

Resilience based inclusive interventions for disability and social-emotional disorders (EBD) in childhood and adolescence

Elias Kourkoutas^{}, Roberta Caldin^{**}, Flaminia Propersi^{***}, Federico Carrano^{****}*

Abstract

The area of disability, socio-emotional disorders and behavioural disorders in childhood and adolescence poses a long series of issues to families, to school as well as to professionals, scientists and more generally to society. School policies, inclusion, integration of students with disabilities, categorization and classification of disorders, choice of terminology, model and paradigm of science, methods, practices, role of specialists, teachers, Educators, psychosocial strategies and clinical practices, the conceptualization and application of these practices, the philosophy and quality of interventions, their interdisciplinary represent some controversial and controversial aspects that are at the crossroads between many scientific disciplines, philosophies, Practices and epistemological approaches.

In this article, we will develop some of the issues just listed, giving our contribution in particular to epistemology, philosophy and practice in the field of childhood disabilities and disorders. We will focus above all on the criticism of the medical model, the new practices inspired by the resilience paradigm and the psychodynamic approach for children with Special Educational Needs (BES) (with learning disorders, emotional disturbances, behavioural problems) and children coming from A disadvantaged family environment that exhibits adaptation problems at school.

Keywords: resilience; social-emotional disorders (EBD); inclusive models; special pedagogy.

* Professor of Psychology, Chair of the Psychology & Special Education Laboratory, Department of Primary Education, University of Crete. Email: hkourk@edc.uoc.gr

** Full professor, Department of 23/5000

Educational Sciences, University of Bologna. Email: roberta.caldin@unibo.it

*** Specialist Degree in Organizational and Community Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza, University of Rome. Email:flaminiapropersi@gmail.com

**** Erasmus researcher at the University of Crete, mobility agreement with University of Bologna. Email: federico.carrano@studio.unibo.it

Kourkoutas, E., Caldin, R., Propersi, F., & Carrano, F. (2017). Modelli di intervento inclusivi per la disabilità e i disturbi socio-emozionali (EBD) nell'infanzia e nell'adolescenza basati sulla resilienza [Resilience based inclusive interventions for disability and social-emotional disorders (EBD) in childhood and adolescence]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 29-44 doi: 10.14645/RPC.2017.1.662

Modelli di intervento inclusivi per la disabilità e i disturbi socio-emozionali (EBD) nell'infanzia e nell'adolescenza basati sulla resilienza.

Elias Kourkoutas^{}, Roberta Caldin^{**}, Flaminia Propersi^{***}, Federico Carrano^{****}*

Abstract

L'area della disabilità, dei disturbi socio-emozionali e dei disturbi del comportamento nell'infanzia e nell'adolescenza pone una lunga serie di questioni alle famiglie, alla scuola così come ai professionisti del settore, agli scienziati e più in generale alla società. Le politiche scolastiche, l'inclusione, l'integrazione degli studenti con disabilità, la categorizzazione e la classificazione dei disturbi, la scelta della terminologia, del modello e del paradigma scientifico, i metodi, le pratiche, il ruolo degli specialisti, degli insegnanti, degli educatori, le strategie psicosociali e le pratiche cliniche, la concettualizzazione e l'applicazione di queste pratiche, la filosofia e la qualità degli interventi, la loro interdisciplinarietà rappresentano alcuni aspetti contrastanti e controversi che si collocano all'incrocio tra molte discipline scientifiche, filosofie, pratiche e approcci epistemologici.

In questo articolo svilupperemo alcune delle questioni appena elencate, dando il nostro contributo in particolare riguardo all'epistemologia, alla filosofia e alla pratica nell'ambito della disabilità e dei disturbi dell'infanzia. Ci concentreremo soprattutto sulla critica al modello medico, alle nuove pratiche ispirate dal paradigma della resilienza e dall'approccio psicodinamico per i bambini con Bisogni Educativi Speciali (BES) (con disturbi di apprendimento, disturbi emotivi, con problemi di comportamento) e bambini provenienti da un ambiente familiare svantaggiato che manifestano problemi di adattamento a scuola.

Parole chiave: disturbi socio-emozionali; modelli inclusivi; resilienza, pedagogia speciale.

* Professore Ordinario, Università di Creta hkourk@edc.uoc.gr

** Professoressa Ordinaria, Università di Bologna roberta.caldin@unibo.it

*** Laurea Specialistica in Psicologia Dinamica e Clinica della Persona, delle Organizzazioni e della Comunità, Sapienza, Università di Roma flaminiapropersi@gmail.com

**** Ricercatore Erasmus all'Università di Creta accordo di mobilità con Università di Bologna federico.carrano@studio.unibo.it

Kourkoutas, E., Caldin, R., Propersi, F., & Carrano, F. (2017). Modelli di intervento inclusivi per la disabilità e i disturbi socio-emozionali (EBD) nell'infanzia e nell'adolescenza basati sulla resilienza [Resilience based inclusive interventions for disability and social-emotional disorders (EBD) in childhood and adolescence]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 29-44 doi: 10.14645/RPC.2017.1.662

Introduzione

L'area della disabilità, dei disturbi socio-emozionali e dei disturbi del comportamento nell'infanzia e nell'adolescenza pone una lunga serie di questioni alle famiglie, alla scuola così come ai professionisti del settore, agli scienziati e più in generale alla società. Le politiche scolastiche, l'inclusione, l'integrazione degli studenti con disabilità, la categorizzazione e la classificazione dei disturbi, la scelta della terminologia, del modello e del paradigma scientifico, i metodi, le pratiche, il ruolo degli specialisti, degli insegnanti, degli educatori, le strategie psicosociali e le pratiche cliniche, la concettualizzazione e l'applicazione di queste pratiche, la filosofia e la qualità degli interventi, la loro interdisciplinarietà rappresentano alcuni aspetti contrastanti e controversi che si collocano all'incrocio tra molte discipline scientifiche, filosofie, pratiche e approcci epistemologici.

In questo articolo svilupperemo alcune delle questioni appena elencate, dando il nostro contributo in particolare riguardo all'epistemologia, alla filosofia e alla pratica nell'ambito della disabilità e dei disturbi dell'infanzia. Ci concentreremo soprattutto sulla critica al modello medico, alle nuove pratiche ispirate dal paradigma della resilienza e dall'approccio psicodinamico per i bambini con Bisogni Educativi Speciali (BES) (con disturbi di apprendimento, disturbi emotivi, con problemi di comportamento) e bambini provenienti da un ambiente familiare svantaggiato che manifestano problemi di adattamento a scuola.

Gli assunti fondamentali del modello medico e il paradigma classico della psicologia scolastica

L'applicazione del modello medico ha introdotto l'ideologia della malattia nella disciplina psicologica, ciò ha comportato, da un lato, l'esaurimento della sua funzione nell'individuazione del deficit, della disabilità, e dei disturbi intesi come scarto dalla norma, dall'altro, nella riduzione dell'intervento psicologico agli obiettivi di recupero del deficit e riabilitazione. La visione unidimensionale proposta dal modello medico, focalizzata sulla descrizione dei sintomi fisici e psichici, è presente tuttora nella psicopatologia infantile, infatti il passaggio operato dalla psicopatologia dall'età adulta a quella infantile non è riuscito ad incorporare una prospettiva di sviluppo. Benché questo modello si definisca scientifico (assioma scientifico di base) e si basi sull'osservazione oggettiva della realtà esterna, in realtà la sua oggettività e neutralità sono solo presunte, basti pensare infatti a come la costruzione e l'utilizzo degli strumenti in uso sia inevitabilmente fondato su delle ipotesi legate alle categorie di pensiero del professionista, socialmente costruite e riconosciute. Ciò che viene dunque a mancare alla disciplina psicologica, quando questa adotta il modello medico, è una visione olistica che permetta di cogliere la complessità della realtà infantile nella sua interazione dinamica tra aspetti intrapsichici, fisici e relazionali.

Il quadro concettuale impiegato per lo studio della disabilità nell'età infantile assume un'importanza fondamentale ai fini dell'intervento, ad esempio, riguardo alla definizione degli scopi, degli obiettivi, dei metodi, delle tecniche e dei risultati previsti. Più in generale, l'approccio alla problematica influisce e modella le categorie utilizzate per leggere il fenomeno, basti pensare a come la categoria del deficit o della disfunzione abbia organizzato il sistema di diagnosi/assessment, il tipo di misurazioni/test utilizzati, il tipo e la direzione della ricerca applicata, la filosofia di intervento a livello di *policy making* e le pratiche quotidiane.

