



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato Finale

**Il trauma intergenerazionale legato ad esperienze belliche: da
meccanismi di trasmissione a interventi preventivi**

Intergenerational trauma linked to war experiences: from transmission
mechanisms to preventive interventions

Relatrice: Prof.ssa Paola Rigo

Laureanda: Anna Galli

Matricola: 2074544

Anno Accademico 2025-2026

Indice

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1: Il trauma intergenerazionale legato ad esperienze belliche	3
1.1 Origine del trauma: l'esperienza bellica dei genitori	3
1.2. Definizione e manifestazioni del trauma intergenerazionale.....	6
CAPITOLO 2: Meccanismi di trasmissione e fattori di rischio	9
2.1 Meccanismi relazionali.....	9
2.2 Meccanismi epigenetici e biologici	11
2.3. Fattori di rischio che aumentano la vulnerabilità al trauma intergenerazionale	13
CAPITOLO 3: Fattori di protezione e strategie di intervento	15
3.1. Fattori di protezione e promozione della resilienza	15
3.2. Post traumatic growth	17
3.3 Strategie di intervento: focus sugli interventi familiari.....	18
CONCLUSIONI	24
Bibliografia	25

INTRODUZIONE

Il coinvolgimento dei civili nei conflitti armati contemporanei rappresenta una vera e propria crisi umanitaria, con conseguenze profonde e durature sul benessere di intere comunità. Gli effetti psicologici di tali conflitti non si limitano a compromettere il funzionamento delle persone che vi sono direttamente esposte, ma possono protrarsi per generazioni. Al fine di comprendere come i discendenti di persone che hanno vissuto eventi traumatici possano a loro volta essere influenzati dal trauma, è stato teorizzato il concetto di trauma intergenerazionale, un costrutto complesso in cui si intersecano dinamiche individuali, familiari e culturali, che riflette la trasmissione degli effetti psicologici, emotivi e comportamentali di un evento traumatico non elaborato da una generazione a quelle successive.

Il presente elaborato si propone di esaminare il trauma intergenerazionale legato ad esperienze belliche. Il primo capitolo si apre con una descrizione delle conseguenze della guerra sulla popolazione civile, sia dal punto di vista materiale che psicologico, considerando alcuni dei principali disturbi mentali che possono insorgere a seguito dell'esposizione ad eventi bellici, tra cui il disturbo da stress post-traumatico. Successivamente viene introdotto il trauma intergenerazionale e ne vengono illustrate le possibili manifestazioni in particolare nei bambini tra 0 e 5 anni. Il secondo capitolo esamina i possibili meccanismi di trasmissione relazionali e epigenetici e i fattori di rischio che possono aumentare la vulnerabilità dei bambini al trauma genitoriale. Nel terzo capitolo vengono esposti i fattori di protezione che possono mitigare la trasmissione del trauma, e la crescita post-traumatica, un adattamento positivo ad eventi traumatici, che può sostenere lo sviluppo del bambino. Il capitolo si conclude con l'analisi delle prospettive di intervento per prevenire la trasmissione del trauma. Vengono prese in esame le criticità legate alla loro implementazione e vengono analizzati alcuni interventi preventivi con focus familiare.

L'obiettivo dell'elaborato è quello di comprendere l'impatto del trauma intergenerazionale e migliorare le modalità di intervento per minimizzarne la

trasmissione. È stato scelto di focalizzarsi sulla fascia 0-5 anni data la forte dipendenza dei bambini dal proprio caregiver che li rende maggiormente vulnerabili al trauma genitoriale, e la necessità di intervenire precocemente.

CAPITOLO 1

Il trauma intergenerazionale legato ad esperienze belliche

1.1 Origine del trauma: l'esperienza bellica dei genitori

Un rapporto dell'UNHCR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite) ha stimato a fine 2024 un numero di sfollati pari a 123,2 milioni di persone a causa di conflitti armati, violenza, persecuzioni e violazione dei diritti umani. Il numero di persone costrette a lasciare le proprie abitazioni è direttamente connesso al crescente coinvolgimento della popolazione civile nelle zone di guerra. Nel 2024 è stato registrato un incremento del 40% delle morti civili (OHCHR, 2025) mentre coloro che sopravvivono possono subire gravi conseguenze a livello di salute fisica, psicologica e sociale. L'impatto sul benessere della popolazione non è dovuto solo all'esposizione diretta alla violenza, ma anche alla distruzione delle infrastrutture civili e dei servizi essenziali. Milioni di persone si trovano attualmente in uno stato di insicurezza alimentare non avendo accesso ad un'alimentazione adeguata, e sono a rischio di malnutrizione. Nei Paesi in conflitto questo è un esito diretto del collasso del sistema agricolo e dell'interruzione dei servizi di approvvigionamento idrico ed elettrico. La crisi alimentare è ulteriormente aggravata dalla chiusura delle principali infrastrutture di trasporto, che impedisce l'entrata di aiuti alimentari e provoca l'innalzamento dei prezzi delle materie prime. A ciò si aggiungono le condizioni climatiche estreme legate all'utilizzo di armi sul territorio (IPC, 2025; Sowers & Weinthal, 2021 ; UNHCR, 2025). Le condizioni di malnutrizione vanno a pesare sul sistema sanitario già gravemente danneggiato. Gli attacchi a ospedali e strutture sanitarie uniti alla violenza nei confronti del personale medico compromettono l'accesso alle cure mediche e psicologiche di base e favoriscono la diffusione di malattie infettive (SHCC, 2023; Devakumar et al., 2014). Un esempio di questi effetti è stato dimostrato da uno studio condotto in Etiopia nel 2021 (Fisseha et al., 2023) che ha rilevato che il 90% delle donne sopravvissute a violenza sessuale durante la guerra del Tigré, non ha ricevuto cure mediche o assistenza psicologica a causa del collasso del sistema sanitario. Le conseguenze sui servizi di cura si estendono oltre

la durata del conflitto e la loro ricostruzione è ostacolata anche dall'interruzione del sistema educativo che impedisce la formazione di nuovi operatori sanitari qualificati.

In zone di guerra le scuole vengono frequentemente utilizzate per scopi militari impedendo il regolare svolgimento delle lezioni e privando bambini e adolescenti dell'accesso ad un ambiente strutturato, particolarmente importante in condizioni di vulnerabilità (Devakumar et al., 2014; SHCC, 2023; Aqtam, 2025; UNHCR, 2025). La letteratura scientifica ha infatti evidenziato che l'istruzione, in particolare secondaria e superiore, funge da fattore protettivo in contesti di guerra e migrazione forzata, per cui la carenza di sistemi educativi può ridurre le risorse della popolazione necessarie per affrontare le numerose situazioni stressanti a cui è esposta (Chen et al., 2025; Crea, 2016).

In questi contesti, i civili sono spesso vittime di violenza diretta: particolarmente vulnerabili sono i bambini e le donne, le quali hanno maggiori probabilità di subire violenza sessuale e di genere (Devakumar et al., 2014). In particolare, tra le popolazioni sfollate è stato registrato un innalzamento del numero di casi di violenza domestica, correlato alla difficoltà degli uomini di accettare la perdita della propria occupazione e posizione sociale, e il cambiamento delle dinamiche familiari, che li porta a intraprendere comportamenti abusanti nei confronti del coniuge con maggiore frequenza (Shimelash Yasegnal, 2023). In aggiunta, violenza sessuale e torture a cui i civili possono essere sottoposti durante il conflitto sono spesso oggetto di stigma che porta le vittime a isolarsi, aggravando l'impatto sulla salute mentale dell'individuo e sulla sua capacità di relazionarsi.

La stessa esposizione prolungata ad eventi traumatici può incrementare il rischio di insorgenza di sintomi a livello emotivo, cognitivo e fisico, e portare al peggioramento di eventuali disturbi pre-esistenti. Tra le manifestazioni più comuni vi sono sentimenti di tristezza, paura, rabbia, disperazione, perdita di controllo e preoccupazioni costanti, oltre che insonnia, perdita di appetito e altri problemi fisici che non trovano riscontro in spiegazioni mediche. Inizialmente questi sintomi vengono spesso trascurati poiché le persone sono costrette a focalizzarsi sulla propria sopravvivenza e non hanno modo di rielaborare in modo adeguato il proprio

disagio emotivo. Questi fenomeni non si configurano come vere e proprie psicopatologie, ma ne aumentano la vulnerabilità (Hassan et al., 2016; Jain et al., 2022). Tra i disturbi più frequentemente osservati nelle popolazioni sottoposte a traumi prolungati vi è il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), con tassi che raggiungono il 40% negli adulti maggiormente esposti secondo studi recenti in Ucraina e nella striscia di Gaza (Aqtam, 2025; Karatzias et al., 2023).

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR), il PTSD presenta quattro cluster di sintomi, che si manifestano a seguito dell'esposizione diretta o indiretta a traumi, e possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- Sintomi intrusivi: sono caratterizzati dalla comparsa di ricordi ricorrenti e involontari, che possono presentarsi anche sotto forma di flashback e sogni, e costringono la persona a rivivere l'esperienza traumatica;
- Evitamento: tendenza ad evitare ogni tipo di stimolo riconducibile al trauma nel tentativo di ridurre ansia e ricordi ad esso associati;
- Alterazioni negative del pensiero e dell'umore: possono includere un persistente stato emotivo negativo, con emozioni come rabbia, vergogna o senso di colpa e incapacità di provare emozioni positive. La persona può inoltre non riuscire più a trarre piacere dallo svolgimento delle attività quotidiane e dalle interazioni sociali, e sviluppare una visione distorta di sé, degli altri e del mondo;
- Alterazioni nella regolazione della reattività e dell'arousal: possono presentarsi come ipervigilanza, episodi di irritabilità e aggressività, problemi di concentrazione e disturbi del sonno.

