MANIFESTĂRI PSIHO-AFECTIVE NONVERBALE ALE TRAUMEI LA SUPRAVIEȚUITORII VIOLENȚEI CRONICE DIN KIVU

MANIFESTATIONS PSYCHO-AFFECTIVES NON VERBALES DU TRAUMATISME CHEZ LES SURVIVANTS DE VIOLENCES CHRONIQUES AU KIVU

CZU: 159.96:616.89-008.44:316.613.43(672.4 https://doi.org/10.59295/spd2025s.43

NGONGO BEBELAS GRÂCE, *drd., Israel*
ORCID: 0009-0000-2668-5261
E-mail: bebelasgrace@gmail.com
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The Kivu region of the Democratic Republic of the Congo (DRC) has been the epicenter of chronic violence for decades, with complex and long-lasting psychotraumatic consequences for the civilian population. The aim of this article is to provide an analysis of the non-verbal psycho-affective manifestations of trauma in survivors, in a context where awareness of psychological health issues remains low and psychological pathologies are widely stigmatized. Using a methodology based on a critical and extensive synthesis of scientific literature (psychology, anthropology, political science), detailed reports from non-governmental organizations (NGOs) and international agencies, as well as documented testimonies, this study examines how extreme traumatic experiences are reflected in the body, behavior, and social interactions. The results of this synthesis indicate that nonverbal manifestations, such as psychosomatic disorders, behavioral changes (withdrawal, aggression) and profound alterations in interpersonal communication, are not only prominent, but often constitute the main language of suffering. A low level of mental health literacy, associated with the prevalence of traditional explanatory models of suffering, significantly hinders the recognition of these signals. The article concludes that there is a dual need for greater recognition of the nonverbal semiology of trauma by those working in the field and for a sustained effort of psychoeducation and de-stigmatization to create an environment conducive to healing in Kivu.*

Keywords*: Psycho-affective trauma, Kivu (DRC), Chronic violence, Nonverbal manifestations, Nonverbal communication, Mental health in Africa, Stigmatization, Psychoeducation, Somatization.*

INTRODUCERE

Context și justificare pentru subiect

Timp de aproape trei decenii, estul Republicii Democratice Congo (RDC), în special provinciile Kivu de Nord și de Sud, a fost una dintre regiunile cele mai afectate de instabilitate și conflicte armate de pe continentul african [2]. Această violență cronică, alimentată de o interacțiune complexă a factorilor locali, naționali și regionali, inclusiv concurența pentru resursele naturale, dinamica identității și slăbiciunile structurale ale

statului, are consecințe devastatoare pentru populațiile civile [22]. Dincolo de bilanțurile macabre raportate în mod regulat, viața de zi cu zi a milioane de oameni este marcată de expunerea la violență extremă, deplasări forțate și insecuritate generalizată.

În fața acestui dezastru umanitar, sănătatea fizică a fost, în mod logic, principala țintă a atenției. Cu toate acestea, impactul psihologic al acestei violențe endemice este la fel de devastator, deși mai puțin vizibil. Consecințele psiho-afective sunt profunde, complexe și de lungă durată confirmă medicii fără frontiere [16]. Acesta este locul în care studiul nostru își găsește justificarea. Acest articol susține că o analiză a impactului conflictului din Kivu este incompletă dacă nu analizează în profunzime rănile invizibile, în special cele care nu pot fi exprimate verbal.

Această nevoie este cu atât mai stringentă cu cât se înscrie într-un context mai larg, cel al locului ocupat de sănătatea psihologică în multe societăți africane. RDC, ca și alte țări din regiune, se confruntă cu o dublă provocare: pe de o parte, un sistem de sănătate formal extrem de subfinanțat, în care sănătatea mintală este adesea ultima prioritate (Organizația Mondială a Sănătății [20]) și, pe de altă parte, un mediu socio-cultural în care conștientizarea conceptelor psihologice este limitată, iar stigmatizarea tulburărilor psihice rămâne un obstacol major în calea căutării de ajutor (Musisi & Kinyanda [18]). Această alfabetizare scăzută în domeniul sănătății mintale face ca identificarea sechelelor traumatice, în special atunci când se manifestă non-verbal – obiectivul studiului nostru – să fie deosebit de dificilă și să justifice o analiză aprofundată și nuanțată.