L'esclusivo utilizzo dell'approccio medico non si rivela quindi adatto a cogliere la multiforme dinamica del fenomeno della disabilità e, concentrandosi solo sui "dati di fatto" osservabili, assurge a posizione ideologica, unicamente volta a difendere l'assioma di oggettività. Sono dunque molti gli aspetti che inevitabilmente sfuggono all'osservazione naturalistica e che vengono così ignorati dal modello in questione, come ad esempio il ruolo delle emozioni nel caso di disturbi di condotta e di apprendimento, oppure il ruolo dell'ambiente nella condizione della disabilità, questioni che hanno invece un impatto rilevante nel percorso di crescita e sviluppo dei processi socio-emozionali del bambino. In questo senso, un unico approccio al problema non può essere che riduttivo se l'obiettivo è quello di fornire una visione ermeneutica del funzionamento intrapsichico e relazionale del bambino. Volendo portare un altro esempio, anche il modello neuro-psicologico può diventare monolitico e limitato, se non contestualizza e interpreta i suoi dati longitudinalmente, riuscendo quindi a considerare l'impatto dell'ambiente nello sviluppo precoce delle capacità neuropsicologiche del bambino. Fortunatamente la parzialità del modello medico è già stata messa in discussione ad esempio dalla medicina psicosomatica; mentre in psicologia la strada è ancora lunga da

percorrere e la dicotomia tra il funzionamento fisico e psichico, tra il normale e il patologico, rimangono ancora le categorie dominanti dei modelli diagnostici (DSM) dei disturbi socio-emozionali, con rilevanti conseguenze per quanto riguarda la filosofia di intervento per le varie difficoltà e i disturbi nell'infanzia.

D'altra parte, la concentrazione sul dato di realtà, operata dal modello medico, e la conseguente decontestualizzazione del disturbo e della disabilità del bambino, concepiti come una patologia individuale, intrinseca dell'individuo, sottovaluta il ruolo che può giocare l'ambiente nel modo in cui il soggetto pensa e vive la sua condizione di disabilità (Mittler, 2000; Oliver, 1993; Terzi, 2004). Ecco dunque che la sottovalutazione dell'esperienza personale della disabilità in un certo ambiente e dei processi psichici interni diventa una conseguenza logica dell'applicazione del modello medico in questo ambito. Presentiamo di seguito alcune conseguenze legate all'utilizzo del modello medico applicato ai disturbi infantili e alla disabilità:

- La predominanza del modello di esperto (*expertbased model*), per cui il lavoro del professionista è volto al trattamento individuale finalizzato al recupero deficit, senza tenere in considerazione le risorse del contesto familiare e scolastico.
- L'assenza del lavoro in partnership tra lo psicologo clinico, lo psichiatra e gli altri professionisti coinvolti nell'intervento. Tale tipo di intervento sottovaluta le altre risorse rappresentate dalla famiglia, dalla comunità e dalle associazioni cui il bambino o la sua famiglia aderiscono.
- La relazione asimmetrica tra professionista e utente: la famiglia e il bambino sono utenti passivi dell'intervento.
- Lo scarso coinvolgimento dei genitori nel processo diagnostico e nell'intervento e la funzione della scuola ridotta al semplice passaggio di conoscenze. A scuola vengono dunque ignorati altri fattori che sono invece determinanti per lo sviluppo psicosociale e l'adattamento del bambino, quali la qualità della relazione con l'insegnante e con i pari.
- L'applicazione rigida del modello medico nel contesto scolastico incentiva processi di categorizzazione sociale non lasciando spazio alla creatività e all'individualità dei bambini con bisogni speciali. Il rischio è quello di sviluppare involontariamente stereotipi e pregiudizi con conseguenti feedback negativi per gli alunni.

In conclusione, l'approccio medico alla disabilità non lascia spazio ad interventi di tipo psicoeducativo e psicosociale volti alla promozione delle competenze interpersonali, perché guarda alla disabilità e al disturbo esclusivamente come una caratteristica individuale invalidante.

Le difficoltà socio-emozionali e i Bisogni Educativi Speciali: alcune questioni relative alla filosofia della classificazione e della categorizzazione

Negli ultimi anni il concetto dei Bisogni Educativi Speciali (BES) è stato adottato in molti paesi europei. Ad esempio, la politica educativa dell'Inghilterra e del Galles, riconosce l'esistenza di tali bisogni anche se questi non sono dovuti alla condizione della disabilità o ad una malattia, sostenendo invece che i Bisogni Educativi Speciali possono avere origine anche da problemi di natura psicologica o dalla mancanza di un adeguato accesso all'istruzione. Più nello specifico, le difficoltà emozionali e comportamentali (EBD), appaiono per la prima volta nei documenti strategici del settore negli anni '90. Il Codice di Comportamento chiarisce che gli studenti con difficoltà emozionali e/o di comportamento hanno difficoltà di apprendimento. Questi studenti possono dunque incontrare maggiori ostacoli nel raggiungimento degli obiettivi scolastici attesi, e in alcuni casi, possono arrivare ad interrompere il loro percorso educativo. Jones (2003) precisa che anche i bambini con EBD rientrano nella categoria dei Bisogni Educativi Speciali.

Il rapporto del Governo inglese del 1999 amplia il quadro stabilito dalle leggi precedenti in materia di segregazione scolastica, in particolare riguardo all'esclusione dalla scuola ordinaria dei bambini con condotte distruttive, proponendo per questi studenti un regime di educazione speciale e pianificando il loro reinserimento nella scuola ordinaria. Le categorie individuate nel documento sono le seguenti: (a) alunni "difficili" con disturbi emozionali e di comportamento (EBD); (b) alunni con EBD ma non considerati "difficili"; (c) alunni "difficili" senza EBD (Jones, 2003). Con questo documento si scinde la patologia individuale, EBD, da un lato, e dall'altro, il comportamento difficile inteso come un problema sociale.

Secondo vari autori che sostengono la filosofia dell'Educazione Inclusiva (*Full Inclusive Education*), tale riconoscimento degli aspetti psicologici e sociali implicati nel concetto dei Bisogni Educativi Speciali,

testimonia una svolta in favore dell'allontanamento dal modello della patologia individuale e della pratica medica spesso applicata a tali bisogni.

Guardando al tema dal versante sociologico, sono numerosi gli autori che sottolineano come gli interessi dei professionisti e degli scienziati della salute mentale hanno condotto all'adozione di pratiche che stigmatizzano e discriminano quei bambini che per varie ragioni sono definiti "difficili" a scuola (Jones, 2003; Kourkoutas, 2012; Kourkoutas & Xavier Raul, 2010; Schmidt Naven, 2010; Timimi, 2002; Timimi & Taylor, 2004).

È altresì importante sottolineare la necessità di distinguere disabilità e disturbo, intesi come deficit individuale, come scarto dalla norma, da quegli aspetti del contesto familiare e scolastico che invece influiscono sulla disabilità e sul disturbo stessi. È necessario sostenere questo tipo di studenti con un aiuto adeguato durante il processo di scolarizzazione, altrimenti la mancanza di pratiche educative che tengano conto delle loro difficoltà e delle loro capacità, li esporrà al rischio di esclusione e di stigmatizzazione (Kourkoutas & Xavier Raul, 2010). Tuttavia, affermare la necessità che questi alunni ricevano il supporto adeguato durante il processo di apprendimento, non implica che la loro educazione debba avvenire in un regime di educazione speciale. Al contrario, è auspicabile, che l'educazione regolare raccolga la sfida dell'inclusione riuscendo ad interfacciare anche i bisogni e gli interessi di questi giovani utenti.

Spesso, le difficoltà che questi bambini incontrano nell'adattarsi all'ambiente scolastico affondano le loro radici nel contesto familiare. Varie possono essere le ragioni che impediscono ai genitori di fornire un adeguato supporto psicologico ed educativo ai loro figli: problemi personali o di coppia, la scarsità della rete di relazioni sociali, difficoltà economiche, ecc. Questi ed altri fattori possono pregiudicare il processo di sviluppo delle competenze socio-emozionali del bambino, il processo di acquisizione di autonomia e della stima di sé, tutte componenti necessarie per affrontare in maniera efficace le sfide che riserva loro l'ambiente familiare e sociale più esteso. Infine, il riconoscimento dell'influenza ambientale e familiare nel processo di crescita e adattamento del bambino, consente un ulteriore allontanamento dal modello medico.

Il ruolo che svolgono le problematiche familiari, sociali e individuali nell'adattamento funzionale o disfunzionale di questi bambini nel contesto scolastico, è una dimensione rilevante ai fini del processo dell'integrazione scolastica perché fornisce una più ampia chiave di lettura del fenomeno e può più efficacemente orientare l'intervento. È dunque essenziale riconoscere e tener conto della sofferenza e delle esperienze emotive spesso complesse che questi bambini attraversano, esperienze contraddittorie, conflittuali o ambivalenti, situazioni di invischiamento e di alienazione. È quindi un'illusione pensare di poter escludere la componente familiare e sociale da quella individuale nello studio di tali problematiche e nell'intervento finalizzato a queste.

