

Przesłano do redakcji:
03.09.2026
Zaakceptowano po recenzji:
02.11.2026
Opublikowano:
31.07.2026

Przegląd terapii językowych: trening morfosyntaktyki i narracji dla dzieci z zaburzeniem rozwojowym języka (DLD)

Review of language therapies: morphosyntactic and narrative training for children with developmental language disorder (DLD)

Wkład autorów:
A Projekt badania
B Gromadzenie danych
C Analiza danych
D Interpretacja danych
E Przygotowanie pracy
F Przegląd literatury
G Gromadzenie funduszy

Hanna Cygan^{*E-G} , Martyna Bryłka^{*EF} 

* Autorki wniosły równy wkład.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Naukowe Centrum
Obrazowania Biomedycznego, Kajetany

Streszczenie

Zaburzenie rozwojowe języka (DLD) charakteryzuje się utrzymującymi się trudnościami w nabywaniu i użyciu języka, których nie wyjaśniają niedosłuch, niepełnosprawność intelektualna ani inne zaburzenia neurologiczne. Szczególnie nasilone deficyty dotyczą morfosyntaktyki oraz kompetencji narracyjnych – kluczowych dla funkcjonowania szkolnego i społecznego. Celem artykułu jest przegląd wybranych, opartych na dowodach metod terapeutycznych ukierunkowanych na rozwój gramatyki i narracji u dzieci z DLD. Omówiono trzy programy rozwijające umiejętności gramatyczne łączące jawną instrukcję metajęzykową z wielozmysłowym wsparciem. Przedstawiono także interwencje nakierowane na rozwój umiejętności narracyjnych, wzmacniające organizację dyskursu, różnorodność leksykalną i złożoność składniową. Wyniki przeglądu wskazują na skuteczność tych podejść w poprawie budowy zdań, spójności narracji i przenoszeniu nabytych umiejętności do realizacji zadań szkolnych. Choć żaden z programów nie został dotąd zaadaptowany do języka polskiego, ich zasady – systematyczna ekspozycja, multisensoryczne wsparcie oraz aktywne zaangażowanie – mogą stanowić inspirację w praktyce klinicznej w Polsce. Wnioski podkreślają potrzebę intensywnej, ustrukturyzowanej i angażującej terapii dopasowanej do profilu językowo-poznawczego dziecka oraz dalszych prac nad adaptacją podejść terapeutycznych opartych na dowodach do specyfiki języka polskiego.

Słowa kluczowe: terapia narracyjna • zaburzenie rozwojowe języka • DLD • trudności językowe • terapia morfosyntaktyczna • logopedia

Abstract

Developmental language disorder (DLD) is characterized by persistent difficulties in acquiring and using language that cannot be explained by hearing loss, intellectual disability, or other neurological conditions. Among the most impaired domains are morphosyntax and narrative skills, which are fundamental for academic achievement and social communication. The aim of this article is to present an overview of selected evidence-based therapeutic approaches targeting morphosyntactic and narrative development in children with DLD. We discuss three programs designed to enhance grammatical skills which integrate explicit metalinguistic instruction with multisensory support. In addition, we review narrative-based that strengthen discourse organization, lexical diversity, and syntactic complexity. Across studies, these interventions demonstrate effectiveness in improving sentence structure, narrative coherence, and generalization of skills to educational contexts. Although none of these programs has been fully adapted to Polish, their principles—systematic exposure, multisensory scaffolding, and active engagement—can inform clinical practice. The findings underscore the need for intensive, structured, and engaging therapy tailored to the linguistic and cognitive profiles of children with DLD, as well as for further adaptation of evidence based language intervention to the Polish language context.

Keywords: narrative therapy • developmental language disorder • DLD • speech-language pathology • morphosyntactic therapy • speech therapy

Autor korespondencyjny: Hanna Cygan, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mochackiego 10, 02-042 Warszawa; email: h.cygan@ifps.org.pl

Wprowadzenie

Zaburzenie rozwojowe języka (ang. *developmental language disorder*, DLD) to termin obowiązujący w międzynarodowym środowisku naukowym i klinicznym, stanowiący ujednoliconą kategorię diagnostyczną dla dzieci z utrzymującymi się trudnościami językowymi o nieznanej etiologii. Klasyfikacja ICD-11 [1] wskazuje, że DLD charakteryzuje się względnie trwałymi deficytami w zakresie nabywania, rozumienia, tworzenia lub używania języka (mówionego lub migowego), które pojawiają się we wczesnym dzieciństwie i skutkują istotnymi ograniczeniami komunikacyjnymi. Rozwój językowy dzieci z DLD przebiega wolniej niż u rówieśników, a deficyty nie ulegają samoistnej kompensacji wraz z dojrzewaniem poznawczym. W szczególności mogą one obejmować fonologię, słownictwo, morfologię i składnię, przy czym zakres i nasilenie trudności są zróżnicowane [2]. Diagnoza DLD stawiana jest na podstawie zestawu kryteriów włączenia, obejmujących wyniki standaryzowanych testów zdolności słownikowych, gramatycznych i narracyjnych, przy jednoczesnym uwzględnieniu kryteriów wykluczenia. Kryterium różnicowym jest obecność zaburzeń neurologicznych, rozwojowych lub sensorycznych, takich jak niepełnosprawność intelektualna czy niedosłuch, które mogłyby wyjaśniać obserwowane trudności językowe. Aktualnie omówienie kryteriów diagnostycznych znajduje się m.in. w artykule *Zaburzenie rozwojowe języka (DLD): definicja, objawy, diagnoza i implikacje kliniczne w świetle klasyfikacji ICD-11* [3].

Dzieci z DLD mogą doświadczać problemów we wszystkich komponentach języka, jednak za najbardziej charakterystyczne uznaje się trudności w zakresie morfosyntaktyki oraz ograniczenia w produkcji i organizacji wypowiedzi narracyjnych. Ze względu na znaczące trudności w spontanicznym przyswajaniu reguł składniowych i morfologicznych, dzieci te wymagają ukierunkowanego i intensywnego wsparcia terapeutycznego – takiego, które wspomaga rozwijanie umiejętności budowania poprawnych konstrukcji zdaniowych i dłuższych, spójnych wypowiedzi.

Morfosyntaktyka obejmuje wiedzę na temat stosowania elementów morfologicznych i syntaktycznych w zdaniu. Elementy morfologiczne odnoszą się do umiejętności tworzenia i poprawnej odmiany wyrazów, zgodnie z regułami gramatycznymi danego języka. Syntaktyka dotyczy takiej organizacji wyrazów w zdania według zasad ich porządkowania, która pozwala na wyrażenie zależności między nimi. Spójność między elementami morfologicznymi i syntaktycznymi jest niezbędna do budowania prawidłowych wypowiedzi. Dzieci z DLD wykazują opóźniony rozwój gramatyczny, który przejawia się w postaci uproszczonych, krótkich zdań zawierających błędy w koniugacji czasowników i deklinacji rzeczowników [2,4–6]. U dzieci z DLD spontaniczna internalizacja reguł gramatycznych jest ograniczona, a nabycie oczekiwanej wiedzy gramatycznej często wymaga specjalistycznej terapii [7].

Drugą sferą, w której wyraźnie zaznaczają się trudności dzieci z DLD, jest tworzenie narracji bezpośrednio powiązane ze zdolnością rozumienia i tworzenia zdań o prawidłowych cechach morfosyntaktycznych [8].

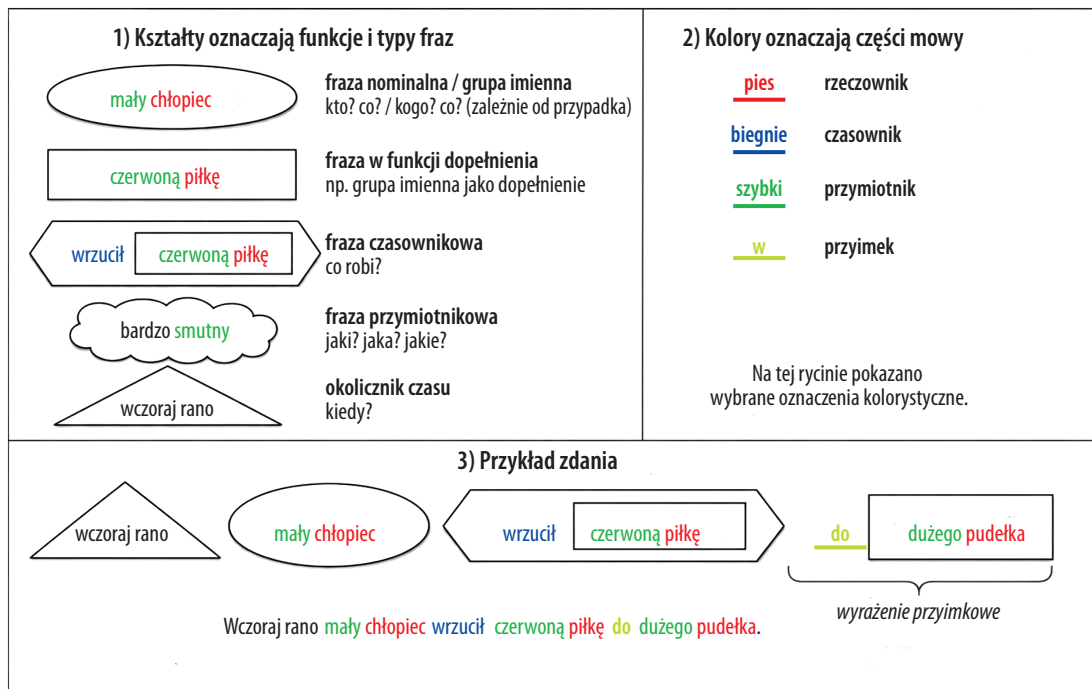
Narracje odnoszą się do ustrukturalizowanych opowieści, które opisują wydarzenia, działania lub doświadczenia, zwykle z wyraźną sekwencją i związkami przyczynowo-skutkowymi. Odgrywają zasadniczą rolę w codziennych interakcjach społecznych i leżą u podstaw osiągnięć szkolnych [9,10]. W porównaniu z narracjami rówieśników dzieci z DLD tworzą narracje krótsze, o mniejszej różnorodności leksykalnej, dokładności gramatycznej i mniejszej płynności [11]. Stosują prostsze konstrukcje gramatyczne, a tworzone przez nie narracje są mniej rozbudowane treściowo [8,12].

W artykule prezentujemy syntezę wybranych programów terapeutycznych opracowanych w celu poprawy umiejętności morfosyntaktycznych oraz narracyjnych u dzieci, które wykazują trudności w wymienionych obszarach funkcjonowania językowego. Przegląd dotyczy terapii o usystematyzowanych podstawach teoretycznych, których skuteczność została potwierdzona w badaniach eksperymentalnych i studiach przypadków, a wyniki tych badań przedstawiono w publikacjach naukowych. Celem artykułu jest ukazanie ogólnych strategii oraz przykładowych technik wykorzystywanych w najbardziej efektywnych terapiach językowych, służących do rehabilitacji dzieci z DLD. Co ważne, skuteczność części z przedstawionych metod była potwierdzona także w przypadku grup dzieci z trudnościami w nabywaniu wiedzy gramatycznej o etiologii odmiennej niż DLD [13–16]. Metody te mogą zatem być wykorzystywane między innymi w odniesieniu do dzieci z opóźnionym bądź zaburzonym rozwojem językowym powiązanym ze spektrum autyzmu [17,18], a także dzieci, które w środowisku szkolnym posługują się językiem odmiennym od ojczystego, bądź dzieci z zaburzeniami słuchu [19,20].

Trening kompetencji morfosyntaktycznych

Zgodnie z hipotezą deficytu proceduralnego [21] dzieci z DLD mają trudności z przyswajaniem reguł gramatycznych, ponieważ ich system pamięci proceduralnej – odpowiedzialny za nieświadome uczenie się struktur językowych – funkcjonuje nieprawidłowo. W rezultacie częściej polegają one na pamięci deklaratywnej, co prowadzi do stylu uczenia się opartego na świadomym zapamiętywaniu przykładów i powtarzaniu wzorców [22,23]. Badania wskazują, że dzieci z DLD mają trudność z uogólnianiem reguł na podstawie samych przykładów i są bardziej zależne od przedstawionych form niż ich rówieśnicy [24]. Dlatego interwencje oparte wyłącznie na modelowaniu i powtarzaniu – bez wyjaśnienia zasad gramatycznych – mogą okazać się nieskuteczne. W ich przypadku zasadne jest stosowanie metod, które ujawniają regułę w sposób bezpośredni i pozwalają dziecku ją zrozumieć oraz świadomie wykorzystać.

W ostatnich latach pojawiło się kilka podejść terapeutycznych opartych na badaniach, które wykazały wysoką skuteczność w zakresie rozwijania umiejętności gramatycznych u dzieci z DLD. Choć każde podejście ma odmienny profil i inne narzędzia pracy, łączy je jedno: wszystkie są metodami celowymi, systematycznymi oraz dostosowanymi do specyficznych mechanizmów uczenia się dzieci z zaburzeniami językowymi. Są to interwencje, które bazują na analizie językowej, ale wykorzystują także



Rycina 1. Wizualizacja pokazująca przykładowy sposób wykorzystania wybranych zasad systemu SHAPE CODING™ w języku polskim (rycina została przygotowana przez autorów na potrzeby artykułu i nie stanowi oficjalnej polskiej wersji ani materiału dystrybuowanego przez twórców przedstawionego systemu)

Figure 1. A visualization illustrating an example of how selected principles of the SHAPE CODING™ system can be applied to Polish (the figure was prepared by the authors for the purposes of this article and does not constitute an official Polish version or material distributed by the developers of the system)

wspomagające reprezentacje wizualne, ruchowe i multimedialne. Poniżej omawiamy trzy z najbardziej obiecujących metod: Shape Coding™, MetaTaal oraz Complex Sentence Intervention (CSI).

Shape Coding™ – kodowanie struktury zdania za pomocą kształtów i kolorów

Metoda Shape Coding™ (SC), opracowana przez Susan Ebbels [25], została stworzona z myślą o dzieciach z zaburzeniem rozwojowym języka (DLD). Jej podstawą jest wizualna reprezentacja struktury zdania, która pomaga w werbalnym przetwarzaniu języka. Zgodnie z teorią podwójnego kodowania (*Dual Coding Theory*) Alana Paivio [26], informacje są przyswajane i utrwalane skuteczniej, gdy angażują równocześnie system werbalny i wizualny. Shape Coding™ wykorzystuje tę zasadę, łącząc język mówiony i pisany z systemem graficznych znaków: kształtów, kolorów, linii i strzałek. Dzięki temu dziecko nie tylko słyszy i wypowiada reguły gramatyczne, lecz jednocześnie je widzi, co zwiększa szanse na ich utrwalenie w pamięci deklaratywnej i stopniowe przeniesienie do codziennej komunikacji.

