induction anesthésique est faite, le malade disparaît en tant que personne. Les questions relationnelles n'existent plus. D'ailleurs, le malade s'inquiète parfois d'être abandonné, il croit parfois que l'anesthésiste n'intervient que pour provoquer la perte de conscience, puis s'en va. Il est prêt dès le réveil à poursuivre son chemin seul. Les anesthésistes se sentent engagés dans un travail visant à repousser la mort, ils se sentent apaisés quand elle est évitée pendant la période où elle risque de se produire du fait de l'anes-

thésie. La mise en jeu de la vie crée comme un temps suspendu. Le malade anesthésié est un malade qui meurt et ressuscite sans cesse. La mort occupe ce silence où se rencontrent l'anesthésiste et l'anesthésié.

C'est une problématique professionnelle très particulière : la mort n'est pas perçue indirectement par la perte, le deuil, mais au contraire elle se situe dans l'action. Peu de métiers exposent autant à tuer, à croire qu'on risque de tuer et à ramener à la vie. Il y a alternance de disparition et de réapparition de l'autre qui semble fondamentale dans l'exercice de l'anesthésie avec la peur de l'abandon d'un côté et les fascinations du pouvoir modulant sans cesse, par des choix techniques, les variations du faire-perdre conscience.

Dans ces conditions, pourquoi tant de fougue à nier la part de l'affectivité dans la relation avec le malade " ordinaire ". La raison s'en trouve peut-être dans la place que la mort y occupe. L'anesthésié, situé entre la vie et la mort, s'oppose à l'établissement des rapports humains ordinaires.

L'anesthésiste est gratifié de veiller sur son malade et de le prendre totalement sous sa responsabilité.

Le réveil sera assuré une fois le corps établi dans une nouvelle intégrité obtenue à l'insu du malade.

Enfin, si d'éventuels incidents ou complications se produisent, vont apparaître des interrogations correspondantes : " Suis-je bon, suis-je mauvais, est-ce ma faute, est-ce une négligence ? " La technique n'est pas totalement un refuge, l'engagement personnel est très important. Il lui faut se juger en fonction de sa propre éthique, faute de la parole du malade endormi.

Nous constatons que le vécu banal du

médecin - anesthésiste est tout à fait particulier et demande une adaptation non seulement professionnelle, mais humaine, à ce genre de situation et de rapports.

ACTION DE LA SOPHROLOGIE

Elle se fait selon des principes élaborés par Caycedo.

1 - Le principe d'action positive, qui est le nom donné au fait que toute action positive dirigée vers la conscience se répercute positivement sur tout élément psychique.

2 - Le principe de la réalité objective : quand le sophrologue reçoit sa formation, on insiste avant tout sur la nécessité pour le praticien de se rendre compte de l'état de sa propre conscience, de tenir compte ensuite de l'état de conscience de la personne qu'il entraîne par des procédés sophroniques, et enfin du rôle qu'il joue face à son malade.

3 - L'alliance sophronique est le terme utilisé pour désigner la relation spéciale qui existe entre le sophrologue et le sujet en thérapie. Pendant cette alliance, le sophrologue cherche à être le moins directif possible, à expliquer et à enseigner les méthodes que le sujet appliquera de sa propre initiative.

4 - Le principe de schéma corporel comme réalité vécue désigne le fait que le schéma corporel s'intègre progressivement à la conscience, renforçant les structures fondamentales de la conscience et augmentant son champ.

Action sur le malade

La relaxation

Le but de la sophrologie est la modifica-

tion qualitative de la conscience. Le praticien y parvient en employant le *terpnos logos*, que Caycedo décrit comme " le parler persuasif d'une forme douce et monotone, la parole agréable qui tranquillise, donne du calme, de la sérénité et de la confiance " .

Le *terpnos logos* stimule le centre de l'audition du patient. L'excitation de ce centre produit, selon le principe de Pavlov, une inhibition corticale périphérique et produit progressivement un état de relaxation qui devient de plus en plus profond à mesure que la zone d'inhibition s'étend à la surface corticale. L'art du sophrologue consiste à maintenir le sujet dans l'état sophronique qui nécessite la coexistence de deux processus corticaux opposés : excitation d'une région et inhibition du reste du cortex.

La relaxation musculaire entraîne la suppression massive des signaux excitant le cortex.

Il y a, parallèlement à l'action du sophrologue avec son *terpnos logos*, l'action du sophronisé lui-même sur son tonus musculaire pour l'obtention de cette extinction ou inhibition qui est un effacement actif des conditionnements préalables instaurant, en quelque sorte, une pause qui permet l'analyse : l'organisme peut constater que la situation vitale est différente de ce qu'elle était antérieurement et peut adapter son comportement aux nouvelles conditions. C'est en somme une analyse temporelle. Or, l'inhibition permet de corriger l'adaptation de l'organisme à son environnement. L'entraînement sophronique est très important et tend à instaurer chez le sujet une nouvelle réaction à l'événement. De même que pour Pavlov la faim est nécessaire à l'obtention d'une réaction conditionnelle salivaire, la faim de bien-être est également néces-

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

saire pour l'obtention d'un bon résultat par la sophronisation. Plus on a affaire à des sujets nerveux, anxieux, plus les résultats sont rapides. La motivation en période préopératoire est particulièrement forte.

