

**Maja Kelić***Sveučilište u Rijeci, Studij Logopedija,  
Sveučilišni logopedski centar, Radmile Matejčić 2, Rijeka*

# Intervencija teškoća čitanja i pisanja krojena prema 'Odgovoru na intervenciju'

## Response to Intervention in Reading and Writing Difficulties

Pregledni rad: UDK: 159.946.4:376-056.36

DOI: <https://doi.org/10.31299/log.13.2.2>

### SAŽETAK

Odgovor na intervenciju (engl. *Response to Intervention*) načelo je pružanja i praćenja intervencije. Ne radi se o metodi, terapiji niti modelu podučavanja, već procesu kojemu je svrha pomaknuti resurse prema intervencijskom pristupu s najboljim učinkom. Jedna od osnovnih karakteristika Odgovora na intervenciju sustavna je i stalna evaluacija - kako učenika i napretka, tako i odabranog pristupa intervencije. Jedan je od dijagnostičkih kriterija postavljanja dijagnoze specifičnog poremećaja učenja, predložen u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-V), otpornost na terapiju, odnosno teškoće u učenju i primjeni akademskih vještina koje traju najmanje 6 mjeseci, unatoč intervencijama usmjerenim na ove teškoće. U skladu s time, nameće se potreba za osiguravanjem intervencije i prije postavljanja dijagnoze. Rana intervencija u području čitanja i pisanja posljedično dovodi do smanjene potrebe za davanjem dijagnoze. Cilj Odgovora na intervenciju je stvaranje obrazovne okoline, učinkovite, primjenjive i trajne za svu djecu, obitelji i one koji sudjeluju u obrazovnom procesu, i to uz kontinuiranu podršku. Odgovor na intervenciju podrazumijeva nekoliko razina podrške, a pomicanjem kroz razine pružena intervencija postaje eksplicitnija, učestalija, dulja, grupe homogenije i manje, a oni koji pružaju pomoć sve stručniji. U radu je prikazan model pružanja intervencije teškoća čitanja i pisanja krojene prema Odgovoru na intervenciju, koji proizlazi iz preokreta u razumijevanju i definiranju poremećaja. Prikazan je pregled modela, osnovne postavke i odlike, te izazovi i potencijalne dobrobiti u odnosu na pružanje usluga djeci s teškoćama/poremećajem čitanja i pisanja u Hrvatskoj.

**Ključne riječi:***Odgovor na intervenciju, ovladavanje čitanjem, poremećaj čitanja i pisanja, disleksija, terapija*

### ABSTRACT

Response to Intervention is a principle of intervention delivery for children with reading difficulties. It does not stand for any particular method, therapy or teaching model, rather it should be understood as a process aimed to direct available resources towards the most efficient intervention. One of the key features of response to intervention is a systematic and constant evaluation of student difficulties and progress, but also of the chosen approach of intervention. Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-V) suggests resistance to remediation to be one of the diagnostic criteria for specific learning disorder – consistent difficulties in use of academic skills for at least 6 months, despite focused interventions. Therefore, there is also a need to provide intervention before the disorder is diagnosed. Consequently, early intervention can also diminish the need for diagnosis in the first place. The goal of the response to intervention is to create a learning environment that is efficient, permanent, and appropriate for all children and families. Response to intervention entails several levels of support. Moving through levels ensures more explicit, more frequent, and longer support. Groups are more homogeneous and getting smaller, while the level of expertise of those who are delivering support is growing. This paper presents a model of providing intervention for reading and writing difficulties, tailored according to the Response to Intervention, instigated by the shift in understanding and defining the disorder itself. Models, frameworks, advantages, and challenges are presented in relation to the service delivery for children with reading difficulties/disorder in Croatia.

**Keywords:***Response to Intervention, reading development, specific learning disorder, reading disorder, therapy*

## UVOD

Pojam 'Odgovor na intervenciju' (engl. *Response to Intervention*, RTI) dugi je niz godina prisutan u znanstvenoj i stručnoj literaturi u području poremećaja i teškoća čitanja i pisanja, ali i nizu stranih strateških dokumenata, pravilnika i zakona. Odgovor na intervenciju ne podrazumijeva posebnu, točno određenu metodu, terapiju niti model podučavanja, već proces kojemu je cilj usmjeriti obrazovne resurse prema intervencijskom pristupu s najboljim učinkom i prema sustavnoj i stalnoj evaluaciji - kako učenika, tako i pristupa (Fuchs i Fuchs, 2006).

Osnovna je ideja, na kojoj počiva Odgovor na intervenciju, nastojanje da se vještina - u ovom slučaju vještina čitanja - promatra izvan okvira poremećaja. Koncept je daleko širi od područja logopedije i specifičnog poremećaja učenja, no upravo je tu našao najplodnije tlo za razvoj. Time je spomenuta ideja postala zlatni standard u promišljanju o poremećaju čitanja i pisanja i teškoćama ovladavanja ovim vještinama.

Cilj je Odgovora na intervenciju stvoriti obrazovnu okolinu koja će biti učinkovita, primjenjiva za svu djecu, obitelji i one koji sudjeluju u obrazovnom procesu, te trajna. Ovakav model ne podrazumijeva trenutnu pomoć, već kontinuiranu podršku. Iako se koncept Odgovora na intervenciju može primijeniti i uspješno se izvodi na svim razinama školovanja, primjena Odgovora na intervenciju najprimjerenija je tijekom prvih godina sustavnog obrazovanja, i to upravo za praćenje napretka u jezičnom razvoju i ovladavanju vještinama čitanja i pisanja. Dakle, cilj je uspostaviti sustav podrške što ranije, na početku ovladavanja vještinama čitanja i pisanja. Time ovaj model zagovara ranu intervenciju u području teškoća ovladavanja čitanjem i pisanjem, koja će u konačnici dovesti do smanjene potrebe za postavljanjem dijagnoze.

