

פרק 3

הפרעות היגוי

גילה טובול-לביא

מובנות הדיבור היא תנאי קדם לשיחה יעילה, על מנת שהמאזין יוכל לעקוב ולהבין את הנאמר על ידי הדובר. מובנות דיבור נמוכה פוגעת בשטף השיח וגרמת לכשל בהבנת המסר המועבר. כפי שהוצג בפרק הקודם, ההתפתחות הפונולוגית העיקרית של הילדים נמשכת עד גיל 4:0 שנים ויש עיצורים שיירכשו אף מאוחר יותר.

מחקר שבחן את מובנות הדיבור של ילדים עם התפתחות טיפוסית להוריהם מצא, כי הורים מבינים כרבע מדיבורו של ילדם בגיל 18 חודשים, 50-75% מהדיבור מובן אצל ילדים בני שנתיים, ואילו בגיל 3 שנים 75-100% מהדיבור מובן, (Lynch, Brookshire, & Fox 1980).

הורים מבינים את ילדיהם ומתרגמים את דיבורם בהצלחה בדרך כלל. אך האם אדם זה, שאינו מכיר את דרך דיבורו של הילד, יוכל להבין את הנאמר על ידו? גם מובנות הדיבור של ילדים עם התפתחות טיפוסית אצל זרים משתפרת באופן הדרגתי עם העלייה בגיל הילד, ונמשכת מעט יותר זמן מאשר אצל ההורים.

זר יוכל להבין כרבע מדיבורו של ילד עם התפתחות פונולוגית טיפוסית בגיל שנה. בגיל שנתיים - כמחצית מהדיבור יהיה ברור. בגיל 3 שנים - 75% ולקראת גיל 4 שנים - כמעט 100%, כלומר, רוב רובו של המלל יהיה מובן לזרים (Flipsen, 2006).

מובנות דיבור נמוכה יכולה להיגרם כתוצאה מהפרעה על בסיס פונטי-מוטורי או הפרעה על בסיס פונולוגי או תפיסתי. הפרעת היגוי על בסיס פונטי-מוטורי היא הפרעה בהפקת צלילי דיבור. זהו ליקוי פריפריאלי, הנגרם מקושי בתהליך המוטורי של ביצוע הדיבור. הליקוי מערב טעויות פונטיות ואינו קשור לתחומי השפה הנוספים. לעומת זאת - הפרעה פונולוגית היא הפרעה מרכזית-שפתית בייצוג או ארגון הפונמות במערכת השפה. בדרך כלל מערכת הפרעה זו טעויות פונמיות והיא קשורה לתחומי השפה האחרים: מורפולוגיה, תחביר וסמנטיקה (Bauman - Wangler, 1998). מבחינה קלינית - ילדים יכולים להראות את שתי הפרעות גם יחד.

SSD (Speech Sound disorders Child) הפרעות היגוי פונטיות ופונולוגיות, הוא מונח המתאר קושי בהפקת דיבור המשבש את התקשורת ויוצר לקות בתפקוד. קושי זה כולל הפרעות היגוי והפרעות פונולוגיות. כלומר - ליקויי דיבור הנובעים מקושי מוטורי, קוגניטיבי-פונולוגי או שניהם יחד (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM5, 2013). מכאן והלאה נשתמש במונח "הפרעות היגוי" כמקביל במשמעותו ל-SSD.

שער שלישי: הפרעות היגוי (SSD)

האבחנה של הפרעת היגוי מתקבלת על פי הקריטריונים הבאים

1. מובנות דיבור ירודה ומתמשכת הכוללת הוספה, השמטה, שיבוש או החלפה המפריעים לתקשורת המילולית.
2. מובנות נמוכה שמפריעה גם להשתתפות חברתית, לביצועים אקדמיים או לביצועים עיסוקיים (או כל שילוב שלהם).
3. תחילת הסימפטומים בילדות.
4. לא ניתן להסביר את התסמינים על ידי מצב רפואי או נוירולוגי.

שכיחות ההופעה

הפרעות היגוי הן סוג הלכות התקשורתית הנפוץ ביותר אצל ילדים המגיע לטיפול של קלינאי תקשורת (Broomfield & Dodd, 2004).

Gordon-Brannan & Hodson (2000) מציעים כי ילד בן 4:0 שנים, שמובנות הדיבור שלו בשיחה עם זרים נמוכה מ-66%, הוא מועמד לטיפול היגוי. יחד עם זאת קיימים קריטריונים נוספים בקבלת החלטה זו והם יפורטו בהמשך.

