



Karolina Kantyka-Dziwisz

<https://orcid.org/0000-0002-9157-4151>

e-mail: [kkantyka@ubb.edu.pl](mailto:kkantyka@ubb.edu.pl)

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Polska

## Trzeciorzędowa profilaktyka logopedyczna w pracy z dzieckiem dwujęzycznym w wieku przedszkolnym – możliwości i ograniczenia

### Tertiary Speech Therapy Prevention in Working With Bilingual Preschool Children – Possibilities and Limitations

#### KEYWORDS ABSTRACT

bilingual and multilingual children, speech therapy, speech therapy prevention, speech and language assessment, child with migration experience,

The purpose of this article is to highlight the possibilities and limitations of tertiary speech therapy for bilingual children. It also highlights the therapeutic approaches, challenges encountered, collaboration with parents, and areas requiring further research and action to support the preventive interventions and therapeutic approaches developed by specialists.

The research was qualitative in nature, grounded in a pragmatic paradigm aimed at developing best practices in speech therapy and tertiary prevention for multilingual preschool children. The study was based on case reports of bilingual children receiving speech therapy and interviews with speech therapists. The collected empirical material was subjected to qualitative analysis, which identified thematic categories related to diagnosis, therapeutic interventions, outcomes, and collaboration with parents.

This article presents a theoretical and methodological section, a description of the research results, and a summary. It highlights that in times of ongoing geopolitical transformation, bilingual or multilingual children are increasingly becoming the subject of therapeutic interventions, which poses a challenge for speech-language pathologists and therapists.

The results demonstrate that therapeutic and preventive measures yield varying results. Therefore, it is justified to expand research exploration to develop best practices and advocate for systemic support.

## SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

dziecko dwu-  
i wielojęzyczne,  
profilaktyka  
logopedyczna,  
terapia  
logopedyczna,  
diagnoza  
logopedyczna,  
dziecko  
z doświadczeniem  
migracji

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie możliwości i ograniczeń związanych z profilaktyką logopedyczną trzeciorzędową w stosunku do dzieci dwujęzycznych, a także zwrócenie uwagi na sposoby prowadzenia postępowania terapeutycznego, napotykaną trudności, współpracę z rodzicami, obszary wymagające dalszych badań i podjęcia działań zmierzających do wsparcia oddziaływań profilaktycznych i form terapeutycznych wypracowanych przez specjalistów.

Przeprowadzone badania miały charakter jakościowy, osadzony w paradygmacie pragmatycznym nastawionym na wypracowanie dobrych praktyk w terapii logopedycznej i profilaktyce trzeciorzędowej skierowanej do dzieci wielojęzycznych w wieku przedszkolnym pochodzenia ukraińskiego przebywających w Polsce w wyniku migracji wojennej. Badania opierały się na opisach przypadków dzieci dwujęzycznych objętych terapią logopedyczną i wywiadach w formie rozmowy z logopedami. Zebrany materiał empiryczny poddano analizie jakościowej, która wyodrębniła kategorie tematyczne związane z diagnozą, podjętymi działaniami terapeutycznymi, uzyskanymi rezultatami, współpracą z rodzicami.

Artykuł prezentuje część teoretyczną, metodologiczną, opis wyników badań oraz podsumowanie. Zwraca uwagę, że w czasach przemian geopolitycznych, które mają obecnie miejsce, dziecko dwu- lub wielojęzyczne stanowi coraz częściej podmiot oddziaływań terapeutycznych, co stanowi wyzwanie dla logopedów i terapeutów. Z uzyskanych rezultatów można dostrzec, że podejmowane działania terapeutyczne i profilaktyczne przynoszą zróżnicowane efekty. Zasadne zatem jest rozszerzenie eksploracji badawczej w celu wypracowania dobrych praktyk i postulowania wsparcia systemowego.

## Wstęp

Zjawisko migracji od czasu rozpoczęcia wojny w Ukrainie wpisało się w naszą rzeczywistość, a co za tym idzie stanowi nieodłączny element życia i funkcjonowania w społeczeństwie, w którym różnice społeczno-kulturowe, językowe zaczynają się przenikać. Obecność dzieci z Ukrainy jest powszechna zarówno w placówkach

oświatowych, jak i terapeutycznych. Liczba dzieci migrantów w przedszkolach i szkołach jest dość liczna. Dlatego potrzebne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia edukacyjnego, psychologicznego i terapeutycznego. Mimo starań związanych z zachęceniem uczniów do udziału w dodatkowych zajęciach z języka polskiego (przy zmniejszeniu liczby godzin tygodniowo języka z 6 do 4) nadal liczba dzieci uczęszczająca na te zajęcia wynosi poniżej 40%, co wskazuje na potrzebę podjęcia dodatkowych działań związanych z dostosowaniem oferty pedagogicznej. Z jednej strony widać wsparcie związane z zachęceniem do podjęcia nauki języka polskiego, z drugiej potrzebę wsparcia terapeutycznego, w tym wprowadzenia profilaktyki logopedycznej. Niestety nie są prowadzone statystyki dotyczące dzieci migrantów uczęszczających na zajęcia terapeutyczne, w tym terapię logopedyczną. Taki obraz byłby interesujący, aby ukazać skalę zjawiska. Warto zauważyć, że nie tylko dzieci ukraińskie uczestniczą w zajęciach terapeutycznych. Również zauważalny jest powrót do kraju Polaków z migracji ekonomicznej. Wszystkie te aspekty przekładają się na rosnące potrzeby związane z dostosowaniem diagnozy i oferty terapeutycznej do zmieniających się realiów i otaczającej nas rzeczywistości.