Cilj je ovoga rada predstaviti osobitosti Odgovora na intervenciju logopedima i sustručnjacima uključenim u pružanje podrške djeci s teškoćama/poremećajem čitanja. U prvom dijelu rada raspravljani su znanstveni temelji Odgovora na intervenciju, odnosno znanstvene činjenice koje su dovele do potrebe za izmjenama u načinu na koji se poremećaj čitanja dijagnosticira, promatra, kategorizira, zatim i načina na koji se intervenira u slučaju teškoća. U odnosu na bolesti i druga medicinska stanja, razumijevanje neurorazvojnih poremećaja, tj. klinički opisi teškoća, osobito njihova interpretacija, nisu odvojivi od istraživačkih paradigmi i dokaza, te oni snažno utječu na kliničke prosudbe. U drugom dijelu rada prikaz je osnovnih postavki Odgovora na intervenciju, te primjera dobre prakse, dobiti, ali i izazova ovakvog modela podrške.

### Od medicinskog k obrazovnom modelu razumijevanja i određivanja poremećaja čitanja

Preokret u razmišljanju o intervenciji svakako je povezan i s modelom postavljanja dijagnoze u području poremećaja čitanja i pisanja, odnosno specifičnog poremećaja učenja. Utjecaj koncepta Odgovora na intervenciju na određenje poremećaja i dijagnostičke kriterije na neki je način dvosmjernan. Određenje poremećaja čitanja u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje IV. Američke psihijatrijske udruge (DSM-IV) vođeno je modelom raskoraka (engl. *discrepancy model*). Pritom se naglašavala neusklađenost kognitivnih sposobnosti i vještine čitanja – unatoč urednim intelektualnim

sposobnostima djeca s disleksijom ne uspijevaju ovladati vještinom čitanja, te je brzina i/ili točnost njihovog čitanja ispodprosječna u odnosu na vršnjake. S druge strane, sljedeća inačica priručnika, DSM-V, kao prvi opći dijagnostički kriterij za specifični poremećaj učenja, navodi da *teškoće u učenju i korištenju akademskih vještina (...) traju najmanje 6 mjeseci, unatoč intervencijama usmjerenim na ove teškoće* (str. 66). Vellutino je još 1996. isticao da je jedan od osnovnih pokazatelja disleksije otpornost na intervencijske postupke, navodeći da trećina djece s teškoćama ovladavanja čitanjem i pisanjem - unatoč podršci - ne napreduje, određujući ovu skupinu kao osobito tešku za prevladavanje teškoća (engl. *difficult to remediate*, Vellutino i sur., 1996). Unatoč kritikama i bojazni da je nova inačica dijagnostičkog priručnika zanemarila pozamašan istraživački korpus u području disleksije, te da nedovoljno naglašava specifičnost ovog poremećaja u odnosu na druge neurorazvojne poremećaje (npr. Colker i sur., 2013), poremećaj čitanja ostaje posebna klinička kategorija unutar specifičnih teškoća učenja. Ona integrira obrazovne potrebe ove djece s medicinskim modelom uspješno definiranog poremećaja s poznatom neurobiološkom pozadinom, patofiziologijom stanja, simptomima, razvojnim manifestacijama, terapijama i ishodima terapije.

Unatoč svim poznatim odrednicama poremećaja čitanja i tendenciji da se neurorazvojni poremećaji grupiraju prema patofiziološkim sličnostima, a ne fenomenološkim opservacijama, ostaje činjenica da se poremećaj čitanja dijagnosticira na osnovi ponašajne kategorije – brzini i točnosti čitanja, razumijevanja pročitanooga. U skladu s time, proširivanje razumijevanja poremećaja i pomak u domenu obrazovnoga sustava donosi određene prednosti i inovativnost u pristupu. U klasičnom medicinskom modelu prepoznavanja i tretmana nekog stanja, postavljanje dijagnoze omogućuje pristup podršci i terapiji, te ostvarivanje različitih prava. S druge strane, neizbježno postavlja ograničenja i pridonosi razvoju stigme (McNulty, 2003). Roditelji - zbog stigmatizacije i osjećaja krivnje - ponekad odbijaju proces postavljanja dijagnoze, ali ponekad im upravo otkrivanje dijagnoze omogućuje svojevrsnu obranu od osuda okoline i prevenciju potencijalnog osjećaja stida, jer postojanje objektivnih bioloških teškoća uklanja sumnju u loše roditeljstvo (Francis, 2012). Stereotipi i predrasude jednako su opasni neovisno u kojem smjeru idu. Negativni stereotipi najčešće podrazumijevaju da djeca s disleksijom imaju teškoće u učenju općenito i stoga im je potrebno pružati manje sadržaja, što ograničava obrazovanje, napredak i akademska postignuća ove djece (Martan, Mihić i Čepić, 2023). Uspješnim osvještavanjem javnosti, disleksija je gotovo postala poželjan fenomen (Kamhi, 2004). Tako se u javnosti pojavljuju i pozitivni stereotipi da su sva djeca s disleksijom natprosječno inteligentna i darovita, iako je poznato da je postotak dvostruko iznimne djece relativno mali (za pregled v. Martan, Lončarić i Skočić Mikić, 2021). Ovaj stav vodi nerealnim očekivanjima u obrazovnom sustavu, koja su osobito nepovoljna za djecu s graničnim postignućima ili neujednačenim postignućima u različitim kognitivnim domenama. Uredne kognitivne sposobnosti ulazna su kategorija za postavljanje dijagnoze, a u tradicionalnom modelu skrbi, i za pristup bilo kakvoj intervenciji. To neizostavno ostavlja jedan značajan dio djece s graničnim postignućima bez dijagnoze, ali i bez podrške.

Procjena intelektualnih sposobnosti i stroga granica kvocijenta inteligencije, kao *conditio sine qua non* za postavljanje dijagnoze poremećaja čitanja i pisanja, problematična je zbog više razloga (Wagner i sur., 2020). U primjeni su različiti testovi

koji potencijalno mjere različite kognitivne domene i imaju različite psihometrijske karakteristike. Posebno je izazovan neujednačen profil kognitivnih sposobnosti koji je vrlo često prisutan kod ove djece, a koji ne omogućuje jednostavan izračun rezultata i jednoznačnu odluku o postignućima. Ako ove nedorečenosti u konačnici utječu na postavljanje dijagnoze, nikako ne bi smjele utjecati na pristup intervenciji.