La considerazione del contesto sociale e familiare è dunque indispensabile per conoscere e rispondere ai bisogni e alle necessità di ogni studente in maniera fattiva e efficace. Riconoscere la sofferenza causata da esperienze traumatiche vissute nel contesto familiare, è il primo passo che può orientare la costruzione di strategie e pratiche che sappiano rispondere alle difficoltà di questi bambini nel contesto scolastico. Questo tipo di approccio può allora definirsi inclusivo in quanto la missione educativa viene espletata, non concentrandosi esclusivamente sull'apprendimento del singolo individuo, ma assumendo una visione olistica delle problematiche degli studenti che trovano spazio nel processo di apprendimento stesso. Si tiene allora in considerazione la complessità dei rapporti in cui ogni bambino è iscritto a casa, in classe e a scuola, occupandosi della sua integrazione in classe, tramite l'adozione di azioni psicosociali e educative. Sono molti infatti gli insegnanti che rimangono spettatori dell'esclusione e della stigmatizzazione di alcuni dei loro studenti, perché incapaci di comprendere e dunque di fornire l'aiuto e il sostegno adeguato durante il processo di apprendimento. La visione olistica e inclusiva, che sosteniamo, può essere loro utile a trovare modi alternativi di assolvere alla loro funzione educativa, occupandosi dei problemi socio-emozionali e di apprendimento degli studenti, senza tralasciare lo sviluppo della competenza a convivere con i propri coetanei.

Lo sviluppo socio-emozionale dello studente comprende la qualità delle sue prestazioni accademiche e la qualità dell'integrazione in classe, citiamo dunque i quattro componenti di natura socioemotiva che possono favorire il successo scolastico: (a) l'investimento emozionale a scuola e il coinvolgimento nelle attività didattiche (b) il sostegno dell'insegnante; (c) le relazioni positive e la condivisione di valori con i pari; (d) le questioni legate a problemi di salute mentale e allo sviluppo socio-emozionale (Becker & Luthar, 2002). Come è possibile notare, questi fattori non si riferiscono solo allo studente ma alla sua interazione con l'ambiente scolastico e familiare, dunque, affinché l'intervento a orientamento inclusivo sia efficace dovrà

tenere in considerazione la complessa dinamica di tutti i fattori coinvolti nel processo di sviluppo e apprendimento del bambino, a scuola e in famiglia.

Famiglie a rischio, resilienza e nuovi modelli scientifici emergenti per i disturbi socio-emozionali e la disabilità

L'applicazione del modello medico nella lettura dei disturbi socio-emozionali e della disabilità in psicologia scolastica e clinica, ha comportato dunque l'adozione di una visione dicotomica del fenomeno, trascurando il ruolo dell'ambiente. L'esclusiva attenzione dedicata al recupero della parte malata, scissa impropriamente dalla parte sana dell'individuo, ha ignorato la complessità del rapporto tra i fattori familiari e sociali coinvolti nello sviluppo della disabilità e dei disturbi socio-emozionali. A sostenere l'inadeguatezza di tale approccio alla disabilità e ai disturbi emotivi e comportamentali nell'età infantile Fraser e Williams (2004), Kourkoutas (2012), Kourkoutas, Vitalaki, e Follower (2015) e Weare (2005; 2014) sostengono l'inevitabilità di adottare un approccio globale e più complesso a questi fenomeni. La ricerca sottolinea infatti nel caso degli studenti con EBD, che il ruolo di un ambiente familiare per varie ragioni problematico, espone i bambini al rischio di sviluppare una vasta gamma di difficoltà sociali, emozionali, comportamentali e di apprendimento. Se è certamente vero che la complessità di questi casi pone numerosi quesiti agli psicologi scolastici e clinici, è altrettanto possibile che la risposta a tali quesiti non esiti necessariamente nella loro collocazione all'interno di categorie nosologiche psichiatriche, considerandoli come dei casi patologici.

Un contributo interessante, che testimonia un'inversione di tendenza rispetto all'utilizzo del modello medico in psicologia scolastica e clinica, è rappresentato dalla psicologia positiva e dal modello della resilienza, le quali dopo aver sviluppato una forte critica alla psicologia dominante, basata sull'ideologia della malattia (Maddux, 2005; Maddux, Snyder, & Lopez, 2004), hanno iniziato a concentrarsi sui fattori che nella vita dei bambini possono aprire a percorsi di guarigione e crescita (Maddux, Gosselin, & Winstead, 2005).

Di seguito delineiamo l'approccio della resilienza che verrà poi utilizzato come impalcatura concettuale per i vari modelli che verranno discussi in seguito.

Il concetto di resilienza è stato definito negli scorsi anni come la capacità di resistere e di riprendersi dalle sfide dirompenti della vita, più forti e con più risorse (Luthar, 2006). Tale modello ha trovato applicazione nell'ambito familiare grazie al lavoro di Walsh (2006). L'autore afferma che gli interventi ispirati dalla prospettiva della resilienza sostengono le famiglie nella scoperta delle loro capacità, nel trovare modi originali di rinforzarsi (*strength-based*), sfruttando a pieno le risorse sociali ed economiche a loro disposizione, sviluppando infine una resistenza emozionale.

Walsh descrive il modello di resilienza della famiglia come un modello che rinforza e potenzia le famiglie (*empowerment*), puntando sulla qualità dei legami affettivi e sulla capacità dei suoi componenti di risolvere i conflitti collaborando e assumendo una visione sistemica (Walsh, 2006). Tale definizione è fondata sulla ferma convinzione che noi esseri umani possiamo sopravvivere e crescere al meglio attraverso relazioni profonde con chi ci sta attorno, e tutti coloro che sono stati, o potrebbero essere significativi nella nostra vita. Secondo Walsh (2008), i sistemi di credenze, i modelli organizzativi e i processi di comunicazione sono gli aspetti che permettono di rintracciare la resilienza in famiglia. In particolare, il sistema delle credenze familiari corrisponde ai modi in cui la famiglia è riuscita a elaborare e a dare significato alle avversità incontrate, sviluppando un atteggiamento positivo, riuscendo a sperimentare trascendenza e spiritualità. Le famiglie hanno dunque sistemi di credenze resilienti quando sono in grado di contestualizzare le difficoltà incontrate nel loro percorso di vita, utilizzando la speranza come motore per poter affrontare le ulteriori sfide del futuro. Si tratta di famiglie che utilizzano in maniera costruttiva le loro credenze sociali, culturali, la fede, le speranze, i sogni per il futuro.

La loro visione del problema e le possibilità di risoluzione che ritengono di avere a disposizione, le porterà allo sviluppo delle strategie di *coping*, alla guarigione, alla crescita o all'adozione di risposte disfunzionali e di disperazione. Ad esempio, la credenza di non meritare di vivere esperienze positive può alimentare il disgusto di sé, i comportamenti distruttivi, o l'isolamento sociale (p. 68, traduzione propria).

Passiamo ai modelli organizzativi della famiglia. I modelli organizzativi della famiglia si definiscono resilienti se flessibili, in altre parole, se consentono al nucleo familiare di utilizzare le risorse sociali ed

economiche accessibili per far fronte ad una situazione stressante. I modelli organizzativi resilienti emergono quando le famiglie riescono ad adattarsi al cambiamento dei rapporti interni alla famiglia e sono caratterizzati da interazioni positive, supportive e rispettose, soddisfacendo il bisogno di relazione di ogni membro e, in caso di precedenti rotture o allontanamenti, consentono di ritrovare l'altro. Infine i processi di comunicazione delle famiglie resilienti si contraddistinguono per la chiarezza, l'espressione emotiva e la collaborazione che essi generano.

Di seguito elenchiamo i processi chiave della Resilienza familiare:

- sistemi di credenze: dare significato alla crisi o alle avversità;
- visione positiva: speranza, Maestro del possibile;
- flessibilità, ri-stabilizzazione, ri-organizzazione;
- leadership forte, coordinamento;
- connessione, *lifelines*, assistenza reciproca;
- capitale sociale, economico, risorse istituzionali e comunicazione;
- avere chiara la situazione e le possibilità;
- condivisione emotiva, humor;
- azioni proattive e collaborative.

La visione sistemica della resilienza all'interno dei contesti ecologici e di sviluppo identifica così gli elementi che permettono alle famiglie di far fronte in maniera più efficace alle avversità e di uscire dalle crisi o da situazioni di tensione prolungate maggiormente fortificati (Fraser, 2004; Fraser, Kirby, & Smokowski, 2004; Heiman, 2002).

L'approccio della resilienza e dell'empowering a scuola e in classe per gli studenti con o a rischio di difficoltà socio-emozionali e di apprendimento

Alcune ricerche mettono in evidenza il fallimento operato della scuola nel soddisfare i bisogni sociali, emotivi e di apprendimento dei suoi alunni, lasciandoli ampiamente insoddisfatti (Mash & Wolfe, 2013). Una stima prudenziale riporta che all'incirca il 20% dei giovani ha bisogno di interventi di tipo psicosociale, e tale cifra raggiunge, con alcune approssimazioni, il 38% (Committee on School Health, 2004; Mash & Wolfe, 2013). Questa cifra non comprende tuttavia i giovani "a rischio", giovani cioè che invece potrebbero beneficiare di un aiuto specializzato oppure di supporto psicopedagogico a lunga durata. Inoltre, tra un sesto ed un terzo degli studenti a cui è stato diagnosticato qualche disturbo non ricevono alcun trattamento. Passiamo ora agli studenti con BES. Il Committee on School Health (2004) ha riportato che meno della metà di questi studenti ricevono un trattamento ed un supporto adeguato a scuola. Se consideriamo il quadro appena presentato, risulta evidente il rischio di psichiatrizzazione dei problemi di questi bambini che, non trovando un adeguato sostegno a scuola, si trovano a dover usufruire di trattamenti di tipo tradizionale nei servizi della salute mentale, con una conseguente patologizzazione della loro situazione (Kourkoutas, 2012; Timimi, 2002; Weare, 2000).