על פי דיווחים קיימים מארצות הברית, ל-8-9% מהילדים יש הפרעת היגוי (National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2007). כשמסווגים את הילדים עם הפרעות ההיגוי על פי גילאים ניתן לראות כי התופעה מצטמצמת עם העלייה בגיל. בעוד 15%-10% מהילדים בגילאי הגן מאובחנים כילדים עם SSD, רק כ-6% מאובחנים בגילאי בית ספר (ASHA, 2000; McLeod & Harrison, 2009). ירידת השכיחות בגילאי בית הספר מוסברת בחלקה בכך שילדים עם הפרעות היגוי מגיבים בדרך כלל היטב לטיפול דיבור של קלינאית תקשורת ומשפרים את מובנות הדיבור.

מיון לקות פונולוגית

מכיוון שקבוצת הילדים עם הפרעות ההיגוי היא הטרוגנית (ממובנות דיבור טובה עד נמוכה מאוד) נעשו נסיונות לאורך השנים לחלק את הקבוצה הגדולה הזו למספר קבוצות משנה. זאת כדי לאפשר התמקדות אבחונית וטיפולית בכל אחד מהסוגים.

המיון הראשון (Bauman-Wängler, 2004; Bernthal & Bankson, 2003) הציע חלוקה להפרעות היגוי על בסיס פונטי - ביצועי והפרעות היגוי על בסיס פונמי-פונולוגי. חלוקה זו הפרידה בין שתי קבוצות עיקריות: הפרעות היגוי שמקורן בביצוע המוטורי, והפרעות שמקורן בלקות לשונית. החיסרון בגישה זו היה הקושי בסיווג ילדים המראים את הפרעות היגוי המשלבות את שני התחומים.

חלוקה אחרת הציעה סיווג לחמש קבוצות על פי סוג לקות ההיגוי וחומרתו (Dodd, 2005): הפרעות היגוי, איחור פונולוגי, הפרעה פונולוגית לא טיפוסית אך עקבית, הפרעה פונולוגית לא עקבית ואפרקסיה של הדיבור בילדות.

להלן פירוט חלוקה זו

הפרעות היגוי הן הפרעות מוטוריות בביצוע של ההגאים בשפה. אין לילד קשיים בתפיסה של הגאי השפה, אך חוסר בשלות מוטורית גורם לשיבושים ולהחלפות של עיצורים ותנועות בהגאים אחרים.

איחור פונולוגי הוא איחור ברכישה של ההגאים ובעקרונות הפונולוגיים המייצרים את החוקים הפונולוגיים בשפה הדבורה. ילד עם איחור פונולוגי סוגר את הפער עם העלייה בגיל, כשלאבני הדרך הפונולוגיים יגיע בגיל מאוחר יותר מאשר ילדים עם התפתחות טיפוסית. ההתפתחות הפונולוגית תואמת את ההתפתחות הטיפוסית. לכן לא נמצא הבדל איכותני בין השניים אלא עיכוב רק בגיל הרכישה.

הפרעה פונולוגית לא טיפוסית אך עקבית. הפרעה זו כוללת החלפות שאינן נראות בהתפתחות טיפוסית אך הן עקביות. כלומר: הילד יחליף הגה מטרה בהגה עקבי אחר בכל פעם שיופיע. לדוגמה: יתכן שילד עם הפרעה פונולוגית שאינה טיפוסית יחליף את ההגאים השורקים, (/ts/, /ʃ/, /s/, /z/), 'צ', 'ש', 'ס', 'ז' (בהתאמה) בהגה אפי הדומה ל-/n/. החלפה מעין זו אינה נצפית בילדים עם התפתחות טיפוסית. זאת ועוד: הילד שהבאנו כדוגמה החליף ארבעה עיצורים לעיצור אחד בלבד. גם תופעה זו חריגה. בדרך כלל, בהתפתחות טיפוסית נראה החלפה חד-חד ערכית, של הגה מטרה אחד (שאמור להיות במילת המבוגר) בהגה אחר הקרוב לו בתכונותיו.

הפרעה פונולוגית לא עקבית. לילדים עם הפרעה זו תהיה ירידה משמעותית במובנות הדיבור. הילד לא ישתמש בהגה קבוע להחלפה של הגה המטרה אלא בהגאים שונים במקום ההגה שהיה אמור להיות מופק. כך למשל נוכל לשמוע במקום /g/ - פעם הפקה של /k/, פעם /d/ וכדומה.

אפרקסיה של הדיבור בילדות היא ההפרעה החמורה מכולן. מקורה בקושי בתכנון הדיבור ולכן ילד עם אפרקסיה יהיה בלתי מובן הן לזרים והן לסביבתו הקרובה. על לקות זו נפרט בהמשך.