Pomak k obrazovnom modelu promatranja poremećaja i stavljanje odgovornosti na intervencijske postupke u prvi plan, donosi ideju da postavljanje dijagnoze ne mora biti preduvjet intervenciji. Drukčiji pogled na poremećaj omogućuje napuštanje tzv. modela „čekanja neuspjeha“ (engl. *wait-to-fail model*), koji podrazumijeva da djeca moraju pokazati dramatično odstupanje u odnosu na vršnjake za dobivanje dijagnoze, a time i pristup intervenciji, što ga čini neetičnim i nespojivim s načelima rane intervencije. Čitanje i pisanje vještine su koje se stječu i usavršavaju sustavnim podukom. To ostavlja mogućnost da teškoće dijela učenika s dijagnozom nisu odraz postojanja poremećaja, već neodgovarajuće i neprimjerene poduke ili okolnosti u kojima poduka nije mogla biti zadovoljavajuća, što pokazuje niz radova Vellutina i suradnika (npr. Scanlon i Vellutino, 1996; Vellutino, Scanlon i Lyon, 2000; Vellutino, Scanlon i Jaccard, 2003; Vellutino, Scanlon, Zhang i Schatschneider, 2008). Model Odgovora na intervenciju može smanjiti broj lažno pozitivnih dijagnoza, odnosno djece koja dobivaju dijagnozu, a uz odgovarajuću i pravodobnu podršku mogla bi ovladati vještinom čitanja na zadovoljavajućoj razini.

### **Pomak k promatranju sposobnosti/vještine, neovisno o pripadnosti dijagnostičkom entitetu**

Literatura o procesima čitanja, ovladavanju čitanjem ili poremećaju čitanja, gotovo bez iznimke, počinje naglašavajući da je čitanje kulturalni izum, te da ne postoje biološke datosti koje ga prate. Stanislas Dehaene (2011) govori o neuralnom recikliranju, odnosno sposobnosti neuralnih mreža uspostavljenih za neke druge funkcije, ali dovoljno fleksibilnih da se prilagode i podrže novu vještinu. Unatoč neuralnoj adaptivnosti, čitanje i pisanje i dalje ostaju kulturalne kategorije. Pismenost i potreba za pismošću se tijekom povijesti mijenjala. To govori u prilog tome da je pismenost kontinuum, a čitanje i pisanje nisu binarne kategorije. Određivanje granice urednoga u odnosu na poremećaj u potpunosti je arbitrarno i uvelike određeno kulturološkim razlikama, zahtjevima okoline i osobnim zahtjevima pojedinca i njegove obitelji (Wolf, 2008). Neurokognitivni poremećaji općenito, tako i poremećaj čitanja i pisanja ili jezični poremećaj, kategorije su određene ponašanjem koje se najčešće promatra u jednoj vremenskoj točki. S druge strane, oni su dinamični i mijenjaju se, čest je komorbiditet, izrazito su heterogeni, a isti ponašajni ishod može odražavati krajnju točku vrlo različitih razvojnih putanja (Snowling, 2005). Iz toga proizlazi potreba za usmjeravanjem na vještinu i/ili sposobnost, a ne nužno na poremećaj kao skup simptoma koji se neizostavno preklapaju i kao takvi pripadaju različitim neurokognitivnim dijagnostičkim kategorijama. Bishop i Snowling (2004) napominju da preklapanja na bihevioralnoj razini ne znače nužno da su dva poremećaja kvalitativno ista, ali im traže zajedničke mehanizme, usmjeravajući se na pojedine simptome poremećaja koji se zbog zajedničkog uzroka preklapaju: npr. djeca s jezičnim poremećajem imaju teškoće u fonološkim sposobnostima koje

dovode do smanjenog opsega rječnika, a kasnije negativno utječu na razvoj dekodiranja, ali ne nužno i na razumijevanje pročitano. S druge strane, morfosintaktičke teškoće neće dovesti do teškoća u ovladavanju brzinom i točnošću čitanja, ali će negativno utjecati na razumijevanje pročitano, kao što negativno utječu na razumijevanje govorenoga jezika. Kaplan i sur. (2001) sažeto su prikazali podudaranja, odnosno zajedničko pojavljivanje niza neurorazvojnih poremećaja: poremećaja čitanja i poremećaja pažnje; motoričkih teškoća, poremećaja čitanja i poremećaja pažnje; socijalno-emocionalnih teškoća i gore navedenih poremećaja. Autori problematiziraju uporabu pojma komorbiditet kod neurorazvojnih poremećaja ističući upitnim je li u ovom slučaju moguće jasno razgraničiti simptom i poremećaj (kao što je to npr. kod drugih medicinskih stanja: Poliurija je simptom dijabetesa, dok anksioznost nije, ali se može javiti u komorbiditetu. S druge strane, ne govorimo o komorbiditetu poliurije i dijabetesa.) Kaplan i sur. (2001) dovode u pitanje postojanje diskretnih kategorija, a osobito činjenicu da je pristup intervenciji i oblik intervencije određen kategorijom, a ne nužno stvarnim potrebama. Usmjeravajući se na temeljnu sposobnost ili vještinu, moguće je intervenirati u skladu s potrebama pojedinca, prije pojave dodatnih negativnih posljedica, neovisno o dijagnostičkoj kategoriji.