## Dziecko dwujęzyczne

Dziecko dwu- i wielojęzyczne potrzebuje wsparcia ze strony nauczycieli i rodziców, a także dostosowania form terapeutycznych do swoich potrzeb rozwojowych. Diagnoza i terapia logopedyczna stanowią nierzadko niezbędną formę wspierającą rozwój dziecka na wczesnym etapie edukacyjnym, rzutującą na jego dalsze funkcjonowanie społeczne. Definiując dwujęzyczność, „coraz częściej przyjmuje się, że dzieci dwujęzyczne to takie, które na co dzień używają więcej niż jednego języka. Ta definicja, proponowana między innymi również przez François Grosjeana i Ping Li jest bardzo obszerna, włącza bowiem do kategorii osób „dwujęzycznych” nie tylko osoby biegle posługujące się dwoma językami od dzieciństwa, ale także osoby posługujące się jednym z języków słabiej, mówiące z silnym akcentem czy poznające drugi język niekoniecznie we wczesnym dzieciństwie oraz niekoniecznie poprzez kontakt z nim w środowisku domowym (Łuniewska i in., 2015, s. 37). Definicja ta jest bardzo ogólna. Jak podkreślają autorki, definiowanie wielojęzyczności jest trudne, ponieważ powinno się zwracać uwagę na wiele czynników, takich jak status socjoekonomiczny, sytuacja rodziny, a także zróżnicowanie kontaktu z językiem, w tym: kolejność przyswajania języków, wiek, w którym nastąpił pierwszy intensywny kontakt z drugim językiem, długość i bogactwo kontaktu z każdym z języków oraz kontekst, w jakim dziecko się z nimi styka (Łuniewska i in., 2015).

Dwujęzyczność traktowana jako indywidualne cechy danego użytkownika języka dotyczy specyficznie ludzkiej umiejętności w zakresie posługiwania się dwoma językami. Poziom tej umiejętności u osoby dwujęzycznej może wahać się od minimum kompetencji komunikacyjnej po pełną kompetencję językową w aspekcie mówienia czytania i pisanie zwaną dwujęzycznością pełną lub ambilingwizmem (Rocławska-Daniluk, 2020 s. 14).

Termin „dwujęzyczność” pojawia się w literaturze również na określenie dzieci niemówiących, nieposługujących się żadnym z języków, a jedynie wychowujących się w środowisku dwujęzycznym. Sugeruje to, że dziecko pręcej czy później, obcując na co dzień z dwoma językami, będzie nabywać kompetencji językowych w tych językach (Korendo i Błasiak-Tytuła, 2019, s. 104). Kolejne rozróżnienia to bilingwizm równoczesny i sukcesywny, zrównoważony i pełen czy koordynacyjny i kompozycyjny (Sala-Suszyńska, 2016, s. 133). Przy tak wielu możliwościach niezbędne jest podejście indywidualne, dokonanie rozpoznania możliwości i ograniczeń, a także potrzeb rozwojowych dziecka.

## Profilaktyka logopedyczna

W tym celu zasadne jest postulowanie wprowadzenia profilaktyki logopedycznej, co podkreśla Jagoda Cieszyńska: „Sytuacja dzieci dwujęzycznych, posługujących się w domu rodzinnym językiem ojczystym rodziców, a w przedszkolu lub szkole językiem nowej ojczyzny wymaga podjęcia działań wspomagających rozwój obu systemów językowych. [...] Powinny one zostać objęte specjalistyczną opieką logopedyczną” (Cieszyńska, 2006, s. 171, za: Marciniak-Firadza, 2023, s. 324). Podążając za definicją, możemy zauważyć, że

[...] profilaktyka logopedyczna to, obok działań promujących i stymulujących wszechstronny rozwój językowy dzieci i młodzieży, wszelkie strategie wczesnej identyfikacji zaburzeń mowy oraz szybko podjętej interwencji, jak również działania, które umożliwiają zapobieganie dalszym niepomyślnym skutkom w sytuacji, gdy problem logopedyczny już zaistniał. Jest to profilaktyka interdyscyplinarna, wdrażana na różnych poziomach: pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa (Węsierska, 2012, s. 8).

