

MGF – PTSD - EMDR

Sonia Zeghli
Psychologue - psychothérapeute

Je suis psychologue et psychothérapeute formée aux TCC (Thérapie cognitivo-comportementale) et en EMDR.

Cela fait deux ans et demi que je fais partie de l'équipe de CeMAViE qui est le Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision.

Au sein de ce centre mon travail consiste à faire :

- d'une part, l'analyse de la demande par rapport à la chirurgie réparatrice clitoridienne,
- et d'autre part, d'assurer le suivi psychothérapeutique de femmes ayant subi des MGF et autres traumatismes et qui manifestent une souffrance psychologique significative.

Je rencontre donc des femmes qui font une démarche de réparation ou/et qui sont en souffrance par rapport à leur histoire.

Dans le cadre des femmes qui font la demande d'une chirurgie de réparation, je réaliser ce qu'on peut appeler un bilan ou une évaluation psychologique.

Durant cette rencontre, je vais explorer l'histoire des patientes.

Elles vont raconter leur parcours, les grands moments de leur histoire de leur naissance à l'ici et maintenant.

Cette histoire, que ses femmes vont me confier, relate leurs origines, leur famille, leur position dans la famille, leur fratrie, le contexte de l'excision, les souvenirs qu'il en reste, leur enfance, leur adolescence, leur vie de jeune adulte, d'adulte, les raisons qui ont poussé à quitter le pays,...

Et ce que j'explore surtout ce sont les événements de vie douloureux voire traumatiques.

Ce que j'entends par événements de vie douloureux et traumatiques ce sont les deuils, les maladies, les abandons, les maltraitances, les abus, les humiliations, l'exploitation, les mariages forcés et/ou précoces, les viols,...

Je questionne aussi les ressources, ce qui les a aidé à résister parce qu'on est face aussi à des femmes qui ont beaucoup subi et qui subissent parfois encore.

Je vais également questionner l'impact de l'excision sur la vie de petite fille, d'adolescente, de jeune femme et de femme mûre.

Je vais questionner les conséquences de l'excision, notamment sur l'identité de femme, sur l'estime de soi et sur la confiance en soi.

Et donc la question que je tente d'explorer est :

Et vous, en tant que femme excisée, comment vous vous sentez et comment la réparation pourrait modifier votre ressenti douloureux ?

Parce que le ressenti est douloureux et que le discours que j'entends principalement est :

- je ne suis pas normale,
- je ne suis pas une femme, je ne me sens pas femme comme les autres,
- j'ai honte,
- je suis handicapée, je suis infirme,
- Il me manque quelque chose,
- Je ne suis pas complète,
- Il me manque la féminité,

Cette chirurgie participe effectivement à la réparation. Elle aide les femmes à se sentir mieux dans leur identité de femme. Elle participe à une amélioration de la confiance en soi et l'estime de soi.

Dans les six mois après l'opération lorsque je revois ces femmes, elles me disent :

- J'ai retrouvé ma dignité,
- Je marche la tête haute,
- Je me sens comme une femme blanche,
- Je me sens libérée,...

Mais la chirurgie ne répare pas tout, elle ne répare pas les traumatismes.

L'excision ainsi que les autres événements de vie douloureux et traumatiques ont de graves conséquences psychologiques. Ces conséquences sont variables d'un individu à un autre et vont d'une souffrance psychologique à minima à de graves traumatismes psychiques.

L'impact de ces événements de vie douloureux ou traumatiques n'est pas nécessairement conscientisé.

Cette souffrance va se manifester principalement par des troubles de l'humeur (humeur labile, tristesse, dépression), des troubles anxieux (anxiété, phobies, toc), des troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'irritabilité, voire de l'agressivité, trouble de l'attention et de la concentration.

Certaines situations peuvent, également réveiller des vécus traumatiques plus ou moins endormi. Le trauma n'est pas toujours à l'avant plan.

Et la chirurgie, par exemple, pourrait réactiver, notamment, par le biais de la douleur de la plaie, du sang, par le fait d'être alité, de ressentir de la douleur lors de la miction, certains traumatismes. Il est donc essentiel d'être vigilant à ce qu'on appelle les facteurs psychosociaux ou yellow flag.