Za opisivanje neurorazvojnih poremećaja sve se češće koriste znanstveni i klinički okviri koji nastoje obuhvatiti genetičke, neurobiološke i kognitivne faktore rizika, a koji su određeni kao kontinuirane varijable, i stoga probabilistički, a ne deterministički mehanizmi: zajedničko djelovanje određenih faktora rizika, od kojih se svaki nalazi na određenoj točki kontinuuma, može dovesti do pojavljivanja poremećaja ili kliničke slike koju bismo tradicionalno smatrali preklapanjem dvaju poremećaja; ali isto tako zaštitni i poticajni faktori mogu suzbiti ili nadjačati simptome poremećaja (Torppa i sur., 2022). Ovakvi modeli rizika su osobito korisni za poremećaje koji imaju tendenciju mijenjanja simptomatologije tijekom razvoja, te koji su određeni izraženom heterogenošću budući da manje naglašavaju pojedine određene poremećaje (u ovom slučaju disleksije), a naglasak premještaju na međugru različitih faktora i individualne razlike. Ovaj je pristup doveo do nastanka okvira RDoC (Research Domain Criteria), koji potiče grupiranje djece sa sličnim obrascima simptoma, neovisno o pripadanju unaprijed određenoj kliničkoj kategoriji (Cuthbert, 2020). Svrha je primjene ovakvog okvira u znanosti analiziranje mehanizama nastanka poremećaja, uzimajući u obzir različite domene (genetski faktori, moždane strukture i obrada, kognitivno funkcioniranje i procijenjena ponašanja), njihove promjene tijekom razvoja i suodnos s varijabilnim okolinskim čimbenicima (Talcott, Witton i Stein, 2013). Velik dio istraživanja disleksije počiva na testiranju pojedinih uzročnih teorija disleksije i njihove optimalnosti u opisivanju mehanizma nastanka teškoća (Ramus, 2003). Noviji pristupi uzrocima poremećaja dovode do zaključka da tradicionalne teorije uzroka nisu nužno međusobno neusklađene i oprečne, već opisuju poremećaj samo u odnosu na jednu domenu. Opis vještine u odnosu na više različitih domena u stručnom radu omogućuje planiranje individualnih terapijskih postupaka, te intervencija neovisnih o pripadnosti dijagnostičkoj kategoriji (Casey, Oliveri i Insel, 2014).

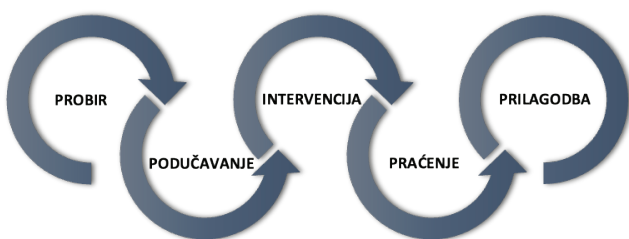
Logopedska podrška u Hrvatskoj većinom slijedi imanentno medicinski model skrbi, pritom se terapijom smatra pokušaj smanjivanja nekog zdravstvenog problema, i to obično nakon uspostavljanja odgovarajuće medicinske dijagnoze. Velik broj logopeda zaposlenih u zdravstvenom sustavu u Republici

Hrvatskoj utječe na razumijevanje terapije, tako Pavičić Dokoza, Matić i Kuvač Kraljević (2020) terapiju određuju kao dinamični proces koji počinje postavljanjem dijagnoze (str. 5). U skladu s tim, u slučaju ovladavanja čitanjem, velik broj djece s razvojnim teškoćama i/ili nedovoljno intenzivnom podukom ulazi u programe intervencije tek nakon dvije ili tri godine sustavne poduke. S druge strane, djeca koja su prepoznata ranije, najčešće su upućena na najvišu razinu podrške pod sumnjom na poremećaj, obavit će se preliminarna dijagnostika, te će dijete (često s već postavljenom radnom dijagnozom) čekati terapiju. Suprotno tomu, implementacija modela Odgovora na intervenciju podrazumijeva intervenciju na nižim razinama podrške, time smanjuje pritisak na specijalizirane ustanove i uspostavlja sustav rane intervencije u području ovladavanja čitanjem.

## ODGOVOR NA INTERVENCIJU

### Osnovne postavke Odgovora na intervenciju

Odgovor na intervenciju moguće je implementirati u svaku odgojno-obrazovnu ustanovu, jer se naslanja na već prisutne resurse i na osoblje uključeno u poduku čitanja i pisanja. Proces počinje sustavnom podukom čitanja i pisanja, praćenjem uspjeha učenika izloženih poduci, tj. podučavanjem i probirom (slika 1). Cilj je probira prepoznati djecu koja su rizična za razvoj teškoća čitanja i pisanja, tj. koja ne „drže korak s vršnjacima”. Probirom se utvrđuje koja djeca imaju teškoća u ovladavanju čitanjem i pisanjem na osnovi tradicionalne uobičajene sustavne poduke u učionici, namijenjene svim učenicima. Za što učinkovitiji probir, u ovom koraku je obično veći broj djece prepoznat kao dio rizične skupine, odnosno velik je udio lažno pozitivnih. Pri tome je važno da je podučavanje, tj. sustavna poduka zasnovana na istraživanjima i testirana u stvarnim uvjetima (Fuchs i Fuchs, 2006).



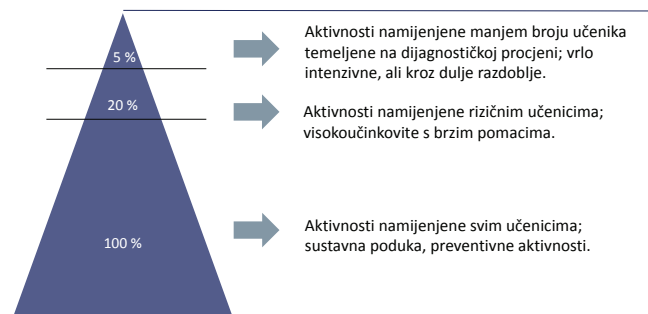
Slika 1. Hodogram intervencije krojene prema Odgovoru na intervenciju.

U odnosu na sustavnu poduku, intervencija je namijenjena rizičnoj skupini djece, a najčešće podrazumijeva rad u malim skupinama (obično troje do najviše šestoro djece). Intervencija se može razlikovati, ovisno o potrebama skupine djece kojoj je namijenjena: od dodatnog izlaganja sustavnoj poduci, posebno usmjerene poduke, do terapijskih postupaka. Napredak djece uključene u intervenciju prati se učestalo (npr. svaka dva tjedna) kratkim zadacima kojima je cilj utvrditi napreduje li učenik s obzirom na individualno postavljene ciljeve, odnosno odgovara li na pruženu intervenciju. S obzirom na rezultate praćenja,

slijedi prilagodba načina ili intenziteta intervencije. Intervencija se nastavlja i kada je ustanovljena potreba za drugim oblicima podrške, naprimjer promjena oblika školovanja, uvođenje individualiziranih postupaka ili prilagodbi. Iako se intervencija najčešće provodi u skupini, ciljevi intervencije postavljaju se individualno, na osnovi učenikovih postignuća, a napredak se prati u odnosu na individualne ciljeve i/ili očekivana postignuća s obzirom na vršnjake izložene istovjetnoj sustavnoj poduci. Izrazito važna komponenta Odgovora na intervenciju je prilagodba, koja omogućuje fleksibilnost cijelog procesa – promjenu intenziteta ili oblika pružene podrške, i to praćenjem napretka.

