

## VGV – PTSD - EMDR

Sonia Zeghli  
Psychologe - psychotherapeute

Ik ben psychologe en psychotherapeute gespecialiseerd in cognitieve gedragstherapie (CGT) en EMDR.

Sinds twee jaar maak ik deel uit van het team CéMAVIE- (Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision).

Binnen dit centrum bestaat mijn taak uit :

- enerzijds, analyse van de vraag naar een clitorisreconstructie;
- anderzijds, psychotherapeutische opvolging van vrouwen met VGV of andere trauma's en met grote psychologische noden.

Ik werk dus met vrouwen die een reconstructie willen laten uitvoeren en/of die lijden als gevolg van gebeurtenissen in het verleden.

Voor vrouwen die een hersteloperatie vragen maak ik wat men een bilan of psychologische evaluatie zou kunnen noemen.

Tijdens het gesprek tracht ik de voorgeschiedenis van de patiëntes te achterhalen. Zij zullen hun leven vertellen, de belangrijke momenten van geboorte tot heden.

Dit verhaal, dat deze vrouwen mij toevertrouwen, gaat over hun afkomst, hun familie, hun positie binnen het gezin, hun broers en zussen, de context van de besnijdenis, de herinneringen die zij hieraan hebben, hun jeugd, hun adolescentie en hun volwassen leven, de redenen waarom ze hun land verlieten,...

Wat ik vooral naga zijn de pijnlijke of traumatische gebeurtenissen in hun leven. Daarmee bedoel ik rouw, ziekte, verwaarlozing, mishandeling, misbruik, vernedering, uitbuiting, gedwongen en/of vroegtijdig huwelijk, verkrachting,...

Ik onderzoek ook welke zaken hen hielpen om weerstand te bieden, want het gaat om vrouwen die veel meemaakten en soms nog steeds met veel moeilijkheden geconfronteerd worden.

Ik onderzoek de impact van de besnijdenis op hun leven als klein meisje, adolescente, jonge vrouw en volwassen vrouw.

Ik bekijk de gevolgen van de besnijdenis, meer bepaald voor de identiteit van de vrouw, voor haar eigenwaarde en zelfvertrouwen.

De voornaamste vraag is dus:

Hoe voel je je, als besneden vrouw, en op welke manier kan een hersteloperatie jouw pijnlijke gevoelens veranderen?

Want de gevoelens zijn pijnlijk en ik word dan geconfronteerd met volgende uitspraken:

- Ik ben niet normaal;
- Ik ben geen vrouw, ik voel me geen vrouw zoals andere vrouwen;
- Ik schaam mij;
- Ik ben gehandicapt ; minder-valide ;
- Er ontbreekt iets;
- Ik ben niet compleet;
- Mijn vrouwelijkheid is weg.

Deze ingreep draagt werkelijk bij aan het herstel. Het helpt vrouwen om zich beter te voelen als vrouw en helpt om de eigenwaarde en het zelfvertrouwen op te krikken. Als ik de vrouwen zes maanden na de operatie terugzie, vertellen ze me:

- Ik heb mijn waardigheid teruggevonden;
- Ik kan terug met opgeheven hoofd rondlopen;
- Ik voel me als een blanke vrouw;
- Ik voel me bevrijd,...

Een chirurgische ingreep herstelt echter niet alles, het herstelt geen trauma's.

Besnijden en andere pijnlijke en traumatiserende gebeurtenissen in het leven hebben ernstige psychologische gevolgen. Deze gevolgen zijn niet voor iedereen gelijk en variëren van minimaal psychisch lijden tot ernstige psychische letsels.

Men is zich niet steeds bewust van de impact van deze pijnlijke of traumatiserende levensgebeurtenissen.

Het lijden manifesteert zich vooral in stemmings- (labiel humeur, droefheid, depressie), angst- (angst, fobieën, OCD), slaap-, voedingsstoornissen, prikkelbaarheid en zelfs agressie, aandachts- en concentratiestoornissen.

Sommige situaties kunnen ook min of meer vergeten gewaande trauma's heroproepen. Een trauma staat niet altijd op het voorplan.

Chirurgie kan bijvoorbeeld het trauma heroproepen door de pijn van de wonde, het bloed, door het bedlegerig zijn en de pijn bij het plassen. Het is daarom van essentieel belang de psychosociale factoren of de "yellow flag" te onderkennen.

De psychologische evaluatie zal ertoe bijdragen dat de patiënte zich meer bewust is van haar aanvraag en zich medisch, fysiek, psychisch en sociaal klaar voelt voor de operatie.