Tra le categorie utilizzate per descrivere i disturbi del comportamento infantile, quella dei problemi "esternalizzati", che vengono quindi agiti, e quelli che invece non trovano esito in condotte osservabili, definibili come "internalizzati", sono tra quelle maggiormente in uso (Mash & Wolfe, 2013). I problemi esternalizzati (comportamenti aggressivi e distruttivi, collera, scatti d'ira, impulsività e comportamenti iperattivi) sono stati definiti come potenti fattori di rischio per il fallimento scolastico e lo sviluppo di comportamenti criminali in età adulta. Questo tipo di problema sembra pregiudicare maggiormente la qualità della relazione insegnante-alunno rispetto ai problemi internalizzati, molti studi hanno infatti dimostrato come questo tipo di condotte siano considerate maggiormente disturbanti dagli insegnanti, se messe a confronto con timidezza e ansia (Cefai, 2008; Hanko, 2001; Pianta, 1999, 2006).

Un ambiente familiare molto svantaggiato o disfunzionale così come l'aver sviluppato problemi emotivi, di apprendimento o di condotta (BES), rappresentano entrambe fattori che espongono i bambini al rischio di rifiuto o esclusione in classe, esperienza che se ripetuta porterà il bambino ad aspettarsi di essere rifiutato anche nelle relazioni future.

Inoltre, lo studente che è ripetutamente rifiutato dai compagni, è molto probabile che riduca in seguito il suo coinvolgimento nelle attività didattiche e vada incontro all'isolamento. Oltre a ciò, la riduzione delle interazioni con i pari e l'isolamento possono compromettere le sue abilità psico-sociali e di apprendimento,

ostacolando il suo adattamento in classe e a scuola (Richman, Bowen, & Wooley, 2004). Bisogna però sottolineare che, se il ritiro emozionale dovuto ad un ambiente percepito come rifiutante è un fattore di rischio molto alto, la qualità positiva della relazioni dell'alunno con la classe e soprattutto con il suo insegnante sono invece fattori che possono prevenire lo sviluppo di disturbi socio-emozionali in futuro.

In aggiunta, la relazione positiva insegnante-alunno è anche uno dei fattori più importanti per l'integrazione scolastica, per la promozione dell'apprendimento e più in generale, per lo sviluppo psicosociale del bambino (Cefai, 2008; Weare, 2000). Di conseguenza, la qualità negativa di questo rapporto può seriamente pregiudicare l'adattamento e lo sviluppo psicosociale del bambino, a maggior ragione se con BES (Mash & Wolfe, 2013; Zipper & Simeonsson, 2004). Numerosi sono i dati della ricerca che indicano come questo rapporto può influire negativamente sullo studente, sia dal punto di vista dello sviluppo psicosociale che dal punto di vista dei risultati accademici (Richman, Bowen, & Wooley, 2004).

Una delle sfide più difficili per lo staff educativo è rappresentata dalla conduzione della classe ed in particolare dalla gestione degli alunni con problemi di condotta (Mitchell, 2007). La natura e l'origine di questa problematica è infatti molto complessa. Nella maggioranza dei casi, i problemi di comportamento hanno a che fare con l'organizzazione, la dinamica emozionale, relazionale, comunicativa e i pattern di condotta e di interazione in famiglia. A valle di tutto questo, risulta chiaro tuttavia l'intervento psicologico a scuola deve tenere in grande considerazione il ruolo dell'insegnante, anche se questo non è nella posizione di poter risolvere il problema di condotta del bambino (Hanko, 2001).

D'altra parte, un numero crescente di autori riconosce il ruolo fondamentale della scuola, non solo come un luogo deputato allo sviluppo psicosociale del bambino, ma come istituzione che è in grado di fornire interventi globali ed efficaci per i bambini con BES e alla loro famiglia (Kourkoutas, 2012; Urquhart, 2009). La scuola può essere dunque il luogo dove dare spazio a servizi ad orientamento psicosociale volti alla promozione delle capacità interpersonali per i bambini considerati ad alto rischio (Barbarasch & Elias, 2009; Cefai, 2008; Christner, Mennuti, & Whitaker 2009; Urquhart, 2009).

Il tardivo riconoscimento del ruolo dell'ambiente scolastico nella promozione dello sviluppo sociale, dell'equilibrio emotivo e della resilienza psicologica nei bambini a rischio di sviluppare problemi di adattamento a scuola è in aumento in tutto il mondo. Le scuole forniscono un contesto critico per lo sviluppo dell'autostima, dell'auto-efficacia e del senso di controllo sulla propria vita. Soprattutto per i bambini di un'età compresa tra i 5 e i 12 anni, questa svolge un ruolo ancora più significativo di quello del nucleo familiare, esponendoli alla potente influenza del sostegno degli insegnanti e dei pari, promuovendo l'autonomia e le fiducia in se stessi attraverso la promozione dell'indipendenza e l'instaurazione di legami positivi con gli altri. Quest'ultima rappresenta una realtà innegabile e illustra il paradosso dello sviluppo psicosociale dell'essere umano che cresce e acquisisce la sua autonomia e indipendenza attraverso relazioni di dipendenza. Una realtà che è tanto più vera per gli alunni con difficoltà socio-emozionali e problemi di condotta che manifestano serie difficoltà nel relazionarsi e legarsi ai compagni e all'insegnanti in modo positivo.

Nella maggioranza dei casi, per supportare i bambini con BES si richiede l'intervento di professionisti al di fuori del contesto scolastico. In tal modo si opera una notevole sottovalutazione del ruolo rilevante e positivo della scuola nel supporto alla disabilità, ai disturbi socio-emozionali e al comportamento dei suoi utenti. Alcuni studi dimostrano che i bambini con problemi di condotta rappresentano un gruppo a rischio a scuola (Henricsson & Rydell, 2004) e molti insegnanti non sono capaci di aiutarli efficacemente (Henricsson & Rydell, 2004; Kourkoutas, 2012). Inoltre, le attitudini e i comportamenti negativi dell'insegnante nelle interazioni quotidiane con questi studenti, sembra aumentare il loro cattivo adattamento in classe, in particolare, le pratiche punitive sembrano avere un impatto negativo a lungo termine sul comportamento problematico e quanto più queste pratiche sono violente e distruttive tanto più aumenteranno reazioni oppositive, disobbedienti o provocatorie (Kourkoutas, 2012).

Dunque, uno degli obiettivi principali dell'intervento psicologico (per la salute mentale) nel setting educativo dovrebbe focalizzarsi sulla riduzione dell'ostilità tra insegnante e alunni, laddove riscontrata. Inoltre, è importante aiutare i bambini a sviluppare le loro competenze sociali poiché queste possono essere dei fattori protettivi rispetto al sorgere di ulteriori problemi futuri. Anche se meno disturbanti nell'ambito della relazione didattica, i bambini con problemi internalizzati, sono un gruppo interessante nel nostro studio. Sono sempre più a rischio di relazioni inadeguate con il docente, ma, come gli insegnanti stessi affermano, sembrano essere ben adattati in classe (Kourkoutas, 2008). In ogni caso, andrebbero ulteriormente indagati tramite degli studi longitudinali quali fattori protettivi possono sostenere entrambi i gruppi di studenti, con

problemi internalizzati ed esternalizzati, nel raggiungimento di un soddisfacente livello di adattamento scolastico, scongiurando così pattern di sviluppo psicosociale e di adattamento a scuola disfunzionali (Pianta, 2006).

Proseguendo in questa direzione, ci sembra estremamente appropriato il contributo di Bernard (1993) e Rees e Bailey (2003) che identifica le tre qualità chiave che il setting educativo scolastico deve possedere per compensare i fattori di rischio di un cattivo adattamento a scuola, facilitando invece il successo accademico e lo sviluppo di competenze sociali degli studenti. Le tre qualità chiave riguardano:

- Le relazioni insegnante-alunno, alunno-alunno, insegnante-genitori e insegnanti tra loro basate sull'attenzione, il rispetto, la cura, il supporto.
- Le aspettative positive dell'insegnante nei confronti dell'alunno, tramite il ricorso a pratiche educative focalizzate sui bisogni e gli interessi dell'alunno in maniera da intercettare e sviluppare la loro motivazione ad apprendere.
- Il coinvolgimento degli alunni durante le attività didattiche che lavorino sull'assunzione del senso di responsabilità da parte degli alunni, in particolare, creando situazioni didattiche in cui gli alunni possano esprimere la propria opinione, risolvere problemi, imparando a lavorare insieme agli altri, aiutandosi reciprocamente, partecipando nel complesso ad un ambiente supportivo e salutare.