מיון נוסף מציע סיווג לשניים על פי מקור הלקות (Shriberg, 2004): "מקור לא ידוע" ו"מקור ידוע".

הראשון מתאר הפרעות היגוי אצל ילדים עם התפתחות טיפוסית למרות שאין ליקוי בשמיעה, הפרעות נוירולוגיות או בסיס מוטורי כלשהו. לילדים אלה קוגניציה תקינה ללא הפרעות ידועות בתחומים אחרים, אך מובנות הדיבור שלהם נמוכה. ילדים אלה נקראים גם נקראים גם "ילדים עם הפרעת דיבור פונקציונלית" או "הפרעה פונולוגית התפתחותית".

הילדים עם הפרעות היגוי ממקור לא ידוע מהווים כ-15% מכלל אוכלוסיית הילדים עם הפרעות היגוי. בשל ההיענות הטובה לטיפול, כ-75% מילדים אלה יגיעו לדיבור מובן עד גיל 6. רבע יגיעו לכך עד גיל 9. לאחר גיל זה ישארו רק טעויות מעטות או שלא ישארו כלל (Pascoe, Stackhouse, & Wells, 2006; Shriberg & Smit, 2004).

"מקור ידוע" הוא מקור ביולוגי-קוגניטיבי הגורם להפרעות ההיגוי. בין המקורות הידועים

נמצא מקור גנטי או מבני, ליקוי שמיעה, מעורבות פסיכולוגית, קוגניציה נמוכה ומקור לשוני (Shriberg & Kwiatkowski, 1994; Shriberg, Potter, & Strand, 2009).

חלוקה נוספת של הפרעות ההיגוי (The Speech Disorders Classification System) מציגה שלוש טיפולוגיות קליניות כמאבחן ללקות: איחור שפתי, טעויות בדיבור ולקות מוטורית. איחור שפתי הוא איחור על בסיס לשוני שיכול לנבוע ממקור גנטי, מדלקות אוזניים או מהתערבות של גורם פסיכוסוציאלי (כמו מיצב סוציו אקונומי נמוך). טעויות בדיבור הן אלו על בסיס פונטי. לקות דיבור מוטורית נגרמת בשל אפרקסיה של הדיבור, דיסארטריה או גורם אחר (Shriberg, Lohmeier, Strand, & Jaklelski, 2012).

מתוך קבוצת הילדים עם הפרעות ההיגוי, 85%-68% אינם מראים סימנים של הפרעה מוטורית. מקור הקושי לא תמיד ברור דיו ולעתים אף נשאר עלום. הנתונים (בין 15%-30%) הם ילדים המראים סימנים של הפרעה מוטורית ואלה יהיו את הקבוצה בסיכון גבוה להמשכיות של הפרעות ההיגוי לאורך זמן. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאיו של Flipsen (2003), לפיו הפרעות ההיגוי של כרבע מכלל אוכלוסיית הילדים בעלי הלקות ימשכו לאחר גיל 6 שנים.

אצל חלק מהילדים תלווה הפרעת ההיגוי גם בהפרעת שפה. נראית קומורבידיות (קיומן בו-זמנית של הפרעות ההיגוי והפרעות שפה) של 60%-40% בהופעה של הפרעות ההיגוי יחד עם הפרעות שפה בגילאי הגן. השאלה "האם הקומורבידיות תשליך גם למטלות עתידיות כמו קריאה וכתביה" נבדקה על ידי מספר חוקרים. המחקרים בחנו את הישגיהם האקדמיים של ילדים עם הפרעות ההיגוי המשולבות עם הפרעות שפה. ילדים עם הפרעות ההיגוי ולקות שפה גם יחד הראו קושי בהישגים בבית הספר (Lewis, Freebairn, & Taylor, 2000; Nathan, Stackhouse, Goulandris, & Snowling, 2004).

השאלה כאן היא – האם ילדים עם הפרעות ההיגוי ללא הפרעת שפה עדיין יתקשו במטלות האקדמיות המוטלות עליהם בבית הספר?

