

Article

Symptomatologie post-traumatique et déterminants psychosociaux chez des militaires blessés de guerre hospitalisés à Oicha (RDC) : étude clinique exploratoire de cas multiples

Kambale Siwako Gerlance^{1,*}, Kasereka Munyama Castro², Masika Musayi Michée³

¹ ISP-Oicha, Département d'Orientation Scolaire et Professionnelle, Oicha, RDC

² ISP-Beni, Département d'Orientation Scolaire et Professionnelle, Beni, RDC

³ Centre d'écoute et d'orientation scolaire et professionnelle, ISP-Oicha, Oicha, RDC

*Correspondant : gerlancesiwako@gmail.com

Abstract: Cette étude clinique exploratoire décrit la symptomatologie psychologique de 10 militaires blessés de guerre, sélectionnés parmi 54 blessés hospitalisés à l'UMIR de Mukakira/Oicha. Les données combinent entretiens répétés, dossiers cliniques et un questionnaire désigné comme « Cornell Index ». Les récits convergent vers reviviscences, cauchemars, hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, difficultés de concentration et altérations de l'humeur. Le score descriptif moyen était de $63,2 \pm 7,2$, sans valeur diagnostique de TSPT, le Cornell Medical Index historique n'étant pas spécifique à ce trouble. Les résultats soutiennent un dépistage standardisé et un accompagnement psychologique intégré aux soins médico-militaires.

Mot clés: militaires ; blessure de guerre ; santé mentale ; traumatisme psychique ; TSPT ; Nord-Kivu ; République démocratique du Congo.

Citation : Kambale Siwako, G., Kasereka Munyama, C., & Masika Musayi, M. Symptomatologie post-traumatique et déterminants psychosociaux chez des militaires blessés de guerre hospitalisés à Oicha (RDC) : étude clinique exploratoire de cas multiples. *Etincelle*. 2026, vol. 26, no. 2. <https://doi.org/10.61532/rime262156>

Reçu: 05 Juin 2026

Accepté: 21 Août 2026

Publié: 12 Septembre 2026

Note de l'éditeur: Ishango-uac reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes géographiques publiées et les affiliations institutionnelles des auteurs.



Copyright: © 2026 par les auteurs. Soumis pour une publication en libre accès selon les termes et conditions de la licence Creative Commons Attribution (CC BY).

1. Introduction

Les conflits armés sont associés à une charge élevée de troubles mentaux et de détresse psychologique. Une méta-analyse ayant servi à actualiser les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé conclut que les besoins en santé mentale sont particulièrement importants dans les populations affectées par les conflits (Charlson et al., 2019). Les estimations varient selon l'intensité de l'exposition traumatique, les méthodes d'échantillonnage et les instruments diagnostiques, ce qui impose une lecture prudente des proportions observées (Steel et al., 2009).

Cette problématique est particulièrement pertinente dans l'est de la RDC, où l'exposition répétée à la violence et à l'insécurité est documentée depuis plusieurs années. Dans un échantillon populationnel de 1 000 adultes de l'est du pays, Dumke et al. (2021) ont observé des niveaux élevés de TSPT, de dépression, d'anxiété et de suicidabilité, avec une vulnérabilité croissante selon les profils d'exposition traumatique. Au Nord-Kivu, des données récentes montrent également une charge importante de TSPT probable, de dépression et d'anxiété chez des personnes déplacées vivant dans un contexte d'insécurité persistante (Kaboyi et al., 2026). Une vaste étude communautaire publiée en 2026 met en évidence une relation dose-réponse entre accumulation des traumatismes et détresse mentale dans l'est de la RDC (Duagani et al., 2026).

Le contexte social et sécuritaire du Nord-Kivu est durablement affecté par le conflit. À Butembo, Mpia et Kasambya (2026) ont montré, sur 5 518 répondants, que les

perceptions de l'insécurité et les facteurs contextuels contribuent fortement aux attitudes envers la MONUSCO. Cette référence n'est pas utilisée comme preuve clinique, mais comme contextualisation empirique d'un environnement local où l'exposition à l'insécurité structure les perceptions et les comportements sociaux.