Mijn andere taak binnen het centrum is het begeleiden van een of meerdere bestaande traumatische ervaringen, niet alleen voor de ingreep maar ook erna en onafhankelijk van de aanvraag tot ingreep zelf.

Het opvolgen van een trauma uit het verleden gebeurt door te luisteren naar het verhaal over de traumatische gebeurtenis, door uitleg te geven over trauma's en hun normale gevolgen en de desensibilisatie (ongevoelig maken) aan pijnlijke levensgebeurtenissen en trauma's.

Ik gebruik gevalideerde behandelingstechnieken (EMDR en CGT) die toelaten de emotionele reactiviteit, opgewekt door deze pijnlijke levensgebeurtenissen en trauma's, aanzienlijk te verminderen.

Mijn werk bestaat erin om de patiënte minder gevoelig te maken voor deze pijnlijke herinneringen en haar als het ware te herprogrammeren zodat deze zaken eindelijk kunnen geklasseerd worden in het autobiografisch geheugen, die hiervoor aangepast is.

### **EMDR bij het ondersteunen van vrouwen die het slachtoffer werden van VGV**

EMDR staat voor Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (*het verwerken en afleren van ongewenste reacties en verbanden door middel van oogbewegingen*). Deze therapie werd in 2013 erkend door de WGO omwille van de efficiënte werking bij de behandeling van PTSS.

Het is ook effectief bij de behandeling van een gebeurtenis die, al dan niet, psychische pijn of lijden veroorzaakt of veroorzaakte (rouw, verlies, fobie, ziekte ...).

EMDR-therapie wordt toegepast bij vrouwen die slachtoffer werden van VGV en ander geweld en komen aankloppen bij CéMAViE.

Het geestelijk lijden, veroorzaakt door situaties van geweld en beperking uit het verleden, is nog steeds aanwezig, soms sluimerend, soms stabiel, soms op de voorgrond.

Sommige vrouwen zijn als het ware constant overmand door PTSS.

Deze psychologische trauma's genereren gevolgen die de relaties met anderen en de levenskeuzes bepalen via extreme angsten, loyaliteit, gebrek aan eigenwaarde en zelfvertrouwen, ...

Tijdens een eenmalig of herhaald trauma, op het moment van de pijnlijke levensgebeurtenis, zullen de hersenen de volledige herinnering opslaan in het traumatisch geheugen. Dit omvat zowel beelden, geluiden, geuren, uitdrukkingen, lichamelijke gewaarwordingen,...

Omdat dit "levende" geheugen op elk moment gereactiveerd kan worden, na blootstelling aan stimuli die direct of indirect betrekking hebben op het (de) trauma(s), wordt het mentale evenwicht van onze patiënten soms danig verstoord.

Bij een onverwachte reactivering, wordt de patiënte geconfronteerd met een fysiologische activering (hartkloppingen, zweten, gevoel van beklemming ...), angst, verdriet, verbijstering, vergelijkbaar met een situatie van intense spanning zonder dat er sprake is van een reëel gevaar.

EMDR kan deze reactivering stoppen door de pijnlijke perceptie, verbonden met het evenement, te veranderen.

Door afwisselende oogbewegingen, bilaterale auditieve stimuli of zachtjes tikken, zal de pijnlijke gebeurtenis geleidelijk zijn intensiteit verliezen, op de achtergrond geplaatst worden en opgeborgen worden in het autobiografisch geheugen (van het verleden).

Het lijkt erop dat EMDR effectief de activiteit van de twee hersenhelften (zintuiglijke, emotionele en cognitieve gebieden) synchroniseert en daardoor desensibilisatie teweegbrengt van traumatische informatie waardoor de hersenen het natuurlijke genezingsproces opnieuw opstarten.

Het brein heeft het vermogen levenservaringen te verwerken en aangepaste oplossingen te vinden. Als deze gebeurtenissen echter te pijnlijk of te traumatisch zijn en/of de natuurlijke draagkracht van het organisme overstijgen, worden ze opgeslagen op een disfunctionele manier en brengen ze een nagenoeg permanent lijden teweeg.

EMDR impliceert samenwerking (tussen therapeut(e) en patiënt(e)) en moet plaatsvinden in een empathische, warme, ondersteunende en beheerste omgeving.

De therapeut(e) moet, in feite, het verhaal van de pijnlijke gebeurtenis (trauma van de patiënte) ondersteunen en bevatten. Samen beslissen ze op welk moment

(doelstelling) ze bilateraal stimuleren om het trauma uit het verleden, dat vastzit in de hersenen, te elimineren.