Infine, se consideriamo che dei benefici dell'essere parte e dell'apprendere in una classe supportiva, inclusiva, prosociale, possono giovare a tutti gli studenti, non solo quelli definiti a rischio, l'adozione di un orientamento inclusivo rappresenta per la scuola uno sforzo che vale decisamente la pena di fare.

La filosofia dell'educazione inclusiva, come è stato affermato da vari ricercatori e professionisti, è coerente e molto vicina alla filosofia e alla pratica della resilienza (Ainscow, Booth, & Dyson 2006; Barbarasch & Elias, 2009; Cooper, 2006; Hart & Blincow, 2007; Salend, 2004; Urquhart, 2009; Weare & Gray, 2003). Infatti, il processo educativo e il semplice inserimento in un ambiente educativo accessibile e supportivo può aiutare i bambini a rischio, (provenienti da un ambiente familiare, sociale svantaggiato o con BES), a sviluppare il loro potenziale sociale, emozionale e di apprendimento e ad essere maggiormente preparati nell'affrontare le sfide future della vita. A tal proposito, è auspicabile che la resilienza e l'inclusione lavorino congiuntamente al fine di interfacciare i diversi bisogni di questi studenti, prediligendo delle pratiche educative centrate sulla specificità dei bisogni e tenendo in considerazione il ruolo dei fattori socio-emozionali nel processo dell'apprendimento.

L'apprendimento Cooperativo come strategia per promuovere la resilienza a scuola

Se la scuola adottasse una nuova visione educativa potrebbe dare il suo contributo alla formazione di studenti resilienti, promuovendo le competenze sociali, le abilità di *problem-solving*, l'autonomia e la fiducia nel futuro dei suoi studenti (Barbarasch & Elias, 2009; Benard, 1993; Weare, 2000; Urquhart, 2009). Tuttavia il cammino da percorrere in questa direzione è ancora lungo se pensiamo che la qualità dell'educazione, ad oggi, è misurata prettamente sulla base dei risultati accademici. Quello che si fa ancora fatica a pensare è che l'aspetto accademico e quello socio-emozionale possono non mutualmente escludersi e la scuola può farsi carico di entrambi se sostenuta da pratiche educative adeguate. L'Apprendimento Cooperativo può essere una via praticabile per riallacciare gli aspetti accademici e socio-emozionale dell'educazione, visto che lavora esplicitamente con entrambi questi aspetti, con la dovuta attenzione alla qualità delle relazioni tra le persone (Johnson & Johnson, 2003; Pesci, 2009). Tale metodo chiede infatti agli studenti di cooperare, lavorando in piccoli gruppi, per raggiungere buoni risultati sia dal punto di vista curricolare che dal punto di vista delle prestazioni sociali, nel rispetto di cinque regole base: interdipendenza positiva, responsabilità individuale e di gruppo, interazioni positive, uso appropriato delle *social skills* e riflessione di gruppo (Jones, 2005). L'Apprendimento Cooperativo è inoltre una delle strategie più raccomandate nel campo dell'inclusione degli studenti con BES (Murphy, Grey, & Honan, 2005) perché riesce a supportare durante il processo educativo anche coloro che non riescono ad apprendere senza aiuto. Pertanto questo metodo sembra essere particolarmente appropriato per promuovere la resilienza in classe per tutti gli studenti, ma data la sua complessità, è necessario fornire supporto e strumenti adeguati agli insegnanti affinché l'applicazione di questo metodo didattico abbia successo.

Il modello della capability

La *capability theory* è un paradigma teorico, critico e alternativo alle classiche visioni di sviluppo che contemplano esclusivamente il PIL, la produzione di ricchezza e la massimizzazione del benessere economico, senza invece tener conto del modo in cui le risorse sono impiegate e i beni e le ricchezze distribuite tra i paesi e all'interno della società. Questa teoria si basa sull'idea che lo sviluppo non debba essere inteso solo in termini di crescita economica ma piuttosto come promozione dello sviluppo, del progresso umano e delle condizioni di vita delle persone, la cui realizzazione non può prescindere da alcuni fondamentali elementi quali la libertà di scelta e di azione, il benessere, non solo materiale, e la qualità della vita.

L'approccio della *capability* ritiene che focalizzare l'attenzione sulla libertà sia un modo più accurato di valutare quello a cui le persone danno effettivamente importanza. Utilizzare tale approccio significa ampliare la base su cui basare le decisioni, includendo aspetti non materiali, come la dignità, il rispetto verso se stessi e gli altri, l'amore, la preoccupazione e l'attenzione per l'altro. Questo modello di analisi si concentra dunque sul concetto di vulnerabilità, adottando una prospettiva inclusiva e di empowerment. Esso riesamina l'interazione tra l'individuo e il modello sociale di disabilità, riconoscendo la diversità umana. Pur riferendosi spesso alle persone con disabilità, Sen (2009) non affronta mai sistematicamente questo tema. Tuttavia, in un suo saggio, l'autore pone chiaramente in evidenza tale aspetto affermando che "una persona con disabilità ha dei bisogni particolari e richiede pertanto più risorse per evitare una vita in povertà" (p. 75).

Assunti fondamentali del Modello Sociale e Inclusivo anglosassone

Sulla stessa linea illustrata dalla teoria della *capability*, sebbene ancor più radicale nella pratica, si colloca il Modello Sociale Inclusivo anglosassone (Ainscow, Booth, & Dyson, 2006; Barton & Armstrong, 2008). Questo modello presuppone una modifica radicale della filosofia che ispira il sistema scolastico e la politica educativa più in generale, e si pone come obiettivo il raggiungimento dell'ideale dell'inclusione quale abolizione totale del sistema educativo segregante, che non lascia spazio al "diverso", alla "deviazione", a quello che è "complesso" e "sconosciuto" e che viene visto come "anormale". Per questi autori, l'inclusione degli alunni con disabilità rappresenta una visione ampia che si modifica e si arricchisce con il modificarsi delle rappresentazioni sociali della disabilità stessa e con la "radicalizzazione" di un nuovo sistema di valori nella filosofia della scuola contemporanea. Il sistema di valori a cui questi autori si riferiscono comprende la promozione della solidarietà, della cooperazione, l'apertura della scuola alla società, il coinvolgimento della famiglia nell'educazione del bambino, il coinvolgimento attivo dell'insegnante, dotandolo di un ruolo educativo molto più ampio di quello tradizionale e infine l'adozione di un curriculum più centrato sui bisogni reali e sugli aspetti psicosociali dello sviluppo del bambino stesso. Tale visione ha inevitabilmente delle implicazioni importanti sulla pratica educativa, sull'organizzazione delle unità scolastiche, sui metodi e le strategie educative. Uno degli assiomi fondamentali di questo modello riguarda l'assunzione della disabilità come problema sociale, anziché individuale, da condividere e affrontare con il bambino stesso e la sua famiglia, utilizzando le loro risorse personali e sociali.

I principi e gli assiomi fondamentali di questo modello sono (Kourkoutas, 2010):

- La disfunzione della persona non crea la disabilità;
- La disabilità come costruzione sociale (esclusione come disabilità sociale);
- Riconoscimento della persona con disabilità come persona integra;
- Enfasi sull'inclusione scolastica e sociale
- La responsabilità dell'inclusione a carico della società (*paradigmshift*);
- Inclusione come sfida per il sistema educativo e la politica tradizionale dell'integrazione;
- Enfasi sui cambiamenti radicali politici/sociali/scolastici;
- Costruzione di un sistema scolastico basato sui principi di condivisione/su delle pratiche educative che tengano conto dei bisogni di tutte le persone a rischio di esclusione;
- Democratizzazione del sistema educativo tramite l'abolizione di ogni filosofia e pratica di tipo antagonista/competitivo/segregante, sulla base di criteri socio-culturali, di performance accademiche, psicologiche, etc.

La teoria della resilienza e della capability a livello individuale e educativo

Riprendendo la definizione di resilienza e definendola come la capacità di resistere e uscire da situazioni molto critiche ancora più forti e consapevoli delle proprie risorse, possiamo ora definire il bambino resiliente come colui che è caratterizzato da un funzionamento psicosociale positivo nonostante la presenza di fattori di rischio o di eventi stressanti nella sua vita.

Vorremmo inoltre sottolineare come questo processo non contenga nulla di magico (Masten, 2001), ma corrisponda all'esito positivo dell'interazione dinamica tra fattori di rischio e protettivi, riscontrabili nella vita di un individuo (Luthar, 2006). Uno dei fattori più rilevanti per lo sviluppo della resilienza corrisponde alla presenza di una relazione di sostegno con un adulto significativo durante l'infanzia (Luthar, 2006; Mash & Wolfe, 2013).

Più precisamente, i fattori che la ricerca ha rivelato essere implicati nell'attivazione e nel sostegno del processo di sviluppo della resilienza, corrispondono a: (a) un contesto supportivo; (b) la disponibilità di una rete sociale; (c) la capacità di percezione del proprio valore personale; (d) lo sviluppo di meccanismi e abilità che non compromettono l'evoluzione generale della personalità; (e) la presenza di *skills* socio-emozionali e la capacità di adattamento (Luthar, 2006; Mash & Wolfe, 2013).