Celem profilaktyki logopedycznej jest przeciwdziałanie zaburzeniom rozwojowym mowy. Logopeda podejmuje zatem świadome i systemowe oddziaływania, by wspomóc rozwój mowy dziecka. Takie programowane działanie, bardzo ważne zarówno w jednojęzyczności, jak i dwu- lub wielojęzyczności nie polega tylko na usprawnianiu pracy narządów artykulacyjnych i budowaniu samego podsystemu fonetyczno-fonologicznego, ale przede wszystkim na wspomaganiu kształtowania się wszystkich

podsystemów języka (a w sytuacji dwujęzyczności dodatkowo różnicowania dwóch kodów, co pozwoli uniknąć mieszania języków) oraz wspomaganie kompetencji komunikacyjnej (socjologicznej, komunikatywnej, pragmatycznej) i kulturowej, zwanej często poznawczą (Marciniak-Firadza, 2023, s. 323).

Definicja ta nie skupia się jedynie na zaburzeniach występujących u dziecka, ale zwraca uwagę również na wspomaganie kompetencji komunikacyjnych, które w przypadku dzieci dwujęzycznych mogą nastroczać trudności.

Wprawdzie dwujęzyczność nie jest zaburzeniem, ale na skutek wielu czynników sytuacja dwujęzyczności (powstała w wyniku migracji) może doprowadzić do tego, że – jak pisze Marzena Błasiak-Tytuła – dziecko nie będzie miało stworzonych odpowiednich warunków środowiskowych do wykształcenia dwóch systemów językowych, a w konsekwencji nie wykorzysta swojego potencjału intelektualnego oraz swoich możliwości rozwojowych (Marciniak-Firadza, 2023, s. 324).

Problem ten pogłębia się w przypadku występowania u dziecka zaburzeń rozwojowych. W takim przypadku niezbędne jest wprowadzenie działań profilaktyki trzeciorzędowej i oddziaływań terapeutycznych. Mimo że, jak podkreśla Ewa Małgorzata Skorek, „nie wszyscy specjaliści uznają działania podejmowane w ramach poziomu trzeciorzędowego za profilaktykę, [...] profilaktyka na tym etapie nie służy zapobieganiu realnie zdiagnozowanego zaburzenia, ale do zapobiegania dalszemu pogłębianiu się zaburzeń [...] oraz co najważniejsze – nawrotom i zaburzeniom wtórnym” (2023, s. 326). Dlatego tak istotne jest wprowadzanie działań prewencyjnych, a także podejścia wielospecjalistycznego (zapewniającego współpracę psychologów, pedagogów, rehabilitantów i innych specjalistów), szczególnie w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym – zapewniających przygotowanie do podjęcia edukacji wczesnoszkolnej.

Praca logopedyczna z dzieckiem dwujęzycznym, którego pobyt w Polsce wynika z migracji spowodowanej konfliktem zbrojnym i które wykazuje odchylenia od normy, może nastroczać dodatkowych trudności wynikających z bariery językowej, kulturowej, a także psychologiczno-emocjonalnej. Istotne zatem jest zapewnienie holistycznego wsparcia, dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka, skupienie się nie tylko na samej terapii logopedycznej, ale również na profilaktyce, działaniach wspierających wielokierunkowy rozwój podopiecznego, współpracy ze specjalistami, nauczycielami z placówek oświatowych, do których uczęszcza dziecko, a przede wszystkim z rodzicami/prawnymi opiekunami pacjenta.

Współpraca, o której mowa, może być utrudniona przez wiele czynników. Podstawowym jest bariera językowa, która wynika z braku znajomości języka polskiego przez rodziców i języka ukraińskiego/rosyjskiego przez logopedów. Drugi czynnik to niechęć do posługiwania się językiem obcego kraju zarówno w przypadku rodzin ukraińskich, jak i samych logopedów (przy znajomości przez nich języka obcego).

Trzeci czynnik wynika z samego nastawienia do działań terapeutycznych, wyparcia przez rodziców problemu zauważonego przez specjalistów. Kolejny element to sama diagnoza logopedyczna dzieci dwujęzycznych, która nastręcza nierzadko problemów logopedom. Jak podkreślają Jagoda Cieszyńska-Rożek i Anna Nallur:

[...] w przeprowadzaniu diagnozy dzieci bilingwalnych ważne jest spojrzenie ilościowe i jakościowe, które pokazuje, na jakie sfery rozwoju należy zwrócić szczególną uwagę. Taki ogląd umożliwia zastosowanie testu SON-R. Dzięki interpretacji uzyskanych rezultatów możliwe staje się budowanie optymalnego programu stymulacji rozwoju mowy i pozostałych funkcji poznawczych (2019, s. 304–305).