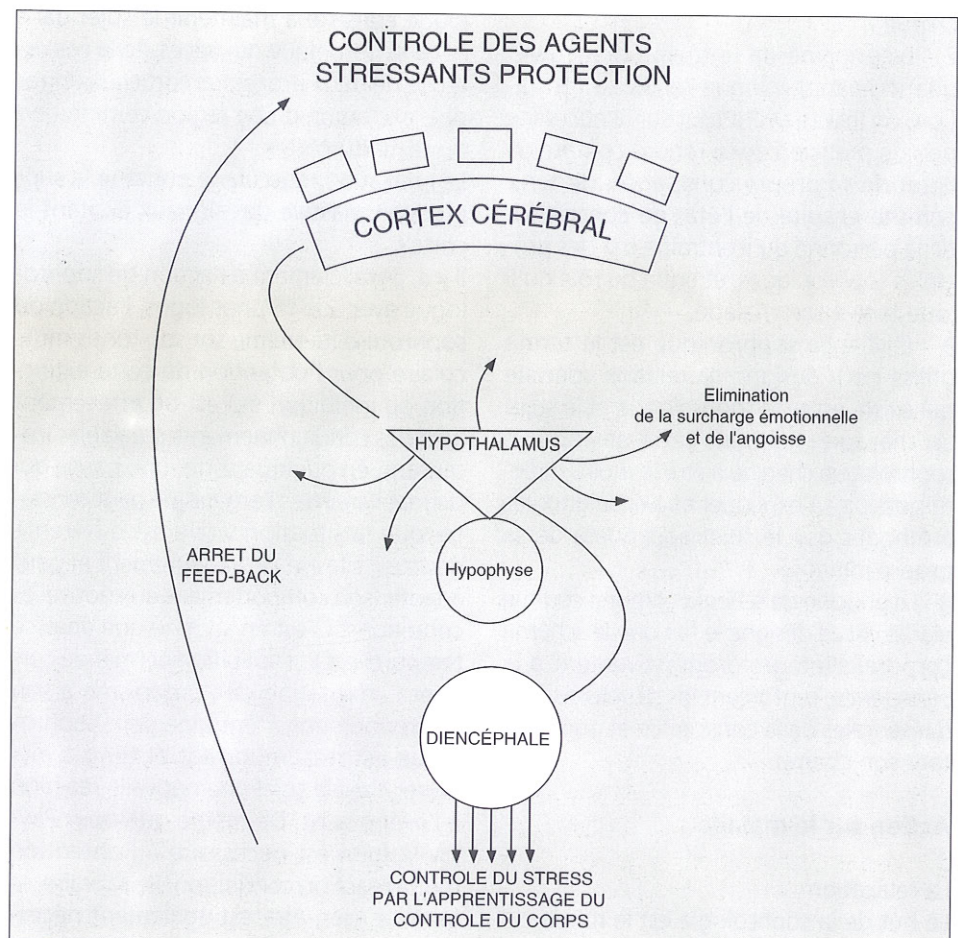
La suggestion

L'action de la suggestion bien dirigée est infiniment plus forte en état sophronique qu'en état de veille normale. Au cours de la suggestion subliminale, les sensations et les représentations sont transmises à la conscience sans participation rationnelle. Les représentations agissent sur les

impulsions volitives à travers les sensations primaires non élaborées dans les plans élevés de la conscience.

Mise en place du schéma corporel, comme réalité vécue, avec au besoin des focalisations sur certains organes à stimuler, à inhiber ou à rééduquer. Cette préparation est à la base des acceptations futures de modifications de schéma corporel, de mise en place de prothèses.

L'action thérapeutique sur le stress se fait à 4 niveaux selon le schéma de R. Abrezol :



- contrôle et limitation de certains agents stressants, agissant au niveau cortical ;
 - élimination de la surcharge émotionnelle et de l'angoisse au niveau hypothalamique ;
 - diminution du stress par prise de conscience du schéma corporel et des fonctions physiques ;
 - suppression naturelle des effets de retour.
- La relaxation physique par rétroaction entraîne une détente mentale par inhibition corticale.

La prise de conscience en relaxation profonde de toutes les manifestations du stress permet leur contrôle. Le relâchement immédiat du tonus musculaire en réponse à des stimuli agressifs diminue les effets du stress et limite l'accumulation des émotions.

La peur, qui est un phénomène psychique crée la tension musculaire, qui est un phénomène physique, un relâchement musculaire - physique - arrête la peur - psychique.

Action sur des qualités spécifiques de la conscience psychologique telle que le sentiment de confiance en soi-même l'espoir, l'attention... Cette activation de sensations positives est très importante.

Action sur la douleur : on peut agir sur la composante psychologique de la douleur.

La peur, l'angoisse, la contraction musculaire augmentent la douleur. Elle est ressentie différemment suivant la personnalité du malade, sa volonté, son type corporel. On peut agir par la sophrolabilité senso-perceptive.

C'est un phénomène fréquent pendant la sophronisation qui se caractérise par la qualité d'activer, d'inhiber ou de changer certaines sensations et perceptions concernant le monde extérieur ou le monde intérieur.

Action au niveau de l'anesthésiste sophrologue

L'anesthésiste, ayant un entraînement sophronique régulier, devient plus calme, plus sûr de lui, plus maître de ses émotions. Il n'éprouve pas de panique en cas d'accident. Il se protège contre le stress et l'agression extérieure. Donc, il vit son activité professionnelle dans un état plus serein.

La notion de pouvoir, face au vécu opératoire et au malade, est différente : la prise en charge du malade pendant la phase préopératoire est plus complète. L'appréhension qu'il a du malade change car les causes et l'interprétation des maladies psychosomatiques ou organiques sont vues sous un jour nouveau. La vision du malade est plus globale à travers son anamnèse organique et psychologique. L'alliance sophronique est la relation spéciale existant entre le médecin et le malade pendant la sophrothérapie. Elle conduit l'anesthésiste à avoir une action bien supérieure sur le malade, à celle vécue lors d'une visite anesthésique banale. Les confidences sont plus importantes, la situation se délie, il y règne la spontanéité et le naturel, avec parfois pleurs ou souvenirs. La confiance naît et devient très importante.

La possibilité d'avoir une action positive pour aider le malade dans un domaine subit jusqu'alors.