Odgovor na intervenciju karakterizira kontinuirano rješavanje problema. U odnosu na tradicionalni model, kada se odluka o podršci donosi na osnovi rezultata na jednom ili nekoliko standardiziranih mjernih instrumenata, Odgovor na intervenciju znači kontinuirano praćenje učenika. Nakon prvog probira rizične skupine, skupina se neprestano prati, odnosno kontinuirano se rabe podatci o napretku učenika, a intervencijske odluke (bilo obrazovne, bilo terapijske) temelje se na učenikovom odgovoru na poduku/intervenciju. Radi se o obliku dinamičke procjene, gdje je mjerni pokazatelj učenikova stopa učenja. Odgovoru na intervenciju imanentno je skupljanje i interpretacija podataka.

Podatci podjednako usmjeravaju učitelja, koji odlučuje o potrebi za promjenom načina podučavanja i obrazovnih materijala, i logopeda, koji odlučuje o stupnju potrebne podrške učeniku. Promjena stupnja podrške slikovito znači prijelaz učenika iz jedne razine podrške u drugu (slika 2; Fuchs i Vaughn, 2012).



Slika 2. Primjer višerazinskog modela Odgovora na intervenciju

Jedna od ključnih postavki Odgovora na intervenciju je upravo višerazinska priroda podrške koja je osigurana. Različite inačice programa imaju različit broj razina (engl. *tiers*), no Odgovor na intervenciju nužno uključuje više razina koje se međusobno razlikuju (Fuchs, Mock, Morgan, i Young, 2003). Programi mogu podrazumijevati i samo dvije razine podrške, ali najčešće se radi o tri, četiri ili pet razina. Upravo veći broj razina podrške omogućuje uspostavljanje modela prevencije poremećaja (Grimes, 2000). Priroda pružene intervencije na svakoj se razini mijenja, postaje intenzivnija kako se učenik kreće prema višim razinama podrške. Fuchs i Fuchs (2006) navode da se podrška intenzivira tako što postaje sistematičnija i eksplicitnija, učestalija i duljeg trajanja, a skupine su sve manje i homogenije.

Promjenom razine ne mijenja se samo oblik intervencije, već i razina stručnosti onih koji pružaju podršku: na određenoj razini uvode se visokostručni terapijski postupci. Prema

osnovnom modelu Odgovora na intervenciju (opisanom npr. u Fuchs i Vaughn, 2012), prikazanom na slici 2, to znači: 1. početnu razinu namijenjenu svim učenicima koja podrazumijeva sustavnu poduku koju osigurava učitelj; 2. aktivnosti namijenjene manjem broju djece koja su probrana kao rizična skupina, a koje može provoditi učitelj, ali i knjižničar ili stručni suradnik psiholog, edukacijski rehabilitator, pedagog; 3. intenzivne visokostručne postupke koji podrazumijevaju logopedsku terapiju (u školi ili izvan nje). Prelaskom iz jedne razine u drugu, oni koji pružaju podršku postaju sve stručniji i specijaliziraniji, logoped se u specijaliziranoj ustanovi uključuje u podršku tek kada se sa sigurnošću može tvrditi da je njegova podrška neophodna i da ne može doći do pomaka uz neke druge intervencijske programe.

S druge strane, logoped - stručni suradnik u odgojno-obrazovnim ustanovama može organizirati srednje razine podrške, pri čemu je logopedska terapija najviša razina podrške pružena u školi, a na nižim razinama podršku pružaju drugi stručnjaci uključeni u sustavnu poduku ili podupiranje ovladavanja čitanjem (učitelj, knjižničar, pedagog, psiholog, edukacijski rehabilitator).

Procjena teškoća i praćenje napretka učenika do posljednje razine podrške ne mora i najčešće ne uključuje standardizirane dijagnostičke testove.

Fuchs i Fuchs (2006) obrazlažu dva načina mjerenja napretka učenika uključenog u neku od srednjih razina podrške.

Neki stručni timovi preferiraju visokoindividualiziranu procjenu i intervenciju. U takvim se školama učenik uspoređuje s vršnjacima u istom razredu. Učenikova relativna postignuća u odnosu na razred, a ne postignuća na standardiziranom testu, mjerilo su učenikova napretka i alarm za ulaz u sustav stručne podrške na višoj razini. Ovakav model podrške podrazumijeva i dobro obučene stručnjake na svim razinama, koji imaju dovoljno vremena i prilika za mjerenje učinkovitosti intervencije. Fuchs i Fuchs (2006) ističu još jednu važnu komponentu – disciplinu procjenjivača koji je bez strogog protokola vođen isključivo vlastitim odlukama, kompetencijama i sposobnošću organizacije u danom mu sustavu. S druge strane, standardni protokol je manje individualan i nije prilagođen svakom pojedinačnom djetetu, ali daje čvršći okvir za praćenje napretka. Standardni protokol obično podrazumijeva intervenciju određenog opsega i trajanja, individualnu ili grupnu. Ako učenik pokaže napredak, vraća se sustavnoj poduci u svom razredu. Ako ne pokazuje napredak, primjenjuje se sljedeći protokol koji uključuje intenzivniju intervenciju. Nakon procjene, učenik koji je napredovao nastavlja poduku u razredu. Izostanak napretka učenika nakon dvije razine intervencije smatra se pokazateljem da je opseg teškoća s kojima se učenik susreće prevelik, te da je učeniku potrebna dijagnostička obrada i terapija. Osnovna ideja počiva na istraživanju, koje su 1996. proveli Vellutino i suradnici, u kojem su pratili skupinu učenika prvoga razreda koje su učitelji identificirali najlošijim čitateljima. Učenici su podijeljeni u eksperimentalnu i kontrolnu skupinu, te je eksperimentalna skupina prošla fokusirani intervencijski trening. Nakon jednog polugodišta 2/3 učenika u skupini pokazala je vrlo dobar ili dobar napredak, dok je trećina ostala ispod 30. centila na standardiziranim testovima čitanja čak i nakon ponovljene intervencije. Autori zaključuju da više od polovice učenika u izdvojenoj skupini nisu djeca s poremećajem čitanja, već jednostavno djeca kojoj sustavna poduka nije bila dovoljna da bi osigurala napredak: *not reading disabled, but „instructionally“ disabled*. Neovisno o načinu procjene i praćenja

intervencije, cilj je uvijek isti: ponuditi učeniku ranu, učinkovitu poduku i intervenciju, te je na valjan i pouzdan način pratiti.