Dlatego tak istotne jest korzystanie z dostosowanych narzędzi diagnostycznych. „Niewątpliwie w Polsce istnieje potrzeba standaryzacji procedur i narzędzi diagnostycznych do badania mowy dzieci dwujęzycznych. Obecnie logopedzi korzystają z testów do badań kompetencji językowej stworzonych z myślą o użytkownikach jednojęzycznych” (Krawczyk i Lorenc, 2019, s. 308). Widoczny jest również brak specjalistów przeprowadzających diagnozę logopedyczną w drugim poza polskim języku dziecka, co powoduje, że diagnoza jest niepełna, a dalsze postępowanie terapeutyczne utrudnione. W konkluzji przeprowadzonych badań wśród 529 dzieci w wieku od 5 do 10 lat, w tym 88 z rozwojowymi zaburzeniami językowymi wynika, że

[...] profesjonaliści postrzegają te dzieci jako jednorodną grupę i stosują jednolite metody edukacyjne lub kliniczne. Obecność różnych profili potencjalnych w języku i dziedzinie podkreśla potrzebę tworzenia zróżnicowanych systemów wsparcia dla dzieci dwujęzycznych. W warunkach klinicznych wyniki te podkreślają potrzebę uwzględnienia i oceny dzieci dwujęzycznych we wszystkich językach i dziedzinach, aby uzyskać pełną zdolność językową dzieci (Wang i in., 2026, s. 471).

Dlatego też część logopedów odmawia prowadzenia terapii dzieci dwujęzycznych, uważając, że nie posiadają odpowiednich kompetencji w tym zakresie. „Wielu nauczycieli logopedów w polskich szkołach przyznaje, że brak im odpowiedniego przygotowania teoretycznego i praktycznego, aby pracować z dziećmi dwujęzycznymi” (Krawczyk i Lorenc, 2019, s. 308) Bariera językowa wydaje się tutaj zasadnym argumentem stosowanym wobec dzieci, które funkcjonują w polskim szkolnictwie czy też przedszkolach, a nie znają języka polskiego i porozumiewają się jedynie w języku ojczystym. Jednakże, jak podkreślają Anna Majewska-Tworek i Zbigniew Tarkowski:

Logopeda nie musi znać języka ojczystego dziecka dwujęzycznego i powinien postępować podobnie jak nauczyciel języka polskiego przyswajanego przez cudzoziemców. W czasie zajęć logopedycznych powinien obowiązywać język polski. Nie oznacza to, że logopeda nie powinien znać innych języków (np. angielskiego, niemieckiego i rosyjskiego), ale nie powinien ich preferować (2019, s. 264).

Rzeczywiście badania z zakresu logopedii międzykulturowej wskazują na pewne obszary warte dalszych eksploracji i potwierdzenia, jak: zauważalny pozytywny wpływ wczesnej interwencji na zakres rozumienia i produkcji słownictwa u dzieci dwujęzycznych, transfer umiejętności z jednego języka na drugi, zalety dwujęzyczności wynikające z elastyczności poznawczej i wzbogaceniu językowego, skuteczność interwencji domowej – wsparcia rodziców i tworzenia stymulującego środowiska (Benaissy, 2025). Zwracając uwagę na powyżej opisane trudności oraz konkluzje, zasadne jest dokonywanie eksploracji badawczych w celu ich weryfikacji.

## Badania własne

W przeprowadzonych badaniach, które miały miejsce w październiku 2025 r., wzięło udział dwoje logopedów i pięcioro dzieci dwujęzycznych pochodzenia ukraińskiego. Badania miały charakter jakościowy, osadzony w paradygmacie pragmatycznym nastawionym na wypracowanie dobrych praktyk w terapii logopedycznej i profilaktyce trzeciorzędowej skierowanej do dzieci wielojęzycznych w wieku przedszkolnym. Badania opierały się na opisach przypadków dzieci dwujęzycznych objętych terapią logopedyczną i wywiadach w formie rozmowy z logopedami. Zastosowano celowy dobór próby badawczej ze względu na przyjęte kryterium dwujęzyczności, wieku dziecka, pobytu w Polsce spowodowanego migracją wojenną. Celem badań było pozyskanie informacji dotyczących postępowania terapeutycznego, uzyskiwanych wyników w terapii i profilaktyce logopedycznej, napotykanym trudności, możliwości i sposobów wsparcia dla rodziców badanych dzieci. Zebrany materiał empiryczny poddano analizie jakościowej, która wyodrębniła kategorie tematyczne związane z diagnozą, podjętymi działaniami terapeutycznymi, uzyskanymi rezultatami, współpracą z rodzicami. Ze względu na jakościowy charakter badań oraz niewielką próbę badawczą niewłaściwe jest uogólnianie uzyskanych wyników. Przyjęta metodologia jakościowa pozwoliła na opisanie indywidualnych przypadków oraz specyfiki prowadzenia terapii logopedycznej i profilaktyki trzeciorzędowej z dziećmi dwujęzycznymi.

## Przypadek pierwszy – dziewczynka – diagnoza w wieku 2 lat i 8 miesięcy

Diagnoza medyczna: niepełnosprawność ruchowa, zaburzenia napięcia i postawy.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: niesamoistny opóźniony rozwój mowy, zaburzenia orofacjalne.