Les techniques sophroniques nous permettent d'agir sur le malade, comme nous l'avons vu :

- sur le psychisme, en induisant le calme, la diminution ou la disparition de la peur, de l'angoisse, l'espoir d'une guérison et d'un départ proches.
- sur le corps du malade par diminution de l'action du stress préopératoire, par

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

prise de conscience du schéma corporel, par la possibilité d'avoir une action sur le fonctionnement d'un organe, ou sur l'acceptation d'une prothèse.

Les techniques sophroniques offrent au malade la possibilité d'agir sur lui-même. Il peut participer à sa préparation en pratiquant des autosophronisations, avec possibilité d'autosuggestion ; ces techniques rendent la période préopératoire, qui est souvent seulement une attente, très dynamique. La même situation se retrouve dans la période postopératoire qui est assumée très différemment.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Techniques de préparation des malades

La relaxation débute par des exercices respiratoires qui mobilisent dans un premier temps le diaphragme. A l'inspiration, la poussée diaphragmatique entraîne un soulèvement abdominal et à l'expiration le ventre s'affaisse. Dans un deuxième temps, le malade effectue trois respirations complètes, l'inspiration a lieu en trois temps, en soulevant l'abdomen, puis le bas de la cage thoracique, puis le haut de la cage thoracique, les trois temps étant fondus l'un dans l'autre. Puis l'expiration se fait en sens inverse en trois temps également. La respiration abdominale ou diaphragmatique exerce une action décongestionnante sur le plexus solaire. C'est le plexus de l'anxiété, ce qui explique l'aspect calmant, apaisant de la respiration abdominale. Dans un troisième temps le malade reste quelques secondes en apnée en fin d'inspiration totale et en fin d'expiration totale. Ces apnées entraînent des variations métaboliques sanguines

favorisant une modification des niveaux de conscience.

La sophronisation de base

Elle comporte une relaxation musculaire du schéma corporel, segment par segment, en passant toujours par le même rythme. Le sophrologue accompagne, grâce à son *terpnos logos*, le sujet dans cette " lecture du corps " en l'aidant dans sa décontraction progressive et dans sa concentration. Il propose au malade de mettre son psychisme au repos et de vivre sa relaxation mentale. Lorsque le malade atteint la zone diffuse qui sépare les niveaux du sommeil des niveaux de veille, il est au niveau sophroliminal ou en phase X, dans une bande sensible utilisée en sophrologie pour renforcer les structures de la conscience. Il lui est demandé de laisser venir les sensations, les phénomènes qu'il vit dans son corps. C'est à ce moment de la sophronisation que sont données les suggestions thérapeutiques comme, par exemple, le calme préopératoire, la cicatrisation rapide. Ensuite, le sophrologue offre un cadeau, qui matérialise la collaboration entre le thérapeute et le malade, qui positive la relation détente-relaxation. Vers la fin de la séance, il donne un signalement qui offre la possibilité d'obtenir plus rapidement l'état sophronique lors de séances ultérieures à une désophronisation, qui permet au malade de récupérer la tonicité musculaire de son corps et son tonus mental. A la fin de la séance de sophronisation se situe nécessairement un dialogue, qui est indispensable pour contrôler ce qui a été vécu et ressenti par le malade et pour le ramener complètement à l'état vigile. Il n'existe pas d'amnésie post-sophronique, donc le malade connaît les suggestions faites en état sophronique. Le malade et le sophrologue

peuvent communiquer au cours de la séance par l'intermédiaire d'un signe convenu, par exemple soulever l'index d'une main.

La sophro-acceptation progressive

Elle a pour objectif l'activation intrasophonique de la capacité de perception du positif. Elle utilise l'intégration du schéma corporel existentiel (bien être) en rapport avec la situation représentée (harmonie avec l'entourage, harmonie dans sa vie future). Elle permet un autoconditionnement librement choisi vers le positif et inversement un déconditionnement vers le négatif, le morbide. Elle contribue à faire accepter le schéma corporel altéré ou modifié. Elle permet de supprimer l'angoisse provoquée non seulement par la crainte de l'inconnu mais par l'événement même qu'est l'intervention chirurgicale, presque toujours dramatisée par le malade.

Lorsque le niveau sophroliminal est atteint, le malade, avec son accord préalable, peut s'imaginer une situation positive dans un futur proche, dans les deux mois. Il signale qu'il est dans cette situation par l'intermédiaire du signe convenu. Il entre dans l'image et il la vit dans ses moindres détails. Il prend conscience du bien être physique et moral dans lequel il se trouve en vivant cette situation. Il apprécie les sensations agréables qu'il peut ressentir, les apports harmonieux qui existent entre lui-même et tout ce qui l'entoure. Il le vit totalement, puis il laisse disparaître l'image et il le signale, en levant l'index de la main droite. Il ressort de l'image, il vit ici et maintenant et il reprend conscience de sa relaxation autant physique que mentale, de l'amélioration de sa détente musculaire, de son schéma corporel. Le cadeau est la sensation de dominer son corps. La

séance se termine par une désophonisation et un dialogue post-sophonique.

La préparation du malade

Après avoir pratiqué la consultation de préanesthésie classique, il est demandé au malade s'il sait se détendre, et s'il a déjà pratiqué des séances de relaxation. Il est exceptionnel que la réponse soit positive, mais il arrive qu'il en ait fait, ou parfois également du yoga. Une séance de relaxation lui est proposée, s'il le désire, pour pouvoir se calmer. Il lui est suggéré qu'une fois la technique vécue et comprise, il pourra recommencer à l'exécuter seul, en l'absence du thérapeute. La réponse a toujours été positive. La perspective de l'intervention chirurgicale est sûrement très importante dans leur motivation.