Chez les militaires, l'exposition au combat s'ajoute aux conséquences fonctionnelles des blessures physiques. Une revue systématique montre que le TSPT, la dépression, l'anxiété et la détresse psychologique sont fréquemment rapportés chez les militaires et anciens militaires présentant un handicap physique (Stevellink et al., 2015). Les synthèses disponibles confirment une forte hétérogénéité des estimations de TSPT dans les populations militaires (Fulton et al., 2015), tandis que le TSPT complexe constitue une préoccupation émergente chez les militaires et vétérans exposés à des traumatismes répétés (Grinsill et al., 2024).

Malgré cette littérature, les données portant spécifiquement sur les militaires congolais blessés et hospitalisés dans des zones de conflit actif restent rares. Le présent travail vise à décrire, sans prétention de prévalence ni de diagnostic populationnel, la symptomatologie psychologique observée chez des militaires blessés de guerre pris en charge à l'UMIR de Mukakira/Oicha. Il explore également les significations attribuées à l'engagement militaire. Deux questions structurent l'analyse : (1) quelles manifestations psychologiques dominent après les expériences de guerre et les blessures ? (2) quels motifs les participants associent-ils à leur engagement dans la carrière militaire ?

2. Cadre conceptuel

L'étude est replacée dans un modèle de traumatisme cumulatif. Dans les contextes de guerre, la détresse ne résulte pas nécessairement d'un événement isolé : elle peut être liée à la répétition des combats, à l'exposition à la mort de collègues, aux blessures personnelles, aux pertes, à l'insécurité persistante et aux difficultés de réadaptation. Les travaux menés en RDC montrent que la quantité et la nature des événements traumatiques sont liées à la sévérité des conséquences psychologiques (Dumke et al., 2021 ; Hermenau et al., 2013 ; Duagani et al., 2026).

La posture d'entretien décrite dans le manuscrit source s'inspire de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, utile pour favoriser une expression non directive et une relation clinique empathique. Cette posture relationnelle ne constitue toutefois pas, à elle seule, un modèle explicatif du TSPT. L'interprétation psychopathologique doit être distinguée de la qualité de la relation d'entretien et, lorsqu'un diagnostic est envisagé, s'appuyer sur des critères et outils validés.

3. Méthodologie

3.1. Dessin de l'étude et site

Il s'agit d'une étude clinique exploratoire de cas multiples, à composante qualitative dominante avec quantification descriptive. L'étude a été menée auprès de militaires blessés de guerre hospitalisés à l'Unité Militaire Internationale Rapide (UMIR), au camp de Mukakira à Oicha, territoire de Beni, province du Nord-Kivu, RDC. La population accessible rapportée dans le manuscrit source était de 54 militaires blessés hospitalisés. La période exacte de collecte n'étant pas documentée dans le manuscrit initial, aucune date n'a été reconstruite artificiellement dans la présente version.

3.2. Participants et stratégie d'échantillonnage

Dix participants ont été sélectionnés intentionnellement. Les critères d'inclusion rapportés étaient : être militaire congolais, avoir été blessé au cours d'opérations de guerre, être hospitalisé à l'UMIR/Mukakira et accepter de partager son expérience. Ce mode d'échantillonnage est adapté à une exploration clinique approfondie, mais il ne

permet pas d'estimer une prévalence ni de généraliser les résultats à l'ensemble des Forces armées de la RDC.

3.3. Sources de données et instruments

Trois sources ont été triangulées : (1) des entretiens psychologiques répétés, décrits comme non directs ; (2) les éléments disponibles dans les dossiers d'hospitalisation ; et (3) un questionnaire dénommé « Cornell Index » dans le manuscrit source. Le texte initial indique en moyenne quatre séances d'entretien par participant.