### Terapia, stan początkowy:

Dziewczynka posługuje się kilkoma wyrazami dźwiękonaśladowczymi i wyrazami prymarnymi: „mama”, „tata”, „daj”. Zaburzony jest rozwój systemu językowego w języku polskim, jak i w języku ukraińskim. U dziecka zauważalna jest obniżona praca aparatu artykulacyjnego. Badanie aparatu artykulacyjnego jest niemożliwe. Dziewczynka wychowuje się w środowisku dwujęzycznym. Na krótko nawiązuje wspólne pole uwagi, szybko się rozprasza. Wykazuje słabe zainteresowanie drugą osobą. Podejmuje aktywności i działanie na własnych zasadach. Reaguje na proste polecenia, znane z kontekstu sytuacyjnego. Ma trudności ze zrozumieniem nowych komunikatów, wymaga dodatkowych powtórzeń, demonstracji, podpowiedzi. Różnicuje instrumenty muzyczne. Prezentuje nierównomierny rozkład napięcia mięśniowego. Przyjmuje nieprawidłowy wzorzec siadu.

### Terapia, stan obecny:

Dziewczynka po półtora roku terapii dalej używa jedynie pojedynczych wyrazów. Mówi proste równoważniki zdań „daj mi”, „co to”. Różnicuje prozodię mowy, która związana jest ze stanami emocjonalnymi i uczuciami. Powoli zaczyna podczas terapii mówić po polsku. Dziewczynka często choruje, co utrudnia systematyczność terapii. Częste infekcje dróg oddechowych u dziecka wynikają ze stałego oddychania ustami. Dziewczynka nie zamyka ust ani w ciągu dnia, ani w nocy. Wykluczono przerost 3 migdała, alergię. Zastosowano ćwiczenia orofacjalne, masaże wewnętrzne i zewnętrzne, elektrostymulacje, jednak nie przyniosły one efektu.

Dziewczynka uczęszcza do prywatnego przedszkola, w którym uczestniczy w zajęciach rewalidacyjnych i logopedycznych. Mimo starań nie udało się nawiązać współpracy z logopedą pracującym w przedszkolu.

Współpraca z rodzicami: Mama dziewczynki jest obecna na każdych zajęciach. Mówi w języku polskim. Po wyjściu z gabinetu rozmawia z dzieckiem tylko w języku rosyjskim. Ojciec nie uczestniczy w terapii, nigdy nie był obecny na zajęciach. Została założona teczka logopedyczna dla rodzica z zaleceniami i ćwiczeniami do wykonywania w domu – niestety widoczny jest brak motywacji do realizacji zalecanych zadań.

### Konkluzja:

Ze względu na dużą liczbę nieobecności dziecka, a także brak współpracy z rodzicami postępy w terapii są niewielkie. Zwracają na to uwagę również inni terapeuci, z którymi dziewczynka ma zajęcia, np. z fizjoterapii. Bez dalszej współpracy, a także postawienia diagnozy medycznej dotyczącej powodu nawracających infekcji postępowanie terapeutyczne będzie utrudnione, a efekty niewielkie.

### Przypadek drugi – chłopiec – diagnoza w wieku 3 lat i 4 miesiące

Diagnoza medyczna: niepełnosprawność ruchowa z afazją.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji, zaburzenia orofacjalne.

### Terapia, stan początkowy:

Dziecko posiada nieharmonijny poziom rozwoju psychomotorycznego. Jego zainteresowania dotyczą wybranych zabawek, głównie pojazdów. Nie zwraca uwagi na figurki, np. zwierząt, lub na ilustracje. Nie wskazuje części ciała. Dziecko posiada obniżoną umiejętność odtwarzania prostych wzorów z klocków, wskazywania takich samych obrazków oraz łączenia w całość obrazków przeciętych na 2 części. Chłopiec wychowywany jest w domu, w którym używa się języka ukraińskiego. Nie uczęszcza do żłobka. Brak reakcji na imię. Zmienne wspólne pole uwagi i przelotny kontakt wzrokowy. Brak komunikacji werbalnej, nie posługuje się na chwilę obecną żadnym wyrazem ze znaczeniem. Bawi się głosem, artykułuje podczas zabawy dowolną sylabę pozbawioną znaczenia. Brak zabawy naprzemienną i zabawy z naśladownictwem. Nieprawidłowy rozkład napięcia mięśniowego okolicy orofacjalnej.

### Terapia, stan obecny:

Dziecko po 2 latach terapii wypowiada pojedyncze słowa. Nie uczęszcza do przedszkola. Bawi się sam. Nie rozumie języka polskiego, dlatego podczas terapii często następuje frustracja przez brak komunikacji. Preferuje kontakt dla korzyści, np. słodczy, naklejek. Wyczuwalny jest strach wobec kobiet. Unika kontaktu wzrokowego. Brak jakichkolwiek informacji o przyczynie takiego stanu. Obecnie widoczne są załączki rozumienia – odkładanie rzeczy na swoje miejsce, sięganie po wymienione przedmioty. Dziecko jest spokojne, brak autoagresji. Dzięki terapii widoczna jest poprawa możliwości aparatu artykulacyjnego, głoski wypowiedane są prawidłowo. Dziecko nie ma

zaburzeń słuchu fonematycznego ani zaburzeń oddechowych. Porozumiewa się z rodzicami tylko w języku ojczystym.