La séance est individuelle, et se fait dans la chambre du malade ou parfois dans la salle de consultation. Les stimuli sonores et lumineux sont diminués au maximum pour permettre au malade non entraîné d'être peu sollicité par le monde extérieur. Si un membre de la famille désire assister à la séance, et si le malade est d'accord, il reste dans la pièce, silencieux.

La préparation comporte une à trois séances de 15 à 30 minutes chacune, pendant la période préopératoire au cours de la semaine qui précède l'intervention. Le nombre des séances dépend des contingences matérielles de temps : temps du malade, temps de l'anesthésiste, et également de l'importance de l'acte chirurgical. En début de la 2ème et de la 3ème séance, leur vécu depuis la précédente est demandé au malade. Les problèmes énoncés peuvent être évoqués avec une solution positive au cours de la sophronisation de base suivante.

Les suggestions thérapeutiques sont don-

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

nées en phase X : au cours de la première séance, l'état de calme vécu et à vivre jusqu'à l'intervention sera souligné. La réalité de l'intervention chirurgicale qui sera simple et sans problèmes sera évoquée, ainsi que les suites opératoires toujours vécues dans le calme et la vitalité, sans entrer dans les détails.

Au cours de la deuxième séance le calme pré et post opératoires est répété. L'explication concernant l'intervention chirurgicale est développée, en tenant compte des peurs et des problèmes particuliers du malade. Il est dit que le sommeil se fera avec peu de drogues et très simplement, qu'il ne saignera pas pendant l'intervention, que le réveil sera facile et calme. Puis la période postopératoire est décrite :

- elle sera dépourvue de sensations désagréables au niveau de la zone opératoire, au niveau du dos ou du reste du corps ;
- la cicatrisation y sera facile, normale, rapide ;
- pour elle, tous les processus de défense de l'organisme, tous les processus immunitaires se mobilisent ;
- le transit digestif se rétablira rapidement ;
- la circulation sanguine y sera fluide et souple, sans possibilité de caillot pathologique ;
- elle sera vécue dans le calme et sans fatigue. Et la sortie de l'hôpital, après les suites opératoires simples et sans problèmes, est formulée.

Au cours de la troisième séance sont soulignés à nouveau le calme, l'existence de l'intervention chirurgicale nécessaire, la simplicité et la facilité des suites opératoires. La sophro-acceptation progressive dans les deux mois à venir est faite. Elle va renforcer l'intégration du schéma corporel, avec parfois focalisation sur un organe. Il est donné la notion qu'une modification prochaine d'un élément du

corps va se produire au cours de l'intervention chirurgicale et qu'une adaptation fonctionnelle sera nécessaire et se fera naturellement.

Lorsque le nombre de séances est limité à une, nous y donnons toutes les suggestions thérapeutiques ; à deux, en plus des suggestions, nous introduisons une S.A.P.

Le signe signal d'approfondissement est donné au cours des trois séances ; soit celui du sophrologue avec main sur le front en début de séance de relaxation, ou dans la salle d'opération avant l'induction anesthésique, soit celui pour le malade avec la phrase " en passant la porte du bloc opératoire vous vous retrouverez immédiatement dans le même état de calme et de relaxation que celui où vous êtes en ce moment. "

Au cours du dialogue post-sophronique des questions lui sont posées : " a-t-il bien ressenti sa détente ? Est-elle plus profonde que la fois précédente ? A-t-il senti toutes les parties de son corps ? Si ce n'est pas le cas, lesquelles lui ont posé un problème ? Quelles ont été les sensations éprouvées, les phénomènes vécus ? "

Au cours de ce dialogue s'instaure un climat de confiance très puissant. Le malade vit un état de détente et de calme nouveau qui l'étonne et qui l'apaise. De plus, il est satisfait de connaître une technique qu'il peut continuer à pratiquer lui-même.

Nos observations

Nous avons comparé deux séries de 20 malades : une série avec et une série sans préparation sophronique. Dans les deux séries, les hommes et les femmes étaient en nombre à peu près identique. Les âges vont de 30 à 75 ans. La chirurgie envisagée est une chirurgie abdominale, donc

une chirurgie lourde pour la majorité des interventions : vésicale, estomac, colon, rectum, foie, anastomose porto-cave. Les interventions durent de 1 à 5 heures.

RÉSULTATS

En préopératoire

SÉRIE AVEC SOPHRONISATIONS

Malades	Séances préopératoires	Calme période opératoire	Calme bloc	Peur
5	3	5	5	0
8	2	8	8	2
7	1	4	4	3

Sur les 7 malades ayant eu une seule séance, une a été incapable de se détendre, elle ouvrait les yeux, parlait, bougeait et disait qu'elle n'y arrivait pas.

On remarque que le nombre de séances intervient dans l'installation du calme préopératoire et dans la disparition de la peur. Les malades soulignent le vécu agréable de la période préopératoire et disent que les séances les ont aidés. Le sommeil des nuits préopératoires est bon pour la majorité des malades. Il est préférable de faire la première séance le plus tôt possible, au cours de l'hospitalisation, quelques jours avant l'intervention. Cela permet au malade de vivre cette période plus paisiblement, de ne pas s'agiter et de ne pas s'épuiser dans des stress successifs. La confiance est induite chez tous les malades.

La série sans sophronisation
16 malades avouent leur peur, 4 déclarent ne pas en avoir. L'insomnie est fréquente pendant les jours préopératoires.

En per-opératoire

La prémédication est potentialisée dans la série avec sophronisation. Les malades arrivent au bloc et sont installés sur la table d'opération. Une perfusion intraveineuse est mise en place. Les malades sont totalement calmes et se laissent faire. Le fait de voir et de parler avec l'anesthésiste sophrologue les confirme dans

leur état. Le signe signal est donné. Le réseau veineux est en vasodilatation.