Lewis, O'Donnell, Freebairn, & Taylor (2002) מצאו כי 50%-75% מהילדים שהיו עם הפרעות ההיגוי בגילאי טרום בית ספר הראו קשיים בקריאה בכיתות היסוד הנמוכות ואצל 18% מהם נצפו קשיי קריאה גם בכיתות הגבוהות של בית הספר היסודי (Lewis et al., 2000), במיוחד בתחומי פענוח המילים ובאיות. גם מחקרם של Peterson, Pennington, Shriberg and Boada (2009) הצביע על כך שחלק גדול מהילדים עם הפרעות ההיגוי הראו מיומנויות לא בשלות של מודעות פונולוגית, ו-22% מילדים אלה הראו קשיים ברכישת הקריאה בגילאי 7-9 שנים. טענה זו התחזקה בהשוואה בין ילדים עם התפתחות טיפוסית לבין ילדים עם הפרעות ההיגוי במיומנויות של מודעות פונולוגית וקריאת מלה בודדת (Anthony et al., 2011), כשילדים עם הפרעות ההיגוי הראו יכולות נמוכות יותר משמעותית מאשר הילדים עם ההתפתחות הטיפוסית.

בניסיון להפריד בין סוגי הפרעות ההיגוי והשוו שתי קבוצות קוראים: ילדים עם הפרעות ההיגוי התפתחותיות מול ילדים המראים הפרעות ההיגוי שאינן התפתחותיות (למשל: שימוש בעיצור שאינו מהווה פונמה בשפת הילד, או תהליכים שאינם נצפים בהתפתחות טיפוסית גם אצל צעירים יותר). הקבוצה השנייה (בעלי הפרעות ההיגוי שאינן התפתחותיות) הראתה קושי רב יותר בקריאה מאשר הקבוצה עם הפרעות ההיגוי שתאמה התפתחות טיפוסית אך מאוחרת (Foy & Mann, 2012; Leitão & Fletcher, 2004). לא רק הקריאה מושפעת על ידי הפרעות ההיגוי.

ילדים עם הפרעות ההיגוי הראו קשיים גם במודעות פונולוגית, זיכרון עבודה מילולי נמוך וזמן שליפה ארוך מהרגיל (Wagner & Torgesen, 1987). מודעות פונמית, קריאת מלים, איות ומודעות מורפולוגית נמצאו טובים יותר אצל ילדי כיתה א' עם התפתחות טיפוסית מאשר אצל ילדים עם הפרעות ההיגוי בעברם (Apel and Lawrence, 2011). הקושי במודעות המורפולוגית השפיע גם על יכולת הכתיב.

השפעת הפרעות ההיגוי על הכתיב נבדקה גם אצל ילדים דוברי עברית (Tubul-Lavy, 2012). הנבדקים חולקו לארבע קבוצות: ילדים בכיתה ב' עם התפתחות טיפוסית, ילדים בכיתות ג'-ד' עם הפרעות ההיגוי, ילדים בכיתות ג'-ד' עם עבר של הפרעות ההיגוי, וילדים בכיתות ג'-ד' עם הפרעות שפה ללא הפרעות ההיגוי. המבדק כלל 49 תמונות שייצגו מילים מאוזנות מבחינה פונטית (אורך, הגאים, טעם). הנבדק התבקש לכתוב את המילים המתאימות מתחת לתמונה שהוצגה. התוצאות הצביעו על כך שלילדים עם הפרעות פונולוגיות יש שגיאות כתיב רבות על בסיס פונולוגי (למשל – השמטת עיצור שוואי באמצע מילה), גם אצל ילדים שבעבר טופלו אצל קלינאית בשל הפרעות ההיגוי נמצאו שגיאות כתיב על בסיס פונולוגי, למרות שבשפה הדבורה כבר לא נשמעו הפרעות ההיגוי אלה.

יש לציין כי הילדים עם הפרעות השפה ללא הפרעות ההיגוי לא הראו את סוג השגיאות האלו. מכאן שהלקות בייצוג צלילי השפה אינה נעלמת והיא באה לידי ביטוי במשימות מורכבות יותר, הנשענות על ייצוג צלילי השפה, כמו זו הנדרשת בכתיב. Ramus and Szenkovits (2009) מציעים שתי אפשרויות לקשרים בין הפרעות ההיגוי לקריאה: הראשונה היא שיתכן כי התכונות הפונמיות של העיצורים אינן נשמרות במלואן ובאופן מדויק, וחלקן אובד וגורם לפענוח לא תקין. האפשרות השנייה היא שהקושי אינו בייצוג הפונולוגי של העיצורים אלא בזיכרון לטווח קצר. אז הם אינם מצליחים לשמר את המידע בזמן ההמרה של הגרפמה (האות הכתובה) לפונמה (הצליל הנשמע).

מתוך מחקרים אלה מתחזקת הטענה שגם ילדים עם הפרעות ההיגוי בלבד עלולים לחוות קשיים אקדמיים. עם זאת יש לסייג, ולציין כי רוב המחקרים לא הבחינו בין סוגי הפרעות ההיגוי ויתכן כי מיון כזה היה מייצר תת-קבוצות, שהיו מציגות קשיים בתחומים שונים של הלמידה.