W systemie SC poszczególne elementy języka są kodowane w sposób spójny i przewidywalny (**rycina 1**). Kształty reprezentują frazy i odpowiadają na pytania gramatyczne: owal oznacza frazę nominalną (odpowiadającą na pytanie *kto/co?*), prostokąt – frazę dopełniową (wewnątrz innej frazy), sześciokąt – frazę czasownikową (*co robi?*), chmura – frazę przymiotnikową (*jaki/jaka/jakie?*),

a trójkąt – informację o czasie (*kiedy?*). Kolory przypisane są do części mowy: rzeczowniki oznaczane są na czerwono, czasowniki na niebiesko, przymiotniki na zielono, a przysłówki na żółto. Linie służą do kodowania liczby: pojedyncza pod linią wyrazu oznacza liczbę pojedynczą, a podwójna – mnogą. Dzięki temu dziecko widzi, że podmiot i orzeczenie muszą się ze sobą zgadzać w zakresie liczby. Strzałkami oznaczono czas i tryb: pionowa strzałka w środku oznacza czas teraźniejszy, strzałka cofnięta w lewo – czas przeszły, a znak zygzaka pod końcówką *-ing* w języku angielskim sygnalizuje tryb niedokonany. Tak zbudowany system pozwala dziecku nie tylko analizować znaczenie poszczególnych słów, lecz przede wszystkim dostrzegać relacje i zależności gramatyczne, które są dla niego niewidoczne. Wizualne odzwierciedlenie struktur gramatycznych sprawia, że reguły stają się „namacalne” – można je zobaczyć, wskazać i przekształcać, co ułatwia rozwijanie świadomości gramatycznej i wspomaga proces uczenia się poprzez wielokrotne powtarzanie.

Procedura terapeutyczna Shape Coding™ ma charakter hierarchiczny i przebiega w powtarzalnych sekwencjach określanych jako *teaching episodes*. Każdy taki epizod dydaktyczny obejmuje cztery etapy: wprowadzenie reguły gramatycznej przy użyciu wizualnych kodów, modelowanie przez terapeutę poprawnego wzorca zdania, próbę samodzielnej produkcji przez dziecko. Czwarty etap realizowany jest w sytuacji, gdy dziecko popełnia błąd – terapeuta stosuje wtedy stopniowaną pomoc. Najpierw może powtórzyć zdanie dziecka, ale zmienić intonację tak, aby zasugerować, że coś w tym zdaniu nie pasuje.

Jeśli to nie wystarczy, wyjaśnia dziecku błąd, posługując się symbolami Shape Coding™, które pokazują brakujący lub błędny element. Kolejnym krokiem jest słowne poprawienie wypowiedzi dziecka i podanie jej w prawidłowej formie. Jeżeli dziecko nadal nie potrafi samodzielnie utworzyć zdania, terapeuta może podać mu dwie możliwe odpowiedzi do wyboru (tzw. wybór wymuszony), a jeśli i to nie zadziała – zachęca dziecko do powtórzenia po sobie prawidłowego zdania (imitacja). Z czasem, gdy dziecko uzyskuje coraz większą poprawność, wsparcie graficzne jest stopniowo wycofywane, co pozwala zwiększać niezależność dziecka. Nowe zadania z wykorzystaniem nowych słów są wprowadzane w miarę czynionych postępów, aby uniknąć efektu zapamiętania gotowych przykładów i aby wspomagać uogólnianie nabytej reguły. Badania pokazują, że dzieci z DLD zaczynają stabilnie stosować nową regułę gramatyczną dopiero wtedy, gdy przećwiczą ją wiele razy. Analizy sesji z Shape Coding™ wskazują, że średnio potrzeba około 40–60 pełnych prób, w których dziecko poprawnie utworzy dane zdanie z wykorzystaniem danej struktury, co odpowiada zwykle dwóm lub trzem sesjom terapeutycznym. Dopiero przy takiej liczbie powtórzeń osiąga się tzw. poziom kryterialny, czyli około 90% poprawnych użycí danej konstrukcji, co w praktyce oznacza, że reguła została utrwalona i dziecko może ją przenosić na nowe słowa i sytuacje [27]. Dzięki temu SC jest metodą jednocześnie intensywną i bardzo ekonomiczną, bo stosunkowo szybko prowadzi do zauważalnych efektów terapeutycznych. Najważniejsze okazuje się nie tyle rozłożenie ćwiczeń w czasie, ile właśnie łączna liczba przeprowadzonych powtórzeń danej reguły gramatycznej, co daje terapeutom dużą elastyczność organizacyjną.

Skuteczność tej metody została potwierdzona w licznych badaniach eksperymentalnych i klinicznych. W klasycznym randomizowanym badaniu kontrolnym z udziałem młodzieży z DLD w wieku 11–16 lat wykazano istotną poprawę w zakresie użycia struktur werbalnych, a efekt utrzymywał się jeszcze trzy miesiące po zakończeniu terapii [28]. Kolejne badania potwierdziły możliwość uogólniania nabytych reguł na nowe czasowniki i konstrukcje, co dowodzi, że dzieci nie tylko zapamiętują konkretne przykłady, lecz także przyswajają samą regułę gramatyczną [14]. W odniesieniu do dzieci w wieku 5–7 lat metoda Shape Coding™ okazała się skuteczna zarówno w zakresie przyswajania odmiany czasowników w czasie przeszłym, jak i w nauce bardziej złożonych struktur składniowych [29]. W badaniu randomizowanym wykazano, że efektem prowadzenia systematycznych cotygodniowych sesji z wykorzystaniem tej metody jest znaczna poprawa produkcji form czasu przeszłego, a uzyskane rezultaty utrzymują się co najmniej pięć tygodni po zakończeniu terapii. W kolejnym [30] badaniu autorzy porównali skuteczność interwencji prowadzonej raz oraz dwa razy w tygodniu – choć oba warianty były efektywne, to dwie sesje tygodniowo przyczyniały się do szybszego postępu i lepszego utrzymania efektów w okresie podtrzymania. Interesujące jest również to, że różne typy czasowników w czasie przeszłym (np. regularne i nieregularne) były czułe na interwencję w podobnym stopniu, co sugeruje uniwersalność efektu niezależnie od kategorii morfologicznej. Najnowsze prace podkreślają również, że SC można skutecznie adaptować do języków o bardziej złożonej strukturze niż angielski. Badania francuskiej wersji metody wykazały, że po trzynastu sesjach treningowych

dzieci z DLD w wieku 7–11 lat poprawiły produkcję zdań względnych i strony biernej, a efekty terapii były widoczne podczas wykonywania nowych zadań [31]. Wyniki te są szczególnie istotne, ponieważ wskazują, że Shape Coding™ nie jest rozwiązaniem specyficznym wyłącznie dla języka angielskiego, ale może być z powodzeniem stosowane również w językach o bogatszej morfologii i bardziej złożonej składni.

MetaTaal – podejście metalingwistyczne i multimodalne

MetaTaal jest podejściem terapeutycznym wypracowanym w Niderlandach, przeznaczonym dla dzieci z DLD w wieku szkolnym [32], które łączy podejście metalingwistyczne z multimodalnym uczeniem się. Centralnym elementem interwencji są klocki LEGO® oraz plansze terapeutyczne, które służą do fizycznego odwzorowania budowy zdania: każdy klocek reprezentuje określoną kategorię gramatyczną (np. czasownik, rzeczownik, przymek), a mostki łączące pełnią funkcję operatorów syntaktycznych. Terapia MetaTaal nie skupia się tylko na jednym obszarze (np. słownictwie czy gramatyce), ale integruje wiele elementów języka, w tym rozumienie i produkcję, mowę i rozumienie pisma, strukturę językową, aspekty fonologiczne, morfosyntaktyczne, semantyczne i funkcje pragmatyczne. W czasie terapii dzieci są zachęcane do samodzielnego odkrywania reguł językowych z pomocą terapeuty. Kluczowa jest refleksja metajęzykowa, czyli świadome myślenie o języku i jego strukturze. Procedura opiera się na manipulacji fizycznymi reprezentacjami zdań: dzieci konstruują i dekonstruują struktury, przesuwają klocki, redukują elementy, dodają kolejne człony. Procesowi temu towarzyszy analiza metajęzykowa prowadzona przez terapeutę – dzieci analizują, dlaczego dane słowo lub fraza znajduje się w określonym miejscu i jak wpływa to na sens zdania. Dzięki temu zyskują nie tylko praktyczną umiejętność produkcji poprawnych zdań, lecz także rozwijają świadomość gramatyczną.

Skuteczność podejścia MetaTaal została potwierdzona w badaniu Zwitterlooda i wsp. [32], obejmującym 12 niderlandzkich dzieci z DLD w wieku 9–12 lat. Po pięciu tygodniach indywidualnej terapii [10 sesji po 30 minut] zaobserwowano istotną statystycznie poprawę w zakresie produkcji zdań względnych – zarówno w zadaniach dotyczących składni, jak i w powtarzaniu zdań, a uzyskana wielkość efektu dla opisanych wyników mieściła się w zakresie średnich wielkości efektu. Poprawa utrzymywała się także po 12 tygodniach od zakończenia interwencji, co wskazuje na trwałość efektu uczenia. W drugim badaniu Zwitterlooda [33], z udziałem grupy starszych niderlandzkich dzieci z DLD ($N = 18$, wiek 9;7–15;11), uzyskano podobny wzorzec wyników: produkcja zdań względnych w zadaniach pisemnych poprawiła się istotnie, natomiast efekty nie były obserwowane w produkcji jawnej (w samodzielnie sformułowanych wypowiedziach), ani w rozumieniu składni. Również w tym przypadku efekty utrzymały się po 12 tygodniach od zakończenia interwencji. Autorzy wskazali, że brak istotnych zmian w zakresie rozumienia i spontanicznej produkcji może wynikać z faktu, że uogólnienie reguł gramatycznych do mowy spontanicznej wymaga dłuższego oddziaływania terapeutycznego lub dodatkowych technik wspomagających

transfer. Mimo tych ograniczeń utrzymanie efektów przez kilka miesięcy po zakończeniu terapii wskazuje na trwałość zmian osiągniętych w obszarze produkcji składniowej u dzieci z DLD.

Podejście MetaTaal było również z powodzeniem stosowane w innych językach. W pilotażowym badaniu Athanatou i Theodorou [34] na Cyprze dziewięcioletnia dziewczynka z DLD ucząca się języka greckiego uczestniczyła w terapii bazującej na tej metodzie. Po zakończeniu interwencji odnotowano niewielką poprawę w rozumieniu i produkcji zdań względnych, a bardziej wyraźne zmiany pojawiły się w teście powtarzania zdań złożonych, co sugeruje rozpoczęcie internalizacji struktury gramatycznej. Wyniki te są obiecujące, zwłaszcza, że dotyczą języka fleksyjnego, różniącego się strukturalnie od niderlandzkiego, w którym MetaTaal pierwotnie powstał. Równoległe z praktyką kliniczną rozwijane są również formy cyfrowe oparte na tej metodzie. Gra edukacyjna *Bouke Bouwt*, stworzona w Niemczech w ramach projektu ZINnig, przenosi zasadę MetaTaal do środowiska komputerowego. Zamiast fizycznych klocków, dzieci posługują się „maszynami językowymi” symbolizującymi części zdania – układają wypowiedzi na ekranie w odpowiedzi na przedstawione sceny i otrzymują natychmiastową informację zwrotną. Badanie Van Lingen [35] z udziałem 14 dzieci z DLD w wieku 7–10 lat wykazało, że poprawa wystąpiła u większej liczby dzieci po interwencji z grą niż po terapii konwencjonalnej. Efekty interwencji oceniano na podstawie trzech podstawowych wskaźników rozwoju składniowego, powszechnie stosowanych w analizie próbek językowych: średniej długości wypowiedzi, poziomu złożoności składniowej oraz poprawności gramatycznej. Po zakończeniu treningu z wykorzystaniem gry odnotowano poprawę w zakresie długości wypowiedzi u 8 dzieci, wzrost użycia zróżnicowanych form składniowych u 6 dzieci, a u kolejnych 6 wzrosła poprawność gramatyczna. Co istotne, aż 11 z 14 uczestników oceniło grę jako bardzo atrakcyjną, a wszyscy terapeuci biorący udział w badaniu pozytywnie ocenili jej przydatność w praktyce. Wysoki poziom motywacji i zaangażowania uczestników może mieć kluczowe znaczenie w kontekście długoterminowej terapii dzieci z DLD, której skuteczność zależy często od regularności, wytrwałości i atrakcyjności formy oddziaływań.

W dotychczasowych badaniach podejście MetaTaal było stosowane przede wszystkim w języku niderlandzkim [32,35], a także – w formie adaptowanej – w języku greckim [34]. Oba te języki różnią się znacząco zarówno między sobą, jak i w odniesieniu do języka polskiego, co ma istotne konsekwencje dla planowanej implementacji metody w warunkach polskojęzycznych. Język niderlandzki, podobnie jak angielski, cechuje się stosunkowo sztywnym szykiem zdania i ograniczoną fleksją (zwłaszcza rzeczowników i przymiotników). Informacje o funkcjach składniowych (kto jest wykonawcą, a kto odbiorcą czynności) są kodowane przede wszystkim poprzez pozycję wyrazu w zdaniu oraz wyrażenia przymikowe. W tym kontekście metoda MetaTaal – oparta na fizycznym układaniu struktury zdania za pomocą klocków i mostków – idealnie odpowiada strukturze języka: przesunięcie elementu w przestrzeni może odpowiadać zmianie pozycji w zdaniu, co bezpośrednio wpływa na jego funkcję. Z kolei

język grecki, choć bardziej fleksyjny niż niderlandzki, nadal posługuje się względnie przewidywalnym szykiem zdania i wykorzystuje morfologię głównie do kodowania aspektu, trybu oraz kategorii osoby i liczby. W badaniu Athanatou i Theodorou [34] zastosowano MetaTaal do nauki zdań względnych, a więc struktur, które – podobnie jak w polskim – wymagają opanowania zależności między członem nadrzędnym a podrzędnym oraz zrozumienia pozycji elementów opuszczonych. Pomimo odmienności strukturalnych między językiem greckim a niderlandzkim, efekty były pozytywne, co wskazuje na potencjał metody w kontekście adaptacji do innych języków.