Problema și obiectivele cercetării

Literatura științifică internațională a stabilit în mare măsură că experiențele traumatice extreme pot copleși capacitatea unui individ de a le procesa și de a le povesti coerent [10]. Amintirile pot fi fragmentate, încapsulate și manifestate nu prin relatări, ci prin retrăiri senzoriale, reacții corporale și modele comportamentale [23]. În contextul din Kivu, unde oroarea actelor comise (violuri în masă, masacre, canibalism forțat etc.) depășește adesea înțelegerea și, prin urmare, punerea în cuvinte, această dimensiune non-verbală este fundamentală.

Cu toate acestea, această expresie tăcută se lovește de un potențial zid de neînțelegere. Într-un mediu în care înțelegerea psihicului și a tulburărilor sale este limitată și în care modelele explicative tradiționale sau religioase predomină adesea asupra abordărilor biopsihosociale, cum sunt percepute aceste manifestări? O stare de apatie posttraumatică poate fi interpretată ca lene; iritabilitatea defensivă ca răutate; durerea somatică ca rezultat al unei vrăji. Această discrepanță între manifestarea suferinței și recunoașterea socială a acesteia constituie o a doua traumă pentru supraviețuitor, aceea de a nu fi înțeles în cea mai profundă suferință a sa.

Prin urmare, problema centrală a acestui articol este de a explora natura, semnificația și implicațiile manifestărilor psiho-afective non-verbale ale traumei în rândul supraviețuitorilor violenței cronice din Kivu, prin analizarea modului în care acest fenomen este exacerbat de contextul unei conștiințe psihologice scăzute.

Obiectivele specifice ale acestei cercetări sunt:

- Elaborarea unei hărți detaliate a principalelor forme de manifestări psiho-afective non-verbale ale traumei (somatice, comportamentale, comunicaționale) raportate în literatura de specialitate și observațiile clinice în contexte de violență cronică, cu un accent deosebit pe Kivu;
- Analiza în profunzime a modului în care aceste manifestări pot fi înțelese ca expresii ale suferinței psihologice și strategii complexe de adaptare în fața unor experiențe extreme, în lumina teoriilor psihotraumatologice și a antropologiei medicale;
- Discutarea critică a implicațiilor acestor manifestări și a lipsei de conștientizare psihologică pentru diagnostic, îngrijire psihosocială, relații interpersonale ale supraviețuitorilor și formarea personalului de intervenție în Kivu.

ANALIZA LITERATURII DE SPECIALITATE

O înțelegere aprofundată a manifestărilor non-verbale ale traumei în Kivu necesită un dialog între mai multe domenii de cunoaștere. Această analiză a literaturii de specialitate își propune să sintetizeze contribuțiile psihotraumatologiei contemporane, studiile contextuale ale crizei congoleze, lucrările privind percepția sănătății mintale în Africa și cercetările privind expresia non-verbală a suferinței.

Cadre teoretice ale psihotraumatologiei

Conceptualizarea modernă a traumei a evoluat mult [1, 3] dincolo de modelul inițial al tulburării de stres post-traumatic (PTSD) descris în DSM-III. În timp ce PTSD rămâne un diagnostic relevant, munca lui Judith Herman [10] privind trauma complexă (C-PTSD) este infinit mai relevantă pentru contextele de violență cronică, cum ar fi Kivu. Herman [10] descrie modul în care expunerea prelungită și repetată la violența interpersonală (tortură, violență domestică, conflicte prelungite) afectează nu numai memoria evenimentului, ci și distorsionează profund toate aspectele personalității victimei: reglarea afectelor (dificultăți în gestionarea furiei, tristeții, anxietății), conștiința (disociere, amnezie), imaginea de sine (sentimente de rușine, vinovăție, pătare), relațiile cu ceilalți (dificultăți de încredere, izolare) și sistemele de credință (pierderea credinței, viziune cinică asupra lumii). Acest cadru ne ajută să înțelegem că trauma nu este doar o „tulburare", ci o adevărată rană a identității.