Dans la série sans sophronisation, les malades arrivent au bloc avec leur inquiétude. L'action de la prémédication est moins grande. Leur comportement est différent : ils observent la pièce, le personnel médical, les instruments et s'effraient. Chez deux malades, le réseau veineux était en vasoconstriction intense.

L'anesthésie générale

Posologie des drogues anesthésiques
Les drogues employées sont le penthobarbital pour induire et entretenir la narcose, le fentanyl ou la phénopéridine pour donner l'analgésie, le droperidol ou droptan pour protéger le système neurovégétatif, le pavulon pour provoquer la curarisation ou myorelaxation.

Nous comparons dans les tableaux suivants les deux séries de malades. Il est clair que les posologies sont inférieures dans la série avec sophronisation, en particulier pour le narcotique.

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

Incidents per-opérateurs

Dans la série avec sophronisation n'ont été notés ni phénomènes allergiques (éruption cutanée), ni phénomènes spasmodiques (spasme de la glotte ou bronchospasme), ni troubles du rythme cardiaque.

Dans la série sans sophronisation, sont relevés un spasme de la glotte, deux phénomènes d'histamino-libération chez l'un, au bout d'une heure d'intervention, rougeur de la face et chute de la tension artérielle à 6, qui cède en trente minutes après traitement ; chez l'autre, une éruption

cutanée sur le thorax et l'abdomen découverte en fin d'intervention et qui cède aux corticoïdes.

Réveil

Au moment de la sortie de la narcose l'explication de l'intervention est donnée au malade très simplement, les suggestions thérapeutiques sont répétées.

Dans la série avec sophronisation, le malade obéit à la parole du sophrologue, il peut ainsi tolérer une sonde d'intubation sans nécessité de réinjection de drogues anesthésiques. Ils sont calmes et ne s'agitent pas.

SÉRIE AVEC SOPHRONISATION (DOSES EN MG/KG/HEURE)

Pentotal	Fentanyl	Droleptan	Pavulon
2,46	0,0024	0,073	0,024
3,38	0,0178*	0,098	0,04
3,14	0,0027	0,078	0,028
3,63	0,0180	0,090	0,054
3,5	0,0035	0,10	0,03
6,15	0,0034	0,12	0,041
2,85	0,0025	0,093	0,031
2,52	0,0035	0,12	0,030
2,60	0,0044	0,111	0,035
3,86	0,0032	0,115	0,045
2,22	0,0030	0,071	0,081
3,47	0,0020	0,111	0,035
3,86	0,0032	0,115	0,045
2,22	0,0030	0,071	0,081
3,47	0,0020	0,111	0,045
4,58	0,0020	0,05	0,040
2,63	0,0020	0,05	0,027
2,90	0,0020	0,043	0,047
3,67	0,0036	0,048	0,028
5,00	0,0060	0,075	
2,083	0,0020	0,071	0,029
3,333	0,0030	0,111	0,044
6,666	0,026*	0,133	0,053

* avec phéno-péridine

SÉRIE SANS SOPHRONISATION (DOSES EN MG/KG/HEURE)

Pentotal	Fentanyl	Droleptan	Pavulon
5,470	0,0034	0,054	0,034
2,777	0,0041	0,144	0,044
5,680	0,0022	0,075	0,030
4,620	0,0110*	0,050	0,032
8,570	0,0280	0,171	
7,070	0,0035	0,131	0,050
4,470	0,0320	0,037	0,030
3,333	0,0030	0,111	0,036
4,190	0,0038	0,099	0,034
4,260	0,0002	0,064	
4,540	0,0028	0,0222	0,056
5,770	0,0222	0,106	0,053
6,660	0,004	0,133	0,053
6,710	0,003	0,066	0,066
3,870	0,0036		0,051
2,720	0,004	0,1	0,043
3,51	0,001	0,062	0,039
2,39	0,0035	0,103	0,037
4,83		0,053	

* avec phénothérapie

En postopératoire

Nous avons étudié plusieurs éléments

LA DOULEUR

Dans la série avec sophronisation

	Jo	J1	J2
Pas de douleur	8	8	13
Supportable	3	6	5
Douleur	9	6	2

Dans la série sans sophronisation

	J0	J1	J2
Pas de douleur	0	4	6
Supportable	2	5	10
Douleur	18	11	4

J0 est le jour de l'intervention

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

L'influence sur la douleur est très nette sur les malades qui ont 2 à 3 séances préopératoires. La sensation douloureuse est moins importante et s'estompe plus vite. Le sommeil est absent pendant les premiers jours postopératoires, à cause de la douleur, des bruits faits dans la réanimation. Il semble qu'il soit amélioré chez les malades ayant eu plusieurs séances préopératoires.

Le transit digestif. Il semble que la reprise des gaz se fasse en moyenne plus rapidement chez les malades ayant été préparés par la sophrologie.

La coagulation est surveillée par un examen de laboratoire, le thromboélastogramme sur sang total, qui donne une idée de la coagulabilité du malade, la normale de l'IPT du T.E.G. étant entre 6 et 12. Au-delà de 12, le malade devient de plus en plus hypercoagulable, au-dessous

de 6, il devient hypocoagulable. L'anticoagulation n'est pas systématique, sauf cas particulier, elle est faite en fonction des résultats du T.E.G. ou évidemment après constatation clinique d'une complication thrombo-embolique.

Nous comparons les deux séries : il ne semble pas qu'il y ait une différence notable dans les chiffres de l'IPT. Par contre, nous notons deux thrombo-emboliques dans la série non sophronisée : 1 malade fait une embolie pulmonaire massive le lendemain de son intervention et meurt ; l'autre malade fait une phlébite d'un membre inférieur 6 jours après l'intervention, traitée sans problèmes à l'héparine intraveineuse.