Complex Sentence Intervention (CSI) – trening zdań złożonych

CSI to metoda opracowana przez Balthazar i Scott [36] w języku angielskim, oparta na bezpośredniej nauce struktur składniowych poprzez budowanie i przekształcanie zdań złożonych. Program koncentruje się na trzech typach zdań: względnych (np. *Dziewczynka, która śpiewa...*), dopełnieniowych (np. *Wiem, że on przyszedł*) i okolicznikowych (np. *Kiedy poszliśmy do sklepu...*). Wybór typów zdań dostosowany jest do możliwości i potrzeb danego dziecka. Ponadto odbywa się zgodnie z kolejnością rozwoju wiedzy o użyciu konstrukcji składniowych u dzieci. Terapia przebiega w sposób uporządkowany: dzieci uczą się rozpoznawać wzorce zdań, analizować ich strukturę, a następnie samodzielnie konstruować nowe wypowiedzi na podstawie tych wzorców. Terapeuta nie tylko modeluje poprawne struktury, ale również tłumaczy dziecku zasady ich budowy. Szczególny nacisk położony jest na analizę relacji między zdaniami nadrzędnymi a podrzędnymi – dzieci uczą się, w jaki sposób spójniki i zaimki względne wprowadzają podrzędność i jak wpływa to na sens całej wypowiedzi. Dzieci uczą się rozpoznawać części zdania i ich funkcje, np. *kto? co robi? kiedy? dlaczego?*

Każda sesja (40–60 minut) ma ustrukturyzowany przebieg. Rozpoczyna się od krótkiego wprowadzenia obejmującego: omówienie struktury zdania i jego funkcji, wyjaśnienie różnic między zdaniami prostymi a złożonymi oraz przedstawienie przykładów ich użycia w codziennym języku i tekstach szkolnych. Następnie stosuje się ćwiczenia metajęzykowe: identyfikację zdań podrzędnych, dekompozycję zdań (oddzielanie elementów nadrzędnych i podrzędnych) oraz łączenie dwóch prostych zdań w jedno złożone. W razie potrzeby dziecko otrzymuje wskazówki i podpowiedzi. Kolejny etap to zadania kontekstowe, np. wyszukiwanie zdań podrzędnych w tekście, wybór bardziej sensownej wersji zdania czy uzupełnianie luk. Wszystkie ćwiczenia osadzone są w tekstach narracyjnych, a materiał językowy dostosowany jest do poziomu i zainteresowań dziecka.

W terapii CSI wykorzystuje się reprezentacje fizyczne i graficzne do manipulacji strukturą zdania. Nie są to jednak sztywno zdefiniowane kształty czy kolory, jak w metodach typu Shape Coding™ czy MetaTaal, lecz proste formy wizualnego wsparcia – takie jak pogrubienie, kolor, podkreślenie – które pomagają dziecku dostrzec podstawowe elementy zdania.

Terapia obejmuje liczne powtórzenia oraz stopniowe przechodzenie od rozumienia, przez produkcję wspomaganą, do samodzielnej produkcji. Wielokrotne modelowanie docelowych struktur składniowych na początku każdej sesji pozwala dziecku usłyszeć kilka przykładów zdań zawierających daną konstrukcję (np. zdanie względne, okolicznikowe lub dopełnieniowe), zanim podejmie próbę samodzielnej produkcji. Zdania te są przedstawiane z większą częstotliwością niż w typowej mowie spontanicznej, co zwiększa prawdopodobieństwo przyswojenia wzorca gramatycznego. Ćwiczenia są osadzone w bogatym kontekście semantycznym – dzieci uczą się nie tylko konstrukcji gramatycznych, lecz także słownictwa oraz sposobów wyrażania związków przyczynowo-skutkowych, warunkowych czy czasowych. Ćwiczone zdania mogą dotyczyć zarówno osób, jak i przedmiotów, występować w różnych czasach gramatycznych, a także być osadzone w dialogu, narracji lub opisie. Taka różnorodność sprzyja indukowaniu reguł gramatycznych na poziomie abstrakcyjnym, a nie tylko zapamiętywaniu pojedynczych wzorców. Dzieci z DLD potrzebują większej liczby powtórzeń oraz szerszego zakresu ekspozycji, by wytworzyć stabilną reprezentację reguły gramatycznej. CSI odpowiada na tę potrzebę poprzez starannie zaplanowaną sekwencję ćwiczeń – od modelowania, przez manipulację strukturą zdania, po samodzielne użycie w zadaniach komunikacyjnych i edukacyjnych. W miarę postępów dzieci wykonują zadania typu uzupełnianie luk, wybór bardziej sensownego zdania z pary zdań, aż po tworzenie narracji, w których muszą zastosować poznane struktury składniowe. Stopniowanie trudności polega na przechodzeniu od prostych struktur, jak zdania współrzędnie złożone, do zdań podrzędnie złożonych, oraz od zdań opartych na konkretnych kontekstach do bardziej abstrakcyjnych. Kończącym celem jest przeniesienie nowo nabytych umiejętności do spontanicznej mowy dziecka. Terapeuci stymulują użycie struktur w rozmowach, opowiadaniach i sytuacjach zadaniowych.

W badaniu z udziałem 30 angielskojęzycznych uczniów z DLD w wieku 10–14 lat wykazano, że po 9 tygodniach terapii (9 lub 18 sesji po 40–60 minut) dzieci znacząco poprawiły swoje umiejętności w zakresie produkcji zdań złożonych, a efekt ten był niezależny od częstotliwości sesji (raz vs. dwa razy w tygodniu). Największą poprawę odnotowano w produkcji zdań względnych oraz okolicznikowych, natomiast zdania dopełnieniowe okazały się najtrudniejsze i ich produkcja w mniejszym stopniu uległa poprawie [36]. Aż 80% uczestników uzyskało średni lub duży efekt terapii przynajmniej dla jednego typu zdań, a 27% – dla wszystkich trzech. Interesującym wynikiem było także to, że nie zaobserwowano różnic między grupami z terapią raz i dwa razy w tygodniu, co może sugerować, że istotna jest nie tyle liczba sesji, ile ich jakość i systematyczność. Efekty terapii nie uogólniały się jednak spontanicznie na tworzenie dłuższych narracji pisemnych, co wskazuje na potrzebę dodatkowego wsparcia w transferze umiejętności.

Zasady konstruowania treningu morfosyntaktycznego

Przedstawione powyżej programy terapeutyczne ukierunkowane są na poprawę zdolności morfosyntaktycznych u dzieci wykazujących trudności w rozwoju językowym.

Wszystkie trzy programy bazują na instrukcji metajęzykowej, czyli świadomym uczeniu dzieci zasad budowy zdań – z uwzględnieniem funkcji składniowych i semantycznych. W programach tych istotną rolę odgrywa odpowiednie zaplanowanie materiału językowego, tak aby dziecko mogło stopniowo zauważać powtarzające się wzorce i reguły gramatyczne. Terapeuci najpierw pokazują wiele przykładów tej samej konstrukcji zdaniowej, by dziecko mogło się z nią oswoić i łatwiej ją zapamiętać. W kolejnych ćwiczeniach te same struktury są przedstawiane w różnych wersjach – z innymi słowami, w różnych kontekstach i tematach. Dzięki temu dziecko nie uczy się na pamięć jednego schematu, ale zaczyna rozumieć, jak działa dana zasada gramatyczna i jak można ją stosować w codziennej komunikacji. Takie podejście sprzyja trwałemu przyswajaniu nowych struktur językowych i używaniu ich w różnych sytuacjach – nie tylko podczas terapii, lecz także w rozmowie, opowiadaniu historii czy podczas lekcji.

Dodatkowym elementem wspólnym opisanych programów jest stosowanie pozajęzykowych modalności do wspomagania nauki rozumienia i budowania prawidłowych konstrukcji składniowych. W programach wykorzystywane są przede wszystkim symbole graficzne do reprezentacji elementów składowych i morfologicznych obecnych w wypowiedziach zdaniowych, a także fizyczne reprezentacje elementów zdania (np. klocki), umożliwiające naukę konstruowania prawidłowych wypowiedzi poprzez manipulację obiektami w przestrzeni. Tak zaprojektowane terapie stosują wsparcie poznawcze niezależne od funkcji językowych. Ponadto wykorzystują stymulację multimodalną, która jednocześnie angażuje większy zakres funkcji poznawczych – językowych i niejęzykowych – oraz leżące u podłoża tych funkcji sieci neuronalne kory mózgowej. Taki rodzaj stymulacji ma szczególne znaczenie w terapii dzieci, które mają wybiórcze problemy poznawcze związane z funkcjonowaniem językowym. Wspomaganie przetwarzania informacji językowych obrazem i ruchem jest skutecznym narzędziem terapii o potwierdzonych mechanizmach neuropoznawczych [37,38].

Autorzy wyżej opisanych metod przygotowali wspólną publikację, w której podsumowali najważniejsze wytyczne dotyczące projektowania zadań terapeutycznych ukierunkowanych na poprawę umiejętności morfosyntaktycznych [39]. Artykuł ten, stanowiąc syntetyczne ujęcie dotychczasowych doświadczeń i badań, wskazuje elementy uznawane za fundamentalne w skutecznej terapii. Centralnym elementem skutecznej interwencji syntaktycznej jest otwarte, werbalne wyjaśnianie zasad gramatycznych, opis form oraz wskazywanie ich funkcji. Instrukcja metajęzykowa obejmuje nie tylko prezentację reguły, lecz także jej komentowanie i udzielanie informacji zwrotnej dotyczącej poprawności formy. Dzięki temu dziecko ma dostęp do wiedzy, która w naturalnym przyswajaniu języka pozostaje często ukryta i trudno uchwytna. Badania pokazują, że niezależnie od wieku dziecka uczenie reguł gramatycznych i rozwój wiedzy o języku w połączeniu z uczeniem przez ekspozycję i z treningiem prawidłowych konstrukcji, przynosi lepsze efekty niż strategie bazujące wyłącznie na ekspozycji [40]. Terapia powinna zapewniać dziecku wysoką częstość ekspozycji na docelowe struktury w porównaniu z mową spontaniczną. Istotną rolę odgrywa tutaj *priming* strukturalny, czyli wielokrotne przedstawianie tej

Tabela 1. Podsumowanie zasad treningu morfosyntaktycznego
Table 1. Summary of the principles of morphosyntactic training

Własność treningu	Wytyczne	Uzasadnienie
Instrukcja metajęzykowa	• jawne wyjaśnianie zasad gramatycznych, • opis i manipulacja formami gramatycznymi	• ułatwia dostęp do wiedzy, która w naturalnym przyswajaniu pozostaje ukryta • pomaga kompensować deficyty
Organizacja bodźców	• wysoka częstotliwość przykładów • duża liczba powtórzeń • zróżnicowane konteksty	• zwiększa prawdopodobieństwo użycia konstrukcji • sprzyja internalizacji reguł
Zmienność bodźców	• ćwiczenie reguł na różnych czasownikach, tematach i kontekstach	• ułatwia uogólnianie i przenoszenie ćwiczonych reguł gramatycznych do nowych sytuacji komunikacyjnych
Multimodalność	• łączenie modalności: – słuchowej (czytanie, powtarzanie), – wzrokowej (kolory, pogrubienia, symbole), – kinestetycznej (klocki, manipulacje)	• zwiększa zaangażowanie, • pozwala zredukować ograniczenia związane z korzystaniem wyłącznie z jednego kanału percepcji, • wspiera motywację
Wycofywanie wsparcia	• stopniowe ograniczanie wsparcia wizualnego i kinestetycznego	• umożliwia internalizację reguł i przeniesienie ich do mowy spontanicznej
Dobór celów	• analiza indywidualnych braków i potrzeb dziecka • szczególna uwaga na zdania względne, dopełnieniowe i końcówki fleksyjne	• zapewnia funkcjonalność terapii i odniesienie do realnych trudności edukacyjnych
Struktura terapii	• sesje 1–2 razy w tygodniu, 20–60 minut	• umiarkowana intensywność okazuje się skuteczna • kluczowa jest częstotliwość i różnorodność ćwiczeń
Generalizacja nabytych umiejętności	• zadania narracyjne, • praca na tekstach edukacyjnych, • przeniesienie do sytuacji szkolnych	• narracja ma kluczowe znaczenie w kontekście osiągnięć szkolnych i kompetencji komunikacyjnych

samej konstrukcji w różnych kontekstach celem zwiększenia prawdopodobieństwa jej późniejszego użycia przez dziecko [41]. Oprócz dużej liczby powtórzeń ważna jest także zmienność bodźców – dziecko powinno ćwiczyć regułę na różnych czasownikach, tematach i kontekstach semantycznych. Badania nad uczeniem statystycznym wskazują, że właśnie zmienność ułatwia przyswajanie reguł i przenoszenie ich na nowe sytuacje komunikacyjne [42]. Efektywne programy terapeutyczne ukierunkowane na rozwój zdolności morfosyntaktycznych korzystają ze stymulacji multimodalnych. Wykorzystują bodźce słuchowe (słuchanie i powtarzanie zdań), wizualne (tekst, kolory, pogrubienia, symbole) oraz kinestetyczne (układanie klocków, manipulacje graficzne). Multimodalność zwiększa zaangażowanie dziecka, ułatwia koncentrację uwagi i pozwala ominąć ograniczenia poszczególnych kanałów przetwarzania [43]. Ważne jest jednak stopniowe wycofywanie wsparcia wizualnego w miarę postępów dziecka, tak aby mogło ono samodzielnie zinternalizować regułę i przenosić ją do mowy spontanicznej. Warunkiem skuteczności terapii jest szczegółowa analiza profilu gramatycznego dziecka i identyfikacja struktur, które są dla niego najbardziej problematyczne i funkcjonalnie potrzebne. Dzieci najczęściej potrzebują wsparcia w zakresie: końcówek fleksyjnych, związku zgody podmiot–orzeczenie oraz zdań złożonych, zwłaszcza względnych, które nawet u starszych dzieci z DLD pozostają słabo rozwinięte [44–46].

Dobór celów musi być dostosowany do wieku, poziomu językowego i bieżących potrzeb edukacyjnych dziecka.

Badania wskazują, że sesje raz lub dwa razy w tygodniu, trwające 20–60 minut, prowadzone przez okres kilku tygodni lub miesięcy są wystarczające, aby uzyskać mierzalne efekty [36]. O skuteczności decyduje nie tyle sama długość terapii, ile częstotliwość ekspozycji na struktury docelowe oraz różnorodność ćwiczeń w ramach pojedynczej sesji. Sesja powinna łączyć modelowanie, powtarzanie, manipulację strukturą i zadania narracyjne. Ważnym celem terapii jest przeniesienie nowo nabytych struktur gramatycznych do sytuacji edukacyjnych i społecznych. Dlatego zadania terapeutyczne powinny obejmować zarówno zdania izolowane, jak i użycie konstrukcji w narracji, opisie czy rozmowie. To właśnie narracja jest odgrywa najważniejszą rolę w kontekście osiągnięć szkolnych – umożliwia formułowanie spójnych wypowiedzi pisemnych i ustnych, niezbędnych w uczeniu się treści przedmiotowych (tabela 1).