În urma acestor lucrări, cercetători precum Bessel van der Kolk [23] au subliniat dimensiunea neurobiologică și corporală a traumei. Declarația sa, „The Body Keeps the Score", rezumă ideea că amintirile traumatice nu sunt întotdeauna codificate de hipocampus ca narațiuni autobiografice, ci pot fi stocate ca fragmente senzoriale și emoționale în zone mai primitive ale creierului, cum ar fi amigdala. Aceste amintiri implicite pot fi reactivate de cel mai mic stimul care amintește de traumă, declanșând reacții fiziologice și comportamentale (fugă, luptă, îngheț) care sunt în afara controlului conștient. Această

perspectivă este fundamentală pentru a înțelege de ce un supraviețuitor poate reacționa cu panică intensă sau furie explozivă „fără niciun motiv aparent" sau de ce suferința se exprimă atât de des prin durere fizică și boală. Studiile neuroimagistice au documentat aceste mecanisme, arătând hiperactivitate în amigdală și hipoactivitate în zonele prefrontale (cum ar fi zona lui Broca, legată de producerea limbajului), ceea ce explică dificultatea de a pune cuvinte groazei „alexitimie traumatică" [15].

Contextul Kivu: violență cronică și consecințe psihologice

Literatura privind Kivu, deși provine în principal din științe politice, jurnalism și rapoarte ale ONG-urilor, este bogată în descrieri ale dinamicii violenței (Autesserre [2]; Schellens [22]). Aceste lucrări descriu o „economie politică a violenței" în care grupurile armate proliferează, iar violența devine o strategie de supraviețuire sau de putere. În ceea ce privește sănătatea mintală, mai multe studii epidemiologice au încercat să cuantifice impactul acestei crize. De exemplu, un studiu realizat de Roberts et al. [21] în zonele din Kivu de Nord a constatat rate ale simptomelor PTSD de peste 40 % în rândul adulților. Alte cercetări efectuate de ONG-uri precum MSF și Fundația Panzi**,** fondată de Dr. Denis Mukwege în 1999, relevă rate ridicate de depresie, anxietate și tulburări legate de sinucidere, în special în rândul supraviețuitorilor violenței sexuale (Mukwege [17]). Aceste cifre, deși alarmante, reprezintă probabil doar vârful icebergului. Ele se bazează pe chestionare standardizate care, după cum am subliniat, pot omite cazurile în care suferința este exprimată în principal în termeni somatici sau comportamentali sau în care persoanele, din neîncredere sau modestie, își păstrează simptomele pentru ele însele.

Sănătatea mintală și percepția acesteia în Africa Subsahariană

Un obstacol major în calea înțelegerii și tratării traumei în Kivu constă în contextul mai larg al sănătății mintale în Africa subsahariană. „Decalajul în materie de sănătate mintală" – diferența uriașă dintre nevoi și resursele disponibile – este deosebit de pronunțat/Programul de acțiune „Combler les lacunes en santé mentale" [19].

Se estimează că mai mult de 85% dintre persoanele care suferă de tulburări mintale grave în țările cu venituri mici nu primesc niciun tratament. Acest deficit nu este doar cantitativ (deficit de psihiatri, psihologi, infrastructură), ci și calitativ și cultural [19].

Stigmatizarea bolilor mintale este un fenomen puternic [9]. În plus, există adesea mai multe **modele explicative pentru** suferința psihică. Modelele biomedicale coexistă cu modele tradiționale sau religioase care atribuie boala unor cauze externe: vrăjitorie, încălcarea unui tabu, furia strămoșilor (a se vedea, de exemplu, analiza **psihopatologiei vrăjitoriei** în Togo). Suferința este rareori percepută ca o disfuncție individuală, ci ca simptomul unei tulburări a legăturii sociale [5]. Lucrările etnopsihiatrului Piero Coppo [6] evidențiază necesitatea de a nu opune aceste sisteme diferite de îngrijire, ci mai degrabă de a le corela.