È inoltre fondamentale sottolineare l'importanza dell'avvenuta interiorizzazione delle esperienze relazionali positive, la non ripetitività di eventi traumatici, e la natura non difensiva, cioè volta a nascondere traumi e carenze gravi (*defensive copers*), della capacità di adattamento al contesto da parte dell'individuo (Rohner, 2005). Studi recenti nel campo dello sviluppo del cervello possono aiutarci a capire il funzionamento psicosociale dei bambini disorganizzati e con comportamenti dirompenti.

Sembra infatti che gli eventi traumatici vissuti durante l'infanzia interrompono i processi di omeostasi in molte aree del cervello che si organizza per reagire alla minaccia. Studi clinici effettuati su un campione di bambini gravemente maltrattati, hanno identificato sintomi mentali e fisici di risposta al trauma come dissociazione e *hyprarousal*. Secondo la prospettiva dello sviluppo neurologico, la continua stimolazione del cervello quando è molto malleabile, causa la produzione di sostanze chimiche che ne modellano la struttura fisica rendendolo molto sensibile. Per questo motivo i bambini maltrattati rispondono esageratamente a vari stimoli e possono eventualmente sviluppare tratti di personalità maladattivi (Dore, 2005; Glaser, 2000; Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, & Navalta 2002). Perry e i suoi colleghi, basandosi sulle immagini della risonanza magnetica del cervello di un gruppo di bambini abusati e negletti, ritengono che il trauma vissuto nell'infanzia ha l'effetto di ritardare lo sviluppo di diverse aree cerebrali che governano le funzioni cognitive avanzate come il ragionamento causa-effetto e il *problem solving*. Come risultato, i bambini gravemente traumatizzati possono rispondere in maniera altamente inadeguata alle situazioni stressanti e alle sfide dello sviluppo.

Nelle famiglie gravemente disfunzionali, disorganizzate, abusanti o traumatizzanti i pattern di attaccamento vengono alterati. I bambini che provengono da queste famiglie possono manifestare elevati livelli di stress, ansia, condotte evitanti, distruttive, aggressive nei rapporti con gli altri e, a fronte di tutte le esperienze negative e destabilizzanti accumulate, risulta loro difficile sviluppare relazioni positive ed equilibrate di attaccamento. Non è dunque casuale che il tasso di abbandono scolastico degli studenti con gravi bisogni emotivi e comportamentali è circa il doppio rispetto a quello degli altri studenti (Lehr, Johnson, Bremer, Cosio, & Thompson, 2004).

Questi dati indicano che la presa in carico di questi bambini necessita di *knowhow* clinico considerevole che va affiancato allo sviluppo di pratiche multidimensionali e interdisciplinari (Kourkoutas, 2012; Schmidt & Naven, 2010). Questo significa che il sapere e la pratica clinica non devono essere messi da parte dall'ideologia anti-medica, da una posizione teorica "iperpoliticizzata" o "ipersocializzante" e neppure soccombere alla dominanza della psichiatria classica. Come vedremo nel prossimo paragrafo, l'approccio Socio Psicanalitico rappresenta, dal nostro punto di vista, l'esempio ideale del modo in cui i modelli inclusivi, di resilienza e la pratica clinica possono essere produttivamente integrarsi in un modello più ampio e completo (modello inclusivo ecosistemico di resilienza ad orientamento psicodinamico) (Kourkoutas, 2008, 2010, 2012; Schmidt Naven, 2010; Weare, 2005) che riesca a tener conto delle diverse dimensioni della complessa realtà di questi bambini (intrapsichica, relazionale, familiare, scolastica, sociale, ecc.).

Infine, il mancato riconoscimento della necessità di una presa in carico specialistica che si occupi degli aspetti clinici di questi studenti, come avviene da parte di alcuni teorici del modello inclusivo,

significherebbe negare i dati forniti dalla scienza contemporanea. Credere inoltre che un educatore o un insegnante possa rispondere in maniera efficace e risolutiva ai bisogni psichici e sociali di centinaia di bambini significa illudersi di poter ridurre la complessità della loro realtà intrapsichica e familiare ad una questione risolvibile con la semplice applicazione di tecniche educative. Bisogna dunque fare attenzione a non idealizzare il potenziale della teoria inclusiva ed a non sopravvalutare il ruolo della scuola e dell'educatore, che per quanto competenti non potranno in nessun caso soddisfare completamente i bisogni e risolvere i problemi dei bambini con EBD.

Il modello della resilienza e il modello psicodinamico per promuovere le capacity socio-emozionali e l'integrazione scolastica degli alunni con difficoltà socio-emozionali

In questo capitolo citiamo in un modo sintetico alcuni assunti teorici del nostro modello di lavoro con gli studenti con problemi BES a scuola (Kourkoutas, 2008, 2012; Kourkoutas, Vitalaki, & Fowler, 2015):

- Teoria psicodinamica contemporanea delle relazioni interpersonali;
- Teoria dei sistemi familiari e approccio ecosistemico;
- Teoria e pratica legata al modello della resilienza;
- Teoria dei traumi relazionali;
- Integrazione della teoria e della prassi clinica e psicoeducativa in un modello eclettico di consulenza scolastica per bambini, genitori e insegnanti;
- Dati sull'efficacia degli interventi;
- Importanza del contesto socio-emozionale e concettualizzazione dei fattori di rischio/protezione;
- Rinforzo del potenziale innato/intrinseco della persona e della sua famiglia;
- Enfasi sullo sviluppo delle competenze (*social skills*) socio-emozionali/interpersonali attraverso programmi educativi e relazioni di supporto con adulti significativi (genitori, maestro di classe, compagni, ecc.);
- Enfasi sul percorso di adattamento e integrazione dell'alunno nel contesto sociale/scolastico;
- Sviluppo della rete psicosociale per il supporto degli alunni a rischio e delle loro famiglie;
- Messa in discussione del modello di esperto e del modello della patologia intrinseca/individuale (*within the child pathology*);
- Relazioni di lavoro di tipo simmetrico/partnership (working alliance/alleanza di lavoro) fra gli operatori, la scuola, le famiglie e i bambini;
- Riconoscimento del ruolo fondamentale ai genitori, insegnanti e bambino nel progetto di intervento;
- Obiettivo del lavoro: rendere i genitori, gli insegnanti e gli alunni stessi capaci di far fronte alle conseguenze della disabilità e dei BES;

Inoltre, la nostra visione è anche ispirata all'approccio socio psicoanalitico (*social psychoanalytic*) che rappresenta un nuovo interessante strumento per orientare la pratica clinica nel contesto scolastico, incarnando una prospettiva simile al modello di resilienza (Goodley, 2010; Goodley, in press; Marks, 2009) e al modello inclusivo.

Infatti, questo modello:

- richiede di modificare la struttura (psichico-ambientale) e non solo gli atteggiamenti;
- rifiuta la medicalizzazione in favore di un incontro più relazionale;
- rifiuta concezioni unitarie, razionali, fisse e stabili delle concezioni dell'individuo e considera le categorie: malato/sano, dis/abile come un continuum culturale che deve suscitare domande sul valore umano;
- considera la psicologia in termini di un continuum (approccio dimensionale) piuttosto che categorie fisse;
- riconosce la negazione della differenza come la chiave dell'ostacolo emozionale;
- identifica come obiettivo principale lo sviluppo di sé in relazione agli altri (alterità);
- promuove una comprensione critica del conflitto tra indipendenza e dipendenza, laddove quest'ultima può inconsciamente rimanere in una posizione ideale e discordante con le esigenze di indipendenza imposte dalla società;
- propone una visione del corpo come costruito attraverso la relazione con l'ambiente;
- valorizza l'esplorazione dei momenti simultanei di identificazione e di rifiuto;

- procede all'analisi della costruzione del "bambino", "dell'adulto", della "donna", della "madre" edel "padre";
- valorizza la comprensione della famiglia come un microcosmo di cultura che ripresenta il *sociale* nei diversi livelli simbolici e reali.

Brevi cenni sui nuovi modelli di intervento per gli alunni con gravi difficoltà psicosociali

Il modello educativo inclusivo non è un modello teorico, ma sembra fondato su una tesi teorica contro il dogmatismo scientifico e il monolitismo della pratica che caratterizzano il modello medico (Hughes, 1999; Jones, 2003, 2005; Lang, 2001).

Il modello educativo del EBD è stato costruito nell'ambito della lotta contro la rigida applicazione del modello medico. Eppure, uno spostamento in direzione opposta ha avuto luogo sulla scia della medicina anti-critica.

L'acronimo EBD dovrebbe essere considerato proprio per riflettere sul fatto che la clinica sottovaluta l'interazione tra gli obiettivi educativi e problemi psicologici. Spetta dunque agli psicologi che lavorano nell'ambito dell'educazione valutare le conoscenze cliniche in vista degli obiettivi educativi, mettendo in discussione le politiche educative stesse. Tuttavia, come conseguenza della retorica anti-medica, la clinica contemporanea può difficilmente essere messa in discussione nell'ambito dell'istruzione, perché in questo settore mancano gli strumenti per valutare la rilevanza delle sue azioni e dei suoi obiettivi (Jones, 2003). Così com'è, l'ambivalenza del modello educativo riguardo alla psicologia "medica" si riflette in servizi parziali e altamente frammentati che questa fornisce, non riuscendo a rispondere adeguatamente ai bisogni dei bambini in difficoltà, dei giovani, delle loro famiglie e degli insegnanti.