Trening kompetencji narracyjnych

Kompetencje narracyjne są ściśle powiązane z wiedzą na temat użycia odpowiednich form gramatycznych, które są niezbędne do konstruowania złożonych wypowiedzi. Dlatego trening budowania narracji jest postrzegany jako jeden ze sposobów terapii zaburzeń morfosyntaktycznych u dzieci z DLD. Spójne związki składniowe oraz zdania złożone są podstawowymi elementami dłuższych narracji, zatem prawidłowe rozumienie oraz wykorzystanie elementów morfoskładniowych jest warunkiem rozwoju kompetencji narracyjnych. Co jednak ważne, umiejętność



Rycina 2. Przykład pomocy wizualnej do porządkowania struktury opowiadania, opracowanej na podstawie założeń Story Grammar Marker® (rycina została przygotowana przez autorów na potrzeby artykułu i nie stanowi oficjalnej polskiej wersji ani materiału dystrybuowanego przez twórców przedstawionego systemu)

Figure 2. An example of a visual aid for organizing narrative structure, developed on the basis of the principles of Story Grammar Marker® (the figure was prepared by the authors for the purposes of this article and does not constitute an official Polish version or material distributed by the developers of the system)

budowania narracji angażuje również wiedzę leksykalną oraz płynność słowną [47], wymaga też zaangażowania różnorodnych, pozajęzykowych funkcji poznawczych, w tym pamięci roboczej i uwagi, a także logicznego rozumowania w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Należy zatem pamiętać, że obniżony poziom umiejętności budowania narracji u dziecka może wynikać zarówno z różnorodnych trudności w funkcjonowaniu językowym, jak i trudności związanych z kompetencjami poznawczymi. Z tego powodu ćwiczenia z zakresu budowania narracji powinny być dostosowane do indywidualnych możliwości i ewentualnych trudności w zakresie poszczególnych funkcji poznawczych. Jednocześnie trening umiejętności narracyjnych daje możliwość oddziaływania zarówno na językowe, jak i pozajęzykowe umiejętności dziecka. Jest sposobem na rozwijanie rozumowania i zdolności konstruowania wypowiedzi spójnych treściowo oraz składniowo.

Zdolności narracyjne są jedną z wyraźnie zaburzonych sfer funkcjonowania językowego u dzieci z DLD. Tworzone przez nie narracje są często krótsze, zawierają mniej elementów gramatycznych, a więcej wypowiedzi niepoprawnych gramatycznie niż historie tworzone przez uczniów rozwijających się typowo [48,49]. Historie tworzone przez dzieci z DLD zawierają mniej zdań złożonych,

mają mniej zróżnicowane słownictwo i ograniczone cechy języka literackiego [50–52]. W zadaniach sprawdzających rozumienie narracji dzieci z DLD rzadziej udzielają poprawnych odpowiedzi, zarówno na dosłowne pytania dotyczące treści, jak i na pytania wymagające wnioskowania z treści historii [16,53–55]. Deficyty prezentowane przez dzieci z DLD wskazują, że ich rehabilitacja językowa powinna obejmować trening zdolności narracyjnych. Daje on możliwość rozwoju umiejętności tworzenia złożonych wypowiedzi oraz ćwiczenia wszystkich elementów składających się na kompetencje językowe dzieci.

Poniżej prezentujemy syntezę wybranych programów terapeutycznych, których skuteczność w poprawie umiejętności narracyjnych u dzieci z DLD została potwierdzona w badaniach eksperymentalnych. Wskazujemy ich ogólne zasady, których wykorzystanie jest możliwe w terapii narracji prowadzonej w języku polskim.

Story Grammar Marker®

SGM® [56] to program do nauki opowiadania historii opracowany w języku angielskim, przeznaczony dla dzieci w wieku 5–12 lat. SGM powstał w 1991 roku i stanowi podstawę metodologii kognitywno-językowo-społecznej

MindWing, opartej na założeniu, że każde dziecko – niezależnie od wieku, zdolności czy kultury – może poszerzyć możliwości edukacyjne i społeczne dzięki rozwijaniu swoich umiejętności dyskursywnych. Program SGM wspomaga rozwój umiejętności narracyjnych u dzieci, zarówno ustnych, jak i pisemnych, poprzez wizualne i kinestetyczne przedstawienie struktury opowieści. Stosowany jest często u dzieci z DLD, u dzieci z trudnościami w uczeniu się, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub jako pomoc w nauce języka u dzieci wielojęzycznych. Do celów programu należy rozwijanie słownictwa i struktur składniowych, wzmacnianie spójności tekstu oraz trening zdolności pragmatycznych związanych z rozumieniem perspektywy społecznej i z teorią umysłu.

W treningu stosowane są markery narracyjne w postaci graficznych symboli oraz fizycznych obiektów, jak również graficzne mapy historii oraz graficzne organizery. Wykorzystuje się trójwymiarowe narzędzia, stanowiące pozajęzykowe reprezentacje struktur narracyjnych i językowych (**rycina 2**). Dzieci mogą oglądać, dotykać i przesuwając trójwymiarowe ikony, aby uzyskać wskazówki wspomagające odpowiedź na pytania dotyczące opowieści i rozpoznać struktury tekstu w wybranych fragmentach treści. Ikony te reprezentują podstawowe elementy kompletnego fragmentu historii, takie jak: postać, scenę, wydarzenie inicjujące (początek), reakcję wewnętrzną (uczucia/emocje), plan, próbę rozwiązania, bezpośrednie konsekwencje i rozwiązanie. W trakcie terapii terapeuta aktywnie modeluje narracje tworzone przez uczniów, rozpoczynając trening od prostych narracji i stopniowo wprowadzając bardziej złożone struktury. Terapeuta wykorzystuje także listę kontrolną rozwoju języka/ umiejętności czytania i pisanie, która pomaga w ocenie rozwoju narracyjnego dzieci i podejmowaniu odpowiednich działań. Lista kontrolna dzieli rozwój umiejętności narracyjnych na 7 etapów:

1. Dzieci używają zdań opisujących bohatera (np. wygląd, wiek, osobowość, co lubi) oraz otoczenie/ sytuację (np. słoneczny dzień, podwórko). Wprowadzane są łączniki *i*, *oraz*, *wtedy*. Na tym etapie nie oczekuje się jeszcze od dziecka formułowania zależności przyczynowo-skutkowych.
2. Dzieci koncentrują się na bohaterze, temacie historii i akcji. W ich historiach pojawia się porządek chronologiczny i następstwo czasowe, ale nadal bez relacji przyczynowo-skutkowych. Używane są łączniki, takie jak: *na początku*, *potem*, *następnie*, *po*.
3. W narracji pojawia się zdarzenie inicjujące, po którym następują kolejne zmiany (*reakcja*). Dzieci zaczynają budowanie przyczynowo-skutkowych łańcuchów zdarzeń. W ich historiach nie występują jeszcze opisy uczuć, planów i celów. Wprowadzane są łączniki *więc*, *ale*, *lub*.
4. Dzieci zaczynają opisywać przyczyny i skutki emocjonalne zdarzeń, wymieniają wewnętrzne i zewnętrzne cele oraz intencje bohaterów. Wprowadzane są czasowniki związane z planowaniem i myśleniem. Dzieci powinny już prawidłowo tworzyć związki przyczynowo-skutkowe. Pojawiają się opisy podstawowych emocji (strach, złość,

radość, smutek, obrzydzenie, zaskoczenie). Stosowane są łączniki wyrażające relacje przyczynowo-skutkowe: *dlatego*, *bo*, *jeśli*.

5. Na tym etapie dzieci są w stanie stworzyć kompletny epizod, w którym pojawia się sekwencja zdarzeń ukierunkowana na cel. Używają czasowników opisujących planowanie i myślenie. Wykazują zdolność przyjmowania perspektywy bohaterów oraz umieją tak poprowadzić narrację, by rozwiązać problem będący przedmiotem historii. Używają łączników wyrażających bezpośrednią konsekwencję: *w wyniku*, *ponieważ*, *zatem*.
6. Narracja może już zawierać kilka epizodów. Dzieci wykazują zdolność krytycznego myślenia, są w stanie wzbogacić narrację o zdarzenie komplikujące, które staje się nowym zdarzeniem inicjującym. W historii może pojawić się wiele planów, prób i rozwiązań sekwencji zdarzeń. Dzieci zdają sobie sprawę, że bohater może się zmienić, rozpoznają podstęp w intencjach bohatera oraz poznają figuratywne aspekty wypowiedzi bohaterów. Do wcześniej używanych łączników dołączają: *jednak*, *tak jak*, *podobnie*.
7. Na ostatnim etapie nauki, dzieci osiągają poziom metanarracyjny budowania historii. Umieją zbudować narrację, w której występują dwaj bohaterowie o odmiennych celach oraz zachowaniach, którzy jednocześnie oddziałują wzajemnie na swoje plany, cele i zachowania. Dzieci wiedzą też, że każde zdarzenie w narracji może być zdarzeniem inicjującym nową sekwencję. Stosują wszystkie ćwiczone wcześniej łączniki.

Na początku sesji terapeutycznej SGM terapeuta przypomina symbole wprowadzone na wcześniejszych sesjach. Następnie wspólnie z dzieckiem analizuje ilustrację zgodnie z etapem nauki, na którym dziecko się znajduje. Dalej następuje modelowanie: nauczyciel opowiada historię, wskazując kolejne elementy i odpowiadające im symbole. Później dziecko uzupełnia schemat historii z pomocą nauczyciela. Na koniec dziecko podejmuje samodzielną próbę opowiedzenia historii przy pomocy symbolicznych obiektów.

W badaniach testujących skuteczność terapii SGM wykazano poprawę rozumienia treści opowieści oraz ekspresyjnych umiejętności narracyjnych, jak również poprawę struktury i spójności narracji tworzonych przez dzieci z DLD. Jedno z badań przeprowadzonych w USA [57] analizowało wpływ interwencji wykorzystującej SGM na umiejętności narracyjne dwujęzycznych uczniów z DLD z klas trzeciej i czwartej. Autorzy zmierzli trzy zmienne zależne: umiejętność organizacji narracji, produktywność narracji oraz złożoność syntaktyczną. W wyniku interwencji opowiadania stały się bardziej spójne, a poziom umiejętności organizacji narracji wzrósł istotnie u wszystkich uczestników w porównaniu do poziomu wyjściowego (przed interwencją). Słabsze efekty odnotowano w przypadku złożoności narracji i złożoności syntaktycznej [57]. Skuteczność SGM zbadano na grupie hiszpańskojęzycznych dzieci w wieku szkolnym mieszkających w USA, które wzięły udział w 8-tygodniowym treningu [58]. Jego celem była poprawa ich kompetencji komunikacyjnych w języku

angielskim za pomocą programu interwencji narracyjnej. Badanie dotyczyło również skuteczności interwencji prowadzonej w języku ojczystym dzieci. Próbkę narracyjne uzyskane z testów wstępnych i końcowych obejmowały miary jednostek komunikacyjnych, liczbę słów, gramatykę opowieści i styl narracji. Wyniki badania wykazały, że zastosowanie interwencji narracyjnej istotnie zwiększyło kompetencje komunikacyjne zarówno w języku ojczystym, jak i angielskim [58].

Story Champs

Jest to angielskojęzyczny program interwencyjny opracowany przez Language Dynamics Group, którego głównym celem jest rozwój umiejętności narracyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym [59]. Program stosowany jest zarówno w pracy indywidualnej, jak i grupowej, szczególnie w terapii logopedycznej i edukacji specjalnej. Jest interwencją ukierunkowaną na ćwiczenie wielu elementów językowych w znaczącym kontekście opowieści narracyjnej. Jest to program nauczania języka mówionego oparty na dyskursie. Opowiadanie i odtwarzanie narracji to podstawowe działania dydaktyczne, które służą jako kontekst do ćwiczenia innych elementów językowych, takich jak: słownictwo, zdania złożone oraz wnioskowanie z materiału językowego. Program terapeutyczny zawierał specjalnie opracowane historie o różnych poziomach trudności oraz procedury nauczania, które można wykorzystać do ćwiczenia różnych elementów językowych. W szczególności trening może być ukierunkowany na ćwiczenie: gramatyki historii, słownictwa, wnioskowania, składni, powtarzania informacji, tworzenia fikcyjnych lub osobistych historii, pisanie własnych narracji.

Struktura programu opiera się na powtarzalnych cyklach nauki – od modelowania opowieści przez terapeutę, poprzez wspólne i kierowane powtarzanie, aż do samodzielnego tworzenia narracji przez dziecko. W procesie terapii dzieci uczą się gramatyki opowieści, która obejmuje takie elementy jak: bohater, miejsce, problem, działanie i rozwiązanie; elementy te organizują treść, a ich obecność zapewnia opowieści spójność. Ważnym komponentem Story Champs jest także zastosowanie pomocy wizualnych (ilustracji, ikon narracyjnych) oraz gier i aktywności ruchowych, co zwiększa zaangażowanie dziecka i ułatwia przeniesienie nabytych umiejętności do sytuacji edukacyjnych. Program został opracowany w wersjach o różnym poziomie trudności, co umożliwia dostosowanie materiału do wieku i poziomu językowego uczniów.

Trening Story Champs przeznaczony jest dla dzieci w różnym wieku – od przedszkolnego do szkoły podstawowej. Jedną z ważnych cech programu jest dostosowanie treści i procedur nauczania do kategorii wiekowych oraz poziomów językowych dzieci. Integracja treści i języka instruktażowego na różnych poziomach pozytywnie wpływa na postępy uczniów [60], zwłaszcza tych ze spektrum DLD.

W badaniach potwierdzono skuteczność treningu w różnych grupach wiekowych oraz w grupach dzieci o różnej etiologii trudności językowych (np. DLD, zaburzenia ze spektrum autyzmu [61]), a także wśród uczniów zagrożonych ze względu na niekorzystną sytuację ekonomiczną [62] oraz wśród dzieci dwujęzycznych [63,64].