Altre forme di psicopatologia che sono state riscontrate in contesti bellici e post-bellici sono depressione e disturbi d'ansia (Aqtam, 2025; Hassan et al., 2016). Tra i diversi fattori scatenanti possono configurare la sensazione di non avere controllo sulla propria vita e la costante perdita di persone e luoghi familiari (Shimelash Yasegnal, 2023). Il lutto e la migrazione forzata possono inoltre comportare la disgregazione della struttura familiare e sociale causando la rottura dei sistemi di

supporto primario e andando a compromettere la capacità di resilienza e il senso di identità collettiva della popolazione (Aqtam, 2025).

Nel tentativo di affrontare i traumi giornalieri e i sintomi ad essi associati, molti sfollati ricorrono a strategie di coping disfunzionale, tra cui l'abuso di sostanze (Devakumar et al., 2014). Per le persone costrette a migrare in un altro Paese a ciò si aggiungono i fattori stressanti legati al processo di migrazione e all'ottenimento dello status da rifugiati, che vanno a gravare ulteriormente sulla salute mentale. Gli effetti dovuti alla guerra hanno un impatto che può protrarsi per anni anche dopo il ricollocamento in un altro Paese e possono avere un impatto anche sui figli dei sopravvissuti (Sangalang & Vang, 2017).

1.2. Definizione e manifestazioni del trauma intergenerazionale

Il processo attraverso il quale gli effetti psicologici di un trauma si trasmettono da una generazione alla generazione successiva, che non ha vissuto in modo diretto l'evento, è detto trauma intergenerazionale, o transgenerazionale (APA, 2023). I primi studi sul tema si sono concentrati sui discendenti dei sopravvissuti all'Olocausto (Kellermann, 2001). Successivamente la ricerca si è ampliata andando ad includere un maggior numero di contesti, tra cui eventi collettivi, come conflitti armati o genocidi (El-Khalil et al., 2025), e individuali, come abusi o violenze (Greene et al., 2020). Il trauma intergenerazionale può avere diverse manifestazioni: i discendenti di persone esposte ad eventi traumatici possono presentare sintomi di PTSD, come ipervigilanza e disregolazione emotiva, ansia e depressione. Inoltre sono frequenti difficoltà nel mantenimento delle relazioni sociali e un'alterata risposta allo stress, che spesso si associa alla comparsa di malattie somatiche (Kožljan et al., 2025; Van Ee et al., 2012).

La maggioranza degli studi ha tuttavia preso in esame campioni di figli adulti o adolescenti dei sopravvissuti, data la possibilità di coinvolgimento diretto dei partecipanti in grado di rispondere in modo autonomo ad interviste e questionari self-report. La rilevazione dei sintomi nei bambini più piccoli è invece spesso filtrata dalla percezione dei genitori: alcuni autori ipotizzano che genitori traumatizzati tendano

ad avere rappresentazioni maggiormente negative del proprio figlio riportando l'osservazione di un più alto numero di sintomi (Schwerdtfeger et al., 2013; Van Ee et al., 2012), al contrario altri presumono che i genitori traumatizzati possano prestare meno attenzione ai problemi internalizzanti dei figli segnalandoli con minore frequenza (Gillen et al., 2024). Nei bambini il trauma genitoriale ha un forte impatto sul funzionamento psicosociale, che riguarda la capacità di adattarsi e rispondere alle richieste ambientali: quando questo viene compromesso il bambino non riesce ad interpretare in modo adeguato gli stimoli e di conseguenza ha difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni (Gillen et al., 2024). Il rischio di insorgenza di tali effetti non è dovuto alla semplice esposizione al trauma, ma alla severità dell'impatto che questo ha sulla salute mentale della persona che lo ha vissuto (Gillen et al., 2024; Qouta et al., 2021). Uno studio di Van Ee, Kleber e Mooren (2012) ha riscontrato un'associazione tra PTSD materno e problemi psicosociali infantili in diadi composte da madri rifugiate o richiedenti asilo nei Paesi Bassi e i loro figli di età compresa tra 18 e 42 mesi. Le madri che hanno partecipato alla ricerca hanno riportato alti tassi di sintomi internalizzanti nei loro figli e i bambini risultavano meno responsivi nelle interazioni con la madre. Questa analisi non ha rilevato un impatto sullo sviluppo mentale e psicomotorio, che tuttavia è emerso in altri studi sul trauma intergenerazionale in contesti differenti. Ad esempio, un minore sviluppo delle abilità cognitive, motorie e socioemozionali è stato riscontrato a 18 mesi in figli di madri palestinesi che hanno vissuto la guerra a Gaza nel 2014 e hanno successivamente sviluppato sintomi legati al trauma bellico (Qouta et al., 2021). Disturbi internalizzanti sono stati individuati anche in bambini tra i 4 e i 9 anni di cui almeno uno dei due genitori rifugiati soffriva di PTSD. In questo campione sono stati inoltre rilevati problemi di condotta, deficit dell'attenzione e iperattività e problemi relazionali (Dalgaard et al., 2016). Sintomi precursori di disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e di disturbo oppositivo provocatorio (ODD) sono stati rilevati già tra i 18 e i 30 mesi in figli di sopravvissuti a trauma interpersonale (Schwerdtfeger et al., 2013).

Ulteriori studi hanno confermato un'associazione tra PTSD materno e salute mentale infantile. A 13 mesi figli di madri esposte a traumi non-bellici manifestavano

problemi internalizzanti, esternalizzanti e di regolazione, con difficoltà del bambino a lasciarsi consolare e a tornare in uno stato regolato (Bosquet Enlow et al., 2011). La letteratura specifica sugli effetti di ansia e depressione materne prenatali legate al trauma di guerra è limitata. Nonostante ciò, analisi in contesti non-bellici hanno trovato un'influenza di questi disturbi sullo sviluppo del bambino. Tra i neonati figli di madri depresse sono state rilevate maggiore disorganizzazione del sonno e minore reattività agli stimoli, accompagnate da problemi attentivi, di regolazione affettiva e comportamentali durante infanzia e adolescenza; anche i figli di madri ansiose presentano frequentemente difficoltà nella regolazione dello stress, unite a maggiore emotività negativa e sintomi internalizzanti. Sebbene depressione e ansia configurino come disturbi distinti, spesso si manifestano in condizione di comorbidità, per cui la distinzione dei loro effetti non è sempre possibile (Field, 2011, 2017). Da questi dati emerge come il trauma genitoriale e i sintomi ad esso associati possano avere un impatto significativo sullo sviluppo psicosociale dei figli fin dai primi anni di età. Diventa quindi fondamentale l'analisi del modo in cui questi effetti si trasmettono da una generazione alla successiva.

CAPITOLO 2

Meccanismi di trasmissione e fattori di rischio

La trasmissione del trauma intergenerazionale è un fenomeno complesso che coinvolge diverse variabili, e i meccanismi attraverso cui avviene non sono ancora ben consolidati. La letteratura sta esplorando due filoni di ricerca principali: quello relazionale e quello biologico-epigenetico.

2.1 Meccanismi relazionali

Durante i primi mesi e anni di vita il caregiver svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino: è attraverso la relazione che il bambino impara a regolare i propri affetti e a interagire con l'ambiente esterno. Le esperienze precoci di attaccamento vengono interiorizzate dal bambino e vengono codificate nei modelli operativi interni, andando a costituire un prototipo che si attiva quando il bambino si trova a scegliere le strategie di regolazione da mettere in atto e a relazionarsi con gli altri (Schoore & Schoore, 2008). Queste interazioni modificano inoltre a livello strutturale e funzionale lo sviluppo del sistema nervoso centrale e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), responsabile della regolazione dello stress. Prima della maturazione di queste strutture, il bambino dipende in modo significativo dagli scambi affettivi con il caregiver per la regolazione affettiva, ed è solo gradualmente che sviluppa maggiori strategie di autoregolazione (Schoore & Schoore, 2008).

Nel contesto della trasmissione del trauma intergenerazionale, questi processi sembrano essere fortemente influenzati dalla salute mentale del caregiver: è stato osservato che i principali effetti sulla relazione sono dovuti non all'esposizione al conflitto in sé, ma all'impatto che questo ha avuto sul benessere del genitore (Qouta et al., 2021). Diversi studi hanno esaminato l'associazione tra disturbo da stress post traumatico e qualità della relazione diadica e hanno riscontrato che i sintomi di PTSD possono compromettere la capacità del caregiver di rispondere in modo adeguato ai bisogni del bambino (Chasson et al., 2025). Ad esempio, sintomi centrali quali instabilità emotiva e alterazione dei meccanismi di regolazione dell'arousal, possono avere un impatto negativo sulle capacità del caregiver di modulare la regolazione emotiva nei propri figli (Van Ee et al., 2013). Secondo van Ee et al. (2016) genitori traumatizzati potrebbero esibire inoltre comportamenti aggressivi e di ritiro durante l'interazione, rendendosi così inadatti a fornire una base sicura per il bambino, fondamentale per lo sviluppo di un attaccamento sicuro.