Le bilan psychologique va permettre de s'assurer que la patiente a conscientisé sa demande, qu'elle est claire et qu'elle est prête médicalement, physiquement psychologiquement et socialement pour la chirurgie.

Mon autre travail au sein de notre centre est donc aussi d'assurer une prise en charge du ou des événements traumatiques existant, notamment avant toute intervention, mais aussi après la chirurgie et en dehors de toute demande de chirurgie.

La prise en charge des traumatismes du passé se fait par l'écoute de la narration de l'histoire traumatique, par l'explication de ce que sont les traumatismes et leurs conséquences normales et par la désensibilisation des événements de vie douloureux et des traumatismes.

J'utilise des techniques de Traitement validées (EMDR et TCC) qui permettent de diminuer considérablement la réactivité émotionnelle générée par ces événements de vie douloureux et ces traumatismes.

Le travail va consister à désensibilisés et reprogrammés, les souvenirs douloureux qui pourront ainsi être enfin classés dans une mémoire adaptée, la mémoire autobiographique.

La pratique de l'EMDR dans la prise en charge des femmes victimes de MGF.

L'EMDR acronyme d'Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires), est une thérapie reconnue en 2013, par l'OMS pour son efficacité dans le traitement des ESPT.

Elle est également efficace pour le traitement de tout événement qui produit ou qui a produit une souffrance psychique durable (deuil, perte, phobie, maladie...).

La pratique de l'emdr trouve toute son indication auprès des femmes victimes de MGF et de toute autre violence qui consultent au centre CéMAViE.

La souffrance psychique qu'a engendré les situations de violences et de contraintes vécues par le passé, reste présente, tantôt endormie, tantôt stabilisée, tantôt à l'avant plan.

Certaines femmes sont quand à elle en permanence extrêmement envahie par un ESPT.

Ces traumatismes psychologiques engendrent des conséquences qui vont conditionner, notamment, les relations aux autres et déterminer les choix de vie à travers des peurs parfois extrêmes, des loyautés, un manque d'estime de soi, de confiance en soi,...

Lors d'un traumatisme unique ou répété, lors d'évènements de vie douloureux, le cerveau va stocker dans une mémoire traumatique tout ce que l'évènement englobe : des images, des sons, des odeurs, des phrases, des sensations corporelles,...

Parce qu'elle est susceptible d'être réactivée à tout moment, lors de l'exposition à des stimuli qui renvoient directement ou indirectement au(x) traumatisme(s), cette mémorisation « vive » va perturber l'équilibre psychique de nos patientes. Lors d'une réactivation inattendue, la patiente va être au prise avec une activation physiologique (tachycardie, sudation, oppression,...), de l'anxiété, de la tristesse, de la peur voir de la sidération,... comparable à une situation de stress intense sans la présence d'un réel danger.

Tout l'intérêt de l'emdr, est de mettre un terme à cette réactivation, en modifiant la perception douloureuse de l'évènement.

Par des mouvements oculaires alternatifs ou par des stimulations bilatérales auditives ou tapotements, l'évènement perturbant va, peu à peu, perdre de son intensité, être mis à distance et être classé dans la mémoire (du passé) autobiographique.

L'emdr à semble-t-il pour effet de synchroniser l'activité des deux hémisphères cérébraux (aires sensorielles - émotionnelles et cognitives) et de produire ainsi une désensibilisation de l'information traumatique et une remise en route du système naturel de guérison du cerveau.

Le cerveau a une capacité innée à traiter les expériences de vie et à trouver des solutions adaptatives. Cependant quand les évènements de vie sont trop douloureux, traumatiques ou qu'ils dépassent les capacités naturelles de gestion de l'organisme, ils sont stockés d'une façon dysfonctionnelle et vont générer une souffrance qui peut-être quasi permanente.

La pratique de l'emdr consiste en un travail « d'équipe » (thérapeute-patiente) qui doit se dérouler impérativement dans un cadre empathique, chaleureux, soutenant et contenant.

Le thérapeute va devoir, en effet, soutenir et contenir la narration de l'histoire douloureuse voir traumatique de la patiente. Ensemble, ils vont déterminer le moment pertinent (cible) à stimuler bilatéralement afin d'éliminer le traumatisme passé qui est resté bloqué dans le cerveau.