În plus, există adesea mai multe **modele explicative pentru** suferința psihologică. Modelele biomedicale coexistă cu modelele tradiționale sau religioase care atribuie boala unor cauze externe: vrăjitorie, încălcarea unui tabu, furia strămoșilor sau posesia demonică [24], despre etnopsihiatria din Africa Centrală. Un studiu calitativ efectuat într-o comunitate rurală din Kivu de Sud, de exemplu, ar putea arăta că simptomele disociației posttraumatice sunt unanim interpretate ca „pierderea unei părți din suflet" în urma unei vrăji. Aceste cadre de gândire, departe de a fi anecdotice, determină abordările terapeutice inițiale ale familiilor, care se adresează cel mai adesea vindecătorilor tradiționali, profeților sau pastorilor [12]. Deși acești actori pot oferi uneori sprijin comunitar și un cadru de semnificație, ei pot, de asemenea, să întârzie accesul la îngrijiri psihiatrice sau psihologice atunci când este nevoie, sau chiar să ofere „tratamente" (exorcizări violente, acuzații) care agravează situația.

Exprimarea non-verbală a suferinței

Psihologia interculturală și antropologia medicală au subliniat de mult timp faptul că limbajul corpului este un mijloc important de exprimare a suferinței. Lucrarea lui Arthur Kleinman [13] privind „expresiile de suferință" arată că fiecare cultură are un repertoriu de moduri acceptabile de exprimare a suferinței. **Somatizarea**, exprimarea suferinței psihologice prin simptome fizice, este una dintre aceste expresii universale, dar este deosebit de răspândită în contexte în care verbalizarea emoțiilor este mai puțin încurajată. Cercetările privind comunicarea nonverbală [14] au decodat, de asemenea, modul în care elemente subtile precum postura, contactul vizual și distanța interpersonală pot comunica stări interne de teamă, supunere sau neîncredere.

Literatura de specialitate existentă ne oferă instrumente pentru înțelegerea traumei în Kivu. Cu toate acestea, ea evidențiază, de asemenea, o triplă lacună:

- analiză încă insuficientă a manifestărilor traumei dincolo de PTSD clasic;
- luarea în considerare limitată a impactului contextului cultural și a lipsei de „cultură psihologică" asupra percepției și exprimării traumei; și
- explorare încă prea rară a manifestărilor *non-verbale* specifice ale suferinței în această regiune. Acest articol se situează la intersecția acestor trei lacune

METODOLOGIE

Acest studiu se bazează pe o metodologie riguroasă de sinteză critică și analitică a literaturii existente. Această abordare, care ar putea fi descrisă ca o „revizuire narativă structurată" [7], a fost aleasă datorită capacității sale de a încorpora o gamă largă de surse. Aceasta ne permite să luăm în considerare nu numai studiile cantitative și calitative, ci și așa-numitele rapoarte „gri", care sunt adesea esențiale în contexte specifice de criză sau de teren. Această flexibilitate metodologică este esențială pentru a înțelege complexitatea subiectului studiat, în special în regiuni precum Kivu din Republica Democrată Congo (RDC).

Strategia de căutare a documentelor

Cercetarea documentară a fost efectuată într-un mod minuțios și direcționat. Au fost explorate trei tipuri principale de surse:

1. Literatura științifică academică: a fost efectuată o căutare sistematică în baze de date de referință precum PubMed, PsycINFO și Scopus. Cuvintele-cheie utilizate au acoperit o gamă largă de subiecte relevante: „trauma", „Kivu", „RDC", „comunicare non-verbală", „somatizare", „stigmatizare", „vindecare tradițională", printre altele. Această etapă ne-a permis să identificăm cele mai riguroase studii științifice care erau cele mai relevante pentru subiectul nostru.

2. Literatura „gri": conștienți de importanța informațiilor de pe teren și de la actorii din prima linie, am consultat, de asemenea, o gamă largă de rapoarte elaborate de organizații neguvernamentale (ONG-uri) precum: Medici fără frontiere (MSF), Human Rights Watch (HRW), Amnesty International și International Rescue Committee (IRC). De asemenea, au fost incluse rapoarte ale angajaților ONU, cum ar fi: Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR), Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Aceste surse oferă o perspectivă esențială asupra realității de pe teren și a provocărilor cu care se confruntă populațiile locale.

3. Cărți și articole contextuale: pentru a obține o mai bună înțelegere a contextului specific al conflictului congolez și a problemelor legate de etnopsihiatrie în această regiune, a fost compilată o selecție de cărți și articole specializate. Aceste surse fac posibilă contextualizarea datelor din alte tipuri de literatură și îmbogățesc analiza noastră.