L'insorgenza di disturbi mentali a seguito dell'esposizione materna a traumi di guerra può influenzare anche le rappresentazioni materne di attaccamento, a partire dal periodo prenatale. Durante la gravidanza la madre inizia a elaborare delle aspettative sul suo ruolo di genitore e sul futuro bambino, che andranno poi a filtrare le prime interazioni con il neonato. Madri che avevano sviluppato sintomi di PTSD,

depressione e ansia come conseguenza all'esperienza bellica, riportavano un attaccamento prenatale meno intenso, il quale correlava a sua volta con minore disponibilità emotiva nelle interazioni con il bambino alla nascita. Questa relazione era particolarmente significativa quando il supporto sociale ricevuto dalla madre era scarso (Punamäki et al., 2017). Nel periodo post-natale, il PTSD sembrava essere associato a rappresentazioni di caregiving spaventanti (Isosävi et al., 2020) e sembrava modulare l'associazione tra rappresentazioni genitoriali di attaccamento e sensibilità nella relazione con il bambino, aumentando il rischio di comportamenti di parenting poco sensibile in genitori con attaccamento insicuro (Van Ee et al., 2017). Particolarmente rilevanti per la sensibilità genitoriale sembrano essere gli episodi di dissociazione che possono essere frequenti in madri che riportano un elevato tasso di sintomi di PTSD. Nelle interazioni con il bambino, queste madri risultavano essere meno emotivamente disponibili e sintonizzate e mettevano in atto comportamenti di parenting classificati come "insensibili", "ostili" e "destrutturanti" (Van Ee et al., 2012). Dozio et al. (2020) hanno riscontrato che i fenomeni di dissociazione sembrano essere significativi soprattutto quando la madre si trova costretta a rivivere il trauma attraverso esperienze o ricordi legati all'evento scatenante. La microanalisi delle interazioni nelle diadi madre-bambino in questo studio ha rilevato che, quando alla madre veniva chiesto di rievocare l'esperienza traumatica, la qualità della relazione cambiava e sembrava venire meno la capacità di sintonizzarsi con il bambino. In questi momenti la madre mostrava segnali di indisponibilità emotiva attraverso comportamenti non verbali, quali lo sguardo assente e la diminuzione del contatto fisico, a cui il bambino rispondeva mettendo in atto comportamenti di autostimolazione e aumento della suzione, indici di meccanismi precoci di coping. Poiché a causa dell'età i bambini non avevano accesso alle rappresentazioni verbali evocate dal racconto materno, è stato ipotizzato che le risposte comportamentali fossero legate alla rilevazione del cambiamento materno a livello non verbale: ciò che portava a comportamenti autoregolativi era l'improvvisa mancanza di risposta ai propri bisogni da parte della madre.

Durante i primi anni di vita infatti la maggior parte della comunicazione e della regolazione emotiva avvengono attraverso scambi pre-verbali (Schore & Schore, 2008) per cui in questa fase il trauma genitoriale può essere trasmesso attraverso questi processi. Alcuni dei comportamenti fisiologici che permettono al bambino di esprimere i propri bisogni e il proprio stato d'animo, come il pianto, in madri traumatizzate possono agire come trigger per la riattivazione dell'esperienza traumatica, provocando una risposta emotiva negativa (Lahti et al., 2019). Non sempre però l'emergere di queste emozioni negative si traduce in comportamenti disfunzionali. In un campione di madri e neonati palestinesi, Lahti et al. (2019) hanno riscontrato che madri che erano state esposte a eventi stressanti prima della nascita

del bambino sembravano rispondere in modo attivo e positivo alle richieste espresse attraverso il pianto, nonostante questo sembrasse evocare il ricordo traumatico. Secondo gli autori questo potrebbe essere legato ad un maggiore stato di allerta nei confronti dei bisogni del bambino, il quale potrebbe essere a sua volta condizionato dallo stress materno e richiedere un intervento più rapido e puntuale.

La maggior parte degli studi su questo tema riguarda la relazione della madre con il bambino, poiché è ancora spesso considerata il caregiver primario, sono pochi invece gli studi che attenzionano il ruolo dei padri. In uno studio con famiglie rifugiate e richiedenti asilo provenienti da diversi Paesi, van Ee et al. (2013) hanno trovato che l'effetto dei sintomi di PTSD legati al trauma di guerra sulla qualità dell'interazione tra padre e bambino era equivalente a quello riscontrato con le madri, mentre risultava minore il coinvolgimento paterno a livello quantitativo. Nel descrivere il rapporto con i propri figli, questi padri presentavano la relazione come positiva, ma riportavano difficoltà nella gestione di comportamenti aggressivi o eccessivamente rumorosi ed elevata preoccupazione nei confronti del futuro dei bambini. L'effetto che lo stress paterno aveva sull'interazione sembrava essere tuttavia modulato dalla possibilità di ritirarsi dalla relazione nel momento di peggioramento dei sintomi, il che potrebbe permettere alla relazione padre-bambino di essere qualitativamente equiparabile a quella con la madre, nonostante il tempo passato assieme dalla diade risulti essere minore.

2.2 Meccanismi epigenetici e biologici

Negli anni Novanta è emersa l'ipotesi di un possibile coinvolgimento genetico nella trasmissione del trauma intergenerazionale. Sono stati trovati diversi correlati biologici legati allo stress, ma i meccanismi attraverso cui avviene la trasmissione da una generazione all'altra non sono ancora ben definiti e la ricerca è in via di espansione (Bowers & Yehuda, 2016). La letteratura si concentra principalmente sull'effetto dell'esposizione ad eventi stressanti durante la gravidanza, mentre l'impatto che il trauma vissuto dai genitori prima del concepimento può avere a livello biologico, in particolare sui gameti, è ancora poco esplorato. È stato riscontrato che le esperienze traumatiche e lo stress ad esse correlato non modificano direttamente il codice genetico, ma portano a cambiamenti nell'espressione di alcuni geni. I meccanismi attraverso i quali l'espressione genica cambia ma la sequenza di DNA sottostante rimane inalterata sono detti epigenetici. I meccanismi epigenetici principali riguardano la metilazione del DNA e l'acetilazione e deacetilazione degli istoni (Bolouki, 2024). La metilazione è il processo maggiormente analizzato in relazione al trauma intergenerazionale e, nei mammiferi, consiste nell'aggiunta di un gruppo metile alla citosina in specifiche regioni del DNA, spesso a livello del

promotore di un gene. L'aggiunta del gruppo metile può provocare la repressione del gene e una conseguente minore produzione delle proteine da esso codificate (Moore et al., 2013). Diversi studi hanno esplorato i livelli di metilazione di alcuni geni target nelle cellule del sangue materno e fetale e del tessuto placentale (Kertes et al., 2016, 2017; Rodney & Mulligan, 2014).

Durante lo sviluppo prenatale la placenta svolge un ruolo fondamentale nella regolazione dell'ambiente intrauterino. In condizioni normali, questo organo protegge il feto dall'esposizione allo stress materno, trasformando la maggior parte del cortisolo in cortisone, la sua forma inattiva. Tuttavia, è stato ipotizzato che se la madre si trova a dover fronteggiare una situazione di stress intenso e prolungato, l'efficacia di questo meccanismo può diminuire e una quantità maggiore di cortisolo può raggiungere il feto. La costituzione di un ambiente intrauterino stressante può riprogrammare lo sviluppo del feto, apportando modifiche nell'espressione di alcuni geni legati alla regolazione dello stress, che possono diventare disadattive dopo la nascita (Bolouki, 2024; Kertes et al., 2016). Diversi studi hanno rilevato una correlazione tra il trauma di guerra materno e la metilazione nel neonato di NR3C1, un gene che codifica per i recettori dei glucocorticoidi e regola il funzionamento dell'asse HPA attraverso feedback negativo. La metilazione del promotore di questo gene porta alla diminuzione della produzione dei recettori sensibili al cortisolo, bloccando l'arrivo del segnale di stop all'asse che ne continua la produzione (Bolouki, 2024; Rodney & Mulligan, 2014). Kertes et al. (2016) hanno ampliato questi risultati analizzando l'impatto del trauma di guerra e dello stress cronico sulla metilazione non solo di NR3C1, ma anche di altri tre geni che regolano il funzionamento dell'asse HPA in un campione di diadi madre-neonato provenienti dalla Repubblica Democratica del Congo. In particolare, lo studio ha preso in esame CRH e CRHBP, che innescano l'attivazione iniziale dell'asse, e FKBP5, che, insieme a NR3C1, regola la risposta allo stress nei vari tessuti. È stata trovata un'alterazione dei pattern di metilazione di tutti e quattro i geni nelle cellule del sangue materno e della placenta, e di NR3C1 e CRH nel bambino. Questi effetti risultavano maggiormente significativi per il trauma di guerra, rispetto allo stress cronico, il che potrebbe essere legato alla natura particolarmente imprevedibile e incontrollabile dei conflitti. La metilazione di alcuni siti specifici in questi geni era fortemente correlata con il peso alla nascita del bambino, un indicatore di salute generale, che risultava inoltre inversamente correlato allo stress materno e influenzato da fattori quali l'età materna e il livello di istruzione del nucleo familiare (Rodney & Mulligan, 2014). Altri studi hanno riportato effetti significativi dello stress legato all'esperienza bellica materna sulla metilazione di alcuni geni chiave per lo sviluppo neuronale e per la plasticità sinaptica, quali BDNF (Kertes et al., 2017) e BCAT1 (Quinn et al., 2023).

Quinn et al. (2023) hanno inoltre osservato che i pattern di metilazione nei neonati figli di madri esposte a trauma di guerra indicavano un'accelerazione dell'età epigenetica, che poteva rendere questi bambini maggiormente vulnerabili sia dal punto di vista biologico che psicologico.

La maggior parte della ricerca si concentra sugli effetti biologici osservabili alla nascita, tuttavia l'impatto del trauma bellico materno può essere misurato anche durante la prima infanzia e l'età prescolare. Un indicatore che permette di quantificare i livelli di stress è la concentrazione di cortisolo nei capelli (HCC). In un campione di rifugiati provenienti da Siria e Iraq, Lembecke et al. (2019) hanno riscontrato che i sintomi materni di PTSD legati alla guerra e alla migrazione forzata correlavano positivamente e in modo significativo con la concentrazione di cortisolo nei capelli dei bambini. Sebbene la maggior parte dei bambini in questo studio avesse vissuto la migrazione in prima persona, questa associazione era equivalente nei bambini nati dopo il ricollocamento, e anche le differenze nei sintomi da stress post traumatico nei due gruppi non risultava significativa. Questi risultati dimostrano l'impatto che l'esposizione indiretta al trauma materno può avere sul benessere del bambino e sulla regolazione dell'asse HPA.