Dans la pratique, la patiente est invitée à relater le déroulement de l'évènement traumatique (excision, viol,...) afin de « sélectionner » le moment le plus pertinent ou le plus perturbant ou le moins tolérable (cible).

Pour Mme K. et Mme B. la cible correspond au moment ou « On me bande les yeux, quand je ressens la douleur ; Je vois cet homme vieux, dégueulasse tout nu,... ».

Ensuite, on fait une sorte d'« arrêt sur image » et autour de cette image, on explore la pensée négative qui lui est liée.

Pour Mme K la pensée négative énoncée est « je vais mourir »

On détermine aussi le degré de perturbation (0 à 10) que cette image entraîne, ainsi que les émotions « la peur, la tristesse, le sentiment d'abandon, la colère... » et les tensions corporelles qui lui sont associées.

MGF – PTSD - EMDR

Cette cible, avec ce qu'elle comporte de pensée négative, de degré de perturbation, d'émotions et de tensions corporelles, va être l'image de départ de la désensibilisation à proprement parlé.

Alors que les images, les pensées, les sentiments, les émotions et les tensions corporelles font surface, le thérapeute et la patiente travaillent ensemble en stimulant, bilatéralement par les mouvements des yeux ou par le tapping, l'expérience rappelée.

Apparaît alors, le déroulement de la scène traumatique, des pleurs, des crispations sur le visage, dans le corps, des émotions et des sentiments extrêmement douloureux.

Des phrases telles que « C'est bloqué là, j'arrive plus à pleurer, j'ai mal au cœur, ... » apparaissent chez Mme K et Mme B.

Les séries successives et assez brèves de stimulations sensorielles continuent jusqu'à ce que les émotions soient atténuées voire neutralisées et que l'évènement passé puisse être associé par la patiente à des pensées et des sentiments plus neutres voir positifs.

Mme K et Mme B prennent de la distance avec leur traumatisme respectif et énoncent des phrases telles que « Le viol est très loin, je pense davantage à moi ; je ne suis pas morte, j'ai survécu ; je commence à maîtriser mes émotions ; comment j'ai pu traverser tout ça ? Est-ce que c'est ça que je mérite,... »

La seconde phase du traitement, la reprogrammation, peut être réalisée lorsque l'évènement traumatique a perdu toute son intensité douloureuse. La cible de départ va alors être reprogrammée par des stimulations sensorielles avec une pensée neutre ou plus positive.

Des phrases telles que « On ne peut plus m'imposer ; c'est du passé, ... » qui apparaissent chez Mme K et Mme B vont être associées à leur cible de départ que sont l'excision et le viol.

Ainsi reprogrammé, l'évènement traumatique est enfin classé dans la mémoire autobiographique et n'entraînera plus de reviviscence intense et dramatique. Il ne restera de ce souvenir qu'une sorte de cicatrice.

Dans la clinique des femmes MGF ayant vécu toutes ses violences, la difficulté va être d'amener la patiente à accepter et à supporter la confrontation à l'évènement traumatique.

MGF – PTSD - EMDR

La thérapie faite d'associations libres, d'exposition, de dissociation qu'est l'emdr met souvent à rude épreuve patiente et thérapeute tant les images, les émotions et les tensions qui remontent à la surface sont d'une intensité aussi violente que lors du traumatisme.

Au fil des mouvements bilatéraux, au fil des séances, l'apaisement progressif du traumatisme apparaît comme un soulagement tant pour la patiente que pour le thérapeute.

Bien que l'emdr fasse partie des prises en charge thérapeutiques brèves, efficaces et durable, la prise en charge des femmes non seulement victimes de MGF mais aussi de violences intrafamiliales, de couple et de genre, nécessite un nombre plus important de séances.

Les mutilations génitales féminines et PTSD.

Les MGF sont des violences faites aux enfants de sexe féminin et aux femmes.

La violence c'est la menace ou l'utilisation de la force physique contre autrui. Elle a pour but de contraindre, d'avoir une emprise, une domination même si il n'y pas forcément l'intention de provoquer un préjudice précis. C'est une atteinte à l'intégrité psychique et physiques, à la dignité, au droit de vivre en sécurité et libre.