Le Cornell Medical Index-Health Questionnaire (CMI), dans sa forme historique, a été développé comme questionnaire général de symptômes médicaux et psychiatriques, et non comme instrument diagnostique spécifique du TSPT (Brodman et al., 1949, 1951). Chez d'anciens prisonniers de guerre, les travaux de Gold et al. (2000) montrent que des indices généraux de détresse ne remplacent pas une mesure directement alignée sur la construction clinique du TSPT. En conséquence, les scores disponibles sont traités ici comme des indicateurs descriptifs internes à l'échantillon et ne servent pas à « confirmer » un diagnostic.

Pour des recherches ultérieures, l'utilisation d'instruments spécifiquement validés pour le traumatisme est recommandée, notamment le PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Blevins et al., 2015) ou l'International Trauma Questionnaire (ITQ) pour le TSPT et le TSPT complexe selon la CIM-11 (Cloitre et al., 2018). En contexte congolais, une adaptation linguistique et culturelle formalisée est indispensable ; des travaux auprès de populations congolaises soulignent l'intérêt d'une traduction contextualisée, d'entretiens cognitifs et d'une validation locale des instruments (Kasujja et al., 2022).

3.4. Analyse des données

Les entretiens ont été réorganisés selon une logique d'analyse thématique, en recherchant les récurrences relatives aux reviviscences, cauchemars, hypervigilance, irritabilité, sommeil, humeur, concentration, retrait social, agressivité, culpabilité et rapport à la carrière militaire (Braun & Clarke, 2006). Les données quantitatives ont été limitées à des statistiques descriptives (moyenne, écart-type, médiane, étendue et pourcentages de codage). Les tests du χ^2 de la version source n'ont pas été conservés : avec $n = 10$, un échantillonnage intentionnel et des catégories non mutuellement exclusives, leurs conditions d'interprétation n'étaient pas suffisamment établies.

Pour résoudre les divergences de transcription internes, le tableau synoptique du manuscrit source a été défini comme registre quantitatif de référence, car il réunit les 10 participants dans une même structure de mesure. Les valeurs narratives divergentes ont donc été harmonisées sur ce tableau : MST = 53, AST = 72 et KATS = 71. Cette règle est appliquée de manière uniforme à toutes les statistiques présentées dans l'article.

3.5. Considérations éthiques

Le manuscrit source indique que les participants ont accepté de partager leur expérience et que des codes ont été utilisés pour protéger leur identité. Les résultats sont présentés sous forme agrégée ou pseudonymisée et les détails opérationnels non nécessaires à l'analyse clinique ne sont pas reproduits. Aucun numéro d'approbation d'un comité d'éthique institutionnel n'est documenté dans le manuscrit source ; la présente version conserve explicitement cette limite de reporting plutôt que d'attribuer une approbation non démontrée.

4. Résultats

4.1. Profil descriptif des participants

Les 10 participants étaient des hommes âgés de 28 à 38 ans (moyenne = 31,5 ans ; ET = 3,5). Tous avaient été exposés à des opérations de combat et étaient hospitalisés à

la suite d'une blessure de guerre. Les scores du questionnaire rapporté comme Cornell Index s'étendaient de 53 à 72, avec une moyenne de 63,2 (ET = 7,2 ; médiane = 63,5). Ces valeurs sont présentées uniquement comme mesures descriptives internes à l'étude.