2.3. Fattori di rischio che aumentano la vulnerabilità al trauma intergenerazionale

La possibilità di trasmissione del trauma bellico intergenerazionale è legata a diversi fattori di rischio che aumentano la probabilità del bambino di sviluppare a sua volta dei sintomi. In linea con quanto emerso negli studi che analizzano i potenziali meccanismi di trasmissione del trauma, uno dei principali fattori di rischio è legato alla salute mentale dei genitori, e in particolare al disturbo da stress post traumatico, che interferisce con le funzioni genitoriali di cura e aumenta la vulnerabilità del bambino. In tal senso, Lembecke et al. (2019) hanno rilevato un rischio di insorgenza di sintomi di stress post traumatico maggiore in figli di madri che hanno vissuto un evento traumatico e soffrivano di PTSD.

Molte delle persone costrette a lasciare il proprio Paese a causa della guerra si trovano a dover vivere dopo il ricollocamento con lo status di rifugiati o richiedenti asilo. La condizione di richiesta d'asilo è particolarmente instabile ed espone la persona ad insicurezza cronica, aumentando ulteriormente il suo livello di stress. A questo si accompagnano condizioni di lavoro precarie e di conseguenza basso status socioeconomico (Van Ee et al., 2013), che è stato associato a rappresentazioni di caregiving "non disponibile" e a difficoltà materna di soddisfare i bisogni del bambino (Isosävi et al., 2017, 2020). Questi fattori contestuali aggravano la quantità di stress a cui il nucleo familiare è esposto e creano un ambiente instabile

per lo sviluppo del bambino. A questo si aggiunge la difficoltà all'accesso ai servizi sanitari e al sistema di istruzione. In un campione di rifugiati siriani in Turchia e Siria, Ünver et al.(2021) hanno riscontrato livelli molto bassi di istruzione formale prescolare. Il mancato inserimento dei bambini in programmi di educazione prescolare può aggravare la loro vulnerabilità al trauma genitoriale, poiché li priva di un ambiente di supporto cruciale per il loro sviluppo in particolare in condizioni di precarietà familiare.

Il trauma intergenerazionale coinvolge un insieme complesso di fattori relazionali, biologici e contestuali. Per diminuirne l'impatto sulla salute del bambino è importante andare ad analizzare anche i fattori protettivi e le strategie di intervento che possono aiutare ad interrompere il ciclo di trasmissione.

CAPITOLO 3

Fattori di protezione e strategie di intervento

3.1. Fattori di protezione e promozione della resilienza

Nonostante il trauma genitoriale possa esporre i bambini a maggiore vulnerabilità a livello psicopatologico, non tutti i bambini sviluppano a loro volta dei sintomi. Sono stati infatti individuati diversi fattori di protezione che possono agire da buffer per la trasmissione del trauma intergenerazionale e promuovere la resilienza. La resilienza è una risposta adattiva che segue un'esperienza traumatica e consiste nella capacità di reagire di fronte a eventi stressanti e riorganizzare in modo positivo la propria vita (APA, 2018). Nel contesto del trauma intergenerazionale, risulta particolarmente rilevante la resilienza genitoriale, che può essere definita come l'abilità del caregiver di fornire delle cure adeguate a sostegno dello sviluppo del bambino nonostante i propri vissuti traumatici e le avversità contestuali (Gavidia-Payne et al. 2015, citato in Sim et al., 2019).

In continuità con quanto discusso nel capitolo precedente, le rappresentazioni genitoriali di attaccamento sembrano ricoprire un ruolo significativo nella trasmissione del trauma, andando ad influenzare la relazione tra caregiver e bambino. In questo quadro, la presenza di uno stile di attaccamento sicuro si configura come un importante fattore di protezione che risulta associato a maggiore sensibilità genitoriale nelle interazioni tra genitore e bambino (Van Ee et al., 2017). Un caso studio su un campione di rifugiati in Belgio (De Haene et al., 2010) ha riscontrato ad esempio che, nonostante l'esposizione cronica ad eventi traumatici, alcuni genitori riuscivano a costruire narrative coerenti nell'Adult Attachment Interview (AAI). Questa capacità era legata alla creazione da parte dei loro caregiver di un senso di sicurezza e di speranza per il futuro a discapito del contesto di guerra, che erano state interiorizzate dal genitore e lo predisponavano a porsi a sua volta come base sicura nei confronti dei propri figli. In alcuni casi, lo stesso ruolo di genitore sembra avere un'azione protettiva nei confronti della guerra: la necessità di fornire cura e protezione ai propri figli sembra favorire la resilienza nei genitori sia in contesti di guerra che di ricollocamento (Bulford et al., 2022; Lahti et al., 2019). Qouta et al. (2021) suggeriscono che a seguito dell'esposizione al trauma bellico, alcune madri possono intensificare comportamenti di accudimento e promuovere interazioni diadiche positive, che possono avere un effetto protettivo sulla salute mentale e sullo sviluppo del bambino. Questi risultati sono stati osservati in madri che non presentavano livelli clinicamente rilevanti di sintomatologia patologica e sembravano essere correlati alla volontà materna di compensare gli effetti che un ambiente altamente stressante poteva avere sul bambino.

Un altro importante fattore associato alla resilienza è il supporto sociale. Sim et al. (2019) hanno riscontrato un'associazione significativa tra supporto sociale percepito e resilienza sia a livello psicologico che genitoriale in madri siriane rifugiate in Libano. Nonostante l'elevata esposizione ad eventi traumatici legati all'esperienza di guerra e migrazione forzata, le madri che riportavano un più alto tasso di supporto sociale percepito mostravano maggiori indicatori di salute mentale e di pratiche di parenting positive, con minore utilizzo di punizioni severe con i propri figli. Uno studio qualitativo di Bulford et al. (2022) sembra suggerire risultati simili per quanto riguarda padri rifugiati in Australia, che indicavano il supporto sociale ricevuto dal partner e dagli altri membri della famiglia come un'importante risorsa per la gestione dello stress e dell'educazione dei propri figli. In relazione all'educazione dei figli, la letteratura suggerisce che l'adattamento infantile possa essere promosso dalla messa in atto di strategie coerenti con il contesto culturale di crescita (Bornstein, 2013). In uno studio con madri palestinesi e i loro figli (Kankaanpää et al., 2020) è emerso che lo sviluppo cognitivo, linguistico e sensomotorio tendeva ad essere promosso non da un unico obiettivo educativo, orientato all'autonomia o alla relazionalità, ma dall'integrazione di entrambi. Ciò suggerisce che in particolare in ambienti stressanti l'applicazione di strategie solide, coerenti e dotate di significato culturale, sia maggiormente determinante per la salute del bambino, rispetto a singoli obiettivi educativi.

Al di fuori della sfera familiare, un importante fattore di supporto alla crescita in contesti di vulnerabilità è la presenza di servizi di educazione e cura nella prima infanzia (ECEC). Questi programmi possono favorire l'accesso ad un ambiente ben strutturato e supportivo, in cui, attraverso la relazione con gli educatori, il bambino può sperimentare interazioni positive mirate ad aiutarlo nella regolazione emotiva (Stevens et al., 2023). Nonostante il ruolo protettivo di questi servizi sia stato analizzato principalmente con bambini rifugiati, l'ECEC potrebbe essere un importante fattore di resilienza anche per i figli di rifugiati, che potrebbero a loro volta beneficiare di un modello relazionale sensibile, in grado di compensare in parte alle possibili difficoltà genitoriali derivate dal trauma legato a guerra e migrazione. Oltre ai servizi legati all'istruzione del bambino, risulta importante l'accesso ai servizi sanitari che possono sostenere il genitore nella crescita dei propri figli (Bulford et al., 2022). Inoltre un contesto supportivo di accoglienza che garantisce un senso di sicurezza ai genitori può mitigare gli effetti delle esperienze traumatiche pregresse e promuovere le risorse familiari (De Haene et al., 2010).

3.2. Post traumatic growth

In alcuni casi il processamento del trauma può non solo aiutare la persona a riadattarsi alle nuove condizioni di vita, ma può anche favorire un miglioramento in diverse aree, promuovendo processi di crescita post-traumatica. La crescita post-traumatica (*Post Traumatic Growth*, PTG) è definita come “l’esperienza soggettiva di cambiamenti psicologici positivi riportati da un individuo a seguito dell’esposizione ad un evento traumatico” (Zoellner & Maercker, 2006). Comprende cinque principali dimensioni: maggiore apprezzamento per la vita e cambiamento delle priorità, miglioramento dell’aspetto relazionale con lo sviluppo di relazioni più intime e significative, maggiore forza personale, riconoscimento di nuove possibilità e percorsi di vita e cambiamento nella spiritualità, anche in persone che precedentemente non si consideravano religiose (Tedeschi & Calhoun, 2004). Sebbene la PTG sia associata ad un cambiamento positivo a livello psicologico, il suo legame con il PTSD non è ancora ben definito, e può coesistere con PTSD e altre forme di disturbo o disagio correlate al trauma (Pop et al., 2025; Tedeschi & Calhoun, 2004; Wen et al., 2020).

Nonostante la letteratura che ne esamina il ruolo sulla trasmissione intergenerazionale del trauma nei bambini sia ancora limitata, da uno studio in Palestina (Diab et al., 2018) emerge un effetto protettivo della crescita post-traumatica sulla salute mentale materna. Benché non siano state trovate relazioni dirette con lo sviluppo del bambino, gli autori ipotizzano che, mediando l’impatto del trauma sulla salute mentale materna, la PTG potrebbe anche potenziare la sensibilità genitoriale e la capacità di sintonizzarsi con i bisogni del bambino. Inoltre, è stata riscontrata un’associazione tra cognizioni post-traumatiche positive materne e regolazione dello stress nei figli. Le cognizioni post-traumatiche positive fanno riferimento alla rielaborazione dell’esperienza traumatica che porta la persona a dare un senso al suo vissuto e a sperimentare maggiore senso di agentività e di controllo. Entrambi gli effetti protettivi risultavano giocare un ruolo significativo solo quando le madri erano state esposte ad alti livelli di trauma di guerra.