### Primjeri dobre prakse implementacije Odgovora na intervenciju

Odgovor na intervenciju moguće je implementirati na različite načine. *Riverside Central Elementary School* javna je škola u Rochesteru u Sjedinjenim Američkim Državama, koja je među prvima implementirala ovaj način podučavanja i praćenja razine čitanja svojih učenika. Program podrazumijeva tri razine i sve se tri razine provode u školi. Svoj djeci pružena je osnovna sustavna poduka, probirom se provjerava odgovaraju li na osiguranu poduku kako bi se moglo intervenirati prije nego što dođe do većih poteškoća i zaostajanja. U ovoj se školi stručni tim odlučio za praćenje napretka mjerenjem na osnovi propisanog kurikula (engl. Curriculum-based measure, Speece i Case, 2001): u drugu razinu podrške uključuju se sva djeca koja postižu rezultate na mjerama čitanja 1 SD ispod srednje vrijednosti postignuća učenika svih razreda neke generacije (npr. svih prvih razreda u toj školi). Zadatke priprema stručni tim prema kurikulu, uzimajući u obzir i ono što je njime propisano, ali i brzinu prolaženja kroz zadani kurikulum koja ovisi o mogućnostima učenika. Druga razina uključuje ranu intervenciju za učenike koji ovladavaju početnim čitanjem s teškoćama. Na ovoj razini podrške, za pruženu sustavnu poduku, njima je osigurano više vremena i pojačan intenzitet poduke. To može značiti svakodnevnu dodatnu poduku u trajanju od 30 minuta, u malim skupinama s ciljem automatizacije prepoznavanja kratkih riječi. Ciljevi se postavljaju prema postignućima, a skupine se tijekom godine mijenjaju, ovisno o rezultatima čestih probira. Ovu razinu podrške osigurava razredni učitelj. Učenici koji ne uspijevaju dostići vršnjake uz ovakav tip podrške prelaze na treću razinu. Na ovoj razini podrške osiguran je intenzivniji rad, individualno ili u paru, a osigurana podrška napušta okvire sustavne poduke i uključuje terapijske postupke. Provodi je logoped ili stručnjak s dodatnim obrazovanjem u području razvoja čitanja (engl. *reading teacher*, što u SAD-u označava stručnjaka posebno obučenog upravo za ovladavanje čitanjem; u hrvatskom obrazovnom sustavu ovaj je stručnjak stručni suradnik - logoped). Sve su razine intervencije osigurane u školi. *Riverside Central Elementary School* ne provodi Odgovor na intervenciju samo u nižim razredima. Probir se nastavlja tijekom cijelog školovanja, za svaki razred osigurane su tri razine podrške. U višim razredima se fokus pomiče s dekodiranja na razumijevanje i rad na tekstu, a druga razina podrške postaje tzv. čitalački razred (engl. *reading class*) koji učenici pohađaju po potrebi, odnosno prema rezultatima probira.

S druge strane, nizozemski model Odgovora na intervenciju donekle zadržava tradicionalni europski model pogleda na disleksiju i obuhvaća obrazovni sustav, ali i specijalizirane ustanove (Aravena, Tijms, Snellings i van der Molen, 2016). Model obuhvaća četiri razine, gdje je prva razina sustavna poduka namijenjena svim učenicima, a slijedi dodatna poduka u učionici za 25 % učenika koji su najslabiji na probirnim mjerama. Ovu razinu podrške osigurava razredni učitelj. Učenici koji ne pokazuju napredak prelaze u treću razinu podrške koja podrazumijeva stručnu pomoć, ali unutar škole. Procjenjuje se da je oko 10 % ovakvih učenika. Mali broj učenika, njih oko 4 %, neće uspjeti nadvladati teškoće niti nakon ovog stupnja podrške, te će biti upućeni u specijalizirane ustanove, gdje će

se provesti dijagnostika nakon koje se uključuju u terapiju poremećaja čitanja i pisanja.

### Dobrobiti i izazovi Odgovora na intervenciju

Važna odlika Odgovora na intervenciju je to što omogućuje djelovanje vrlo brzo. Već nakon osam tjedana sustavne poduke, moguće je ustanoviti kojoj je djeci potrebna dodatna podrška u ovladavanju čitanjem i uspostaviti sljedeću razinu te podrške (Grimes, 2002). Odluke su temeljene na dinamičkoj procjeni, a cijeli proces je vođen dobivenim podacima. Model je fleksibilan i omogućuje da djeca ulaze i izlaze iz sustava podrške na višim razinama prema stvarnim potrebama, tj. na osnovi otkrivenih teškoća, odnosno ostvarenog napretka. Dakako, neprestano su izloženi sustavnoj poduci kao i ostali učenici u razredu. Problemi se na ovaj način rješavaju kontinuirano, a podrška je dostupna u svakom trenutku ovladavanja čitanjem. Imajući na umu heterogenost poremećaja te preklapanje s drugim neurorazvojnim poremećajima, ovo je osobito važno jer se teškoće ponekad mogu javiti tek nakon nekoliko godina sustavne poduke: npr. teškoće u razumijevanju pročitanoa kod djece sa slabijim jezičnim sposobnostima (Bishop i Snowling, 2004).

Pomicanjem kroz razine podrške intervencija postaje eksplicitnija, učestalija i dulja, a skupine sve manje i homogenije.

Oni koji pružaju podršku postaju sve stručniji i specijaliziraniji, a osim logopeda koji pruža usluge na višim razinama podrške, na nižim razinama podršku pružaju drugi stručnjaci (učitelj, knjižničar, drugi stručni suradnici). Time se u potpunosti iskorištavaju resursi koje odgojno-obrazovna ustanova ima, problemi se rješavaju unutar škole i zadržava se njezina autonomija u organiziranju podrške učenicima.