In de praktijk wordt de patiënte uitgenodigd om het verloop van de traumatische gebeurtenis (besnijdenis, verkrachting, ....) te vertellen om aldus het sterkste, het meest versturende of het minst draaglijke moment te “selecteren” (doelwit).

Voor Mevr. K en Mevr. B. is dir doelwit het moment waarop “men mij blinddoekt, wanneer ik de pijn voel; Ik zie die vuile oude man, naakt,....”.

Vervolgens “stopt men dit beeld” en alles hierrond en exploreert men de negatieve gedachten die ermee samenhangen.

Voor Mevr. K. is dit de negatieve gedachte: “Ik ga sterven”.

Men bepaalt eveneens de graad van ontreddeing (0 tot 10) die dit beeld met zich meebrengt, en de hiermee verbonden emoties “angst, verdriet, gevoel verlaten te zijn, woede...” en lichamelijke spanningen.

Dit doelwit en de negatieve gedachte, de mate van ontreddeing, de emoties en lichamelijke spanningen, zullen het beginbeeld vormen van de eigenlijke desensibilisatie.

Terwijl de beelden, gedachten, gevoelens, emoties en lichamelijke spanningen naar boven komen, werken de therapeute en de patiënte samen aan het bilateraal stimuleren van de ervaren herinnering, door oogbewegingen of tikken.

Op een bepaald moment zal de traumatische scène zich afspelen met gehuil, verkramping van het lichaam, het gezicht, extreem pijnlijke emoties en gevoelens.

Mevr. K en Mevr. B. zeiden, bijvoorbeeld: “Het zit geblokkeerd, ik kan niet meer huilen, mijn hart doet pijn,...”.

De opeenvolgende en relatief korte reeks van zintuiglijke prikkels duurt tot het moment dat de emoties verzacht of geneutraliseerd worden en de gebeurtenis uit het verleden door de patiënte kunnen worden geassocieerd met meer neutrale en zelfs positieve gedachten.

Mevr. K en Mevr. B nemen afstand van hun respectievelijk trauma en zeggen, bijvoorbeeld: “De verkrachting is lang geleden, ik denk nu meer aan mezelf; ik ben niet dood, ik heb het overleefd; ik begin mijn emoties te beheersen; hoe heb ik dit allemaal kunnen doorstaan? Verdien ik niet beter dan dat?”

Het herprogrammeren, de tweede fase van de behandeling, kan beginnen wanneer de traumatische gebeurtenis haar pijnlijke intensiteit heeft verloren. De aanvankelijke doelstelling zal dan opnieuw geprogrammeerd worden door zintuiglijke prikkels met een neutrale of positieve gedachte.

Uitspraken van Mevr. K en Mevr. B., zoals “Men kan me niets meer opdringen; dat is verleden tijd,...” worden gelinkt aan het doelwit, nl. besnijdenis en verkrachting.

Wanneer de traumatische gebeurtenis op deze manier opnieuw geprogrammeerd is, kan ze eindelijk worden opgeslagen in het autobiografisch geheugen. De herinnering blijft dan als een soort litteken, maar veroorzaakt niet langer intense en dramatische ervaringen.

In het centrum bestaat de moeilijkheid erin de patiëntes, die het slachtoffer werden van verschillende vormen van geweld, aan te zetten om de confrontatie met de traumatische gebeurtenissen aan te gaan.

De EMDR-therapie bestaat uit vrije associaties, blootstelling en dissociatie. Het is meestal een zware test voor patiënte en therapeute, want het brengt beelden, emoties en spanningen aan de oppervlakte die vaak dezelfde gewelddadige intensiteit hebben als tijdens het ontstaan van het trauma.

In de loop van de bilaterale bewegingen tijdens de sessies, wordt het trauma geleidelijk afgezwakt en ontstaat opluchting, zowel voor de patiënt als voor de therapeute.

Hoewel EMDR een korte, effectieve en duurzame therapie vormt, hebben vrouwen die VGV ondergingen of slachtoffer werden van familiaal, huiselijk en gendergerelateerd geweld, nood aan een groter aantal sessies

## **Vrouwelijke genitale verminking en PTSS**

**VGV** is een vorm van geweld tegen meisjes en vrouwen.

**Geweld** is een bedreiging of het gebruik van fysieke kracht tegen anderen. Het doel is te beperken, zijn wil op te dringen, te domineren, zelfs wanneer men niet direct de bedoeling heeft om specifieke schade toe te brengen. Het is een inbreuk op de psychische en fysieke integriteit, de waardigheid, het recht op leven, vrijheid en veiligheid.