Le vécu postopératoire est meilleur dans la série des malades sophronisés. Ils sont calmes, ils ont confiance et ils vivent cette période plus confortablement.

COAGULATION - AVEC SOPHRONISATION

	- J0	J0	J1	J2	J3	J4
IPT Calciparine	10		21 0,10	17 0,10	0,15	0,15
IPT Calciparine	3 0,40		31 0,10	25 0,15	23 0,20	19 0,25
IPT Calciparine	7		15 0,05	5 0,005	23 0,05	29 0,05
IPT Calciparine			25 0	0,10	0,10	0,10
IPT Calciparine	16		16	16 0,05	28 0,05	25 0,10
IPT Calciparine	6 0		6 0		4 0,05	18 0,05

IPT Calciparine	8 0		12 0	12 0	0	33 0
IPT Calciparine	13 0		16 0	11,5 0	9 0	0,10
IPT Calciparine	13 0		14,5	13,5 0,10	0,10	13 0,10
IPT Calciparine	12 0			14	12,5 0,10	0,10
IPT Calciparine	0	0	18 0	0	0	0
IPT Calciparine	30,6 0		18,5 0	24,1 0	27,6 0	27,6 0
IPT Calciparine	11 0		15,8 0	19,7 0	24 0,15	45 0,15
IPT Calciparine	25 0		30 0	44,5 0	42,5 0	16,5 0,15

COAGULATION - SANS SOPHRONISATION

	- J0	J0	J1	J2	J3	J4
IPT Calciparine	9 0	0	5 0	0	22 0	23 0
IPT Calciparine	15 0	0	28* 0	0	0	0
IPT Calciparine	17 0	0	21 0	37 0	54 0	0,10
IPT Calciparine	16 0	0	5 0	0	21 0	0
IPT Calciparine	23 0	0,10	3,3 0,15	0,15	0,20	0

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

IPT Calciparine	12 0	0	13 0	9 0		
IPT Calciparine	18 0		20 **	33 0	22 0	43 0
IPT Calciparine	3 0		10 0	15 0	23 0	
IPT Calciparine	4 0		11 0	7 0	15 0	18 0
IPT Calciparine	4 0		13 0	12 0	21 0	27 0
IPT Calciparine	0		2 0	9 0		
IPT Calciparine	67 0		33 0,10	26 0,10	40 0,15	69 0,25
IPT Calciparine	37 0		17 0,10	0,10	0,10	31 0,10
IPT Calciparine	0		22 0	30 0	62 0,10	14 0,10
IPT Calciparine	20 0		24 0	0	9 0	25 0,15

* embolie 0 mort

** persantine, sermion

CRITIQUE

Le nombre des malades est peu important.

Les séances de sophronisation préopératoires ne sont pas assez nombreuses, pour la plupart des malades. Elles sont parfois faites la veille de l'intervention et s'avèrent insuffisantes chez certains malades particulièrement tendus et inquiets.

Le temps à consacrer aux sophronisations est important et est pris en supplément des horaires de travail habituels. Les sophronisations sont faites quand toute autre activité anesthésique est terminée. Donc la programmation des séances n'est parfois pas celle qui serait, à notre avis, la plus efficace pour le malade.

L'énorme transformation apportée à la période opératoire se situe au niveau du

vécu du malade avant et après l'intervention ce qui est très difficile à apprécier et à jauger.

CAS CLINIQUES

Mr G..., 50 ans, éventration

Homme cirrhotique ayant subi deux interventions chirurgicales : anastomose portocave en 1975, éventration en 1977. Il a une constipation chronique. Actuellement, il prend des tranquillisants : 7 Temesta par jour. Il est insomniaque.

Première sophronisation (+). Il reste agréablement calme. Deuxième séance très (+). La détente est très bonne. Il ressent une petite angoisse au moment de passer au bloc opératoire avec peur de mourir. Par contre, il sera calme en postopératoire alors que pour les deux autres opérations, il était angoissé. Les suites opératoires sont sans problèmes.

Mme M..., 42 ans, Diagnostic ?

Elle a perdu 6 kg en 3 semaines. Elle a une arthrose cervicale, des céphalées fréquentes, des douleurs dans tout le corps depuis 15 ans, une constipation chronique. Elle a eu plusieurs interventions : kyste de l'ovaire, ligature des trompes à 29 ans, vésicule... Elle a eu un père alcoolique, gentil, qui s'est suicidé à 51 ans, alors qu'elle avait 10 ans.

Première séance : détente ++, deuxième séance (+). Dialogue : elle a peur du diagnostic - troisième séance : détente +. La douleur a diminué depuis 48 heures. Elle arrive au bloc calme et le reste, malgré une heure d'attente. La laparotomie exploratrice est blanche. Les suites opératoires sont simples.

Mr H..., 42 ans, Estomac

Il a perdu 60 kg en 2 ans à la suite d'une

intervention chirurgicale pour ulcère. Il était obèse à 14 ans : 114 kg, et le reste, 120 kg à 40 ans. Il a très peur d'être mis sur le chariot, de la mort, du réveil pendant l'intervention.

Trois séances (+) sont faites. Il devient remarquablement calme avec un sommeil excellent jusqu'à l'intervention. L'intervention est lourde de dévastogastrectomie. Les suites opératoires sont simples. On note seulement une suppuration de la paroi.

Mr M..., 52 ans, Vésicule

Il a très peur de l'intervention, d'aller au bloc. Deux séances (+). Son sommeil devient bon.

Il n'a pas d'hypertension artérielle alors que l'énerverment suffit à l'augmenter à 18. Il arrive très calme au bloc et dit qu'il a peur. Il vit mal les deux premiers jours postopératoires mais les suites opératoires sont bonnes. Sa tension artérielle reste autour de 12. Il est tonique à partir du 3ème jour.