W badaniu Hessling i Schuele [65], z udziałem czterech anglojęzycznych chłopców z DLD w wieku 8–9 lat, w wyniku interwencji Story Champs, obejmującej dwie sesje tygodniowo przez okres 4–14 tygodni, u części badanych stwierdzono istotną poprawę w zakresie umiejętności opisu postaci, planu wydarzeń i emocji bohaterów. Co ważne, największą poprawę odnotowano u dzieci z najniższym poziomem wyjściowym. Jedno z najnowszych badań testowało skuteczność treningu u czterech dwujęzycznych uczniów z DLD uczęszczających do trzeciej klasy szkoły podstawowej. Testowany trening obejmował 12 sesji, po około dwie sesje tygodniowo. Sesje podtrzymujące przeprowadzono tydzień, 2 i 4 tygodnie po zakończeniu interwencji. Wśród analizowanych zmiennych znalazły się gramatyka opowieści, złożoność użytych struktur składniowych i rozumienie ze słuchu. Wyniki wykazały, że interwencja była w różnym stopniu skuteczna w odniesieniu do poszczególnych dzieci w przypadku poprawy gramatyki opowieści, złożoności struktur składniowych i użycia modyfikatorów (przymiotników i przysłówków) [66]. Z kolei w randomizowanym badaniu na dużej próbie wzięło udział 686 dzieci w wieku 5–6 lat, które przydzielono do grup eksperymentalnej ($N = 337$) lub kontrolnej ($N = 349$). Grupa eksperymentalna uczestniczyła w 14-tygodniowym programie Story Champs w formie zajęć ogólnoklasowych, prowadzonych przez nauczycieli dwa razy w tygodniu (15–20 minut). Następnie z grupy eksperymentalnej wyodrębniono 49 uczniów, którzy nie zrobili wystarczających postępów. Wśród nich ok. 20% uzyskało formalną diagnozę zaburzeń językowych. Dzieci te zostały skierowane na dodatkową interwencję z wykorzystaniem Story Champs, prowadzoną przez logopedów w małych grupach (3–4 osoby) dwa razy w tygodniu po 20 minut. Wyniki pokazały, że dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższe wyniki niż grupa kontrolna w: odtwarzaniu narracji, opowiadaniach osobistych, relacjonowaniu usłyszanych wcześniej informacji oraz w pisaniu. Szczególnie dużą poprawę odnotowano w grupie dzieci objętych dodatkową interwencją; wyniki w tej grupie osiągnęły poziom porównywalny z wynikami dziećmi o przeciętnych i wysokich zdolnościach narracyjnych [67].

Supporting Knowledge in Language and Literacy (SKILL)

Program terapeutyczny w języku angielskim, który został tak zaprojektowany, aby wesprzeć rozwój umiejętności poznawczych i językowych leżących u podstaw rozumienia i kompozycji narracji. SKILL ukierunkowany jest na uzyskanie poprawy w zakresie zdolności bezpośrednio wpływających na możliwość konstruowania dłuższych narracji u dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w nauce języka [16].

W szczególności SKILL ukierunkowany jest na: 1) poprawę umiejętności przywoływania kluczowych treści i konkretnych szczegółów z fragmentów ustnych i pisemnych (informacje o tekście/dyskursie); 2) zwiększenie zdolności uczniów do tworzenia historii o spójnych strukturach (ramy przyczynowe); 3) doskonalenie umiejętności metapoznawczych niezbędnych do integrowania informacji o tekście z istniejącą wiedzą językową i pojęciową w celu wykorzystania ich do przywoływania, parafrazowania, powtarzania, podsumowywania, komponowania i uczenia się nowych informacji.

SKILL podzielony jest na trzy fazy (I, II i III). Podobnie jak w przypadku innych programów do treningu umiejętności narracyjnych, SKILL rozpoczyna się od lekcji na temat podstawowych elementów gramatyki opowieści, które to elementy w największym stopniu przyczyniają się do rozumienia i zapamiętywania informacji narracyjnych. W fazie II ćwiczenie narracji wzbogacane jest o nowe elementy celem dalszego doskonalenia umiejętności rozwijania wypowiedzi. W fazie III ćwiczone jest samodzielne budowanie wypowiedzi na podstawie wskazówek metapoznawczych. Poniżej przedstawiono szczegółowy plan treningu narracji w każdej z faz programu SKILL.

Faza I

Pierwsza faza obejmuje 18 lekcji. Na początku elementy gramatyki opowieści wprowadzane są z wykorzystaniem książki z obrazkami. Pierwszym omawianym elementem narracji jest bohater (bohaterowie) opowieści. Terapeuta wprowadza element graficzny – ikonę – która reprezentuje ten element gramatyki opowieści, a potem definiuje go i omawia na konkretnym przykładzie z książki obrazkowej. Następnie uczniowie są proszeni o wymyślenie własnych bohaterów z wykorzystaniem swojej wiedzy leksykalnej. W czasie pierwszych lekcji trening koncentruje się na elementach narracji reprezentujących informacje zawarte w beztekstowej książce obrazkowej (postaci, sceneria, intencja). Następnie terapeuta zachęca dzieci do skorzystania z własnej wiedzy, aby nadać sens treści historyjki.

W fazie I podczas każdej lekcji terapeuta wskazuje dzieciom elementy gramatyki opowieści (np. działanie, reakcja bohatera), a także związki przyczynowo-skutkowe między nimi (np. Uciekł, *ponieważ* bał się, że niedźwiedź go zje; Bała się, *ponieważ* myślała, że pies ją ugryzie). W dalszej kolejności uczniowie mają za zadanie powtórzenie historii, początkowo ze wsparciem werbalnym oraz graficznym, a następnie bez pomocy. Ważnym elementem fazy I jest nabycie przez dziecko umiejętności używania pojęć i znaczników językowych. Znaczniki językowe w zdaniach złożonych to spójniki oraz inne wyrazy (np. zaimki, przysłówki), które łączą zdania składowe i określają ich relacje logiczne (np. podrzędność, współrzędność, przyczynę, cel, warunek). W fazie I treningu zwraca się szczególną uwagę na znaczniki językowe wyrażające następstwo czasowe (np. *przed* i *po*). Pojęcia, dzięki którym możliwe jest ustalenie relacji czasowych między zdarzeniami, mogą sprawiać szczególną trudność dzieciom z zaburzeniami językowymi [49], dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na to, czy dziecko prawidłowo nauczyło się ich znaczenia.

W czasie kolejnych lekcji uczniowie, z takim wsparciem terapeutycznym, jak podczas początkowych lekcji, tworzą własne historie. Tworzenie historii jest dla dzieci łatwiejsze, gdy korzystają ze stworzonych przez siebie planów piktograficznych (obrazkowych). Plany te wykorzystywane są później do powtarzania historii. Gromadzone są w organizmie, który zawiera także wszystkie elementy gramatyczne opowieści w kolejności sekwencyjnej i służy jako pomoc do zapamiętywania ćwiczonych elementów narracji.

Aby przejść do fazy II, dzieci muszą wykazać się następującymi umiejętnościami: a) identyfikowanie i podawanie przykładów lub definicji wszystkich elementów

gramatycznych narracji; b) tworzenie własnej historii z wykorzystaniem wszystkich elementów gramatycznych narracji (z pomocą); c) odpowiadanie na pytania dotyczące rozumienia elementów gramatycznych narracji po wysłuchaniu nowej historii czytanej im bez towarzyszących obrazków [16].

Faza II

Faza II obejmuje 16 lekcji, w trakcie których trening koncentruje się na rozwoju umiejętności poznawczych i językowych, stanowiących podstawę budowania złożonych narracji. Podobnie jak w fazie I, w trakcie lekcji wykorzystuje się beztekstową książkę obrazkową. Celem tej fazy jest pokazanie uczniom, jak ważne jest dopracowanie historii i zadbanie o to, by była interesująca, spójna i kompletna. Kilka lekcji dotyczy zdań złożonych równorzędnie i podrzędnie, czasowników wyrażających stany umysłowe bohaterów, formułowania relacji przyczynowo-skutkowych (np. *dlatego, więc*), przysłówków oraz użycia rozbudowanych wyrażen rzeczownikowych. Lekcje te mają na celu podkreślenie znaczenia identyfikowania i tworzenia powiązań między elementami gramatycznymi opowieści. Są także ukierunkowane na identyfikowanie i używanie słów określających stan psychiczny, oraz używanie sformułowań pozwalających wyrazić relacje przyczynowo-skutkowe w opowieściach. Dzieci uczone są także zwracania uwagi na te słowa, które są ważne dla zapamiętania istotnych części opowieści oraz ułatwiają późniejsze odtworzenie treści i udzielenie odpowiedzi na pytania jej dotyczące.

W fazie II dzieci zapoznają się z koncepcją dialogu. Dialog – jako środek komunikacji między postaciami – najpierw wprowadzany jest z wykorzystaniem beztekstowej książki obrazkowej. W tej fazie uczniowie poznają znaczenie rozbudowywania treści oraz tworzenia spójnych i kompletnych opowieści. Lekcje te zostały zaprojektowane tak, aby podkreślić znaczenie identyfikowania i tworzenia powiązań między elementami gramatyki opowieści, a także identyfikowania i stosowania słów opisujących stan umysłu (np. *pomyślał, zdecydował*) oraz języka wyrażającego relacje przyczynowo-skutkowe (np. *ponieważ, więc*) w opowieściach. Następnie wprowadzane są lekcje, które mają pomóc uczniom zastanowić się, w jaki sposób mogą wykorzystać dialogi w swoim życiu i w tworzonych przez siebie historiach. Dodatkowo faza II zawiera serię lekcji, które uczą włączania wielu wydarzeń do stworzonych historii, co czyni je bardziej złożonymi. Dzieci uczą się wprowadzania do opowieści „wydarzenia komplikującego”, które może uniemożliwić bohaterowi osiągnięcie jego celu. W wyniku tego wydarzenia postać musi ponownie zaplanować i podjąć nowe działania, aby zrealizować wcześniej założone cele.

W ostatniej części fazy II uczniowie biorą udział w podobnych zajęciach, w jakich uczestniczyli podczas fazy I, ale z zastosowaniem książki o bardziej złożonej treści. Przeprowadzane są także lekcje, których celem jest wzbogacanie słownictwa służącego do opisywania uczuć oraz ćwiczenie używania: języka przyczynowo-skutkowego, przysłówków, słów określających i dialogów. Testy końcowe fazy II sprawdzają, czy uczniowie wykazują się odpowiednią biegłością w tworzeniu historii, czy historie te zawierają wyraźne odniesienia przyczynowo-skutkowe

między elementami, oraz czy uczniowie używają wystarczająco złożonego języka. Za język złożony uważa się taki, w którym użyto dwóch lub więcej słów związanych z uczuciami, jednego lub więcej czasowników opisujących stany umysłowe bohaterów, jednego lub więcej przysłówków oraz jednej lub więcej rozbudowanych fraz rzeczownikowych. Ponadto dzieci muszą pokazać, że umieją odpowiedzieć na pytania dotyczące rozumienia tekstu i pamiętać szczegóły historii bez podpowiedzi w postaci obrazków. Podobnie jak w fazie I, w razie wolniejszego tempa nauki przeprowadzane są dodatkowe lekcje, podczas których wykorzystywane są materiały uzupełniające (scenariusze lekcji i ćwiczenia), dzięki czemu dzieci mają szansę na więcej praktyki, co pomaga przejść do następnej fazy [16].

Faza III

W fazie III przewidziano 9 lekcji, w trakcie których trening ukierunkowany jest na rozwijanie umiejętności metapoznawczych – umożliwiających samodzielne tworzenie narracji i bieżące monitorowanie jej treści. Na przykład dzieci uczą się korzystać ze schematu przygotowanego w formie tabeli, aby móc ocenić, czy ich historie zawierają wszystkie elementy makrostruktury i mikrostruktury, o których uczyli się podczas fazy I i II.

Początkowe lekcje fazy III przebiegają zgodnie z procedurami przedstawionymi jako końcowe etapy fazy I i II. W tej części treningu wykorzystywana jest książka o bardziej złożonej strukturze niż na wcześniejszych etapach treningu, zawierająca wiele epizodów i bardziej złożone: pojęcia, słownictwo i składnię. Po zapoznaniu się ze wszystkimi elementami narracji dzieci wykonują zadanie identyfikacji elementów fabularnych i literackich cech językowych w narracji z książki. Celem kolejnych lekcji jest zaangażowanie dzieci w proces tworzenia, opowiadania, edytowania i poprawiania spontanicznie tworzonych historii na podstawie sekwencyjnych obrazków i podpowiedzi dotyczących pojedynczych scen, z werbalnym i wizualnym wsparciem lub bez niego. W tej fazie dzieci uczestniczą również w lekcjach, podczas których omawiane są różne związki przyczynowo-skutkowe, sygnalizowane przez zdania warunkowe, zawierające znaczniki językowe *jeśli – to*. Nauczanie znaczników językowych, które wskazują na związki przyczynowo-skutkowe, odbywa się z wykorzystaniem treści książki, a następnie jest rozszerzane na sytuacje zaczerpnięte z codziennych sytuacji (np. *Jeśli znalazłeś portfel, to możesz zadzwonić na policję*). Faza III to ostatnia część programu SKILL [16].

Wyniki badań ilościowych wskazują, że SKILL ma istotny umiarkowany i duży wpływ na poprawę biegłości narracyjnej u angielskojęzycznych uczniów przejawiających trudności w rozwoju językowym w wieku 5–11 lat [16] oraz uczniów z ASD w wieku od 8 do 12 lat [18]. Wstępne dane wskazują również, że rezultatem programu SKILL jest wzrost złożoności syntaktycznej narracji opowiadanych i tworzonych samodzielnie przez uczniów [16]. W jednym z eksperymentów [68] weryfikujących skuteczność terapii przebadano czworo dzieci w wieku szkolnym z zaburzeniami językowymi, w tym z deficytami w zakresie narracji. Dzieci otrzymały eksperymentalną wersję interwencji SKILL. Do oceny narracji tworzonych samodzielnie przez dzieci zastosowano miary produktywności opowieści

(liczba różnych słów) oraz ogólnej złożoności opowieści. W wyniku interwencji wszystkie dzieci osiągnęły umiarkowaną lub znaczną poprawę w zakresie produktywności narracyjnej. Ponadto troje z badanych dzieci osiągnęło również umiarkowaną lub znaczną poprawę w zakresie złożoności narracji [68]. W najnowszym dużym randomizowanym badaniu klinicznym przeprowadzonym w 14 szkołach podstawowych w USA, 357 uczniów klas 1–4 zagrożonych trudnościami językowymi przydzielono do grup: z interwencją w postaci SKILL oraz kontrolnej. Zajęcia były prowadzone w małych grupach (2–4 dzieci) przez 3 miesiące (36 sesji po 30 minut). Dzieci uczestniczące w programie SKILL w porównaniu z grupą kontrolną uzyskały istotnie lepsze wyniki w rozumieniu i tworzeniu narracji ustnej i pisemnej, zarówno bezpośrednio po zakończeniu programu, jak i w pomiarze wykonanym pięć miesięcy później [69].