Metoda de analiză a datelor: analiza tematică

Analiza datelor a fost ghidată de principiile analizei tematice, astfel cum sunt descrise de către Braun V. & Clarke V. [4]. Această abordare permite gruparea informațiilor în categorii semnificative, facilitând identificarea temelor recurente și a legăturilor dintre diferite surse. Categoriile astfel construite au servit drept bază pentru structurarea următoarei secțiuni a lucrării noastre, dedicată prezentării rezultatelor.

REZULTATE

Trauma din kivu și expresiile sale tăcute

Această secțiune detaliază manifestările psiho-afective non-verbale ale traumei, ilustrându-le cu exemple pentru a arăta realitatea suferinței tăcute.

Manifestări somatice și fiziologice: corpul ca câmp de luptă al memoriei

Somatizarea este una dintre cele mai frecvente manifestări. Simptomele includ:

- **Dureri cronice generalizate:** dureri de cap, dureri de spate, abdominale și pelvine, adesea „migratoare" și rezistente la analgezice. Rapoartele Organizației Mondiale a Sănătății privind criza umanitară din Kivu confirmă faptul că populațiile strămutate, în special femeile, suferă în mod disproporționat de du-

reri cronice și simptome psihosomatice legate de traumele suferite [20]. O femeie supraviețuitoare descria, de exemplu, durerile sale:

- **Tulburări gastrointestinale și oboseală cronică:** oboseala extremă, care nu poate fi ameliorată prin odihnă, reflectă epuizarea unui sistem nervos aflat în alertă permanentă;
- **Hiperreactivitate fiziologică**: hipervigilență, tresărire exagerată, palpitații și tulburări profunde de somn.

Manifestări comportamentale: ruperea legăturilor și acțiunea

Trauma ne modifică profund modul de a fi în lume.

- **Retragerea socială și încețoșarea emoțională**: O retragere în sine, o pierdere a interesului și o incapacitate aparentă de a simți emoții, fie ele pozitive sau negative.
- **Agresivitate și iritabilitate:** explozii de furie care sunt adesea reactivări traumatice. Cazul **lui „Jean" (nume fictiv), un tânăr de 16 ani demobilizat dintr-un grup armat, este emblematic. El oscilează între tăcere și violență, iar familia sa îl descrie ca fiind „posedat"**, luptând să înțeleagă că agresivitatea sa este o manifestare a terorii pe care a interiorizat-o.
- **Comportamente de evitare și control:** Supraviețuitorii dezvoltă strategii pentru a evita orice le-ar putea aminti de traumă.

Modificări în comunicarea interpersonală nonverbală: limbajul tăcut al corpului

Comunicarea non-verbală este un canal deosebit de sensibil la starea noastră internă.

- **Postura și privirea:** postura este adesea una de înfrângere (umeri cocoșați, spate cocoțat). Privirea poate fi evazivă, hipervigilentă sau "goală", deconectată, indicând o stare de disociere. Un psiholog din Bukavu descrie **„postura supraviețuitorului"**: umeri veșnic cocoșați, ochi care scanează camera, dar „văd prin tine".
- **Prosodie și expresii faciale:** tonul vocii este adesea alterat (monoton, tensionat). Expresiile faciale pot fi fixe (expresie facială „mascată") sau pot exprima în mod cronic tristețe sau neîncredere.

DISCUȚII

Aceste rezultate trebuie analizate din punctul de vedere al psihobiologiei traumei, al cadrelor culturale locale de interpretare și al barierelor structurale concrete din calea accesului la îngrijire.

Impactul fundamental al contextului psiho-cultural: modele explicative și căi de îngrijire

Interpretarea psihobiologică este insuficientă fără contribuția etnopsihiatriei. După cum a arătat Piero Coppo [6], este necesar să se facă **legătura între medicina**

tradițională și biomedicină. În multe societăți africane, suferința psihologică este interpretată ca simptom al unei tulburări a legăturii sociale, familiale sau spirituale [5].