Tableau 1. Synthèse descriptive des 10 cas

Code	Âge	Score*	Manifestations dominantes rapportées
IB	29	69	Reviviscences, colère/irritabilité, insomnie, hypervigilance, retrait relationnel.
KP	28	60	Cauchemars, anxiété/peur, humeur dépressive, difficultés de concentration, hypervigilance.
MST	32	53	Rêves traumatiques, reviviscences, anxiété, insomnie, difficultés de concentration, désespoir professionnel.
AST	30	72	Labilité de l'humeur, anxiété, symptômes dépressifs, hypervigilance, agressivité ; tendance suicidaire rapportée.
MND	28	53	Isolement, culpabilité, cauchemars, irritabilité, hypervigilance, agressivité.
MJ	38	69	Sursauts, reviviscences, insomnie, hypervigilance et détresse après amputation.
KK	29	66	Cauchemars, isolement, signes dépressifs, stigmatisation liée au handicap, hypervigilance.
MB	32	58	Sursauts, anxiété, insomnie, hypervigilance, flash-backs et détresse liée à la blessure.
NPT	32	61	Rêves de guerre, irritabilité, difficultés relationnelles, hypervigilance et flash-backs.
KATS	37	71	Colère/agitation, anxiété, insomnie, hypervigilance, agressivité et cauchemars.

* Score harmonisé à partir du tableau synoptique du manuscrit source ; il n'est pas interprété comme un score diagnostique de TSPT.

4.2. Manifestations psychologiques récurrentes

La convergence des entretiens fait apparaître un noyau de manifestations liées au traumatisme : reviviscences et flash-backs, cauchemars, hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, difficultés de concentration, changements de l'humeur et retrait social. Plusieurs récits comportent aussi des manifestations d'agressivité, de culpabilité, de désespoir ou d'aversion envers la carrière. Chez au moins un participant, le manuscrit source mentionne une tendance suicidaire, ce qui renforce la nécessité d'une évaluation clinique structurée du risque suicidaire dans ce type de population.

Le graphique source répartit les occurrences codées entre six catégories. Ces pourcentages décrivent la distribution des occurrences dans le codage et non la proportion de participants présentant chaque symptôme ; plusieurs catégories peuvent coexister chez une même personne.

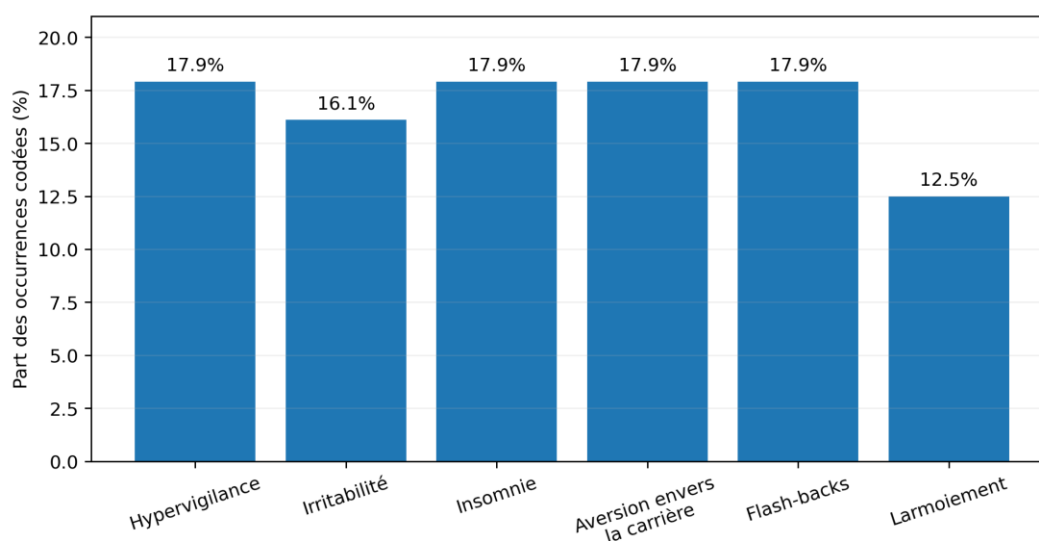


Figure 1. Distribution descriptive des occurrences symptomatiques codées dans le manuscrit source

4.3. Motifs rapportés d'engagement dans la carrière militaire

Deux thèmes non exclusifs ressortent du codage : un sentiment de patriotisme et la recherche d'un refuge face à des difficultés sociales ou judiciaires antérieures. Le graphique source attribue 90 % au thème du patriotisme et 100 % au thème du refuge ; cette lecture remplace l'affirmation contradictoire de 100 % de patriotisme répétée dans certaines parties du texte initial. Ces valeurs décrivent les 10 cas et ne constituent ni des déterminants causaux du recrutement ni des estimations généralisables à l'armée congolaise.