Uspostavljanje modela Odgovora na intervenciju može biti i izazov jer mijenja tradicionalnu ulogu učitelja, stručnog tima škole, drugih stručnjaka u školi (npr. knjižničara) i roditelja. Promjena profesionalnih uloga dovodi do prenamjene ljudskih i drugih resursa, što podrazumijeva i dodatno obrazovanje osoblja škole, kako bi mogli odabrati metodu rada između različitih mogućnosti, načine bilježenja pomaka i rezultata intervencije, uporabu mjernih zadataka (bilo standardiziranih mjernih instrumenata, bilo drugih mjera), te izradili program intervencije (Fuchs i Fuchs, 2006).

Nedostatak logopeda u Republici Hrvatskoj općenito, osobito u osnovnim školama, predstavlja dodatnu teškoću. Iako podršku na nižim razinama mogu pružiti drugi stručnjaci, suradnja s logopedom je nužna za osiguravanje kvalitetne podrške i sustava praćenja. Prema podacima školskog sindikata Preporod, u 800 hrvatskih škola tijekom 2020. godine bilo je zaposleno manje od 200 logopeda, a polovica njih radi u Zagrebu i okolici (<https://sindikato-preporod.hr/23831-2/>). Pružanje podrške samo na najvišoj razini, dakle osiguravanje isključivo individualnoga terapijskog rada, dovodi do toga da izrazito mali broj djece biva obuhvaćen intervencijom. Već sam omjer logopeda i polaznika osnovne škole upućuje na to da je potrebno distribuirati podršku i uspostaviti sustav u kojem logoped podupire druge stručnjake u provođenju intervencijskih postupaka. Zasiurno je izazov i vrijeme u školskom rasporedu za dodatne aktivnosti poticaja čitanja. U *Izješću o radu pravobraniteljice za djecu za 2022. godinu* (<https://dijete.hr/hr/izvjesca/izvjesca-o-radu-pravobranitelja-za-djecu/>) navodi

se da je prema podacima Ministarstva znanosti i obrazovanja u šk. god. 2021./2022. gotovo 35.000 učenika bilo uključeno u produženi boravak ili cjelodnevnu nastavu, što potencijalno otvara vremenski okvir za ovaj oblik podrške. I konačno, Odgovor na intervenciju nužno podrazumijeva dobro obučene stručnjake i timski rad u kojem treba neprestano imati na umu da je učitelj taj koji osigurava kvalitetnu sustavnu poduku, a drugi stručnjaci preuzimaju sve manje i manje skupine djece i pružaju sve usmjereniju podršku. Odluke se donose timski, a intervencija je gotovo u potpunosti pružena u učenikovo školi. Tek mali broj učenika će potražiti terapiju u specijaliziranoj ustanovi.

### ZAKLJUČAK

Intervencija teškoća čitanja krojena prema načelima Odgovora na intervenciju počiva na razumijevanju kontinuirane prirode poremećaja čitanja. Kako ističu Shaywitz i sur. (1992) disleksija nije diskretna kategorija nego je određena kontinuumom, a postavljanje dijagnoze temeljem *cut-off* kriterija neku djecu ostavlja bez potrebne podrške. Nadalje, medicinski model pružanja podrške na osnovi dijagnoze dovodi do duljeg čekanja na pristup intervenciji. Odgovor na intervenciju mijenja način podrške, preusmjerava je i distribuira. Time se smanjuje pritisak na visokospecijalizirane ustanove, osobito na zdravstveni sustav, te se resursi dostupni za dijagnostiku i terapiju racionalnije raspoređuju. Značajan broj djece će nakon podrške na nižim razinama ostvariti dovoljan napredak, te će izbjeći dijagnozu poremećaja čitanja.

Tradicionalni medicinski modeli intervencije neurorazvojnih poremećaja općenito, a osobito poremećaja čitanja, pokazuju nedovoljnu fleksibilnost u odgovaranju na osnovna pitanja koja bi trebala oblikovati učinkovit terapijski program: U kojem „vremenskom prozoru“ je terapija optimalna? Kako uzeti u obzir dugoročni tijek poremećaja jer određeni simptomi nestaju, drugi perzistiraju, a neki simptomi se prelijevaju na različite kognitivne domene? Kako odgovoriti na heterogenost skupine djece s teškoćama čitanja, ali i multifaktorsku prirodu poremećaja i preklapanje više neurorazvojnih poremećaja, te donijeti odluku o protokolarnom ili individualiziranom tretmanu, kombiniranoj ili integriranoj terapiji? U posljednje se vrijeme u kontekstu neurorazvojnih poremećaja sve češće govori o neurotipičnosti i neurorazličitosti (Norbury, i Sparks, 2013), a složena longitudinalna istraživanja potvrđuju da ishodi i dugoročni učinci sustavne poduke i terapije kod djece s poremećajem čitanja ovise o velikom broju međusobno isprepletenih čimbenika rizika, poticajnih i zaštitnih čimbenika (Torppa i sur., 2022), potvrđujući promjenu paradigme razmišljanja od neurorazvojnog poremećaja k individualnim neurorazvojnim profilima. Ovakvo razmišljanje integrira načela Odgovora na intervenciju s ciljem uspostavljanja sustava podrške koji je visokofleksibilan i adaptibilan, pri čemu u središtu promjena nije korisnik, nego sustav kao takav koji svojim izmjenama postaje optimalan za sve svoje korisnike.