Studiul lui Bansard [3] privind „Psihopatologia vrăjitoriei" în Togo este explicativ. O stare de disociere (alienare) poate fi interpretată ca fiind rezultatul unei agresiuni vrăjitorești sau al unei greșeli comise împotriva unui strămoș. În acest caz, vindecarea implică **„munca strămoșului"**, menită să liniștească strămoșul și să reintegreze subiectul în filiația sa. Aplicat la Kivu, comportamentul lui „Jean" ar putea fi interpretat de familia sa ca o posedare de către „spiritele tufișurilor", necesitând mai degrabă intervenția unui vindecător (*nganga*) decât consiliere psihologică. Aceste modele nu sunt simple „credințe", ci sisteme terapeutice coerente care abordează tulburarea socială al cărei simptom este boala.

Bariere structurale și practice în calea îngrijirii

Chiar dacă oamenii doresc să acceseze asistența medicală formală, obstacolele sunt imense. Studiul realizat de Kanani și Bolinda [11] privind asigurările mutuale de sănătate din Bukavu arată că costul, distanța și calitatea percepută a serviciilor sunt factori determinanți... Sănătatea mintală este rareori o prioritate în cadrul acestor sisteme.

În plus, modelul biomedical poate fi în dezacord cu așteptările. Studiul efectuat într-un **spital de psihiatrie din Nigeria privind participarea familiei** [8] a relevat un nivel scăzut de aderență la tratament. Familia, principalul sprijin al pacientului, este adesea privită de sistemul de sănătate ca un simplu executant, în timp ce ea este un actor central cu propriile reprezentări ale bolii. Lipsa psihoeducației și sentimentul că tratamentul "nu rezolvă adevărata problemă" (socială sau spirituală) contribuie la întreruperea tratamentului.

Implicații pentru intervenția holistică

Intervenția eficientă necesită o abordare pe mai multe niveluri:

- **Clinic:** Adoptați abordări „sensibile la traume" și adecvate din punct de vedere cultural, deschizând un dialog privind modelele explicative ale pacienților, așa cum susține Piero Coppo.
- **Familia:** Integrarea familiei ca partener terapeutic, pe baza lecțiilor studiului nigerian.
- **Comunitate:** Construirea de punți de legătură cu terapeuții tradiționali și desfășurarea de campanii de sensibilizare pentru îmbunătățirea cunoștințelor despre sănătatea mintală în Africa
- **Structural:** Asigurarea accesibilității și abordabilității serviciilor de sănătate mintală, după cum se subliniază în studiul Bukavu.

CONCLUZII

Analiza manifestărilor non-verbale ale traumei în Kivu dezvăluie o suferință profundă, adesea tăcută, care scapă cadrelor convenționale de diagnosticare și intervențiilor

care se concentrează asupra limbajului. Corpul, comportamentul și interacțiunile sociale devin scenele pe care se repetă oroarea, într-un context în care instrumentele de decodare a acestui limbaj lipsesc cu desăvârșire. Alfabetizarea scăzută în domeniul sănătății mintale, stigmatizarea și predominanța modelelor explicative tradiționale nu sunt obstacole secundare; ele se află în centrul problemei, creând o dublă pedeapsă pentru supraviețuitori: cea a traumei în sine și cea a neînțelegerii celor din jur și, uneori, chiar a profesioniștilor implicați.Un studiu aprofundat al manifestărilor non-verbale ale traumei în regiunea Kivu pune în lumină o realitate emoționantă: o suferință viscerală și adesea nespusă, care depășește cu mult limitele criteriilor de diagnostic convenționale și ale intervențiilor axate pe exprimarea verbală. Corpul, acțiunile și dinamica socială sunt transformate în teatre în care se repetă scene traumatice, într-un mediu în care instrumentele de interpretare a acestui limbaj lipsesc cu desăvârșire. Analfabetismul mintal, stigmatizarea socială și primatul interpretărilor tradiționale nu sunt obstacole secundare, ci chiar miezul problemei. Acestea creează o dublă suferință pentru victime: pe de o parte, greutatea traumei în sine și, pe de altă parte, incomprehensiunea celor din jur și, uneori, chiar a profesioniștilor din domeniul asistenței.