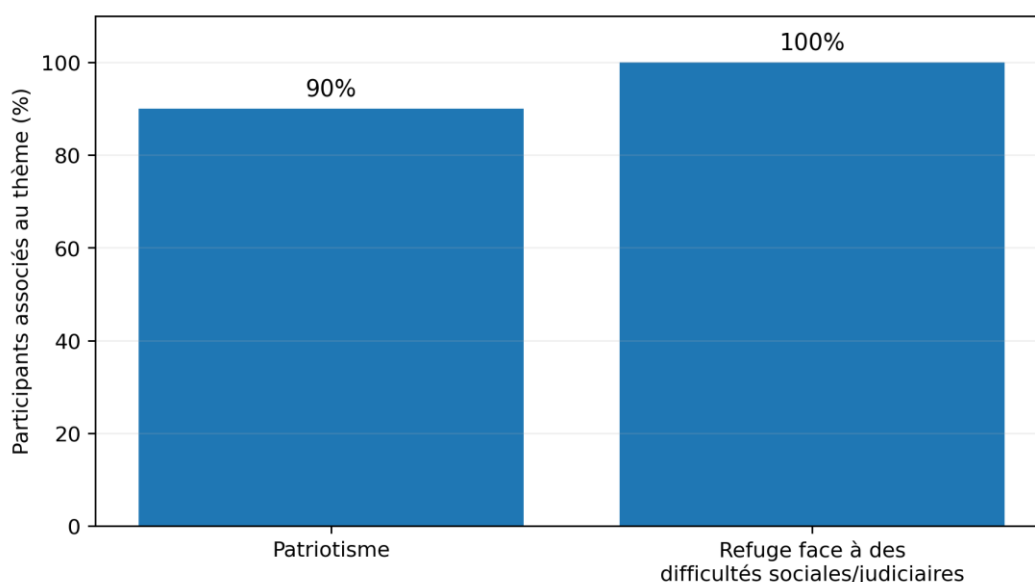


Figure 2. Thèmes de motivation au recrutement selon le codage du manuscrit source

4.4. Harmonisation et cohérence des résultats

L'harmonisation des scores sur le tableau synoptique supprime les contradictions entre la synthèse quantitative et trois récits individuels. Les analyses descriptives de cette version utilisent ainsi exclusivement les valeurs 53 pour MST, 72 pour AST et 71 pour KATS, avec une moyenne globale de 63,2. Les interprétations cliniques restent fondées sur les contenus des entretiens et non sur un seuil diagnostique du CMI.

5. Discussion

5.1. Une charge symptomatique cohérente avec l'exposition cumulative au combat

Le principal résultat est la convergence de nombreux signes de détresse liée au traumatisme dans les 10 récits cliniques. Les intrusions, cauchemars, hypervigilance, troubles du sommeil et irritabilité sont compatibles avec des dimensions classiquement rencontrées après des événements traumatiques, mais la présente étude ne permet pas de poser un diagnostic formel de TSPT. Cette distinction est importante : une symptomatologie compatible n'équivaut pas à une prévalence diagnostique.

Cette charge symptomatique est cohérente avec la littérature en contexte de conflit. Dans l'est de la RDC, l'exposition répétée à la violence est associée à des niveaux élevés de TSPT, de dépression et d'anxiété (Dumke et al., 2021 ; Duagani et al., 2026). Au Nord-Kivu, Kaboyi et al. (2026) ont observé une prévalence élevée de TSPT probable chez des personnes déplacées en utilisant le PCL-5 ; bien que cette population diffère des militaires blessés, l'étude confirme l'importance de l'insécurité continue comme facteur de charge psychologique dans le même environnement régional.