Zasady konstruowania treningu narracji

Spencer i Petersen [15] zaproponowali zasady opracowywania interwencji ukierunkowanych na rozwój zdolności narracyjnych u dzieci. Syntezę oparli na swoim wieloletnim doświadczeniu terapeutycznym oraz przeglądzie metod stosowanych w terapii przez innych specjalistów. Wskazali, jakimi cechami formalnymi powinien charakteryzować się materiał językowy wykorzystywany w zajęciach edukacyjnych, oraz podkreślili istotne elementy psychologiczne, które służą efektywnej terapii. Poniżej przedstawiamy podsumowanie wskazanych przez autorów zasad konstrukcji zadań narracyjnych [15].

Po pierwsze, wskazano, że dzieci powinny zdobyć umiejętność budowania podstawowej struktury opowieści przed przystąpieniem do etapu, w którym narracja wykorzystywana jest do nauki słownictwa i złożonych konstrukcji językowych. Aby skutecznie pracować nad składnią, gramatyką lub słownictwem podczas opowiadania historii, dzieci powinny wcześniej nabyć umiejętność opowiadania i powtarzania podstawowych historii [20,70]. Nauka schematu poznawczego związanego z gramatyką opowieści na początku treningu oraz stopniowe zwiększanie kompetencji dzieci i dostosowanie wymagań poznawczych i językowych do ich możliwości na danym etapie nauki pozwala zmniejszyć frustrację dzieci z bardzo ograniczonymi umiejętnościami językowymi.

Po drugie, w terapii należy wykorzystywać zróżnicowane przykłady, aby umożliwić generalizację oraz wykorzystanie procesów metalingwistycznych. Trening obejmujący wiele przykładów ułatwia nabywanie konstrukcji składniowych i gramatycznych [71]. W przypadku interwencji narracyjnej klinicyści powinni używać kilku różnych historii z tymi samymi elementami gramatyki opowieści, aby uniknąć zapamiętywania przez dzieci konkretnych historii. Użycie wielu przykładów zróżnicowanych treściowo sprzyja wydobyciu schematu narracji przez dzieci. Dzięki temu mogą one nabywać wzorzec konstrukcji gramatyczno-składniowych uniwersalny w budowaniu narracji [72]. Uczą się, że treść opowieści nie jest najistotniejszą cechą, a ważny jest jej schemat.

Ponadto wskazano, że w trakcie treningu historie powinny być umieszczane w kontekście, a ich elementy podstawowe

– analizowane i rekonstruowane. Mimo że dzieci mogą jeszcze nie być w stanie samodzielnie powtórzyć niektórych elementów opowieści, w treningu warto zachować wszystkie główne elementy epizodyczne historii (np. problem, próbę rozwiązania i konsekwencję). W ten sposób zrozumienie narracji jest ułatwione dzięki relacjom między elementami gramatyki opowieści [73,74], a dzieci mogą rozpoznać następstwo czasowe oraz relacje przyczynowo-skutkowe między nimi. Należy pamiętać, że opowieść to znacznie więcej niż suma jej elementów. Aby zachować celowy, komunikatywny charakter historii, konieczne jest ćwiczenie wszystkich elementów struktury.

Należy także pamiętać, że opowiadanie historii ma miejsce dopiero, gdy dziecko skojarzy zdarzenie inicjujące z działaniem i jego konsekwencją (przyczyna i skutek). Rozwój opowiadania historii może przebiegać od środkowych elementów do zewnętrznych, czyli od emocji lub uczucia, które było wywołane przez jakieś wydarzenie z przeszłości. W miarę rozwoju dzieci zaczynają dodawać kolejne warstwy informacji o problemie, który wywołał to uczucie, lub o tym, co zostało zrobione, by go rozwiązać. W końcu dodają bardziej odległe szczegóły kontekstowe, takie jak sceneria i rozwiązywanie.

Gdy celem interwencji narracyjnej jest nauczanie schematu poznawczego związanego z narracją, konieczne jest także, aby każda historia była zgodna z tym schematem. Historie wykorzystywane w interwencji powinny zawierać co najmniej podstawowy, minimalnie kompletny epizod (problem, próba rozwiązania, konsekwencja), a przed omówieniem poszczególnych elementów w czasie sesji interwencyjnej, cała historia jest najpierw prezentowana w pełnej formie. Dostarcza to informacji kontekstowych i zapewnia, że dzieci postrzegają ją jako całość, zwiększając tym samym cel i motywację do wykonania zadania [75].

Na końcu spotkania dzieci powinny sformułować całą historię, łącząc elementy epizodyczne zgodnie z następstwem czasowym i przyczynowo-skutkowym. Zatem w ramach jednej sesji interwencyjnej historia jest prezentowana jako całość w celu umieszczenia jej w kontekście, a następnie identyfikowane są jej elementy jako części do ćwiczeń wykonywanych z pomocą terapeuty. Na końcu historia jest rekonstruowana jako całość i ćwiczona przez dziecko samodzielnie [75]. W ten sposób, dzieciom często przypomina się o celu każdego elementu gramatyki opowieści i znaczeniu ich spójności dla tworzenia bardziej znaczącej całości. Skuteczność schematu całość-część-całość, opartego na celowych, wyraźnych instrukcjach, została potwierdzona w wielu badaniach interwencji narracyjnych [76,77].

Kolejna zasada tworzenia treningu narracji dotyczy wykorzystania pomocy wizualnych do konkretyzacji pojęć abstrakcyjnych. Ponieważ opowiadanie historii wymaga połączenia wielu procesów poznawczych wyższego rzędu, jest to wymagające zadanie dla uczniów z zaburzeniem rozwoju językowego. Struktura opowieści jest schematem, którego uczymy się poprzez ekspozycję na wiele przykładów. Jednakże w przypadku dzieci z trudnościami językowymi uczenie się schematów może być długotrwałym procesem, jeśli nie zastosujemy wsparcia wizualnego (np. zdjęć, rysunków, ikon, organizatorów graficznych). Tego typu pomoce edukacyjne – wspomagające dziecko

podczas opowiadania lub powtarzania historii – mogą być niezwykle skutecznym narzędziem nauczania, zwłaszcza podczas wprowadzania nowej historii. Wsparcie wizualne w postaci konkretnych symboli może być wykorzystane w szczególności do uczenia abstrakcyjnych pojęć, takich jak gramatyka opowieści i cechy językowe (np. spójniki oznaczające relacje przyczynowo-skutkowe). Klinicyści powinni jednak pamiętać, że ostatecznie umiejętności narracyjne mają być wykorzystywane w środowisku pozbawionym pomocy wizualnych.

Najpopularniejsze strategie wsparcia wizualnego obejmują: wykorzystanie piktogramów, ikon, symboli, gestów, które reprezentują elementy gramatyki opowieści lub inne elementy językowe [56,59,68]. Piktografia, która polega na wykorzystaniu prostych rysunków liniowych do przedstawienia pomysłów i wydarzeń, może stanowić wsparcie podczas opowiadania historii, tworzenia historii i tworzenia złożonego języka [75]. Piktografia może być szczególnie przydatna, gdy dzieci są proszone o stworzenie własnej historii. Terapeuta może szybko przełożyć treść historii dziecka na symbole, piktogramy czy rysunki, aby mogło ono później skorzystać z tej wizualnej reprezentacji podczas kolejnych powtórzeń [61,78]. Innymi przykładami wsparcia wizualnego są graficzne organizery i mapy pojęć, również wykorzystywane jako pomoce podczas nauczania schematu opowieści [79,18]. Należy jednak pamiętać, że ilustracje powinny dostarczać tylko tyle informacji o historii, ile jest konieczne. W niektórych przypadkach wprowadzenie zbyt wielu elementów wizualnych może zakłócać nabywanie schematu poznawczego. Ikony, symbole, piktografia i manipulatory służą jako przypomnienie struktury narracji, ale zawierają mniej informacji o konkretnej historii niż szczegółowe zdjęcia i ilustracje. W związku z tym zaleca się wycofywanie zdjęć i ilustracji przed wprowadzeniem ikon, aby dzieci mogły stopniowo i płynnie przejść od łatwych zadań do trudnych.

W celu zmaksymalizowania efektu interwencji zaleca się także włączenie działań, które umożliwią dziecku generalizowanie nowych umiejętności na niećwiczone przykłady. Jednym ze sposobów jest zaangażowanie w interwencję nauczycieli. Logopedzi mogą wspierać nauczycieli we wdrażaniu interwencji narracyjnej w dużych lub małych grupach. W jednym z badań dotyczących wielokierunkowego wdrażania interwencji narracyjnej w przedszkolach [80] zarówno nauczyciele, jak i nauczyciele wspomagający byli zaangażowani w realizację interwencji. Z kolei Cimburek i Petersen (2017) zbadali rezultaty podobnej interwencji przeprowadzonej u dzieci w wieku przedszkolnym i zerówkowym [15]. Zaangażowanie nauczycieli w interwencję narracyjną polega na zaprezentowaniu im historii wykorzystujących złożone słownictwo i struktury językowe, którymi docelowo powinni posługiwać się uczniowie, i zachęcenie do ich ćwiczenia. Warto przygotować materiały dla nauczycieli, w których oprócz przykładów historii znalazłyby się ilustracje do słownictwa wykorzystywanego podczas interwencji, które jest, by dodatkowo wspomagać generalizację ćwiczonej wiedzy [81]. Ponadto ćwiczenia mogą być też zaprezentowane i przekazane rodzicom dzieci do wykorzystania w domu, aby zapewnić im pomoc członków rodziny w ćwiczeniu opowiadania historii.

Kolejnym ważnym elementem terapii jest aktywne uczestniczenie dziecka w sesji terapeutycznej i utrzymywanie szybkiego tempa nauczania, które zwiększa szanse na zaangażowanie dzieci i bardziej intensywną naukę, dodatkowo zmniejszając ryzyko wystąpienia trudnych zachowań [82]. Dzieci potrzebują powtarzających się okazji do ćwiczenia materiału językowego w ramach każdej sesji terapeutycznej. Dzięki wielokrotnym powtórzeniom zwiększa się szansa na długoterminowe utrzymanie ćwiczonych umiejętności. Ukierunkowana praktyka, wspomagana wskazówkami ze strony terapeuty i korygującymi informacjami zwrotnymi, zwiększy zdolność dzieci do spontanicznego korzystania z nabytych umiejętności. Zatem w trakcie treningu dzieci powinny mieć wiele okazji do opowiadania lub powtarzania historii.

Ponadto dzieci powinny otrzymywać bezpośrednią informację zwrotną, stanowiącą skuteczny element nauczania. Gdy dziecko udziela poprawnych odpowiedzi bądź wykonuje zadanie terapeutyczne w pożądanym sposób, powinno otrzymywać potwierdzenie od terapeuty w postaci gestów, mimiki bądź słownej informacji. Po błędzie dziecka informacja zwrotna w postaci poprawek także powinna zostać uwzględniona. Korygujące, a za razem skuteczne informacje zwrotne mają trzy główne cechy:

- 1) koncentrują się na tym, co dziecko powinno zrobić i minimalizują uwagę poświęconą nieprawidłowej odpowiedzi. Udana korekta prowadzi do tego, że dziecko udziela prawidłowej odpowiedzi [83]. Terapeuta może np. wskazać, co dziecko powinno powiedzieć i umożliwić dziecku podjęcie kolejnej próby;
- 2) przekazywane są bezpośrednio po błędzie [83]. Na przykład, jeśli dziecko, opowiadając historię, pominie krytyczny element (np. opis czynności), zostanie to uznane za błąd. Terapeuta powinien natychmiast przerwać opowieść i dokonać odpowiedniej korekty. Natychmiastowe informacje zwrotne mogą być przekazywane w sposób naturalny, w którym terapeuta może wyrazić zainteresowanie czy wątpliwość z powodu brakujących informacji w historii;
- 3) informacja zwrotna powinna być precyzyjna, tzn. powinna dokładnie informować dziecko, czego zabrakło w jego narracji (np. *Zaczekaj. Zapomniałeś powiedzieć nam o jego uczuciu. Jak się czuł?*).

Informacja zwrotna może też modelować to, co dziecko powinno powiedzieć, a następnie umożliwić mu powtórzenie przykładu podanego przez terapeuta. Konsekwentne ćwiczenie elementów gramatyki opowieści w ustalonej kolejności może przyspieszyć przyswojenie schematu i zapobiec pomijaniu przez dziecko krytycznych informacji. Gdy dziecko jednak pominie element gramatyki opowiadania, pomocne może być ponowne przećwiczenie prawidłowej sekwencji bezpośrednio po korekcie. W badaniu Petersen i in. [84] nauczyciele dokonywali natychmiastowej korekty, a następnie poprosili ucznia o kontynuowanie opowiadania historii od elementu poprzedzającego ten, który został pominięty. Ten rodzaj procedury sprzyja spójności między elementami i pomaga uczniom, którzy mogą bazować na uporządkowanym rozwoju wydarzeń podczas opowiadania lub powtarzania historii.

W treningu powinny być wykorzystywane skuteczne i informatywne podpowiedzi, czyli takie, dzięki którym dziecko użyje prawidłowych elementów narracji podczas opowiadania historii. Spencer i Petersen [15] zaproponowali procedurę dwuetapowego podpowiadania. Zalecają, aby w przypadku każdej takiej podpowiedzi klinicysta najpierw zadał pytanie odnoszące się do tego, co dziecko pominęło lub o czym powinno było wspomnieć, np.: *Jak Jan czuł się ze swoim problemem?* lub *Co zrobił, by rozwiązać ten problem?*, ponieważ kierują one uwagę dziecka na konkretną część historii, która musi zostać opowiedziana/ powtórzona. Należy unikać natomiast pytań ogólnych, takich jak: *Co zdarzyło się dalej?*, ponieważ nie wskazują one, jakiej odpowiedzi oczekujemy od dziecka. Drugą częścią dwuetapowego podpowiadania jest modelowanie odpowiedzi. Jeśli dziecko nie jest w stanie odpowiedzieć w ciągu kilku sekund na zadane pytanie, klinicysta powinien szybko uzupełnić je modelowym zdaniem, np.: *Jan był smutny, ponieważ rozciął sobie kolano. Teraz ty to powiedz.*

Wymagania zadania interwencyjnego (np. powtarzanie, odpowiadanie na pytania, manipulowanie obrazkami) powinny być zaplanowane zgodnie z celami terapii. Zadania terapeutyczne powinny być dostosowane do potrzeb każdego dziecka [85] oraz powinny elastycznie stosować dwuetapowe podpowiedzi. Ponadto w zależności od wieku i poziomu rozwoju dziecka klinicyści mogą rozszerzyć swoje interwencje tak, aby ułatwiać rozwijanie pożądaných kompetencji szkolnych i społecznych. Oznacza to, że interwencja nie powinna kończyć się w momencie, gdy dzieci potrafią już opowiedzieć lub powtórzyć historię z użyciem odpowiedniej struktury opowieści. Jest to tylko punkt wyjścia do nauczania innych krytycznych umiejętności, których często brakuje dzieciom z zaburzonym rozwojem językowym (np. tworzenie osobistych i fikcyjnych historii, pisanie, używanie złożonego słownictwa).