## LITERATURA

- Aravena, S., Tijms, J., Snellings, P., & van der Molen, M. W. (2016). Predicting responsiveness to intervention in dyslexia using dynamic assessment. *Learning and Individual Differences, 49*, 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.06.024>
- Bishop, D. V., & Snowling, M. J. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different?. *Psychological bulletin, 130*(6), 858. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.6.858>
- Casey, B.J., Oliveri, M.E., & Insel, T. (2014). A neurodevelopmental perspective on the Research Domain Criteria (RDoC) framework. *Biological Psychiatry, 76*, 350-353. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.01.006>
- Cuthbert, N.B. (2020). The role of RDoC in future classification of mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 22*(1), 81-85. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1>
- Dehaene, S. (2011). Reading as neuronal recycling: A universal brain organization underlying reading acquisition. In P. McCardle, B. Miller, J. R. Lee, & O. J. L. Tzeng (Eds.), *Dyslexia across languages: Orthography and the brain-gene-behavior link* (pp. 102-116). Paul H Brookes Publishing.
- Colker, R., Shaywitz, S., Shaywitz, B., & Simon, J. (2013). Comments on proposed DSM-5 criteria for specific learning disorder from a legal and medical/scientific perspective. *Journal of Learning Disabilities, 46*, 52-57.
- Dickman, G.E. (2006). RTI and Reading: Response to Intervention in a Nutshell. *Perspectives on Language and Literacy, Special Conference Edition*.
- Francis, A. (2012). Stigma in an era of medicalisation and anxious parenting: how proximity and culpability shape middle-class parents' experiences of disgrace. *Sociology of Health & Illness, 34*(6), 927-942. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01445.x
- Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (2006). Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it?. *Reading Research Quarterly, 41*(1), 93-99. <https://doi.org/10.1598/RRQ.41.1.4>
- Fuchs, L. S., & Vaughn, S. (2012). Responsiveness-to-intervention: A decade later. *Journal of learning disabilities, 45*(3), 195-203. <https://doi.org/10.1177/0022219412442150>
- Grimes, J. (2002). Responsiveness to interventions: The next step in special education identification, service, and exiting decision making. *Identification of learning disabilities: Research to practice, 531-547*.
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., & Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of learning disabilities, 34*(6), 555-565. <https://doi.org/10.1177/002221940103400608>
- Kamhi, A. (2004). A meme's eye view of speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 35*(2), 105-111. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2004\)012](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2004)012)
- Martan, V., Lončarić, D., & Skočić Mihić, S. (2021). Beliefs about the high abilities of twice-exceptional students with dyslexia. Preliminary findings on the construction of multiple measures of beliefs about the high abilities of twice-exceptional children scales. In Lj. Pačić-Turk (Ed.), *Brain and Mind: Promoting Individual and Community Well-Being: Selected Proceedings of the 2nd International Scientific Conference of the Department of Psychology at the Catholic University of Croatia* (pp. 79-95). Catholic University of Croatia.
- Martan, V., Mihić, S. S., & Čepić, R. (2023). <https://ejce.cherkasgu.press>. European Journal of Contemporary Education, 12(2). <https://doi.org/10.13187/ejced.2023.2.535>
- Norbury, C. F., & Sparks, A. (2013). Difference or disorder? Cultural issues in understanding neurodevelopmental disorders. *Developmental Psychology, 49*(1), 45. <https://doi.org/10.1037/a0027446>
- McNulty, M. A. (2003). Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities, 36*(4), 363-381. <https://doi.org/10.1177/00222194030360040701>
- Pavičić Dokoza, K., Matić, A., & Kuvač Kraljević, J. (2020). Modeli logopedске terapije: komparativna analiza hrvatskog i europskog konteksta. *Klinička psihologija, 13*(1-2), 5-19. <https://doi.org/10.21465/2020-KP-1-2-0001>
- Scanlon, D. M., & Vellutino, F. R. (1996). Prerequisite skills, early instruction, and success in first grade reading: Selected results from a longitudinal study. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 2*, 54-63.
- Shaywitz, S.E., Escobar, M.D., Shaywitz, B.A., Fletcher, J.M., & Makuch, R. (1992). Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *The New England Journal of Medicine, 326*, 145-150. <https://doi.org/10.1056/NEJM199201163260301>
- Snowling, M. J. (2005). Literacy outcomes for children with oral language impairments: Developmental interactions between language skills and learning to read. In H. W. Catts & A. G. Kamhi (Eds.), *The connections between language and reading disabilities* (pp. 55-75). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Speece, D. L., & Case, L. P. (2001). Classification in context: An alternative approach to identifying early reading disability. *Journal of Educational Psychology, 93*(4), 735. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.93.4.735>
- Talcott, J.B., Witton, C., & Stein, J.F. (2013). Probing the neurocognitive trajectories of children's reading skills. *Neuropsychologia, 51*, 472-481. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2012.11.016>
- Torppa, M., Vasalampi, K., Eklund, K., & Niemi, P. (2022). Long-term effects of the home literacy environment on reading development: Familial risk for dyslexia as a moderator. *Journal of Experimental Child Psychology, 215*, 105314. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2021.105314>
- Vellutino, F. R., Scanlon, D. M., & Jaccard, J. (2003). Toward distinguishing between cognitive and experiential deficits as primary sources of difficulty in learning to read: A two year follow-up of difficult to remediate, readily remediated poor readers. In B. R. Foorman (Ed.), *Preventing and remediating reading difficulties: Bringing science to scale* (pp. 73-120). Baltimore: York Press.
- Vellutino, F. R., Scanlon, D. M., & Lyon, G. R. (2000). Differentiating between difficult-to-remediate and readily remediated poor readers: More evidence against the IQ-achievement discrepancy definition of reading disability. *Journal of Learning Disabilities, 33*, 223-238.

Vellutino, F. R., Scanlon, D. M., Sipay, E. R., Small, S. G., Pratt, A., Chen, R., & Denckla, M. B. (1996). Cognitive profiles of difficult-to-remediate and readily remediated poor readers: Early intervention as a vehicle for distinguishing between cognitive and experiential deficits as basic causes of specific reading disability. *Journal of Educational Psychology, 88*(4), 60. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.88.4.601>

Vellutino, F. R., Scanlon, D. M., Zhang, H., & Schatschneider, C. (2008). Using response to kindergarten and first grade intervention to identify children at-risk for long-term reading difficulties. *Reading and Writing, 21*, 437-480. <https://doi.org/10.1007/s11145-007-9098-2>

Wagner, R.K., Zirps, F.A., Edwards, A.A., Wood, S.G., Joyner, R.E., Becker, B.J., Liu, G., Beal, B. (2020). The prevalence of dyslexia: A new approach to its estimation. *Journal of Learning Disabilities, 53*, 354–365. <https://doi.org/10.1177/0022219420920377>

Wolf, M. (2008). *Proust and the Squid: The Story and Science of the Reading Brain*. Harper Perennial.