MGF – PTSD - EMDR

La violence entraîne ou risque d'entraîner, entre autre, un ou des traumatismes psychiques.

Parce qu'elles sont occasionnées par l'entourage, les violences interhumaines et intrafamiliales sont les plus grandes pourvoyeuses de psycho-traumatismes.

Sous couvert de raisons légitimées par la communauté, les MGF sont des violences interhumaines et intrafamiliales traumatiques (parce qu'elles sont perpétrées par l'entourage familiales avec l'accord des personnes sensées apporter l'amour, la sécurité et la bienveillance).

Ces violences vont entraîner, entre autre, un sentiment d'impuissance, de la peur, du chagrin, de la colère, de la honte, de la culpabilité.

L'excision est un évènement traumatogène particulièrement agressif qui implique une menace vitale. C'est une situation terrorisante par son anormalité, son caractère intentionnel, soudain, inhumain, humiliant, inexplicable,

inexpliqué et incompréhensible. Cette violence va déclencher une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur.

La peur intense, le sentiment d'horreur, de danger de mort et d'impuissance sont les ingrédients pour créer le traumatisme psychique.

Le traumatisme psychique est une réaction normale à une situation de stress extrême anormale.

L'état de stress extrême engendré par une violence extrême va faire courir à l'organisme un risque vital au niveau cardio-vasculaire et cérébral. Cet état de stress extrême par mesure de protection va déclencher une réaction de sauvegarde de l'organisme par effraction du psychisme (ou disjonction). Cette effraction va se manifester par le phénomène de dissociation et d'extinction de la réponse émotionnelle à la douleur morale et physique sous la forme d'anesthésie émotionnelle.

Dissociation psychique : est une rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion des fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception spatio-temporelle.

MGF – PTSD - EMDR

(Déconnexion de l'évènement, confusion, désorientation, amnésie, impression d'un écoulement du temps ralenti, état oniroïde, sentiment d'être un spectateur détaché de l'action,...)

Les symptômes principaux du psycho traumatisme :

- **Symptômes de reviviscence du souvenir traumatique**
 - Souvenirs spontanés ou déclenchés par un stimulus de l'évènement traumatique provoquant un sentiment de détresse.
 - Rêves relatifs à l'évènement trauma. provoquant un sentiment de détresse.
 - Sentiment intense et prolongé de détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique.
 - Réactivation marquée lors de l'exposition à des stimuli rappelant l'évènement traumatique.

- Symptômes d'évitement des stimuli qui rappelle le souvenir traumatique :
 - Évitement des pensées, des sentiments, des sensations physiques associées au trauma.
 - Évitement des activités, des lieux, des objets associés au trauma.
 - Évitement des personnes, des conversations ou situations associées au trauma.

 - Symptômes dissociatifs :
 - Impression ou agissement comme si l'évènement traumatique allait se reproduire, pouvant aller jusqu'à une impression d'être totalement replongé dans l'évènement traumatique avec une disparition momentanée de la conscience de l'environnement.
 - Amnésie dissociative : incapacité de se rappeler d'une partie importante du trauma ou perturbation de sa chronologie.
 - Déréalisation : perte de sentiment de réalité et de familiarité de l'environnement entraînant une impression d'étrangeté
 - Dépersonnalisation : sentiment de détachement ou impression d'être un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son corps.
- MGF – PTSD - EMDR**
- Symptômes dysphoriques :
 - Croyances négatives sur soi-même, les autres et le monde.
 - Reproches persistants.
 - États émotionnels négatifs comme la peur, l'horreur, la honte, la colère, la culpabilité.
 - Incapacité de ressentir des émotions positives.
 - Sentiment d'avenir bouché.
 - Réduction de l'intérêt pour des activités importantes.