Współpraca z rodzicami:

Rodzice współpracują z terapeutą, mimo że kontakt jest utrudniony przez barierę językową. Widoczne są postępy wynikające z zastosowania ćwiczeń w domu, które zostały omówione podczas terapii. Ze względu na barierę językową nie została założonateczka dla rodziców. Mama za zgodą terapeuty nagrywa ćwiczenia, które są wykonywane podczas terapii i zalecane do wykonywania w domu.

Konkluzja:

Dzięki współpracy i zaangażowaniu udało się wypracować niektóre wspomniane elementy, jednak bez wdrożenia nauki języka polskiego dla dziecka, jak i rodziców dalsza terapia będzie mocno utrudniona. Niestety przewiduje się, że przy przystąpieniu do klasy zerowej i w późniejszym okresie podjęciu edukacji wczesnoszkolnej problemy z komunikacją językową będą występowały zarówno w mowie, jak i nauce pisania oraz czytania u dziecka.

Przypadek trzeci – chłopiec – diagnoza w wieku 4 lata i 4 miesiące

Diagnoza medyczna: zaburzenia neurorozwojowe.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: zaburzenia afatyczne, podejrzenie zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Terapia stan początkowy:

Rozumienie i nadawanie mowy u dziecka na poziomie niskim. Chłopiec nie naśladuje wyrażen dźwiękonaśladowczych. Bawi się na swoich zasadach. Nie zwraca uwagi na terapeutę podczas zajęć. Napięcie mięśniowe w obrębie sfery orofacjalnej obniżone. Słaba praca policzków, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka. Połykanie infan tylne, słabe żucie. Chłopiec nie je twardych pokarmów, ma wybiórczość pokarmową. Nie przejawia naśladownictwa motorycznego. Uwaga rozproszona, podąża za interesującymi go bodźcami. W nowym miejscu dziecko jest nadruchliwe, drażliwe, włącza się do zabaw zgodnych z jego preferencjami. Próby ukierunkowania aktywności prowadzą do krzyku i pobudzenia ruchowego. Nie nawiązuje kontaktu wzrokowego. W grupie szuka odrębnej przestrzeni. Bawi się sam.

#### Terapia, stan obecny:

W trakcie 1,5-roczonej terapii nie udało się wypracować znaczących postępów. Dziecko nie nawiązuje kontaktu z terapeutą. Jego nadrucliwość została zastąpiona szukaniem spokojnego miejsca, chowaniem się. Chłopiec bawi się stereotypowo w ten sam sposób, tymi samymi wybranymi zabawkami. Jeżeli nie ma ich wyciągniętych, w gabinecie zachowuje się agresywnie. Terapia nie jest prowadzona systematycznie ze względu na dużą ilość nieusprawiedliwionych nieobecności dziecka. Rodzice nie podają powodu braku udziału w zajęciach. Dziecko nie wykazuje postępów w rozwoju mowy. Nawiązano kontakt z przedszkolem, do którego uczęszcza chłopiec. Obserwacje ze strony nauczycieli i terapeutów są tożsame. Dziecko w przedszkolu zachowuje się w sposób identyczny jak na zajęciach w poradni. Brak postępów. Należy zaznaczyć, że przedszkole nie posiada oddziałów terapeutycznych, jest przedszkolem państwowym bez oddziałów integracyjnych.

#### Współpraca z rodzicami:

Bardzo trudny kontakt z rodzicami. Brak porozumienia. Rodzice nie mówią w języku polskim, posługują się tylko językiem rosyjskim. Wypowiadają szcątkowe zwroty w języku polskim, tak by pozostawić dziecko na terapii. Nie chcą uczestniczyć w zajęciach. Brak motywacji do nawiązania kontaktu z logopedą.

#### Konkluzja:

Zalecana jest ponowa diagnoza medyczna. Niestety bez niej nie będzie możliwe wdrożenie dalszej terapii i zapewnienie dziecku odpowiedniej do jego stopnia i rodzaju niepełnosprawności wsparcia i opieki.

### Przypadek czwarty – dziewczynka – diagnoza w wieku 4 lat 6 miesięcy

Diagnoza medyczna: afazja ruchowa.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: samoistny opóźniony rozwój mowy.