Geweld leidt of kan o.a. leiden tot een of meerdere psychische trauma's.

Intermenselijk en familiaal geweld vormen de grootste oorzaak van psycho-trauma, aangezien het wordt uitgevoerd door de omgeving.

VGV zijn intermenselijke en familiale traumatische gewelddaden (omdat ze gepleegd worden binnen de familie door mensen die geacht worden een liefdevol, veilig en welwillend kader te bieden).

Dit soort geweld brengt o.a. een gevoel van onmacht, angst, verdriet, woede, schaamte en schuld met zich mee.

Besnijdenis is een bijzonder agressieve, traumatische en zelfs levensbedreigende gebeurtenis. Het is een situatie van terreur door zijn abnormaliteit, plotse, intentionele, onmenselijke, vernederende, niet uit te leggen en onbegrijpelijk karakter. Dit soort geweld ontketent een intense angst, een gevoel van onmacht en afschuw.

De intense angst, het gevoel van afschuw, van doodsgevaar en onmacht zijn de ingrediënten voor het ontstaan van een psychisch trauma.

**Psychisch trauma** is een normale reactie op een situatie van extreme en abnormale stress.

Deze toestand van extreme stress ontketent een beschermingsreactie van het lichaam door het tijdelijk uitschakelen (dissociatie) van het brein. Deze onderbreking komt tot uiting in het fenomeen van dissociatie en extinctie van de emotionele reactie op de pijn en het lijden onder de vorm van emotionele verdoving.

**Psychische dissociatie** is een verbreking van de psychische eenheid. Het is, met andere woorden, de splitsing van functies die normalerwijze geïntegreerd zijn,

zoals het bewustzijn, het geheugen, de identiteit of de ruimtelijke en temporele perceptie.

(Uitschakelen van het evenement, verwarring, desoriëntatie, geheugenverlies, de indruk hebben dat de tijd trager voorbij gaat, hallucinaties, de indruk hebben dat men toeschouwer is die los staat van het gebeuren, ...).

### **De voornaamste symptomen van een psychotrauma :**

- Symptomen van herbeleven van een traumatische herinnering
  - Spontane herinneringen of herinneringen opgewekt door een prikkel i.v.m. de traumatische gebeurtenis en die een gevoel van ontreddeuring veroorzaken.
  - Dromen, over de traumatische gebeurtenis, die een gevoel van ontreddeuring veroorzaken.
  - Intens en langdurig gevoel van psychologische wanhoop bij blootstelling aan prikkels die lijken op een aspect van de traumatische gebeurtenis.
  - Duidelijke reactivering na blootstelling aan prikkels die herinneringen aan de traumatische gebeurtenis oproepen.
  
- Symptomen van het vermijden van prikkels die een traumatische herinnering oproepen:
  - Vermijden van gedachten, gevoelens, fysische gewaarwordingen gerelateerd aan het trauma.
  - Vermijden van activiteiten, plaatsen, voorwerpen gebonden aan het trauma.
  - Vermijden van personen, conversaties of situaties gebonden aan het trauma.
  
- Symptomen van dissociatie:
  - Indruk geven dat of handelen alsof het traumatisch gebeuren zich gaat herhalen. Het kan zelfs lijken alsof men, zelfs tijdelijk, het bewustzijn van de omgeving verliest.
  - Dissociatieve amnesie: onvermogen om een belangrijk deel van het trauma op te roepen of verstoring van de chronologie.
  - Derealisatie: verlies van realiteitszin en vertrouwdheid met de omgeving, wat leidt tot een gevoel van vervreemding.



- Depersonalisatie: gevoel van onthechting of de indruk hebben dat men een buitenstaander is in haar eigen mentaal functioneren of in haar lichaam.
- Symptomen dysforie:
  - Negatieve gedachten over zichzelf, de anderen en de wereld.
  - Aanhoudende verwijten.
  - Negatieve emoties zoals angst, afschuw, schaamte, woede, schuld.
  - Onvermogen om positieve emoties te voelen.
  - Gevoel dat de toekomst is vaststaat.
  - Minder interesse in belangrijke activiteiten.
- Symptomen van hyperactivatie:
  - Prikkelbaarheid, woede, agressie.
  - Risico- of destructief gedrag.
  - Hyperwaakzaamheid.
  - Overdreven uitbarstingen.
  - Concentratieproblemen.
  - (In-)slaapproblemen.
- **Co-morbide aandoeningen worden vaak geassocieerd met psychotraumatische stoornissen**
  - Depressieve stemmingsstoornissen (in 50% van de gevallen) met zelfmoordneigingen.
  - Gegeneraliseerde angststoornissen (angst- en paniekaanvallen, fobieën, obsessionele rituelen)
  - Persoonlijkheidsstoornissen
  - Eet- en seksuele stoornissen
  - Verslaving en risicogedrag
  - Somatische aandoeningen met vermoeidheid en chronische pijn
  - Cardio-vasculaire, gastro-enterologische en dermatologische stoornissen, diabetes, arteriële hypertensie ...