5.2. Interaction entre blessure physique, perte fonctionnelle et détresse psychologique

Plusieurs participants décrivent simultanément des séquelles physiques importantes, des amputations ou des limitations fonctionnelles et des manifestations psychologiques. Cette combinaison est conforme à la revue de Stevelink et al. (2015), qui montre que les troubles mentaux sont fréquemment observés chez les militaires présentant une déficience physique. La blessure peut fonctionner à la fois comme événement traumatique, rappel permanent du combat, rupture identitaire et facteur de dépendance ou de stigmatisation. Une prise en charge intégrée associant réadaptation physique et soins psychologiques apparaît donc plus pertinente qu'une approche strictement biomédicale.

5.3. Irritabilité, agressivité et vécu de la violence

Les récits font apparaître colère, irritabilité et agressivité chez plusieurs participants. Ces éléments doivent être interprétés sans assimiler traumatisme et dangerosité. Des études menées auprès d'anciens combattants ou anciens enfants soldats en RDC montrent des relations complexes entre exposition à la violence, souffrance traumatique et comportements agressifs (Hermenau et al., 2013). Des interventions adaptées de Narrative Exposure Therapy ont également réduit les symptômes post-traumatiques et l'agressivité chez d'anciennes enfants soldats dans l'est de la RDC (Robjant et al., 2019). La présence de colère ou d'agressivité appelle donc une évaluation clinique structurée et des soins adaptés, plutôt qu'une conclusion morale ou disciplinaire.

5.4. Interprétation prudente des motifs d'engagement

Le thème du patriotisme coexiste avec des récits de difficultés familiales, sociales ou judiciaires. Dans un échantillon de 10 cas, ces éléments décrivent des trajectoires biographiques mais ne permettent pas d'affirmer que la carrière militaire constitue généralement un « refuge juridique ». Une formulation scientifiquement plus défendable consiste à parler de motifs pluriels et imbriqués : valeurs patriotiques, opportunités professionnelles, trajectoires familiales, expériences de marginalisation et, pour certains individus, recherche d'une rupture avec des difficultés antérieures.

5.5. Enjeu de mesure : distinguer dépistage, détresse et diagnostic

Le CMI historique n'est pas une échelle diagnostique du TSPT (Brodman et al., 1949, 1951 ; Gold et al., 2000). Cette limite méthodologique explique pourquoi les termes « TSPT confirmé », « stress aigu confirmé » ou « traumatisé » ne doivent pas être inférés mécaniquement à partir d'un score. Des études contemporaines utilisent des instruments directement alignés sur les critères diagnostiques, tels que le PCL-5 (Blevins et al., 2015) ou l'ITQ (Cloitre et al., 2018), idéalement complétés par un entretien clinique structuré.

Dans le contexte congolais, la validation transculturelle est aussi importante que le choix de l'outil. Kasujja et al. (2022) montrent que l'adaptation d'instruments de santé mentale pour des populations congolaises nécessite un travail linguistique et contextuel explicite. Un futur protocole à Oïcha devrait documenter la langue d'administration, la traduction et rétro-traduction, les entretiens cognitifs, la fidélité interne et, si possible, une validation contre un entretien clinique.

5.6. Implications cliniques et organisationnelles

Les résultats soutiennent l'intégration d'un parcours de santé mentale au sein des soins des blessés de guerre : dépistage précoce, évaluation clinique des cas positifs, suivi psychologique, prise en charge du sommeil et de la douleur, évaluation systématique du risque suicidaire et du risque de violence, soutien familial et préparation à la réadaptation ou au retour au service. La littérature en RDC montre que des interventions psychothérapeutiques culturellement adaptées peuvent réduire les symptômes

post-traumatiques dans des populations affectées par la guerre (McMullen et al., 2013 ; Robjant et al., 2019).