Ostatnia zasada sformułowana przez Spencera i Petersena [15] wskazuje, że ćwiczenia narracji powinny być w miarę możliwości angażujące i zabawne. Podczas nauczania opowiadania historii, dzieci powinny być jak najbardziej aktywne. Opowiadanie historii służy do celowej komunikacji z jednym słuchaczem lub większą ich liczbą. Ten zamierzony cel komunikacyjny nie powinien zostać utracony podczas procesu interwencji. Klinicyści powinni strategicznie okazywać swoje zainteresowanie, aby wzmocnić motywację dzieci do opowiadania historii i sprawić, by interakcja była przyjemna. Dzięki temu dzieci będą chętniej próbowały stosować coraz trudniejsze elementy językowe. Jeśli dzieci są małomówne, znudzone lub narzekają, obowiązkiem logopedy jest zwiększenie ich zaangażowania. Ponieważ dzieci naturalnie chcą mówić o sobie i swoich doświadczeniach, narracje są idealnym kontekstem do ćwiczenia języka bez poczucia, że jest to zadanie do wykonania. Po pierwsze, warto, aby osoba prowadząca interwencję odgrywała rolę uważnego odbiorcy. Terapeuta może używać przesadnej mimiki i komentarzy, aby pokazać dzieciom, że jest się uważnym odbiorcą. Parafrazowanie wypowiedzi dziecka jest skutecznym sposobem na okazanie aprobaty, a jednocześnie przynosi dodatkową korzyść w postaci modelowania coraz bardziej złożonego języka [86]. Po drugie, podczas zajęć grupowych warto uczyć dzieci, jak parafrazować wypowiedzi/

Tabela 2. Podsumowanie zasad treningu tworzenia narracji
Table 2. Summary of the rules for narrative training

Cechy zadań narracyjnych	1. Struktura opowieści	pierwszym elementem treningu jest nabycie wiedzy o strukturze opowieści (problem–działanie–konsekwencja)
	2. Wykorzystanie wielu przykładów	umożliwia wykorzystanie procesów metalingwistycznych w nauce budowania narracji
	3. Rozłożenie na elementy i rekonstrukcja	narracja umieszczana jest w kontekście, potem rozkładana na elementy, a na koniec rekonstruowana w kompletną strukturę
	4. Wsparcie wizualne	wspomaga rozumienie i zapamiętywanie abstrakcyjnych pojęć, takich jak gramatyka opowieści i cechy językowe (np. spójniki wskazujące relacje przyczynowo-skutkowe).
	5. Generalizacja umiejętności na nowe przykłady	angażowanie wychowawców oraz rodziców w ćwiczenie nowych konstrukcji w różnych kontekstach
Aspekty psychologiczne terapii	6. Aktywne angażowanie dziecka	aktywne uczestniczenie dziecka w zajęciach i szybkie tempo prowadzenia zadań terapeutycznych
	7. Bezpośrednia informacja zwrotna	w trakcie realizacji zadania oraz bezpośrednio po zrobieniu błędu dziecko powinno otrzymywać informację zwrotną od terapeuty w postaci gestów i mimiki bądź informacji słownej
	8. Podpowiedzi	skuteczne podpowiedzi, dzięki którym dziecko użyje prawidłowych elementów narracji
	9. Wymagania dostosowane do dziecka	wymagania zadania interwencyjnego (np. powtarzanie, odpowiadanie na pytania) powinny stosować dwuetapowe podpowiedzi oraz wskazówki wizualne oraz być dostosowane do możliwości językowych każdego dziecka
	10. Ćwiczenia angażujące i zabawne	ćwiczenia powinny motywować dzieci do opowiadania historii, zwiększać ich aktywność i zaangażowanie

opowiadane historię i jak być aktywnym, zaangażowanym słuchaczem, a także chwalić dzieci, gdy okazują szacunek opowiadającemu. Logopedzi mogą modelować parafrazowanie i zachęcać inne dzieci do robienia tego po wysłuchaniu opowieści. Po trzecie, warto wprowadzać do zajęć gry i rywalizację angażując rówieśników. Ostatnim zaleceniem autorów, jest podkreślenie, że wskazane jest także angażowanie dzieci w odgrywanie ról z użyciem rekwizytów, lalek lub ruchu związanego z opowieściami. Najnowsze badania sugerują, że połączenie ruchu z opowiadaniem historii poprawia wyniki językowe dzieci [76,87,88] (tabela 2).

Podsumowanie

W artykule przedstawiono wybrane programy wykorzystywane w terapii dzieci z DLD, obejmujące nauczanie poprawnych konstrukcji zdaniowych oraz ćwiczenie dłuższych wypowiedzi narracyjnych. Zwrócono szczególną uwagę na programy terapeutyczne, których skuteczność została wykazana w badaniach naukowych. Takie terapie jak Shape Coding™, MetaTaal oraz Complex Sentence Intervention (CSI), skupiają się na rozwijaniu kompetencji gramatycznych poprzez wykorzystanie wsparcia wizualnego i manipulacji fizycznych – na przykład poprzez kodowanie struktur zdań za pomocą kolorów, symboli, klocków lub schematów graficznych.

Należy podkreślić, że żadna z przedstawionych metod nie doczekała się dotąd pełnej adaptacji do języka polskiego. Ze względu na różnice strukturalne między językiem angielskim – na gruncie którego programy te powstały – a językiem polskim opracowanie wiernych adaptacji wymagałoby dużego nakładu pracy. Nie oznacza to jednak, że nie można inspirować się ich rozwiązaniami,

a przedstawiony przegląd może służyć jako przewodnik dla polskich specjalistów zajmujących się terapią zaburzeń rozwoju językowego u dzieci. W polskiej terapii logopedycznej i pedagogicznej do praktyki można włączać wybrane elementy, takie jak: wizualne podziały zdania na części składowe (np. Shape Coding, MetaTaal), przedstawianie graficznych relacji między zdaniami (np. w formie *mostków* jak w MetaTaal) czy stopniowanie trudności materiału (od prostszego do bardziej złożonego). W kontekście języka polskiego – charakteryzującego się rozbudowaną fleksją i zmiennym szykiem zdań – techniki te mogą okazać się szczególnie przydatne w nauce odmiany rzeczowników i czasowników oraz konstruowania zdań złożonych. Ważną rolę odgrywają też ćwiczenia kontekstowe, takie jak wyszukiwanie określonego typu zdania w tekście, uzupełnianie brakujących fragmentów czy konstruowanie narracji z wykorzystaniem docelowej konstrukcji, co silnie nawiązuje do procedur stosowanych w CSI. Trzeba jednak pamiętać, że terapia dzieci z DLD w tym obszarze jest procesem wymagającym i długotrwałym, a o jej skuteczności decyduje utrzymanie motywacji dziecka. Dlatego niezwykle istotne jest, aby tak dobrać teksty i zdania, by były atrakcyjne i zgodne z zainteresowaniami danego dziecka. Ważne też, aby w procesie terapii wykorzystywać takie środki, jak: elementy graficzne, klocki, kolory czy wspólne rysowanie struktury zdania, ponieważ zwiększa to zaangażowanie dziecka i ułatwi przenoszenie wyuczonych struktur do spontanicznej komunikacji.

W terapiach narracyjnych, takich jak Story Grammar Marker®, Story Champs oraz SKILL, istotną rolę odgrywają świadome modelowanie struktury opowieści (bohater, problem, działanie, rezultat) z wykorzystaniem pomocy wizualnych (np. mapy historii, piktogramy) oraz stopniowe wprowadzanie bardziej złożonych struktur gramatycznych.

Skuteczność tych metod wynika z systematyczności ich stosowania, dostosowania do poziomu językowego dziecka oraz zastosowania podejścia multisensorycznego, które umożliwia wykorzystanie różnorodnych zdolności poznawczych. Do najważniejszych zasad terapii należą także: wykorzystywanie wielu przykładów w celu generalizacji, aktywne zaangażowanie dziecka, szybkie tempo nauki, stosowanie bezpośredniej informacji zwrotnej oraz skutecznych podpowiedzi. Zaprezentowany przegląd metod wskazuje, że programy te mogą stanowić podstawę do tworzenia skutecznych terapii językowych dla dzieci z DLD

w języku polskim. Przedstawione ogólne zasady terapii mają zastosowanie w przypadku nauki budowania narracji niezależnie od formalnej specyfiki danego języka. Terapia powinna obejmować: wizualizację gramatyki, analizę struktury zdania, rozwijanie umiejętności opowiadania oraz systematyczne i angażujące ćwiczenia dostosowane do indywidualnych potrzeb dziecka.

Finansowanie

UMO-2018/31/D/HS6/03533.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: WHO; 2018.
2. Leonard LB. Children with specific language impairment and their contribution to the study of language development. *J Child Lang*, 2014; 41(S1): 38–47; <https://doi.org/10.1017/S0305000914000130>.
3. Cygan HB, Brylka M. Zaburzenie rozwojowe języka (DLD): definicja, objawy, diagnoza i implikacje kliniczne w świetle klasyfikacji ICD-11. *Now Audiofonol*, 2025; 14(4): 19–35; <https://doi.org/10.17431/na/209943>.
4. Krok WC, Leonard LB. Past tense production in children with and without specific language impairment across Germanic languages: a meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*, 2015; 58(4): 1326–40; https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-14-0232.
5. Kochańska M. Zaburzenie rozwoju językowego u dzieci i młodzieży. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych; 2022.
6. Cygan HB, Brylka M. Specyficzne zaburzenie językowe – psychologiczna diagnoza sześciorga dzieci w wieku szkolnym. *Now Audiofonol*, 2021; 10(2): 35–44; <https://doi.org/10.17431/10.2.4>.
7. Bruinsma G, Wijnen F, Gerrits E. Language gains in 4–6-year-old children with developmental language disorder and the relation with language profile, severity, multilingualism and non-verbal cognition. *Int J Lang Commun Disord*, 2023; 58(3): 765–85; <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12834>.
8. Norbury CF, Bishop DVM. Narrative skills of children with communication impairments. *Int J Lang Commun Disord*, 2003; 38(3): 287–313; <https://doi.org/10.1080/1368282031000092336>.
9. Wetherell D, Botting N, Conti-Ramsden G. Narrative in adolescent specific language impairment (SLI): a comparison with peers across two different narrative genres. *Int J Lang Commun Disord*, 2007; 42(5): 583–605; <https://doi.org/10.1080/13682820601040891>.
10. McCabe A. Developmental and cross-cultural aspects of children's narration. In: Bamberg M, editor. *Narrative development: six approaches*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1997, p. 137–74.
11. Govindarajan K, Paradis J. Narrative abilities of bilingual children with and without developmental language disorder: differentiation and the role of age and input factors. *J Commun Disord*, 2019; 77: 1–16; <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.11.001>.
12. Fichman S, Altman C. Referential cohesion in the narratives of bilingual and monolingual children with typically developing language and with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*, 2019; 62(1): 123–42; https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0457.
13. Tobin LM, Ebbels SH. Effectiveness of intervention with visual templates targeting tense and plural agreement in copula and auxiliary structures in school-aged children with complex needs: a pilot study. *Clin Linguist Phon*, 2019; 33(1–2): 175–90; <https://doi.org/10.1080/02699206.2018.1526352>.
14. Ebbels SH, Marić N, Murphy A, Turner G. Improving comprehension in adolescents with severe receptive language impairments: a randomized control trial of intervention for coordinating conjunctions. *Int J Lang Commun Disord*, 2014; 49(1): 30–48; <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12047>.
15. Spencer TD, Petersen DB. Narrative intervention: principles to practice. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2020; 51(4): 1081–96; https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00006.
16. Gillam SL, Gillam RB. Narrative discourse intervention for school-aged children with language impairment: supporting knowledge in language and literacy. *Top Lang Disord*, 2016; 36(1): 20–34; <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000081>.
17. Kulkarni A, Pring T, Ebbels S. Evaluating the effectiveness of therapy based around shape coding to develop the use of regular past tense morphemes in two children with language impairments. *Child Lang Teach Ther*, 2014; 30(3): 245–54; <https://doi.org/10.1177/0265659013515678>.
18. Gillam SL, Hartzheim D, Studenka B, Simonsmeier V, Gillam R. Narrative intervention for children with autism spectrum disorder. *J Speech Lang Hear Res*, 2015; 58(3): 920–33; https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-14-0095.
19. Haines G, Ebbels S. Using the SHAPE CODINGTM system to develop understanding and use of English grammar. In: Herman Gelbart R, Enns C (red.). *Communication interventions with deaf people* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2025 [cited 2025 Sep 2]. Pozyskano z: <https://doi.org/10.1093/9780191983726.003.0018>.
20. Justice EC, Swanson LA, Buehler V. Use of narrative-based language intervention with children who have cochlear implants. *Top Lang Disord*, 2008; 28(2): 149–61; <https://doi.org/10.1097/01.TLD.0000318932.01147.76>.
21. Ullman MT, Pierpont EI. Specific language impairment is not specific to language: the procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 2005; 41(3): 399–433; [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70276-4](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70276-4).
22. Conti-Ramsden G, Jones M. Verb use in specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*, 1997; 40(6): 1298–313; <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1298>.
23. Skipp A, Windfuhr KL, Conti-Ramsden G. Children's grammatical categories of verb and noun: a comparative look at children with specific language impairment and normal language. *Int J Lang Commun Disord*, 2002; 37(3): 253–71; <https://doi.org/10.1080/13682820210136285>.