Omwille van het gebrek aan uitleg en informatie, het taboe, het geheim, het verbod om over de ervaring te spreken en de pijn die gepaard gaat met VGV, zal deze traumatische ervaring, indien ze niet tijdig opgevolgd wordt, een traumatische herinnering in het leven roepen.

Deze zal mogelijks gereactiveerd worden indien de patiënte direct of indirect wordt blootgesteld aan bepaalde levenservaringen, zoals rouw, bevalling, huwelijk, intieme relaties, bij het horen van een gelijkaardig verhaal, een geluid, een geur, een gezicht,....

**Het psychisch trauma is ernstig en frequent en wordt dikwijls ontkend en onderschat. Zonder psychotherapeutische opvolging is dit van lange duur en leidt dit naar een gebroken leven.**

**Er zijn ook ernstige medische gevolgen (onder de vorm van chronische ziekten en pijnen), somatische gevolgen (slaap-, eet-, concentratiestoornissen,...) en psychologische gevolgen (angststoornissen, depressie, verslaving, risicogedrag, dissociatie, personaliteitsstoornis (type psychose),...).**

**Twee soorten trauma:**

- ✓ **Type I: eenmalige gebeurtenis.**
- ✓ **Type II: herhaald geweld.**

**De psycho-traumata van type II zijn frequenter. Spijtig genoeg gaat VGV dikwijls gepaard met andere trauma's zoals bijv. rouw als kind, familiaal geweld, vroegtijdig en/of gedwongen huwelijk en huiselijk geweld.**

**Geweld is een abnormale “omstandigheid” die leidt tot normale, frequente, ernstige, blijvende psycho-traumata gekoppeld aan de ontwikkeling van psychologische en neurobiologische beschermingsmechanismen.**

**We hebben spijtig genoeg een klinische traditie van twijfel of onderschatting van lijden waarbij :**

- **De tekenen van lijden gebanaliseerd worden;**
- **Stigmatisering van de gedragsstoornis en –problemen die dit niet erkende lijden verdoezelen;**
- **Psycho-traumatische symptomen worden afgedaan als psychose;**

Emotionele verdoving kan het gevoel geven dat het slachtoffer onoprecht is. Ze is niet in staat om de juiste toon aan te slaan, geeft de indruk onecht te zijn, overdreven te acteren, ze kan koud of te reactief overkomen.

De gevolgen van een psychisch trauma hebben ook een invloed op het leerproces en op de cognitieve capaciteiten. Het slachtoffer kan moeite hebben

met sociale contacten en het risico op asociaal gedrag en delinquentie mogen niet onderschat worden.

**Het risico om opnieuw slachtoffer of zelfs dader van geweld te worden, is groot.**

Concreet: meisjes en vrouwen die VGV en andere geweldpleging ondergingen, herinneren zich:

- de brutaliteit van de gebeurtenis;
- het verlies van vertrouwen in hun omgeving;
- extreme pijn;
- het gezicht van de besnijdster, de dader;
- de gevolgen;
- het zien van bloed;
- de kreten van de andere kinderen;
- vrees van elk contact met de genitaliën.

Dergelijk geweld en verminking van de geslachtsdelen ondermijnt de vrouwelijke identiteit, het gevoel van eigenwaarde en het zelfvertrouwen.

Vrouwen die verminkt werden, hebben vaak een gelijkaardig discours.

Ter herinnering: de meerderheid van de VGV-slachtoffers hebben het gevoel minderwaardig te zijn en zeggen: "Ik ben als een gehandicapte, ik ben invalide".

Zij spreken over een gevoel van schaamte, het zich niet vrouw voelen. Ze geven aan zich ongemakkelijk te voelen tegenover mannen van een andere cultuur, maar ook tegenover vrouwen die deze traditie niet kennen.