La crescita post-traumatica sembra essere favorita da diversi fattori, tra cui caratteristiche temperamentali, elaborazione cognitiva del trauma, supporto sociale ed età giovanile che sembra essere correlata con migliore accettazione del cambiamento (Tedeschi & Calhoun, 2004; Wen et al., 2020). Tuttavia, emerge la necessità di approfondire i meccanismi attraverso cui il caregiver è in grado di sviluppare questi adattamenti positivi al trauma, e come questi riescano poi a sostenere lo sviluppo del bambino.

3.3 Strategie di intervento: focus sugli interventi familiari

Dall'analisi dei meccanismi di trasmissione e dei fattori di rischio e di protezione emerge la necessità di supportare le famiglie a rischio al fine di prevenire la trasmissione del trauma e supportare la crescita post-traumatica. Nonostante ciò, si rilevano diverse criticità che possono precludere la possibilità di intervenire precocemente. Le difficoltà concernono sia l'accesso ai servizi di salute mentale, che la capacità delle istituzioni e dei professionisti di rispondere alle problematiche legate al trauma intergenerazionale in modo adeguato.

L'ingresso nel sistema di cura può essere ostacolato da barriere socio-economiche. Condizioni quali povertà, precarietà abitativa e vulnerabilità legata alle politiche migratorie del Paese ospitante possono complicare la disponibilità delle famiglie di impegnarsi in percorsi di cura costanti e continuativi (Fortuna et al., 2022). Queste inequità strutturali possono essere fonte di ulteriore traumatizzazione e contribuire al persistere del trauma ostacolando una risposta sistemica efficace (Fortuna et al., 2022; Isobel et al., 2021). Nonostante l'impatto sulla salute mentale delle famiglie, spesso questi fattori non vengono adeguatamente considerati nei servizi, che si focalizzano sull'esperienza individuale senza considerare il ruolo del contesto sociale e culturale (Fortuna et al., 2022; Isobel et al., 2021). Gran parte degli interventi infatti riguarda il singolo individuo e la cura del sintomo, mentre il trauma intergenerazionale richiede un approccio multisistemico, che includa elementi familiari e sociali e consideri oppressioni e discriminazioni istituzionali (Fortuna et al., 2022; Isobel et al., 2019, 2021). L'individuazione delle famiglie a rischio risulta ulteriormente compromessa dalle criticità che riguardano la definizione di "trauma": non tutte le persone riconoscono le proprie esperienze come traumatiche e sono consapevoli dell'impatto che esse hanno sulla propria salute mentale, e il termine trauma può essere percepito come stigmatizzante (Isobel et al., 2019, 2021). Spesso infatti l'accesso ai servizi avviene per sintomi apparentemente non correlati al trauma, rendendone difficile l'identificazione precoce (Isobel et al., 2021). Per questo motivo è importante che tutti i professionisti sanitari adottino un approccio *trauma informed*, in modo da riconoscere il trauma nei pazienti e indirizzarli a servizi di supporto (Isobel et al., 2019). Dalla letteratura emerge inoltre una mancanza di coerenza concettuale, con l'uso intercambiabile di termini che fanno riferimento a concetti simili ma con connotati differenti (es. trauma intergenerazionale, trauma secondario, trauma storico...) (Chou & Buchanan, 2021; Isobel et al., 2019). Questa frammentazione impedisce la creazione di una cornice teorica unitaria sia per quanto riguarda la trasmissione che gli interventi per interrompere il ciclo del trauma (Isobel et al., 2021). A ciò si aggiunge l'assenza di una formazione specifica dei professionisti: uno studio qualitativo con psichiatri australiani (Isobel et al., 2021) ha rilevato che sebbene nella pratica clinica gli

psichiatri solitamente riescano a riconoscere il trauma, essi hanno difficoltà ad intervenire in modo efficace e inviano i pazienti a strutture esterne per fornire loro supporto. Anche quando vengono individuate delle possibili strategie di intervento, la loro implementazione risulta difficile in contesti pubblici, a causa della scarsità di risorse, che portano a prediligere interventi brevi e a focalizzarsi sulle urgenze a discapito della prevenzione (Isobel et al., 2021). Un'ulteriore criticità è legata alla possibile ritraumatizzazione all'interno dei sistemi di cura (Fortuna et al., 2022; Isobel et al., 2021). Le dinamiche di potere all'interno delle istituzioni e pratiche come ospedalizzazione forzata e trattamenti inappropriati possono invalidare il vissuto traumatico e risultare a loro volta traumatici per i pazienti (Isobel et al., 2021).

Emerge quindi la necessità di un approccio diverso rispetto a quanto finora messo in atto nelle organizzazioni per supportare le persone con vissuti traumatici. Data l'importanza della componente culturale nel trauma intergenerazionale e il rischio della perdita della propria identità culturale a seguito della migrazione forzata, diversi autori suggeriscono l'importanza di includere nelle strategie di intervento pratiche culturali e spirituali e figure di riferimento delle comunità di appartenenza delle famiglie (Fortuna et al., 2022; Isobel et al., 2019). Risulta inoltre fondamentale la messa in atto di interventi precoci per scongiurare la trasmissione del trauma e lo sviluppo di psicopatologie (Vynnytska et al., 2025). È necessario occuparsi primariamente della sicurezza dei pazienti, prerequisito per l'implementazione degli interventi, e, in particolare in contesti umanitari, agire sui bisogni della popolazione (Isobel et al., 2019; Vynnytska et al., 2025). La letteratura sembra concordare sulla prevenzione in quanto intervento di elezione per il trauma intergenerazionale, con l'implementazione di interventi che vadano a combinare la salute genitoriale e le relazioni di attaccamento tra genitore e bambino (Isobel et al., 2019, 2021).

Nonostante le criticità emerse, in linea con il ruolo centrale della salute mentale genitoriale e della relazione tra caregiver e bambino nella trasmissione del trauma intergenerazionale, sono stati progettati diversi interventi volti a sostenere il genitore e a promuovere strategie di parenting positive con lo scopo di minimizzare i possibili effetti del trauma sui bambini. Gli interventi presi in esame hanno come target l'unità familiare e sono implementati in contesti di gruppo. I vari studi (Miller, Koppenol-Gonzalez, et al., 2020; Mooren et al., 2023; Mooren & Bala, 2020; Ponguta et al., 2020; Stewart et al., 2015) sembrano suggerire diversi vantaggi nell'utilizzo di questo tipo di setting, tra cui l'efficacia di questi programmi nel fornire una rete di supporto sociale alle famiglie. Coerentemente con quanto emerso nell'analisi dei fattori di protezione, la possibilità di condividere le proprie esperienze con persone con vissuti simili può favorire il superamento della condizione di isolamento sociale che spesso caratterizza le famiglie rifugiate e che può gravare ulteriormente sulla salute mentale genitoriale.

Data l'importanza del supporto sociale come fattore protettivo nei confronti degli effetti del trauma, sono stati ideati dei programmi specifici volti a potenziarlo direttamente, come l'intervento *I am not alone*. Il programma è stato valutato da uno studio pilota (Stewart et al., 2015) che coinvolgeva genitori rifugiati con figli tra i 4 mesi e i 5 anni nati in Canada. L'intervento consisteva in incontri bi-settimanali nel corso di sette mesi in gruppi divisi per genere e per nazionalità, guidati da mentori che avevano a loro volta vissuti di migrazione. Nonostante non siano stati rilevati risultati quantitativi statisticamente rilevanti, l'indagine qualitativa ha riscontrato diversi benefici. I genitori riportavano un incremento nel supporto sociale percepito e nella conoscenza dei servizi offerti dalla comunità a sostegno delle famiglie, e migliore gestione dei rapporti familiari e dello stress genitoriale, legata all'opportunità di condivisione delle strategie di coping tra i partecipanti.

Oltre agli interventi focalizzati sul supporto sociale, la letteratura individua diversi programmi preventivi rivolti a genitori rifugiati che mirano a migliorare la salute mentale del caregiver e a supportare la genitorialità. In questa cornice si inserisce il *Caregiver Support Intervention* (CSI) (Miller et al., 2023; Miller, Ghalayini, et al., 2020; Miller, Koppenol-Gonzalez, et al., 2020) che ha come target caregiver con vissuti di guerra e migrazione forzata e si propone di agire sulle capacità e il benessere genitoriale. Si compone di due parti: la prima centrata sul genitore e sulle strategie di coping, con l'inclusione di esercizi mirati a riconoscere i pattern di pensiero che portano all'attivazione di una risposta legata allo stress e a reindirizzare l'attenzione su altre attività di rilassamento; e la seconda concentrata sulla promozione di strategie di parenting positive. Uno studio su rifugiati siriani in Libano (Miller et al., 2023) ha riscontrato che, comparati ad un gruppo di controllo, i genitori che avevano partecipato al CSI mostravano una riduzione delle pratiche educative severe e del distress, che si manifestavano non solo al termine dell'intervento ma anche al follow up avvenuto dopo tre mesi. Non sono stati invece rilevati significativi cambiamenti nella gestione dello stress, il che potrebbe essere legato all'incapacità di fornire strategie in grado di mitigare il costante stress dovuto sia allo status di rifugiato che alla pandemia COVID-19 che è scoppiata durante lo studio. L'intervento, così come lo studio pilota di fattibilità che lo ha preceduto (Miller, Koppenol-Gonzalez, et al., 2020) si sono mostrati particolarmente efficaci nel favorire la partecipazione dei caregiver maschili, attraverso l'adozione di aggiustamenti suggeriti dai partecipanti maschili ai precedenti studi pilota. In particolare da parte di alcuni partecipanti è emersa l'importanza di coinvolgere entrambi i caregiver per promuovere un cambiamento duraturo e evitare il possibile sviluppo di resistenza al cambiamento delle strategie genitoriali nel genitore che non partecipa all'intervento (Miller, Ghalayini, et al., 2020). In accordo con l'esigenza di coinvolgere anche i padri nei programmi genitoriali, Lakkis et al. (2020) hanno proposto un intervento pilota con rifugiati siriani volto a sostenere i genitori e a

migliorare le interazioni con il bambino. A differenza del CSI che coinvolgeva caregiver con figli che rientravano in una fascia d'età più ampia (3-13 anni), questo intervento era maggiormente focalizzato sull'età prescolare e ha rilevato cambiamenti particolarmente significativi nei genitori di bambini da 3 a 6 anni.