#### Terapia, stan początkowy:

Dziecko posiada obniżone funkcje słuchowo-językowe. Rozwój mowy jest opóźniony. Dziewczynka komunikuje się z rodzicami w języku ukraińskim. Słownictwo ogranicza się do prymarnych słów oraz wyrażeń dźwiękonaśladowczych. Gesty zastępują słowa. Koncentracja uwagi jest rozproszona. Dziecko podąża za interesującymi

bodźcami i na krótko dzieli pole uwagi. Pojawia się krótkotrwały kontakt wzrokowy. Próby przzerwania aktywności powodują czynny opór. Dziewczynka wykazuje stereotypie w zabawie. Jej reakcja na komunikaty i polecenia jest obniżona. Dziecko wykazuje zaburzenia w obrębie motoryki małej, jak i dużej.

Terapia, stan obecny:

Po dwóch latach terapii dziecko płynnie mówi po polsku i ukraińsku. Potrafi składać i rozpoznawać litery. Jest przygotowane do podjęcia nauki w klasie pierwszej. W dalszym ciągu problemy związane są z dyskalkulią – dziecko nie rozpoznaje niektórych liczb i ma problemy z pojęciem czasu. Odnajduje się w grupie społecznej, nawiązuje kontakt z innymi dziećmi i z osobami dorosłymi.

Współpraca z rodzicami:

Współpraca z rodzicami na początku terapii była utrudniona. Matka początkowo nie zauważała problemów u dziecka. Mimo że mama dziewczynki przebywa 11 lat w Polsce i posługuje się językiem polskim, w obecności dziecka mówi jedynie w języku ukraińskim (i karze dziecko za mówienie w języku polskim). Po merytorycznej rozmowie z rodzicami przeprowadzonej przez terapeutę została nawiązana współpraca, która przyniosła oczekiwane efekty. Założono teczkę logopedyczną dla rodziców. Ścisła współpraca wpłynęła na postępy w terapii.

Konkluzja:

Mimo początkowych trudności z nawiązaniem kontaktu z rodzicami wypracowano porozumienie, które przyniosło oczekiwane rezultaty. Obecnie dziewczynka jest w pełni przygotowana do podjęcia nauki w klasie pierwszej. Terapia będzie trwała do czerwca tego roku.

Przypadek piąty – dziewczynka – diagnoza w wieku 4 lat

Diagnoza medyczna: afazja motoryczna.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: opóźniony rozwój mowy.

Terapia, stan początkowy:

Dziewczynka przejawia opóźniony rozwój mowy czynnej i biernej. Dziecko funkcjonuje w dwóch systemach językowych: ukraińskim i polskim. Poziom rozwoju jest zaburzony w stosunku do wieku. Deficyty są widoczne na poziomie rozumienia mowy.

Dziewczynka nie identyfikuje na obrazkach usłyszanych pojęć, nawet gdy mama podaje jej nazwę w języku ojczystym. Ma trudności z wykonywaniem poleceń dwuetapowych i nie wychwytuje nielogiczności w wypowiedziach drugiej osoby. Umiejętności nadawania mowy są na obniżonym poziomie. Nie jest w stanie wymienić kilku słów do podanej kategorii. Nie definiuje pojęć, nie buduje samodzielnie narracji. Pierwsze słowa u dziewczynki pojawiły się późno, a dopiero od niedawna zaczyna je łączyć w postaci zdań. Reakcje słuchowe są obniżone. Widoczne są trudności z koncentracją uwagi.

Terapia, stan obecny:

Dziecko obecnie jest w dalszym postępowaniu diagnostycznym: diagnozy otolaryngologicznej i audiologicznej. Terapia (po roku) opiera się na wzmacnianiu percepcji słuchowej, w mniejszym stopniu na ćwiczeniach artykulacyjnych i oddechowych. Dziecko wypowiada proste pojedyncze zdania w języku polskim. Polecenia wykonuje poprzez odczytywanie z ruchu warg wypowiedzi terapeuty. Brak prawidłowych prozodii mowy. Dziecko chętnie uczestniczy w terapii i nawiązuje kontakt wzrokowy.

Współpraca z rodzicami:

Relacje z rodzicami, mimo że oboje porozumiewają się w języku polskim, są utrudnione. Brak akceptacji związany jest z oporem przeprowadzenia pełnej diagnozy zaburzeń centralnego przetwarzania słuchowego. Mimo że matka dziecka jest z zawodu lekarzem, nie przyjmuje, że dziecko może posiadać zaburzenia słuchu. Rodzice nie uczestniczą w terapii. Kontakt jest sporadyczny, widoczny jest brak zaangażowania i motywacji do nawiązania współpracy z terapeutą i podjęcia działań terapeutycznych w domu.

Konkluzja:

Przy dalszym braku zaangażowania ze strony rodziców i chęci przeprowadzenia u dziecka diagnozy otolaryngologicznej i audiologicznej można spodziewać się braku oczekiwanych rezultatów. Dziecko nie będzie odpowiednio przygotowane do podjęcia nauki w klasie pierwszej, a trudności komunikacyjne mogą się nasilić.

Zaprezentowane opisy przypadków zostały opracowane na podstawie wywiadów w formie rozmowy z logopedami i dokumentów udostępnionych przez logopedów prowadzących terapię. Wyłania się z nich obraz wyzwań, jakie stawiane są logopedom pracującym z dziećmi dwujęzycznymi, jak i obraz napotykaných problemów.