 - Symptômes d'hyperactivation :
 - Irritabilité, colère, agressivité.
 - Conduites à risque ou comportements destructeurs.
 - Hypervigilence.
 - Réactions de sursauts exagérées.
 - Difficultés de concentration.
 - Difficultés d'endormissement.
 -

- **Des troubles co-morbides sont associés fréquemment aux troubles psychotraumatiques**

- Des troubles de l'humeur dépressifs (dans plus de 50% des cas) avec des risques suicidaires.
- Des troubles anxieux généralisés (crises d'angoisse, attaques de panique, phobies, rituels obsessionnels)
- Des troubles de la personnalité
- Des troubles des conduites alimentaires et de la sexualité
- Des conduites addictives et des conduites à risque
- Des troubles somatiques avec une asthénie et des douleurs chroniques,
- Des troubles cardio-vasculaires, gastro-entérologiques dermatologiques du diabète, de l'hypertension artérielle...

Parce que l'absence d'explication, l'absence de transmission d'information, le tabou, le secret, l'interdiction d'articuler le vécu et la douleur entoure les pratiques des MGF, cet événement traumatique, non pris en charge de manière précoce, va être à l'origine d'une mémoire traumatique.

MGF – PTSD - EMDR

Cette mémoire traumatique va potentiellement être réactivée à des moments d'exposition directe ou indirecte et lors d'évènements de vie : deuil, accouchement, mariage, relations intimes, la narration d'une histoire similaire, un son, une odeur, un visage,...

Le traumatisme psychique est grave et fréquent, bien souvent méconnu, sous-estimé et malheureusement sans prise en charge psychothérapeutique, il est durable et conduit à des vies fracassées.

Il entraîne des conséquences médicales (sous la forme de maladies ou douleurs chroniques), somatiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, de la concentration,...) et psychologiques sévères (troubles anxieux, dépressifs, addiction, conduites à risque, états dissociés, troubles de la personnalité type psychose,...).

Deux types de traumatisme :

- ✓ **Type I : événement unique.**

✓ **Type II : violences répétées.**

Les psycho-traumas de types II sont les plus fréquents

Malheureusement, aux MGF, s'ajoute d'autres traumatismes que sont, entre autre, les deuils dans l'enfance, la violence intrafamiliale, les mariages précoces et/ou forcés et la violence conjugale.

Les violences sont des « circonstances » anormales entraînant des conséquences psycho-traumatiques normales, fréquentes, graves, durable liées à la mise en place de mécanismes psychologique et neurobiologiques de sauvegarde.

On a malheureusement, une tradition clinique de soupçon et de sous-estimation de la souffrance avec :

- **Une banalisation des signes de la souffrance ;**
- **Une stigmatisation de troubles de la conduite et des troubles du comportement qui masque cette souffrance non reconnue ;**
- **Des symptômes psycho-traumatiques étiquetés de psychose ;**

MGF – PTSD - EMDR

L'anesthésie émotionnelle peut donner le sentiment d'inauthenticité de la victime. Elle est dans l'impossibilité d'être dans le ton juste, elle donne l'impression de pas être naturelle, de sur jouer, elle peut se montrer trop froid ou trop réactive.

Les conséquences du traumatisme psychique vont aussi porter sur les apprentissages et les capacités cognitives. La socialisation peut être très difficile et les risques de conduites asociales et de délinquance ne doivent pas être sous estimés.

Les risques d'être à nouveau victime de violence ou d'en être l'auteur sont majeurs.

Concrètement, les enfants de sexes féminins et les femmes ayant subi les MGF et autres violences garderont en mémoire :

- la brutalité de l'évènement,
- une perte de confiance dans l'entourage,
- une douleur atroce,

- le visage de l'exciseuse, de l'agresseur,
- les complications,
- la vue du sang,
- les cris des autres enfants,
- une appréhension de tout contact au niveau des parties génitales

Cette violence porte atteinte à travers la mutilation des parties génitales à l'identité féminine, à l'estime de soi et à la confiance en soi.

Les femmes mutilées tiennent un discours similaire.

Pour rappel, les femmes victimes de MGF évoquent pour une grande majorité, le sentiment d'être diminuées à travers des phrases telles que « Je suis comme handicapée, je suis infirme »

Elles évoquent le sentiment de honte, de ne pas se sentir femme et un malaise vis-à-vis des hommes d'une autre culture mais également vis-à-vis des autres femmes n'appartenant pas à leur tradition.