Această suferință se manifestă printr-o multitudine de semnale nonverbale: posturi corporale fixe sau retrase, expresii faciale marcate de tristețe sau angoasă, gesturi abrupte sau repetitive, tăceri prelungite și grele. Aceste manifestări, adesea neglijate sau interpretate greșit, sunt totuși strigăte tăcute care atestă profunzimea rănii psihologice. În plus, contextul socio-cultural din Kivu, marcat de o istorie de conflict și de violențe repetate, face situația și mai complexă. Normele culturale, credințele și practicile tradiționale pot influența modul în care trauma este trăită, exprimată și înțeleasă. De exemplu, unele comunități pot favoriza exprimarea emoțională reținută, în timp ce altele pot utiliza ritualuri specifice de vindecare pentru a face față traumei.

În fața acestei realități complexe, este imperativ să se dezvolte abordări de intervenție adecvate și sensibile din punct de vedere cultural. Aceasta înseamnă formarea profesioniștilor din domeniul sănătății și a actorilor comunitari pentru a recunoaște și interpreta manifestările non-verbale ale traumei, sensibilizarea cu privire la problemele de sănătate mintală, combaterea stigmatizării și valorificarea cunoștințelor și practicilor tradiționale. Este esențial să se asculte cu atenție poveștile de viață ale supraviețuitorilor, să se țină seama de nevoile lor specifice și să li se ofere sprijin psihologic și social adaptat la realitatea lor.

BIBLIOGRAFIE:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
2. AUTESSERRE, S. (2010). *The Trouble with the Congo: Local Violence and the Failure of International Peacebuilding*. Cambridge University Press.
3. BANSARD, N. (2023). *Psychopathologie de la sorcellerie, aliénation et travail*

de l'ancêtre: la transmission psychique et socioculturelle dans la filiation togolaise à l'épreuve du modernisme [Thèse de doctorat, Université d'Angers].
4. BRAUN, V. & CLARKE, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
5. CORIN, E., & BIBEAU, G. (1980). De la forme culturelle au vécu des troubles psychiques en Afrique. Dans *La psychopathologie en Afrique*. Bureau d'études et de recherches pour la promotion de la santé.
6. COPPO, P. (2008). *De la forma culturală la experiența trăită a tulburărilor mintale în Africa*. Cambridge University Press.
7. GREEN, B.N., JOHNSON, C.D. & ADAMS, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine, 5*(3), 101-117.
8. GUREJE, O., LASEBIKAN, V.O. & ADEBAYO, K.O. (2005). Family participation in treatment, post-discharge appointment and medication adherence at a Nigerian psychiatric hospital. *The British Journal of Psychiatry, 187*(2), 185-189.
9. GUREJE, O., LASEBIKAN, V.O., EPHRAIM-OLUWANUGA, O., OLLEY, B.O. & KOLA, L. (2006). Community survey of knowledge and attitude towards mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry, 188*(5), 438-443.
10. HERMAN, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-from Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
11. KANANI, A.C. & BOLINDA, B.W. (2017). La Pauvreté et les Pauvres Dans la Ville de Bukavu. Essai D'ecriture Du Sens Et De La Causalite. *European Scientific Journal, 13*(2).
12. KISHIMBA, G. (2017). *Parcours thérapeutiques et représentations de la maladie mentale à Bukavu, RDC*. Presses Universitaires de Lubumbashi.
13. KLEINMAN, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. Yale University Press.
14. KNAPP, M.L. & HALL, J. A. (2009). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Wadsworth Publishing.
15. LANIUS, R. A., VERMETTEN, E. & PAIN, C. (Eds.). (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge University Press.
16. Médecins Sans Frontières. (2016). *Rapport d'Activités International 2015*. MSF.
17. MUKWEGE, D. (2021). *La force des femmes*. Gallimard.
18. MUSISI, S. & KINYANDA, E. (2020). Mental Health in Africa. Dans *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford University Press.
19. Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP)*. OMS.

20. Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Humanitarian crisis in the Democratic Republic of the Congo: Health situation report*. WHO.
21. ROBERTS, B., FELIX, E., BROWNE, J. & de la SOUDIÈRE, M. (2011). Mental health of conflict-affected populations in eastern Congo: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet, 378*(9802), 1591-1601.
22. SCHELLENS, M.K. *VIOLENT NATURAL RESOURCE CONFLICTS.* Stockholm, 2020 http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-184699
23. Van der KOLK, B.A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.
24. ZEMPLÉNI, A. (1998). *Les guérisseurs de la folie*. Presses Universitaires de France.