Mr D..., 60 ans, Vésicule

Il a eu un pontage aorto-bicoronarien 45 jours avant pour des crises d'angor, quotidiennes depuis 1970. Il a une goutte depuis 15 ans. Il a une surdité bilatérale avec un appareil.

Première séance (+) on insiste sur la circulation sanguine et sur le fonctionnement cardiaque sûr et calme. Dialogue : il a peur de mourir à cause de sa femme. Deuxième séance détente ++. Il accepte de quitter son appareil pour l'intervention. Troisième séance avec SAP (+). Le calme préopératoire est grand. La prémédication l'endort. La période postopératoire ne pose aucun problème, la douleur est inexistante, l'anticoagulation se fait à doses très légères.

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

Mr L..., 42 ans, ulcère duodéal hémorragique
Il fume 3 paquets de cigarettes par jour.
Il a eu un anthrax axillaire à droite et à gauche en 1979. Il est souvent constipé.
Deux séances très (+) avec détente+++.
Il est calme en postopératoire malgré un aspect gémissant. Le malade dit son vécu très positif.

Mme F..., 30 ans, Hémorragie digestive chronique
Elle crache du sang plusieurs fois par jour depuis plusieurs mois. Elle est très inquiète mais elle veut se faire opérer. Elle a très peur. Elle est myope+++ et ne veut pas enlever ses verres de contact au moment de l'opération malgré le danger pour ses yeux qui lui est souligné.
Première séance (+) - deuxième séance = une solution facile pour enlever ses lunettes lui est suggérée - troisième séance avec SAP où elle se voit guérie. Elle a un vécu préopératoire tranquilisé et se met des lunettes pour venir au bloc (ce qu'elle refusait énergiquement). Les suites sont simples.

Mme H..., 62 ans, Cancer recto-sigmoïdien
Elle a une constipation chronique, des crises de tachycardie type Bouveret depuis l'âge de 17 ans.
Première séance (+) détente ++ - deuxième séance avec SAP très (+). Elle est très calme en préopératoire avec un sommeil excellent, sans tachycardie. L'opération se déroule sans incident. Les suites opératoires sont simples et rapides. Elle refait une crise de tachycardie au 3ème jour postopératoire cédant au traitement.
Mlle B..., 30 ans, Kyste hydatique du foie
Elle est très inquiète et a des douleurs hépatiques intenses pouvant durer plu-

sieurs heures. Elle dit faire des crises de nerfs.

Première séance : détente - deuxième séance : détente + voit une image (+) dans l'avenir - troisième séance : a une réaction de frayeur pendant la séance sur une image symbolisant le médecin. Dialogue : discussion sur le vécu. Elle aura un calme préopératoire parfait et disparition complète de la peur. La confiance est totale. Les suites opératoires sont longues, grevées par une suppuration au niveau de la loge hépatique mais la guérison est totale au moment du départ.

Mr B..., 58 ans, Ulcère gastrique
Malade en bon état général. Il a peur d'aller sur la table d'opération, il a peur du choc opératoire, de la mort. Il fait des cauchemars avec des cris. Il est somnambule. Il dort avec la lumière. Une seule séance : le calme préopératoire est très important. Le vécu est bon, le sommeil également. Il n'y a aucun problème per et postopératoire.

Mme D..., 65 ans, Cirrhose avec ascite et hémorragie digestive
Femme éthylique (séjour aux colonies) avec décompensation hépatique, fragile. Elle a eu une hystérectomie à 26 ans.
Première séance : détente ++ elle respire mieux malgré son ascite de plusieurs litres - deuxième séance (+). Elle est très calme en préopératoire et le reste en arrivant au bloc. L'intervention et les suites se passent simplement.

Mme C..., 47 ans, Vésicule
Elle a perdu 6 kg en 3 mois. Elle est très inquiète, très agitée, logorrhéique. Elle a fait un choc à la cholangiographie en mai 1979, et se plaint depuis de douleurs au niveau des chevilles, de tremblements ner-

veux et de contractures musculaires. Elle dit ne pas avoir, puis avoir, très peur de l'opération.

Une séance : la relaxation est impossible : la malade ouvre les yeux, bouge, parle. Le per et le postopératoire sont néanmoins simples.

Mme A..., 55 ans, Cirrhose alcoolique avec hémorragie digestive.

Elle a un terrain fragile, et a déjà eu un coma hépatique après une hémorragie. Elle est obèse. Elle a divorcé en laissant sa fille à son mari, elle a souffert de la séparation et du rejet de sa fille à son égard, d'où un alcoolisme de 30 ans.

Première séance : calme +++ - deuxième séance : elle vit une image (+). Elle est très calme en préopératoire, et n'a plus peur. L'opération se passe bien. Dans les suites la malade est tonique au départ, puis elle fait une décompensation hépatique, avec hémorragie abdominale et meurt une semaine après.

Mme R..., 55 ans, Cancer du rectum

Elle est particulièrement inquiète, mais elle a un bon état général, par ailleurs. Elle a une constipation chronique. Elle a fait deux dépressions nerveuses, en 1948 et en 1951. Elle a peur de mourir. Elle a une hypertension artérielle depuis plusieurs années.

Une séance : la relaxation est moyenne, la malade est très tendue, arrive mal à se détendre. Son mari est également anxieux.

L'inquiétude existe dans le pré et le postopératoire. La confiance existe et lui permet de supporter des suites longues avec infection périnéale.

Mme S..., 61 ans, Diverticulose colique avec fistule colo-vésicale

La maladie est mal supportée sur le plan

fonctionnel. Depuis 7 ans cette femme a eu deux interventions chirurgicales, prolapsus génital et vésicule, et aurait une hypothyroïdie soignée par extraits thyroïdiens. Elle a un mari dépressif. La possibilité d'anus iliaque est exprimée par le chirurgien.