Parallelamente ai programmi che prevedono esclusivamente la partecipazione dei genitori, ne sono stati implementati altri che coinvolgono diadi madre-bambino. Tra questi *First Steps* (Lebiger-Vogel et al., 2020; Lebiger-Vogel et al., 2022), che pur mantenendo il setting di gruppo, si distingue dai precedenti per l'orientamento teorico psicoanalitico. Il programma consisteva in incontri settimanali a sostegno della diade per i primi tre anni di vita del bambino, idealmente fino all'accesso alla scuola dell'infanzia. Le sessioni si focalizzavano sui bisogni delle singole famiglie e sul supporto alla genitorialità in contesto migratorio. Uno studio longitudinale (Lebiger-Vogel et al., 2022) ha comparato l'efficacia di questo intervento rispetto ad un intervento di durata e intensità simile mediato da operatori non specializzati. Nonostante entrambi i gruppi avessero tratto beneficio degli interventi, i risultati suggeriscono che l'approccio individualizzato di *First Steps* potrebbe risultare maggiormente efficace nel promuovere la sensibilità materna e la responsività del bambino. La lunghezza dello studio, pur potendo rappresentare un punto di forza, rende inoltre difficile la distinzione tra gli effetti dovuti al programma e quelli legati alla maturazione del bambino, le cui capacità comunicative, socioemotive e relazionali evolvono rapidamente durante i primi tre anni. Un altro programma mirato al miglioramento delle strategie genitoriali e alla promozione dello sviluppo del bambino è il *Mother Child Education Program* (MOCEP), che è stato implementato con famiglie di rifugiati palestinesi e famiglie a basso reddito in Libano (Ponguta et al., 2020). L'intervento era rivolto a diadi madre-bambino e prevedeva un gruppo di supporto per le madri e un programma di training volto a fornire delle tecniche efficaci per promuovere lo sviluppo del bambino. Le madri che avevano preso parte all'intervento mostravano un minore livello di distress e stress legato alla genitorialità e una diminuzione nell'utilizzo di pratiche disciplinari severe. Il cambiamento nei comportamenti genitoriali sembrava emergere anche dall'osservazione diretta dell'interazione diadica, sebbene il campione risultasse troppo piccolo per garantire l'affidabilità statistica. Nonostante gli effetti positivi sul benessere materno e sulla genitorialità, non sono stati osservati miglioramenti significativi sui bambini e, data la natura dello studio, non è possibile prevedere se eventuali benefici possano manifestarsi negli anni successivi.

In contesti ad alto rischio, emerge la necessità di combinare programmi volti a promuovere il benessere psicosociale della diade al sostegno della soddisfazione dei bisogni primari. Un intervento di questo tipo è stato implementato in Uganda con madri sfollate all'interno del Paese e i loro figli di età compresa tra i 6 mesi e i 2,5

anni (Morris et al., 2012). L'intervento prevedeva la partecipazione ad un programma psicoeducativo somministrato in un setting di gruppo, a supporto dello sviluppo del bambino e del miglioramento dell'interazione diadica, e alcune visite domiciliari in cui le madri potevano testare quanto imparato e ricevere supporto nutrizionale per i propri figli. A differenza delle diadi a cui era stato offerto solamente il programma nutrizionale, le madri che avevano partecipato all'intervento psicosociale mostravano maggiore responsività e coinvolgimento nelle interazioni diadiche, migliore qualità del gioco e minore preoccupazione legata alla genitorialità. Anche se idealmente programmi più lunghi tendono a generare cambiamenti più duraturi, questo intervento appare significativo per diadi che si trovano in condizione di sfollamento in cui le condizioni di vita precarie non consentono un impegno a lungo termine. Tuttavia, a causa del contesto umanitario in cui è stato somministrato l'intervento e dei limiti etici e materiali che ne derivano, non è stato possibile rispettare i criteri di randomizzazione e cecità completa, di conseguenza risulta necessario lo sviluppo di ulteriori studi con metodi statistici più rigorosi.

In linea generale, dal punto di vista metodologico emergono numerose criticità nei diversi programmi analizzati. Essendo la ricerca sulla prevenzione del trauma intergenerazionale un campo ancora in via di sviluppo, sono molteplici gli studi pilota con campioni ristretti che necessitano di ulteriori approfondimenti, e il tasso di drop-out è spesso elevato a causa della precarietà delle condizioni di vita delle famiglie rifugiate (Lakkis et al., 2020; Lebiger-Vogel et al., 2022; Ponguta et al., 2020; Stewart et al., 2015). Il limitato numero di partecipanti che riescono a completare l'intervento e la valutazione successiva, rende difficile la generalizzabilità dei risultati a livello di popolazione (Gillespie et al., 2022). Inoltre, può essere complesso valutare la replicabilità dei singoli protocolli a causa dell'eterogeneità dei contesti di somministrazione e dei campioni. Dalla letteratura emerge la necessità di progettare programmi flessibili, adattabili a diversi contesti e culturalmente sensibili. L'attenzione alla cultura di riferimento risulta cruciale nella buona riuscita degli interventi, in quanto aumenta la partecipazione e l'adesione delle famiglie e promuove cambiamenti più duraturi. Le pratiche culturali hanno infatti un'influenza cruciale sulla salute mentale del caregiver e sulla scelta delle strategie di parenting da adottare. Poiché molti strumenti di misurazione sono stati sviluppati in contesto occidentale, risulta fondamentale la loro validazione con popolazioni con background differenti e l'utilizzo di strumenti specifici che integrino concetti culturalmente significativi per il target dell'intervento (Miller et al., 2023; Miller, Ghalayini, et al., 2020; Miller, Koppenol-Gonzalez, et al., 2020). Un'ulteriore criticità riscontrata nella valutazione dell'efficacia di alcuni interventi è l'impiego di questionari self-report per misurare il miglioramento della relazione caregiver-bambino. L'utilizzo di osservazioni dirette delle interazioni diadiche (Ponguta et al., 2020), impiegate ad esempio in *First Steps* (Lebiger-Vogel et al., 2022) e MOCEP

(Ponguta et al., 2020), potrebbe favorire il superamento dei bias legati alla desiderabilità sociale che possono emergere in questo tipo di questionari. In linea con la difficoltà nel garantire l'aderenza al trattamento in contesti di vulnerabilità, sono pochi gli studi longitudinali (*First Steps*, Lebigier-Vogel et al., 2022). Emerge quindi la necessità di ulteriori studi di questo tipo e di follow-up a distanza, al fine di valutare se gli effetti osservati al termine del trattamento permangono nel tempo.

Inoltre, pur agendo con famiglie rifugiate ad alto rischio e apportando miglioramenti al benessere genitoriale, gli interventi non riguardavano in modo specifico i disturbi clinici che possono emergere a seguito del trauma. In questo contesto si inserisce la terapia multi-familiare (*Multi-Family Therapy*, MFT), che si configura non come un singolo intervento ma come un approccio terapeutico sistemico, proposto a nuclei familiari con esperienze traumatiche simili. Questo approccio è frequentemente utilizzato nei Paesi Bassi con famiglie di rifugiati culturalmente eterogenee in cui almeno uno dei membri presenta sintomi di PTSD o di altri disturbi clinici legati al vissuto traumatico. Seppure la pratica clinica suggerisca un effetto positivo sulla riduzione della trasmissione del trauma intergenerazionale attraverso meccanismi di mentalizzazione, regolazione delle emozioni e dello stress, e empowerment, l'analisi dell'efficacia di questo approccio risulta ancora esplorativa ed è necessaria l'implementazione di interventi specifici che possano valutare a livello statistico la MFT per famiglie di rifugiati con bambini nella prima e seconda infanzia (Mooren et al., 2023; Mooren & Bala, 2020).

Nel complesso, nonostante i diversi limiti individuati, dall'analisi dei programmi emergono risultati promettenti riguardanti la possibilità di migliorare la salute del caregiver e le pratiche genitoriali in famiglie ad alto rischio. L'implementazione di interventi in setting gruppali è risultata significativa non solo per la promozione del supporto sociale, ma anche per l'empowerment nei genitori, per la riduzione dello stigma associato all'accesso ai servizi, e per il raggiungimento di un ampio numero di famiglie ottimizzando le risorse che spesso, in contesti umanitari, sono scarse. Al fine di massimizzare l'efficacia di questi interventi, la letteratura suggerisce la loro combinazione con interventi individuali focalizzati sull'elaborazione del trauma genitoriale, in particolare per caregiver che presentano sintomi clinici (Mooren & Bala, 2020).