Sur le plan organisationnel, une rotation raisonnable des personnels exposés, des périodes de récupération, un accès confidentiel aux soins psychologiques et une réduction de la stigmatisation associée à la consultation sont plus directement justifiés par les données que des conclusions générales sur le recrutement. Toute recommandation concernant le casier judiciaire relève des procédures légales de recrutement et ne peut être déduite d'un échantillon clinique de 10 personnes.

6. Forces et limites

La force principale de cette étude réside dans l'accès à une population clinique difficile à étudier en contexte d'insécurité et dans la triangulation de plusieurs sources d'information. Les récits détaillés documentent des expériences de combat, de blessure, de perte et de réadaptation rarement décrites dans la littérature congolaise.

Plusieurs limites réduisent toutefois la portée des conclusions : (1) échantillon très réduit et intentionnel ($n = 10$) ; (2) recrutement dans un seul établissement ; (3) absence de groupe de comparaison ; (4) dessin transversal et rétrospectif ; (5) version, langue et procédure de cotation du « Cornell Index » non documentées avec précision ; (6) absence d'entretien diagnostique standardisé ; (7) proportions symptomatiques issues d'occurrences codées plutôt que de prévalences individuelles ; (8) période exacte de collecte non rapportée ; et (9) absence, dans le manuscrit source, d'un numéro d'approbation éthique institutionnelle. Ces limites interdisent toute inférence causale, toute généralisation à l'armée congolaise et toute estimation de prévalence du TSPT.

7. Conclusion

Cette étude clinique exploratoire met en évidence, chez 10 militaires blessés de guerre hospitalisés à Oicha, un ensemble convergent de manifestations psychologiques liées au vécu de combat : reviviscences, cauchemars, hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, changements de l'humeur, difficultés de concentration et retrait relationnel. Les résultats suggèrent une charge importante de symptômes post-traumatiques, mais l'outil psychométrique décrit dans le manuscrit ne permet pas d'établir à lui seul un diagnostic de TSPT.

L'intérêt scientifique du travail réside moins dans la production d'un taux de TSPT que dans la description contextualisée d'un besoin de soins psychologiques chez des blessés militaires dans une région à conflit prolongé. Une étude ultérieure, multicentrique et de plus grande taille, utilisant le PCL-5 ou l'ITQ adaptés au contexte congolais et un entretien clinique de référence, permettrait d'estimer la fréquence des troubles, d'identifier leurs déterminants et d'évaluer l'efficacité d'un dispositif intégré de soins psychotraumatiques.

8. Recommandations opérationnelles

- Mettre en place, à l'admission et au suivi des blessés, un dépistage standardisé des symptômes post-traumatiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire.
- Prévoir une évaluation clinique par un professionnel formé avant toute conclusion diagnostique, avec une voie de référence claire pour les cas sévères.
- Associer réadaptation physique, prise en charge de la douleur, soutien psychologique et préparation à la réinsertion familiale ou professionnelle.
- Former le personnel médico-militaire aux soins sensibles au traumatisme et réduire la stigmatisation liée à la demande d'aide psychologique.

- Pour les recherches futures, documenter l'adaptation culturelle des instruments, recruter un échantillon plus large et multicentrique et pré-spécifier le plan d'analyse statistique.

Contributions : Conceptualisation, K.S.G. ; méthodologie, K.S.G.; validation, K.S.G. & K.M.C; Investigation, K.S.G. & M.M.M.; ressources, K.S.G. & M.M.M.; Traitement des données, K.S.G. & K.M.C.; écrire le manuscrit, K.S.G.; visualisation, K.S.G.; supervision, K.S.G. & M.M.M.; correction du manuscrit, K.S.G.

Les auteurs ont lu et approuvé la version publiée de ce manuscrit.

Déclaration éthique : la participation volontaire et l'anonymisation par codes sont documentées dans le manuscrit source. Aucun numéro d'approbation institutionnelle n'y est rapporté ; aucune approbation n'a donc été reconstituée ou attribuée sans preuve.

Sponsor financier : aucun soutien financier spécifique n'est mentionné dans les éléments fournis pour cette étude.