I ricercatori che si occupano di disabilità iniziano a mettere in discussione il fatto che queste persone possano essere considerate come un'entità monolitica, omogenea. Inoltre si stanno anche interrogando fino a che punto la comprensione della disabilità possa essere pensata in termini di fattori sociali e culturali. In altre parole, il quesito che i ricercatori si stanno ponendo è il seguente: è possibile costruire una "grande teoria" della disabilità, che sia valida e coerente per tutte le diverse categorie in cui questa si manifesta e in tutti i contesti culturali? (Lang, 2001).

Conseguenze per la pratica

La filosofia dell'inclusione, quando trova applicazione nella realtà, si allontana notevolmente tanto dal modello medico che dal modello educativo clinico dell'integrazione, promuovendo una teoria e soprattutto una pratica che vanno contro la presa in carico individuale sostenuta dai modelli precedenti. Infatti il modello "inclusivo" propone una prassi educativa collettiva caratterizzata da azioni cooperative per realizzare l'inclusione scolastica e sociale dei bambini con disabilità (Kourkoutas, 2010).

L'applicazione del modello inclusivo ai contesti scolastici reali porta un cambiamento di prospettiva caratterizzato dalle seguenti dimensioni:

- messa in discussione del modello clinico/di esperto e del sistema di classificazione/categorizzazione psichiatrica;
- abbandono della distinzione tra alunni "patologici" e "normali";
- scuola come posto centrale e ideale per realizzare l'inclusione del bambino con disabilità;
- classe come nucleo del processo inclusivo;
- enfasi su un diverso tipo di curriculum e di pratica pedagogica;
- ruolo fondamentale del maestro della classe ordinaria;
- apertura della scuola alla società e alla famiglia;
- prassi è di tipo psicoeducativo ed è basata sullo spirito di solidarietà;

Conclusioni

I problemi socio emozionali e del comportamento (EBD) nell'età infantile costituiscono un fattore di rischio

per uno sviluppo psicosociale equilibrato e rendono difficile l'integrazione scolastica degli studenti. Alcune stime recenti indicano che, tra i bambini che lo necessitano, solo uno su cinque riceve qualche tipo di intervento nell'ambito della scuola ordinaria (Mash & Wolfe, 2013), e la stima scende ulteriormente per coloro che vivono in povertà, in zone rurali o fanno parte di minoranze (Owens, Hoagwood, Horwitz, Leaf, & Poduska, 2002).

Uno degli obiettivi cruciali della ricerca contemporanea riguarda proprio l'identificazione dei fattori di rischio e protettivi dello sviluppo psicologico dei bambini (Reinherz, Giaconia, Carmola, Hauf, Wasserman, & Paradis, 2000). Molte sono le ricerche che hanno messo in evidenza l'importanza di promuovere la salute mentale a scuola, l'integrazione scolastica e psicosociale di studenti con varie difficoltà, usando vari metodi e pratiche psicoeducative (Barbarasch & Elias, 2009; Urquhart, 2009; Welsh, Parke, Widaman, & O'Neil, 2001).

Per affrontare efficacemente le barriere all'apprendimento, ridurre il rischio di drop-out scolastico e di un peggioramento a livello psicosociale degli alunni a rischio, è auspicabile che le scuole programmino un continuum coerente di interventi che promuovano il loro sviluppo socio-emozionale piuttosto che dedicarsi al recupero del loro deficit. Risultano utili anche interventi preventivi volti ad intercettare precocemente l'insorgenza dei problemi, che, se efficaci, riusciranno ad evitare l'aggravamento e la cronicità del problema, lasciando come unica strada percorribile quella dell'assistenza (Adelman & Taylor, 2009; Christner, Mennuti, & Whitaker, 2009).

In particolare, il Surgeon General degli Stati Uniti sottolinea come la scuola possa assumere un ruolo di importanza fondamentale per il riconoscimento precoce dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti; sfortunatamente viene messo anche in rilievo la scarsità del personale formato e le limitate possibilità di ricevere aiuto e supporto speciale all'interno della scuola stessa (US Department of Health Services & Human, 2006).

Negli Stati Uniti, dove un gran numero di programmi orientati al modello della resilienza vengono praticati nelle scuole, gli studenti sono sostanzialmente più propensi a cercare aiuto dentro la scuola (Slade, 2002). Infine, le scuole sono già i maggiori fornitori di servizi di supporto psicosociale per i bambini (Rones & Hoagwood, 2000).

È importante dunque segnalare che gli studenti che ricevono supporto socio-emozionale di tipo resiliente grazie a servizi e programmi di prevenzione scolastici, riportano un migliore percorso accademico e interpersonale (Greenberg et al., 2003). Uno studio recente ha infatti rivelato la presenza di una relazione di interdipendenza fra gli aspetti socio-emozionali e scolastici, dimostrando che interazioni frequenti e positive a scuola, la maggiore competenza socio-emozionale e decisionale predicono punteggi più elevati ai test standardizzati, mentre i problemi di attenzione, problemi di relazione con i coetanei e il comportamento distruttivo ed aggressivo riporta punteggi ai test molto più bassi (Fleming et al., 2005).

È stato riscontrato che fornire supporto psicosociale nella scuola elementare riduce i Bisogni Educativi Speciali, i comportamenti conflittuali e migliorare il clima scolastico (Cefai, 2008; Kourkoutas, Vitalaki, & Fowler, 2015), diminuisce inoltre i provvedimenti disciplinari, le sospensioni, le bocciature, e gli invii al regime di educazione speciale tra gli studenti a rischio (Mental Health Services Administration, 2010). I programmi di salute psicosociale nelle scuole elementari per i bambini che incontrano gravi difficoltà emotive e comportamentali hanno dimostrato riduzioni del comportamento disorganizzato, il "deficit" di attenzione, l'iperattività e la depressione (Hussey & Guo, 2003).

I dati appena illustrati sull'efficacia dei servizi psicosociali a scuola, dovrebbero spronare i professionisti del settore a diffondere tali servizi nei più disparati contesti scolastici. I servizi psicosociali attuano infatti un intervento globale e completo occupandosi delle esigenze del bambino con EBD, degli educatori e delle loro famiglie, aiutandoli a scoprire e ad utilizzare al meglio le risorse a loro disposizione, supportandoli ad attraversare quei conflitti dolorosi e traumatici che in misura diversa li coinvolgono.

La grande sfida che unisce educatori e teorici del modello inclusivo sociale consiste dunque nell'integrare il sapere e la pratica clinica nel quadro della teoria sociologica inclusiva, senza perdere di vista quei cambiamenti strutturali radicali che sono necessari al livello scolastico e sociale. Alcune esperienze già in atto negli Stati Uniti e in Inghilterra mostrano che ciò non è impossibile.

Bibliografia

- Adelman, H., & Taylor, L. (2009). Ending the marginalization of mental health in schools: A comprehensive approach. In R. W. Christner, & R. B. Mennuti (Eds.), *School based Mental Health: A practitioners' guide to comparative practices*(pp. 25-54). New York: Routledge.
- Ainscow, M., Booth, T., & Dyson, A. (2006). *Improving schools, developing inclusion*. London: Routledge.
- Barbarasch, B., & Elias, M. J. (2009). Fostering social competence in schools. In R. W., Christner, & R. B. Mennuti (Eds.), *School-based Mental Health: A practitioner's guide to comparative practices* (pp. 125-148). New York: Routledge.
- Barton, L., & Armstrong, F. (Eds.). (2008). *Policy, Experience and Change: Cross-Cultural Reflections on Inclusive Education*. Dordrecht: Springer Books.
- Becker, B. E., & Luthar, S. (2002). Social – Emotional Factors Affecting Achievement Outcomes Among Disadvantaged Students: Closing the Achievement Gap. *Educational Psychologist*, 37(4), 197-214.
- Bernard, B. (1993). Fostering resiliency in kids. *Educational Leadership*, 51(3), 44-48.
- Cefai, C. (2008). *Promoting Resilience in the Classroom: A Guide to Developing Pupils' Emotional and Cognitive*. London: J. Kinglesy.
- Christner, R. W., Mennuti, R. B., & Whitaker, J. S. (2009). An overview of school-based mental health practice from systems service to crisis intervention. In R. W. Christner, & R. B. Mennuti (Eds.), *School based Mental Health: A practitioners' guide to comparative practices* (pp. 3-24). New York: Routledge.
- Committee on School Health (2004). School-Based Mental Health Services. Policy Statement. *Pediatrics*, 113(6), 1839-1845.
- Cooper, R. (2006). *A Social Model of Dyslexia*. London: South Bank University.
- Dore, M. (2005). Child and adolescent mental health. In G. Malon, & P. Hess (Eds.), *Child Welfare for the Twenty-First Century: A Handbook of Practices, Policies, and Programs* (pp. 148–72). New York: Columbia University Press.
- Fleming, C. B., Haggerty, K. P., Brown, E. C., Catalano, R. F., Harachi, T. W., Mazza, J. J., & Gruman, D. H. (2005). Do social and behavioral characteristics targeted by preventive interventions predict standardized test scores and grades? *Journal of School Health*, 75, 342-349.
- Fraser, M. W., Kirby, L. D., & Smokowski, P. R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp.13-66). Washington, DC: NAWS Press.
- Fraser, M., & Williams, S. A. (2004). Aggressive behavior. In L. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus, & J. S. Wodarski (Eds.). *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp.100-129). New Jersey: J. Wiley and Sons.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain: A Review *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Goodley, D. A. (2010). *Disability Studies: An Inter-Disciplinary Introduction*. New York: Sage.
- Goodley, D. A. (in press). Social Psychoanalytic disability studies. *Disability & Society*.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., & Resnik, H. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6/7), 466-474.
- Hanko, G. (2001). Difficult-to-teach' children.Consultative staff support as an aspect of inclusive education: Sharing expertise across national and cultural boundaries. In J. Visser, H. Daniels, & T. Cole (Eds.), *Emotional and behavioural difficulties in mainstream schools* (pp.47-62). Oxford: Elsevier Sciences.
- Hart, A., & Blincow, D., with Thomas, H. (2007). *Resilient Therapy: Working with children and families*.