CONCLUSIONI

Il presente elaborato aveva l'obiettivo di analizzare la trasmissione intergenerazionale del trauma bellico al fine di migliorare gli interventi che possono minimizzarne l'impatto sullo sviluppo dei figli di genitori traumatizzati. Dalla letteratura è emersa la natura multidimensionale di questo fenomeno, in cui si intersecano dinamiche individuali, familiari, contestuali e culturali, che possono aumentare la vulnerabilità agli effetti del trauma, o al contrario sostenere la crescita del bambino. Diversi studi hanno rilevato la centralità della qualità delle relazioni precoci nella trasmissione del trauma, che può essere compromessa da esperienze genitoriali traumatiche. Parallelamente, ricerche sul versante epigenetico suggeriscono che il trauma genitoriale possa influenzare lo sviluppo del bambino andando a modificare l'espressione genica in particolare in strutture legate alla regolazione dello stress. Tuttavia, come evidenziato dalla presenza di fattori di protezione, la trasmissione del trauma non è deterministica. L'analisi di questi meccanismi e fattori ha fatto emergere la necessità di intervenire durante i primi mesi e anni di vita del bambino quando la plasticità neurale è massima e i pattern relazionali e di regolazione disfunzionali non si sono ancora consolidati. La prevenzione, basata sul supporto della salute genitoriale e della relazione caregiver-bambino, è stata infatti individuata come trattamento principale per modulare la trasmissione di questo tipo di trauma e può iniziare già durante la gravidanza. La letteratura ha rilevato l'importanza di progettare interventi flessibili e culturalmente sensibili, che sostengano non solo i bisogni psicologici delle famiglie, ma anche i bisogni essenziali. Sono stati discussi diversi interventi familiari di gruppo che hanno ottenuto risultati promettenti, ma sono state rilevate anche diverse criticità che dovrebbero essere considerate nell'implementazione di interventi futuri. Se da un lato emerge la necessità di una visione maggiormente integrata del trauma intergenerazionale per promuoverne l'individuazione e favorire interventi precoci, dall'altra risulta cruciale mantenere uno sguardo clinico attento alle differenze individuali e culturali che caratterizzano i rifugiati, che costituiscono una popolazione fortemente eterogenea. Inoltre, la molteplicità di fattori che possono contribuire alla trasmissione del trauma richiede un approccio che tenga in considerazione non solo i singoli vissuti traumatici, ma anche il contesto di vita attuale, che non deve essere trascurato negli interventi.

Infine, le difficoltà di accesso ai servizi e il rischio di ritraumatizzazione in contesti post-migratori suggeriscono la necessità di un cambiamento nell'approccio al trauma intergenerazionale non solo nella pratica clinica ma anche a livello istituzionale, al fine di fornire un ambiente supportivo in cui il ciclo del trauma può essere interrotto.

Bibliografia:

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2018). Resilience. In *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/resilience>

American Psychological Association. (2023). Intergenerational trauma. In *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/intergenerational-trauma>

Aqtam, I. (2025). A narrative review of mental health and psychosocial impact of the war in Gaza. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 31(2), 89–96. <https://doi.org/10.26719/2025.31.2.89>

Bolouki, A. (2024). Role of Epigenetic Modification in the Intergeneration Transmission of War Trauma. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 39(3), 312–321. <https://doi.org/10.1007/s12291-023-01136-1>

Bornstein, M. H. (2013). Parenting and child mental health: A cross-cultural perspective. *World Psychiatry*, 12(3), 258–265. <https://doi.org/10.1002/wps.20071>

Bosquet Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 487–503. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>

Bowers, M. E., & Yehuda, R. (2016). Intergenerational Transmission of Stress in Humans. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 232–244. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.247>

Bulford, E., Fogarty, A., Giallo, R., Brown, S., Szwarc, J., & Riggs, E. (2022). Risk and Protective Factors Experienced by Fathers of Refugee Background during the Early Years of Parenting: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6940. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116940>

Chasson, M., Ben-Shlomo, S., & Lyons-Ruth, K. (2025). Early Parent–Child Relationship in the Shadow of War-Related Trauma: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380251325222>

Chen, S., Rotenberg, S., & Kuper, H. (2025). Does war moderate the association between mental wellbeing and its predictors among children? A multi-country cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 25(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06795-3>

Chou, F., & Buchanan, M. J. (2021). Intergenerational Trauma: A Scoping Review of Cross-Cultural Applications from 1999 to 2019. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 55(3), 363–395. <https://doi.org/10.47634/cjcp.v55i3.71456>

Crea, T. M. (2016). Refugee higher education: Contextual challenges and implications for program design, delivery, and accompaniment. *International Journal of Educational Development*, 46, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2015.11.005>

Dalgaard, N. T., Todd, B. K., Daniel, S. I. F., & Montgomery, E. (2016). The transmission of trauma in refugee families: Associations between intra-family trauma communication style, children's attachment security and psychosocial adjustment. *Attachment & Human Development*, 18(1), 69–89. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1113305>

De Haene, L., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Adult attachment in the context of refugee traumatisation: The impact of organized violence and forced separation on parental states of mind regarding attachment. *Attachment & Human Development*, 12(3), 249–264. <https://doi.org/10.1080/14616731003759732>

Devakumar, D., Birch, M., Osrin, D., Sondorp, E., & Wells, J. C. (2014). The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Medicine*, 12, 57. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-57>

Diab, S. Y., Isosävi, S., Qouta, S. R., Kuittinen, S., & Punamäki, R.-L. (2018). The protective role of maternal posttraumatic growth and cognitive trauma processing among Palestinian mothers and infants. *Infant Behavior and Development*, 50, 284–299. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.05.008>

Dozio, E., Feldman, M., Bizouerne, C., Drain, E., Laroche Joubert, M., Mansouri, M., Moro, M. R., & Ouss, L. (2020). The transgenerational transmission of trauma: The effects of maternal PTSD in mother-infant interactions. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 480690. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.480690>

El-Khalil, C., Tudor, D. C., & Nedelcea, C. (2025). Impact of intergenerational trauma on second-generation descendants: A systematic review. *BMC Psychology*, 13(1), 668. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03012-4>

Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>

Field, T. (2017). Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development*, 49, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.008>

Fisseha, G., Gebrehiwot, T. G., Gebremichael, M. W., Wahdey, S., Meles, G. G., Gezae, K. E., Legesse, A. Y., Asgedom, A. A., Tsadik, M., Woldemichael, A., Gebreyesus, A., Abebe, H. T., Haile, Y. A., Gezahegn, S., Aregawi, M., Berhane, K. T., Godefay, H., & Mulugeta, A. (2023). War-related sexual and gender-based violence in Tigray, Northern Ethiopia: A community-based study. *BMJ Global Health*, *8*(7), e010270. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010270>

Fortuna, L. R., Tobón, A. L., Anglero, Y. L., Postlethwaite, A., Porche, M. V., & Rothe, E. M. (2022). Focusing on Racial, Historical and Intergenerational Trauma, and Resilience: A Paradigm to Better Serving Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Addressing Systemic Racism and Disparate Mental Health Outcomes for Youth of Color*, *31*(2), 237–250. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.11.004>

Gillen, M., Goodman, A., Danaher, F., Bosson, R., Greenwald, M., & Jasrasaria, R. (2024). Intergenerational Trauma and Resilience among Im/Migrant Families: Child Mental Health Outcomes and Psychosocial Mechanisms of Transmission. *Health*, *16*(10), 888–920. <https://doi.org/10.4236/health.2024.1610063>

Gillespie, S., Banegas, J., Maxwell, J., Chan, A. C. Y., Darawshy, N. A.-S., Wasil, A. R., Marsalis, S., & Gewirtz, A. (2022). Parenting Interventions for Refugees and Forcibly Displaced Families: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *25*(2), 395–412. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00375-z>

Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, *80*, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>

Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *25*(2), 129–141. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000044>

IPC-CH Dashboard | IPC - Integrated Food Security Phase Classification. (n.d.). Retrieved August 20, 2025, from <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/ipc-dashboard/>

Isobel, S., Goodyear, M., Furness, T., & Foster, K. (2019). Preventing intergenerational trauma transmission: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(7–8), 1100–1113. <https://doi.org/10.1111/jocn.14735>

Isobel, S., McCloughen, A., Goodyear, M., & Foster, K. (2021). Intergenerational Trauma and Its Relationship to Mental Health Care: A Qualitative Inquiry. *Community*

Mental Health Journal, 57(4), 631–643. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00698-1>

Isosävi, S., Diab, S. Y., Kangaslampi, S., Qouta, S., Kankaanpää, S., Puura, K., & Punamäki, R. (2017). Maternal trauma affects prenatal mental health and infant stress regulation among Palestinian dyads. *Infant Mental Health Journal*, 38(5), 617–633. <https://doi.org/10.1002/imhj.21658>

Isosävi, S., Diab, S. Y., Qouta, S., Kangaslampi, S., Sled, M., Kankaanpää, S., Puura, K., & Punamäki, R. (2020). Caregiving representations in war conditions: Associations with maternal trauma, mental health, and mother–infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 41(2), 246–263. <https://doi.org/10.1002/imhj.21841>

Jain, N., Prasad, S., Czárth, Z. C., Chodnekar, S. Y., Mohan, S., Savchenko, E., Panag, D. S., Tanasov, A., Betka, M. M., Platos, E., Świątek, D., Krygowska, A. M., Rozani, S., Srivastava, M., Evangelou, K., Gristina, K. L., Bordeniuc, A., Akbari, A. R., Jain, S., ... Reinis, A. (2022). War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319221106625. <https://doi.org/10.1177/21501319221106625>

Kankaanpää, S. L., Isosävi, S., Diab, S. Y., Qouta, S. R., & Punamäki, R.-L. (2020). Trauma and Parenting Beliefs: Exploring the Ethnotheories and Socialization Goals of Palestinian Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2130–2145. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01746-w>

Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., Martsenkovskiy, D., & Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/acps.13529>

Kellermann, N. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 36–46.