## Podsumowanie

Dokonując podsumowania, można zauważyć, że od czasu inwazji Rosji na Ukrainę, a tym samym migracji rodzin ukraińskich do Polski, zapotrzebowanie na diagnozę i wsparcie terapeutyczne, w tym terapię i profilaktykę logopedyczną stale rośnie. Niestety, nie zostały stworzone w tym celu odpowiednie narzędzia diagnostyczne, co w dalszym ciągu nastręcza logopedom trudności w dokonaniu odpowiedniego rozpoznania diagnostycznego. Postępowanie terapeutyczne, jeżeli już zostanie podjęte, opiera się na diagnozie w jednym języku, z reguły nieznanym dziecku. Z zaprezentowanych opisów przypadków wyłania się konkluzja złożona z kilku istotnych elementów: a) rezultaty w dużej mierze zależne są od zaangażowania ze strony rodziców dziecka w działania terapeutyczne; b) prawidłowa diagnoza i postępowanie medyczne oddziałują na postępowanie terapeutyczne i zapewnienie dziecku należytego wsparcia w rozwoju; c) stopień zaburzeń przejawianych przez dziecko rzutuje na możliwości i postępy w terapii; d) znajomość języka, którym posługują się rodzice, ułatwia terapię nawiązanie kontaktu, ale nie zapewnia zwiększenia zaangażowania w działania terapeutyczne; e) przedszkola i logopedzi w nich pracujący nawiązują współpracę sporadycznie; f) nowoczesne technologie i możliwości wykorzystywania ich zarówno przez terapeutów, jak i rodziców są rzadko stosowane, co uniemożliwia np. założenieteczki terapeutycznej czy też zachęcenie do nawiązania kontaktu z terapeutą i zwiększenie zaangażowania. Dlatego mimo starań ze strony specjalistów bez systemowego wsparcia prowadzona terapia będzie opierać się na zaangażowaniu, pomysłowości i działaniu interdyscyplinarnym terapeutów, którzy starają się sprostać, jak najlepiej potrafią, zaistniałej sytuacji, w której się znaleźli i do której (jak zaznaczają) nie zostali odpowiednio przygotowani.

## Bibliografia

- Benaissy, A. (2025). Early language-based interventions in preschool bilinguals with language impairment: A narrative review of evidence. *Revue Algérienne des Sciences du Langage*, 10(1), 95–115. <https://asjp.cerist.dz/en/article/270861>
- Cieszyńska-Rożek, J. i Nallur, A. (2019). Rola diagnozy funkcji poznawczych testem SON-R w budowaniu oddziaływań stymulujących rozwój mowy dzieci bilingwalnych. *Logopedia*, 48(2), 293–306. <https://doi.org/10.24335/y7p2-8927>
- Korendo, M. i Błasiak-Tytuła, M. (2019). Ocena rozwoju mowy dzieci dwujęzycznych – znaczenie wczesnej diagnozy dla rozpoznania i terapii zaburzeń. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 26(2), 104–118. <https://doi.org/10.14746/pspsj.2019.26.2.7>

- Krawczyk, A. i Lorenc, A. (2019). Diagnoza artykulacji u dzieci wychowujących się w środowisku polsko-amerykańskim. *Logopedia*, 48(2), 308–320.
- Łuniewska, M., Kołak, J., Kacprzak, A., Białecka-Pikul, M., Haman, E. i Wodniecka, Z. (2015). Wyzwania w diagnozie rozwoju językowego dzieci dwu- i wielojęzycznych. W: A. Myszką i E. Oronowicz-Kida (red.), *Głos – język – komunikacja* (t. 2, s. 37–48). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Majewska-Tworek, A. i Tarkowski, Z. (2019). Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego. W: A. Domagała i U. Mirecka (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 264–280). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Marciniak-Firadza, R. (2023). Jak logopeda może wspomagać rozwój kompetencji językowych i komunikacyjnych dziecka uczącego się JPJO/JPJ2 (w odniesieniu do dzieci z Ukrainy). *Acta Universitatis Lodzianis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców*, 30, 391–335. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.30.20>
- Rocławska-Daniluk, M. (2020). *Dwujęzyczność i wychowanie dwujęzyczne z perspektywy lingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Sala-Suszyńska, J. (2016). Dwujęzyczność jako wyzwanie edukacyjne. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 11(4/42), s. 131–144.
- Skorek, E. (2023). *Profilaktyka w logopedii. Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wang, D., Lam, J.H.Y., McMillen, S., Su, P.L., Iglesias, A., Bedore, L.M. i Peña, E.D. (2026). Dual language profiles in Spanish–English bilingual children with and without developmental language disorder. *Bilingualism: Language and Cognition*, 29(2), 471. <https://doi.org/10.1017/S1366728925100102>
- Węsierska K. (2012). Wstęp. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 1, s. 8). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.