Une séance très (+), la suggestion de l'acceptation d'un anus iliaque éventuel est incluse. Elle est très calme et veut dormir après la séance. Le per et le postopératoires sont vécus très facilement. La confiance est totale. L'anus iliaque est évité et la cicatrisation de l'anastomose en zone inflammatoire se fait simplement.

Mr K..., 35 ans, Kyste hydatique du foie
Dans ses antécédents, on note une tuberculose en 1963 traitée pendant un an, et un pneumothorax en 1970. Il est très inquiet, il a peur du bloc opératoire, de l'intervention, de ne pas cicatriser. Il a déjà fait de la relaxation.

Une séance : il a des douleurs dans les jambes. Dans le dialogue, il dit son inquiétude à se voir nu sur la table d'opération, donc a une peur moins pesante. Sa femme pleure devant son mari. La détente n'est jamais complète. Les suites opératoires sont longues mais simples. D'autres séances auraient été nécessaires.

Mme L..., 75 ans, Hystérectomie par voie vaginale

Elle a un terrain dépressif et agité, un bon état général. Elle a des varices et est obèse. Sa fille anesthésiste est très anxieuse.

Première séance : détente ++. Dialogue : ses douleurs lombaires et sa fatigue ont disparu. Elle est très calme et le restera. Deuxième séance avec SAP (+). Le calme est confirmé. Elle vient souriante au bloc. Les suites opératoires sont simples. Les douleurs sont importantes au niveau du

APPLICATION DE LA SOPHROLOGIE A LA PERIODE OPERATOIRE

dos. Le vécu est très positif en pré et en postopératoire.

Mr A..., 49 ans, Lithiose cholédocienne
Il a maigri de 8 kg en deux ans. Il a une hypertension artérielle entre 20 et 26 depuis plusieurs années. Il a un diabète depuis 3 ans traité au Daonil. Une séance très (+) avec SAP. Le calme est total. Tout se passe simplement.

Mr D..., 32 ans, Ulcère duodéal sténosant

Il est algérien, vit en France avec ses parents tandis que sa femme est en Algérie. Il a des mycoses depuis un an et demi, un diabète depuis 1973, insulinodépendant. Il a maigri de 4 kg en 4 mois.

Une séance très (+). Dialogue : il pleure et explique sa situation affective. Il est très reconnaissant du vécu de la séance. L'opération se passe bien et les suites sont très simples. Son diabète est facile à contrôler et non déséquilibré par l'intervention.

Mme B..., 40 ans, Eventration complexe
Femme obèse de 95 kg pour 1,52 m. Elle se marie à 18 ans, divorce à 20 ans et grossit après son divorce. De 25 à 35 ans, elle vit avec un homme pénible, une période difficile de sa vie et fait trois fausses couches.

Elle se remarie à 37 ans avec un homme de 20 ans de plus qu'elle. Elle a eu de nombreuses interventions chirurgicales (vésicule - hystérectomie - éventration avec plaque - occlusion intestinale - abcès de la paroi). Elle a fait 2 tentatives de suicide. Elle fait des cauchemars avec tombeaux, cimetières, sang.

Une préparation sophronique est décidée en vue d'un amaigrissement avant d'envisager une intervention chirurgicale.

Première séance (+) de détente - deuxième

séance avec image vécue agréable du passé - elle a une sensation de détente parfaite - troisième séance avec SAP (+) avec amincissement et tonicité abdominale - quatrième séance d'hypermnésie libre : elle vit 2 images négatives et une image (+). A la suite de cette séance, la malade se transforme, devient gaie et volontaire pour maigrir. Elle part en maison diététique avec une cassette. Elle perd 40 kg en 3 mois et revient se faire opérer dans le service.

Première séance préopératoire : la détente est parfaite - deuxième séance avec SAP très (+). L'intervention, malgré son importance (child + éventration avec plaque) est bien supportée. Les suites sont très simples. La malade conserve son nouveau poids dans les mois qui suivent.

Cas de Mr C..., 75 ans

Malade de la série non sophronisée. Homme corpulent introverti. Il avoue une peur de la mort car son fils de 30 ans devient aveugle et a besoin de lui. Pendant l'intervention le malade a brutalement une rougeur de la face intense et une chute de la tension artérielle à 6. Or, quand cela se produit le chirurgien venait de dire à voix haute que le malade avait un cancer étendu. Et ce malade fait le lendemain une embolie pulmonaire massive et meurt brutalement.

Il semble que malgré l'anesthésie générale le malade ait réagi aux paroles du chirurgien.

CONCLUSION

L' introduction de la sophrologie pendant la période opératoire la transforme. Elle agit au niveau du malade et au niveau de l'anesthésiste-sophrologue.

Au niveau du malade, elle offre la possibilité de vivre une expérience nouvelle de détente et de calme à un moment de sa vie où il est vulnérable et agressé. Il peut participer d'une façon positive pendant toute son hospitalisation grâce à la pratique personnelle de la technique donnée.

La sophrologie a une action prophylactique et thérapeutique sur le stress et ses conséquences psychosomatiques. Ce sera constaté pendant les périodes pré, per et postopératoires. La pratique des techniques sophrologiques de base faite par l'anesthésiste de façon quasi systéma-

tique touche des sujets qui ne les auraient pas connues par ailleurs et contribue à les répandre. Elle donne au malade l'idée de continuer à traiter le terrain et non seulement la maladie, après sa sortie de l'hôpital.

Au niveau de l'anesthésiste, elle permet une prise en charge du malade plus totale, avec création d'un climat de confiance intense grâce aux techniques sophrologiques. De plus, le malade est vu à travers le nouvel éclairage des conceptions sophrologiques de l'homme, de son harmonie esprit-corps et de l'interprétation psychosomatique de sa pathologie.