Kertes, D. A., Bhatt, S. S., Kamin, H. S., Hughes, D. A., Rodney, N. C., & Mulligan, C. J. (2017). BDNF methylation in mothers and newborns is associated with maternal exposure to war trauma. *Clinical Epigenetics*, 9(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13148-017-0367-x>

Kertes, D. A., Kamin, H. S., Hughes, D. A., Rodney, N. C., Bhatt, S., & Mulligan, C. J. (2016). Prenatal Maternal Stress Predicts Methylation of Genes Regulating the Hypothalamic–Pituitary–Adrenocortical System in Mothers and Newborns in the

Democratic Republic of Congo. *Child Development*, 87(1), 61–72. <https://doi.org/10.1111/cdev.12487>

Kožljan, P., Rezo Bagarić, I., Ajduković, M., Krasić, J., & Sinčić, N. (2025). Impact of traumatic parental experiences with wars on offspring's mental health. *Annual of Social Work*, 31(2), 175–198. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v31i3.525>

Lahti, K., Vänskä, M., Qouta, S. R., Diab, S. Y., Perko, K., & Punamäki, R. (2019). Maternal experience of their infants' crying in the context of war trauma: Determinants and consequences. *Infant Mental Health Journal*, 40(2), 186–203. <https://doi.org/10.1002/imhj.21768>

Lakkis, N. A., Osman, M. H., Aoude, L. C., Maalouf, C. J., Issa, H. G., & Issa, G. M. (2020). A Pilot Intervention to Promote Positive Parenting in Refugees from Syria in Lebanon and Jordan. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 257. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00257>

Lebiger-Vogel, J., Rickmeyer, C., Fritzemeyer, K., Hettich, N., Leuzinger-Bohleber, M., & Meurs, P. (2020). FIRST STEPS: Psychoanalytically based prevention projects for migrant and refugee families in Belgium and Germany. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 17(1), 22–38. <https://doi.org/10.1002/aps.1631>

Lebiger-Vogel, J., Rickmeyer, C., Leuzinger-Bohleber, M., & Meurs, P. (2022). Fostering Emotional Availability in Mother-Child-Dyads With an Immigrant Background: A Randomized-Controlled-Trial on the Effects of the Early Prevention Program First Steps. *Frontiers in Psychology*, 13, 790244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.790244>

Lembecke, H., Buchmüller, T., & Leyendecker, B. (2020). Refugee mother-child dyads' hair cortisol, post-traumatic stress, and affectionate parenting. *Psychoneuroendocrinology*, 111, 104470. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104470>

Miller, K. E., Chen, A., Koppenol-Gonzalez, G. V., Bakolis, I., Arnous, M., Tossyeh, F., El Hassan, A., Saleh, A., Saade, J., Nahas, N., Abboud, M., Jawad, L., & Jordans, M. J. D. (2023). Supporting parenting among Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial of the caregiver support intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 71–82. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13668>

Miller, K. E., Ghalayini, H., Arnous, M., Tossyeh, F., Chen, A., Van Den Broek, M., Koppenol-Gonzalez, G. V., Saade, J., & Jordans, M. J. D. (2020). Strengthening parenting in conflict-affected communities: Development of the Caregiver Support Intervention. *Global Mental Health*, 7, e14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2020.8>

Miller, K. E., Koppenol-Gonzalez, G. V., Arnous, M., Tossyeh, F., Chen, A., Nahas, N., & Jordans, M. J. D. (2020). Supporting Syrian families displaced by armed conflict: A pilot randomized controlled trial of the Caregiver Support Intervention. *Child Abuse & Neglect*, *106*, 104512. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104512>

Moore, L. D., Le, T., & Fan, G. (2013). DNA Methylation and Its Basic Function. *Neuropsychopharmacology*, *38*(1), 23–38. <https://doi.org/10.1038/npp.2012.112>

Mooren, T., & Bala, J. (2020). Mobilizing Resources in Multifamily Groups. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with Refugee Families* (1st ed., pp. 117–131). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.009>

Mooren, T., Van Ee, E., Hein, I., & Bala, J. (2023). Combatting intergenerational effects of psychotrauma with multifamily therapy. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 867305. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867305>

Morris, J., Jones, L., Berrino, A., Jordans, M. J. D., Okema, L., & Crow, C. (2012). Does combining infant stimulation with emergency feeding improve psychosocial outcomes for displaced mothers and babies? A controlled evaluation from Northern Uganda. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*(3), 349–357. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01168.x>

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2025, June 18). UN data shows surge in civilian deaths in conflict globally, highlights pervasive discrimination. OHCHR. Retrieved August 20, 2025, from <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2025/06/un-data-shows-surge-civilian-deaths-conflict-globally-highlights-pervasive>

Ponguta, L. A., Issa, G., Aoudeh, L., Maalouf, C., Hein, S. D., Zonderman, A. L., Katsovich, L., Khoshnood, K., Bick, J., Awar, A., Nourallah, S., Householder, S., Moore, C. C., Salah, R., Britto, P. R., & Leckman, J. F. (2020). Effects of the Mother-Child Education Program on Parenting Stress and Disciplinary Practices Among Refugee and Other Marginalized Communities in Lebanon: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(6), 727–738. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.010>

Pop, V., Williamson, C., Khan, R., Leightley, D., Fear, N. T., & Dyball, D. (2025). Post-traumatic growth in refugees and internally displaced persons worldwide: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *16*(1), 2500885. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2500885>

Punamäki, R.-L., Isosävi, S., Qouta, S. R., Kuittinen, S., & Diab, S. Y. (2017). War trauma and maternal–fetal attachment predicting maternal mental health, infant

development, and dyadic interaction in Palestinian families. *Attachment & Human Development*, 19(5), 463–486. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1330833>

Qouta, S. R., Vänskä, M., Diab, S. Y., & Punamäki, R.-L. (2021). War trauma and infant motor, cognitive, and socioemotional development: Maternal mental health and dyadic interaction as explanatory processes. *Infant Behavior and Development*, 63, 101532. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101532>

Quinn, E. B., Hsiao, C. J., Maisha, F. M., & Mulligan, C. J. (2023). Prenatal maternal stress is associated with site-specific and age acceleration changes in maternal and newborn DNA methylation. *Epigenetics*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/15592294.2023.2222473>

Rodney, N. C., & Mulligan, C. J. (2014). A biocultural study of the effects of maternal stress on mother and newborn health in the Democratic Republic of Congo. *American Journal of Physical Anthropology*, 155(2), 200–209. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22568>

Safeguarding Health in Conflict (SHCC). (2023). Critical Condition: Violence Against Health Care in Conflict 2023. <https://protectaidworkers.org/wp-content/uploads/2024/09/2023-SHCC-Critical-Conditions.pdf>

Sangalang, C. C., & Vang, C. (2017). Intergenerational Trauma in Refugee Families: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 745–754. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0499-7>

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>

Schwerdtfeger, K. L., Larzelere, R. E., Werner, D., Peters, C., & Oliver, M. (2013). Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Role of Parenting Styles on Toddlers' DSM-Related Symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(2), 211–229. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.743941>

Shimelash Yasegnal, A. (2023). War Related Psycho-Social Problems and Mitigating Strategies: A Time of Crisis, A Time to Act. *Illness, Crisis & Loss*, 31(3), 408–425. <https://doi.org/10.1177/10541373211073507>

Sim, A., Bowes, L., & Gardner, F. (2019). The promotive effectss of social support for parental resilience in a refugee context: A cross-sectional study with Syrian mothers in Lebanon. *Prevention Science*, 20, 674–683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>

Sowers, J., & Weinthal, E. (2021). Humanitarian challenges and the targeting of civilian infrastructure in the Yemen war. *International Affairs*, 97(1), 157–177. <https://doi.org/10.1093/ia/iiaa166>

Stevens, K. E., Siraj, I., & Kong, K. (2023). A critical review of the research evidence on early childhood education and care in refugee contexts in low- and middle-income countries. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40723-023-00109-4>

Stewart, M., Makwarimba, E., Letourneau, N. L., Kushner, K. E., Spitzer, D. L., Dennis, C.-L., & Shizha, E. (2015). Impacts of a Support Intervention for Zimbabwean and Sudanese Refugee Parents: “I Am Not Alone.” *Canadian Journal of Nursing Research*, 47(4), 113–140. <https://doi.org/10.1177/084456211504700409>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.” *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

UNHCR (2025, June 12). Global trends. UNHCR. Retrieved August 18, 2025, from <https://www.unhcr.org/global-trends>

United Nations Security Council. (2025, May 15). Protection of civilians in armed conflict: Report of the Secretary General (Report No. S/2025/271). United Nations. <https://docs.un.org/en/S/2025/271>

Ünver, H., Çeri, V., & Perdahlı Fiş, N. (2021). An overview of the mental and physical health status and post-migration psychosocial stressors of refugee toddlers and preschoolers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(4), 335–342. <https://doi.org/10.1111/jcap.12340>

Van Ee, E., Jongmans, M. J., Van Der Aa, N., & Kleber, R. J. (2017). Attachment Representation and Sensitivity: The Moderating Role of Posttraumatic Stress Disorder in a Refugee Sample. *Family Process*, 56(3), 781–792. <https://doi.org/10.1111/famp.12228>

Van Ee, E., Kleber, R. J., & Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent–child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459–468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>

Van Ee, E., Kleber, R. J., Jongmans, M. J., Mooren, T. T. M., & Out, D. (2016). Parental PTSD, adverse parenting and child attachment in a refugee sample. *Attachment & Human Development* 18(3), 273–291. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1148748>

Van Ee, E., Sleijpen, M., Kleber, R. J., & Jongmans, M. J. (2013). Father-Involvement in a Refugee Sample: Relations between Posttraumatic Stress and Caregiving. *Family Process, 52*(4), 723–735. <https://doi.org/10.1111/famp.12045>

Vynnytska, M. O., Roienko, I. V., & Shymanova, O. S. (2025). Timely Mental Health Interventions in the Context of War and Humanitarian Crises as a Factor in Preventing the Long-term Consequences of Individual Trauma and Its Intergenerational Transmission. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 32*(1), 42–58. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2024.71602>

Wen, K., McGrath, M., Acarturk, C., Ilkkursun, Z., Fuhr, D. C., Sondorp, E., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., & Roberts, B. (2020). Post-traumatic growth and its predictors among Syrian refugees in Istanbul: A mental health population survey. *Journal of Migration and Health, 1–2*, 100010. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100010>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>