24. Baron LS, Arbel Y. An implicit–explicit framework for intervention methods in developmental language disorder. *Am J Speech Lang Pathol*; 2022; 31(4): 1557–73; https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00302.
25. Ebbels S, van der Lely H. Meta-syntactic therapy using visual coding for children with severe persistent SLI. *Int J Lang Commun Disord*; 2001; 36(Suppl.): 345–50; <https://doi.org/10.3109/13682820109177996>.
26. Paivio A. Mental imagery in associative learning and memory. *Psychol Rev*; 1969; 76(3): 241–63; <https://doi.org/10.1037/h0027272>.
27. Ebbels SH, Gadd M, Nicoll H, Hughes L, Dawson N, Burke C i wsp. The effectiveness of individualized morphosyntactic target identification and explicit intervention using the SHAPE CODING system for children with developmental language disorder and the impact of within-session dosage. *Lang Speech Hear Serv Sch*; 2024; 55(3): 803–37; https://doi.org/10.1044/2023_LSHSS-23-00058.
28. Ebbels SH, van der Lely HKJ, Dockrell JE. Intervention for verb argument structure in children with persistent SLI: a randomized control trial. *J Speech Lang Hear Res*; 2007; 50(5): 1330–49; [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2007\)093](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2007)093).
29. Calder SD, Claessen M, Leitão S, Ebbels S. Evaluating two different dose frequencies and cumulative intervention intensities to improve past tense production for early school-aged children with developmental language disorder. *Int J Lang Commun Disord*; 2021; 56(6): 1278–95; <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12667>.
30. Calder SD, Claessen M, Ebbels S, Leitão S. The efficacy of an explicit intervention approach to improve past tense marking for early school-age children with developmental language disorder. *J Speech Lang Hear Res*; 2021; 64(1): 91–104; https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00139.
31. Delage H, Stanford E, Garnier P, Oriol E, Morin E. The efficiency of an explicit approach to improve complex syntax in French-speaking children with developmental language disorder: a pilot study. *Child Lang Teach Ther*; 2025; 41(1): 66–85; <https://doi.org/10.1177/02656590231201877>.
32. Zwitserlood R, Wijnen F, van Weerdenburg M, Verhoeven L. MetaTaal: enhancing complex syntax in children with specific language impairment—a metalinguistic and multimodal approach. *Int J Lang Commun Disord*; 2015; 50(3): 273–97; <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12134>.
33. Zwitserlood R. MetaTaal. *Tijdschr Voor Logop*. 2015;16: 6–13.
34. Athanadou M, Theodorou E. Complex syntax intervention for developmental language impairment. In: *Proceedings of the 11th International Conference of Experimental Linguistics* [Internet]. ExLing Society; 2020 [cited 2025 Sep 2]. Pozyskano z: https://exlingsociety.com/wp-content/uploads/proceedings/exling-2020/11_0009_000424.pdf.
35. van Lingen Y. The efficacy of a serious game in the grammatical intervention of children aged 7–10 years with a developmental language disorder [master's thesis on the Internet]. Utrecht: Utrecht University; 2024 [cited 2025 Aug 19]. Pozyskano z: <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/46033>.
36. Balthazar CH, Scott CM. Targeting complex sentences in older school children with specific language impairment: results from an early-phase treatment study. *J Speech Lang Hear Res*; 2018; 61(3): 713–28; https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-L-17-0146.
37. Mathias B, von Kriegstein K. Enriched learning: behavior, brain, and computation. *Trends Cogn Sci*; 2023; 27(1): 81–97; <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.10.006>.
38. Birsh JR. *Multisensory teaching of basic language skills*. 3rd ed. Baltimore (MD): Brookes Publishing; 2011.
39. Balthazar C, Ebbels S, Zwitserlood R. Explicit grammatical intervention for developmental language disorder: three approaches. *Lang Speech Hear Serv Sch*; 2020; 51: 226–46; https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-19-00079.
40. Finestack LH. Evaluation of an explicit intervention to teach novel grammatical forms to children with developmental language disorder. *J Speech Lang Hear Res*; 2018; 61(8): 2062–75; https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0339.
41. Leonard LB. The primacy of priming in grammatical learning and intervention: a tutorial. *J Speech Lang Hear Res*; 2011; 54(2): 608–21; [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010\)10-0122](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010)10-0122).
42. Plante E, Gómez RL. Learning without trying: the clinical relevance of statistical learning. *Lang Speech Hear Serv Sch*; 2018; 49(3S): 710–22; https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-STLT1-17-0130.
43. Shams L, Seitz AR. Benefits of multisensory learning. *Trends Cogn Sci*; 2008; 12(11): 411–7; <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.07.006>.
44. Gillam RB, Johnston JR. Spoken and written language relationships in language/learning-impaired and normally achieving school-age children. *J Speech Hear Res*; 1992; 35(6): 1303–15; <https://doi.org/10.1044/jshr.3506.1303>.
45. Marinellie SA. Complex syntax used by school-age children with specific language impairment in child–adult conversation. *J Commun Disord*; 2004; 37(6): 517–33; <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.005>.
46. Leonard LB. *Children with specific language impairment*. 2nd ed. Cambridge (MA): MIT Press; 2014.
47. Shao Z, Janse E, Visser K, Meyer AS. What do verbal fluency tasks measure? Predictors of verbal fluency performance in older adults. *Front Psychol*; 2014; 5: 772; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00772>.
48. Fey ME, Catts HW, Proctor-Williams K, Tomblin JB, Zhang X. Oral and written story composition skills of children with language impairment. *J Speech Lang Hear Res*; 2004; 47(6): 1301–18; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1092-4388%282004/098%29>.
49. Newman RM, McGregor KK. Teachers and laypersons discern quality differences between narratives produced by children with or without SLI. *J Speech Lang Hear Res*; 2006; 49(5): 1022–36; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1092-4388%282006/073%29>.
50. Greenhalgh KS, Strong CJ. Literate language features in spoken narratives of children with typical language and children with language impairments. *Lang Speech Hear Serv Sch*; 2001; 32(2): 114–25; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/0161-1461%282001/010%29>.
51. Kaderavek JN, Sulzby E. Narrative production by children with and without specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*; 2000; 43(1): 34–49; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/jslhr.4301.34>.
52. Scott CM, Windsor J. General language performance measures in spoken and written narrative and expository discourse of school-age children with language learning disabilities. *J Speech Lang Hear Res*; 2000; 43(2): 324–39; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/jslhr.4302.324>.
53. Bishop DVM, Adams C. Comprehension problems in children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*; 1992; 35(1): 119–29; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/jshr.3501.119>.
54. Laing Gillam S, Fargo JD, St. Clair Robertson K. Comprehension of expository text: insights gained from think-aloud data. *Am J Speech Lang Pathol*; 2009; 18(1): 82–94; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1058-0360%282008/07-0074%29>.

55. Wright HH, Newhoff M. Narration abilities of children with language-learning disabilities in response to oral and written stimuli. *Am J Speech Lang Pathol*, 2001; 10(3): 308–19; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1058-0360%282001/027%29>.
56. Moreau MR, Fidrych H. *How to Use the Story Grammar Marker: A Guide for Improving Speaking, Reading, and Writing Skills Within Your Existing Program*. Easthampton, MA: Discourse Skills Productions; 1998.
57. Miller RD, Correa VI, Katsiyannis A. Effects of a story grammar intervention with repeated retells for English learners with language impairments. *Commun Disord Q*, 2018; 40(1): 15–27; <https://doi.org/10.1177/1525740117751897>.
58. Schoenbrodt L, Kerins M, Gesell J. Using narrative language intervention as a tool to increase communicative competence in Spanish-Speaking children. *Lang Cult Curric*, 2003; 16(1): 48–59; <https://doi.org/10.1080/07908310308666656>.
59. Petersen DB, Spencer TD. *Story champs*. Language Dynamics Group, LLC. 2016.
60. Batsche G, Elliott J, Graden J, Grimes J, Kovaleski J, Prasse D. *Response to Intervention: Policy Considerations and Implementation*. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education; 2005.
61. Petersen DB, Brown CL, Ukrainetz TA, Wise C, Spencer TD, Zebre J. Systematic individualized narrative language intervention on the personal narratives of children with autism. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2014; 45(1): 67–86; https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2013_LSHSS-12-0099.
62. Spencer TD, Kajian M, Petersen DB, Bilyk N. Effects of an individualized narrative intervention on children's storytelling and comprehension skills. *J Early Interv*, 2013; 35(3): 243–69; <https://doi.org/10.1177/1053815114540002>.
63. Spencer TD, Moran M, Thompson MS, Petersen DB, Restrepo MA. Early efficacy of multitiered dual-language instruction: promoting preschoolers' Spanish and English oral language. *AERA Open*, 2020; 6(1): 2332858419897886; <https://doi.org/10.1177/2332858419897886>.
64. Spencer TD, Petersen DB, Restrepo MA, Thompson M, Gutierrez Arvizu MN. The effect of Spanish and English narrative intervention on the language skills of young dual language learners. *Top Early Child Spec Educ*, 2019; 38(4): 204–19; <https://doi.org/10.1177/0271121418779439>.
65. Hessling A, Schuele CM. Individualized Narrative Intervention for School-Age Children With Specific Language Impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2020; 51(3): 687–705; https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2019_LSHSS-19-00082.
66. Risueño RJ, Gray S, Romeo S. The efficacy of story champs for improving oral language in third-grade Spanish–English bilingual students with developmental language disorder. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2024; 55(3): 938–58; https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2024_LSHSS-23-00121.
67. Petersen DB, Staskowski M, Spencer TD, Foster ME, Brough MP. The effects of a multitiered system of language support on kindergarten oral and written language: a large-scale randomized controlled trial. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2022; 53(1): 44–68; https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2021_LSHSS-20-00162.
68. Gillam SL, Olszewski A, Squires K, Wolfe K, Slocum T, Gillam RB. Improving narrative production in children with language disorders: an early-stage efficacy study of a narrative intervention program. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2018; 49(2): 197–212; https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2017_LSHSS-17-0047.
69. Gillam SL, Vaughn S, Roberts G, Capin P, Fall AM, Israelsen-Augenstein M i wsp. Improving oral and written narration and reading comprehension of children at-risk for language and literacy difficulties: results of a randomized clinical trial. *J Educ Psychol*, 2023; 115(1): 99–117; <https://doi.org/10.1037/edu0000766>.
70. Swanson LA, Fey ME, Mills CE, Hood LS. Use of narrative-based language intervention with children who have specific language impairment. *Am J Speech Lang Pathol*, 2005; 14(2): 131–41; [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005/014\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005/014)).
71. LaFrance DL, Tarbox J. The importance of multiple exemplar instruction in the establishment of novel verbal behavior. *J Appl Behav Anal*, 2020; 53(1): 10–24; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jaba.611>.
72. Layng TVJ. Tutorial: Understanding concepts: implications for behavior analysts and educators. *Perspect Behav Sci*, 2019; 42(2): 345–63; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jaba.611>.
73. Schick A, Melzi G. The development of children's oral narratives across contexts. *Early Educ Dev*, 2010; 21(3): 293–317; <https://doi.org/10.1080/10409281003680578>.
74. Curenton SM. Understanding the landscapes of stories: the association between preschoolers' narrative comprehension and production skills and cognitive abilities. *Early Child Dev Care*, 2011; 181(6): 791–808; <https://doi.org/10.1080/03004430.2010.490946>.
75. Gillam R, Ukrainetz T. Language intervention through literature-based units. *Literate language intervention: Scaffolding PreK-12 literacy achievement*, 2006 [Internet]. Pozyskano z: https://digitalcommons.usu.edu/comd_facpub/91.
76. Brinton B, Fujiki M. Facilitating social communication in children with developmental language disorder: a bibliotherapeutic approach. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2019; 4(3): 532–7; https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2019_PERS-SIG16-2019-0005.
77. Gillam SL, Gillam RB, Reece K. Language outcomes of contextualized and decontextualized language intervention: results of an early efficacy study. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2012; 43(3): 276–91; <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/0161-1461%282011/11-0022%29>.
78. Spencer TD, Kajian M, Petersen DB, Bilyk N. Effects of an individualized narrative intervention on children's storytelling and comprehension skills. *J Early Int*, 2013; 35(3): 243–69; <https://doi.org/10.1177/1053815114540002>.
79. Boulineau T, Fore III C, Hagan-Burke S, Burke MD. Use of story-mapping to increase the story-grammar text comprehension of elementary students with learning disabilities. *Learn Disabil Q*, 2004; 27(2): 105–21; <https://doi.org/10.2307/1593645>.
80. Spencer TD, Weddle SA, Petersen DB, Adams JL. Multitiered narrative intervention for preschoolers: a head start implementation study, 2017; <https://journals.charlotte.edu/dialog/article/view/543>.
81. Spencer TD, Moran M, Thompson MS, Petersen DB, Restrepo MA. Early efficacy of multitiered dual-language instruction: promoting preschoolers' Spanish and English oral language. *AERA Open*, 2020; 6(1): 2332858419897886; <https://doi.org/10.1177/2332858419897886>.
82. Forsyth DR, Archer CR. Technologically assisted instruction and student mastery, motivation, and matriculation. *Teach Psychol*, 1997; 24(3): 207–12; https://doi.org/10.1207/s15328023top2403_17.

83. Slocum TA, Rolf KR. Features of direct instruction: content analysis. *Behav Anal Pract*, 2021; 14(3): 775–84; <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00617-0>.
84. Petersen DB, Chanthongthip H, Ukrainetz TA, Spencer TD, Steeve RW. Dynamic assessment of narratives: efficient, accurate identification of language impairment in bilingual students. *J Speech Lang Hear Res*, 2017; 60(4): 983–98; https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0426.
85. Westerveld MF, Gillon GT. Oral narrative context effects on poor readers' spoken language performance: story retelling, story generation, and personal narratives. *Int J Speech Lang Pathol*, 2010; 12(2): 132–41; <https://doi.org/10.3109/17549500903414440>.
86. Cleave PL, Becker SD, Curran MK, Van Horne AJO, Fey ME. The efficacy of recasts in language intervention: a systematic review and meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol*, 2015; 24(2): 237–55; https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0105.
87. Culatta B, Hall-Kenyon KM, Black S. Teaching expository comprehension skills in early childhood classrooms. *Top Lang Disord*, 2010; 30(4): 323; <https://doi.org/10.1097/TLD.0b013e3181ff5a65>.
88. Duncan M, Cunningham A, Eyre E. A combined movement and story-telling intervention enhances motor competence and language ability in pre-schoolers to a greater extent than movement or story-telling alone. *Eur Phys Educ Rev*, 2019; 25(1): 221–35; <https://doi.org/10.1177/1356336X17715772>.

Dr n. biol. Hanna Cygan, email: h.cygan@ifps.org.pl •  0000-0002-4518-8540
 Mgr Martyna Bryłka, email: m.brylka@ifps.org.pl •  0000-0001-6817-5446