Disponibilité des données : les données individuelles ne sont pas rendues publiques en raison de leur caractère clinique et militaire ; les résultats agrégés nécessaires à l'interprétation sont présentés dans l'article.

Remerciement : les auteurs remercient les militaires blessés ayant accepté de partager leur expérience malgré les souffrances physiques et psychologiques rapportées.

Conflits d'intérêt : aucun conflit d'intérêt n'est rapporté dans les éléments fournis avec le manuscrit.

Références

1. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
2. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
3. Brodman, K., Erdmann, A. J., Jr., Lorge, I., & Wolff, H. G. (1949). The Cornell Medical Index: An adjunct to medical interview. *JAMA*, 140(6), 530–534. <https://doi.org/10.1001/jama.1949.02900410026007>
4. Brodman, K., Erdmann, A. J., Jr., Lorge, I., Wolff, H. G., & Broadbent, T. H. (1951). The Cornell Medical Index-Health Questionnaire: II. As a diagnostic instrument. *JAMA*, 145(3), 152–157. <https://doi.org/10.1001/jama.1951.02920210024006>
5. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
6. Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
7. Duagani, Y., Josserand, M., Akilimali, J.-P. K. M., Bakulikira, B. B., Batenga, J., Kasali, H. N., Caparos, S., Leanza, Y., Kokou-Kpolou, C. K., & Blanchette, I. (2026). The mental health burden of cumulative trauma in a setting of chronic insecurity: A large community-based study in the Eastern Democratic Republic of Congo. *The Lancet Regional Health – Africa*, 100126. <https://doi.org/10.1016/j.lanafr.2026.100126>
8. Dumke, L., van der Haer, R., Koos, C., & Hecker, T. (2021). Patterns of conflict-related trauma exposure and their relation to psychopathology: A person-centered analysis in a population-based sample from eastern DRC. *SSM - Mental Health*, 1, 100005. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100005>
9. Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., Elbogen, E., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.003>
10. Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F., & Frueh, B. C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36–42. <https://doi.org/10.1007/s001270050006>

11. Grinsill, R., Kolandaisamy, M., Kerr, K., Varker, T., & Khoo, A. (2024). Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in serving military and veteran populations: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 3377–3387. <https://doi.org/10.1177/15248380241246996>
12. Hermenau, K., Hecker, T., Maedl, A., Schauer, M., & Elbert, T. (2013). Growing up in armed groups: Trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 21408. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21408>
13. Kaboyi, E. N., Kayembe, H., Yambare, A., Lambuku, L., & Bompangue, D. (2026). Prevalence and associated factors of mental health conditions among internally displaced persons living in a displacement camp in North Kivu, eastern Democratic Republic of the Congo: A community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 26, 2337. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-28005-9>
14. Kasujja, R., Bangirana, P., Chiumento, A., Hasan, T., Jansen, S., Kagabo, D. M., Popa, M., Ventevogel, P., & White, R. G. (2022). Translating, contextually adapting, and pilot testing of psychosocial and mental health assessment instruments for Congolese refugees in Rwanda and Uganda. *Conflict and Health*, 16, 17. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00447-z>
15. McMullen, J., O'Callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: A randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1231–1241. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12094>
16. Mpia, H. N., & Kasambya, M. K. (2026). Predictive modeling of public sentiment toward MONUSCO's mandate: A machine learning approach. *Archives of Advanced Engineering Science*, 4(3), 322–333. <https://doi.org/10.47852/bonviewAAES62027763>
17. Robjant, K., Koebach, A., Schmitt, S., Chibashimba, A., Carleial, S., & Elbert, T. (2019). The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure Therapy – A RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103482. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103482>
18. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
19. Stevelink, S. A. M., Malcolm, E. M., Mason, C., Jenkins, S., Sundin, J., & Fear, N. T. (2015). The prevalence of mental health disorders in (ex-)military personnel with a physical impairment: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(4), 243–251. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102207>