London: Routledge.

- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 159-171.
- Henricsson, L., & Rydell, A.M. (2004). Elementary school children with behavior problems: Teacher-child relations and self-perception. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 111-138.
- Hughes, B. (1999). The Constitution of Impairment: Modernity and the Aesthetic of Oppression. *Disability & Society*, 14(2), 155-172.
- Hussey, D., & Guo, S. (2003). Measuring behavior change in young children receiving intensive school-based mental health services. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 629-639.
- Johnson, D.W., & Johnson, R.T. (2003). Student motivation in co-operative groups: Social interdependence theory. In R. M. Gillies, & A. F. Ashman (Eds.), *Cooperative Learning: The social and intellectual outcomes of learning in groups* (pp. 136-176). London: Routledge-Falmer.
- Jones, R. A. (2003). The Construction of Emotional and Behavioural Difficulties. *Educational Psychology in Practice*, 19(2), 42-54.
- Jones, P. (2005). Inclusion: Lessons from children. *British Journal of Special Education*, 32(2), 60-66.
- Kourkoutas, E. (2008). An ecosystemic psychodynamic intervention for children with mild psychosocial problems and academic difficulties: Prospects and limits of the evaluation process. In C. Canali, T. Vecchiato, & J. K. Whittaker (Eds.), *Assessing the "Evidence-base" of intervention for vulnerable children and their families* (pp. 434-438). Padua: Zancan.
- Kourkoutas, E. (2012). *Behavioral disorders in children: Ecosystemic psychodynamic interventions within family and school context*. New York: Nova Science.
- Kourkoutas, E., Vitalaki, E., & Fowler, A. (2015). Resilience based inclusive models for students with social-emotional and behavioral difficulties or disabilities. In E. Kourkoutas & A. Hart (Eds.), *Innovative practices for children and adolescents with psychosocial difficulties and disabilities* (pp. 8-45). Cambridge, UK: Cambridge Scholar Publications.
- Kourkoutas, E., & Xavier Raul, M. (2010). Counseling children at risk in a resilient contextual perspective: A paradigmatic shift of school psychologists' role in inclusive education. *Social and Behavioral Science*, 5, 1210-1219.
- Lang, R. L. (2001). *The development and critique of the social model of disability*. Retrieved from <http://www.ucl.ac.uk>
- Lehr, C. A., Johnson, D. R., Bremer, C. D., Cosio, A., & Thompson, M. (2004). *Essential tools: Increasing rates of school completion: Moving from policy and research to practice*. Minneapolis, MN: National Center on Secondary Education and Transition. Retrieved from <http://www.ecs.org/html/Document.asp?chouseid=6649>
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation, Vol 3* (2nded). New York: J. Wiley.
- Maddux, J. E. (2005). Stopping the "madness:" Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 13-25). Oxford, England: Oxford University Press.
- Maddux, J. E., Gosselin, J. T., & Winstead, B. A. (2005). Conceptions of psychopathology: A social constructionist perspective. In J. E. Maddux, & B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (pp. 3-18). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In P. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ: Wiley.

- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2013). *Abnormal child psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*, 227-238.
- Mental Health Services Administration (2010). *Addressing the Mental Health Needs of Young Children and Their Families*. SAMHSA; National Evaluation Team.
- Mitchell, D. (2007). *What Really Works in Special and Inclusive Education: Using Evidence-Based Teaching Strategies*. London: Routledge.
- Mittler, P. (2000). *Working towards Inclusive Education: Social contexts*. London: David Fulton Publishers.
- Murphy, E., Grey, I.M., & Honan, R. (2005). Co-operative learning for students with difficulties in learning: A description of models and guidelines for implementation. *British Journal of Special Education*, *32*(3), 157-164.
- Oliver, M. (1993). Understanding disability: From theory to practice. In J. Swain, V. Finkelstein, S. French, & M. Oliver (Eds.), *Disabling Barriers—Enabling Environments*. London: Sage and Open University Press.
- Owens, P.L., Hoagwood, K., Horwitz, S.J., Leaf, P.J., & Poduska, J.M. (2002). Barriers to children's mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(6), 731-738.
- Pesci, A. (2009). Cooperative Learning and Peer Tutoring to promote Students' Mathematics Education. In L. Paditz, & A. Rogerson (Eds.), *Proceedings of the 10th International Conference "Models in Developing Mathematics Education"* (486-490). Dresden. Retrieved from http://math.unipa.it/~grim/21_project/21Project_dresden_sept_2009.htm
- Pianta, R. C. (1999). *Enhancing relationships between children and teachers*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pianta, R. C. (2006). Schools, schooling, and Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 1. Theory and method* (pp. 494-529). Hoboken, NJ: J. Wiley.
- Rees, P., & Bailey, K. (2003). Positive exceptions: learning from students who "beat the odds." *Educational and Child Psychology* *20*(4), 41-59.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Carmola-Hauf, A. M., Wasserman, M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 223-231.
- Richman, J. M., Bowen, G. L., & Wooley, M. E. (2004). School failure: An Eco-interactional developmental perspective. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood. An ecological perspective* (pp.133-160). Washington, DC: NAWS Press.
- Rohner, R. P. (2005). Parental acceptance-rejection theory. In V. L. Bengtson, A. C. Acock, K. R. Allen, P. Dilworth-Anderson, & D. M. Klein (Eds.), *Sourcebook of family theory and research* (pp. 370-372). New York: Sage Publications Inc.
- Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*(4), 223-241.
- Schmidt Naven, R. (2010). *Core Principles of Assessment and Therapeutic Communication with Children, Parents and Families: Towards the promotion of child and family wellbeing*. New York: Routledge.
- Salend, S.J. (2004). *Creating inclusive classrooms: Effective and reflective practices for all students* (5th ed.). Columbus, OH: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Slade, E. P. (2002). Effects of school-based mental health programs on mental health service use by adolescents at school and in the community. *Mental Health Service Research, 4*, 151-166.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C.M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 25*(2), 397-426.
- Terzi, L. (2004). The Social Model of Disability: A Philosophical Critique. *Journal of Applied Philosophy, 21*, 141-157.
- Timimi, S. (2002). *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Hove: Brunner-Routledge.
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry, 184*, 8-9.
- Urquhart, I. (2009). The psychology of inclusion: the emotional dimension. In P. Hick, R. Kershner, & P. Farrell, (Eds.), *Psychology for Inclusive Education: New directions in theory and practice* (pp. 66-77). London: Routledge.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *Mental Health: A report of the Surgeon General Executive summary*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Walsh, F. (2008). Spirituality, healing, and resilience. In M. McGoldrick, & K. V. Hardy (Eds.), *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice* (pp. 61-75). New York: The Guilford Press.
- Weare, K. (2000). *Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach*. London: Routledge.
- Weare, K. (2005). Taking a positive, holistic approach to the mental and emotional health and well-being of children and young people. In C. Newnes, & N. Radcliffe (Eds.), *Making and breaking children's lives* (pp. 115-122). Ross-on-Wye: PCCCS Books.
- Weare, K. (2013). Child and adolescent mental health in schools. *Child and Adolescent Mental Health, 18*(3), 129-130.
- Weare, K., & Gray, G. (2003). *What works in promoting children's emotional and social competence and well-being?* London: Department of Education and Skills.
- Welsh, M., Parke, R. D., Widaman, K., & O'Neil, R. (2001). Linkages between children's social and academic competence: A longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 39*, 463-482.
- Zipper, I. N., & Simeonsson, R. J. (2004). Developmental vulnerability in young children with disabilities. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and Resilience in Childhood: An Ecological perspective* (pp. 161-182). Washington, DC: NAWS Press.