אבחון

אבחון מוקדם של הפרעות ההיגוי על-ידי קלינאי תקשורת הוא תנאי חשוב להצלחת הטייפול ולקידומו של הילד. Law, Boyle, Harris, Harkness and Nye (2000) הצביעו על כך שילדים שאינם מקבלים טיפול, או שמתחילים את התהליך הטיפולי רק בגיל בית הספר, עלולים להיתקל בקשיים במשך שנים רבות. מכאן שאבחון והתערבות מוקדמים הכרחיים הם קריטיים לילדים עם הפרעות בתקשורת ככלל, והפרעות ההיגוי בפרט.

אבחון של קלינאי תקשורת הוא לעתים רק חלק מאבחון כולל של אנשי מקצוע שונים כדי לעמוד על המקור של הלקות ולהתאים את הטיפול היעיל ביותר. נדגים זאת באמצעות מספר מקרים:

ילד שהגיע לאבחון של הפרעות ההיגוי על רקע של לקות שמיעה יאובחן במקביל גם על ידי רופא אף-אוזן-גרון, שיבדוק את מבנה האוזן וישלים את המידע שהתקבל מבדיקת השמיעה ומאבחון ההיגוי. לעתים יוחלט על התערבות ניתוחית לפני הטיפול השפתי (כמו "ניתוח כפתורים" לילדים עם נוזלים באוזניים או ניתוח של שתל כוכלארי), או התאמת

מכשיר שמיעה. הפעולות הכירורגיות יוכלו לפלס את הדרך לטיפול נאות ויעיל יותר בילד ולקידומו לתפקוד מיטבי בסביבתו.

אפשרות נוספת היא של דחיקת לשון. זהו מצב בו הלשון נעה קדימה כלפי השיניים הקדמיות בתוך חלל הפה ומפעילה עליהן לחץ. דחיקת הלשון יכולה לבוא לידי ביטוי בזמן בליעה, בזמן דיבור ובעת מנוחה. עם השנים גדל שיתוף הפעולה בין אורתודנטים לבין קלינאי התקשורת בנושא זה. בני נוער ואף מבוגרים, המגיעים לאורתודנט ליישור שיניים, מקבלים ממנו המלצה לטיפול בדחיקת הלשון אצל קלינאי התקשורת. זאת כדי להבטיח שלאחר סיום הטיפול האורתודנטי לא תחזור דחיקת הלשון למצבה הקודם.

אלו הן שתי דוגמאות בלבד. ברוב המקרים שבהם מתגלות הפרעות היגוי אצל ילד מומלץ לעבוד כצוות בין-מקצועי כדי לאבחן את מקור הלקות. כדאי לחשוב יחד על דרכי התערבות מתאימות ועל לוח הזמנים בכניסתו של כל איש מקצוע לתהליך הטיפול.

נוכח הצורך המוקדם בטיפול בהפרעות היגוי נערך בארה"ב מחקר שבדק אם כל הילדים עם הפרעות היגוי אכן מופנים לטיפול של קלינאי תקשורת (McLeod, Harrison, McAllister & McCormack, 2013). בשלב הראשון נערך סקר שבדק אצל גננות והורים של 1,097 בני 4-5 שנים את חוות דעתם לגבי מובנות הדיבור של ילדים אלה. 143 ילדים מתוכם, אשר זוהו עם חשש להפרעות היגוי, הוערכו על ידי קלינאי תקשורת. ממצאי האבחון הצביעו על כך של-86% מהם (109 ילדים) יש קושי מוטורי או קושי פונולוגי-תפיסתי הגורמים להפרעות היגוי. ילדים אלה נשלחו מיידית עם המלצה לטיפול. למרות זאת, רק 41 הורים פנו לקבלת טיפול היגוי. המסקנה העיקרית שעלתה מהמחקר היא שלמרות הנחיצות הרבה בטיפול מוקדם (הידועה לקלינאי התקשורת ואנשי המקצוע) – עדיין צריך לקדם את המודעות בקרב הורים לגבי הצורך בטיפול ואת ההשלכות של חוסר טיפול מתאים ובזמן.

מכל אלה עולה, כי על כל הורה (או גננת) הסבור כי ילד אינו מובן או כי יש לו הפרעות היגוי כלשהן, לפעול לקבלת אבחון אצל קלינאי תקשורת.

הערכת ההיגוי נמשכת בין מפגש אחד לשניים (תלוי בכמות המבדקים שעל הקלינאי להעביר כדי לעמוד על מצב ההיגוי וכן בשיתוף הפעולה של הילד). לאחר מכן יקבע המטפל אם מדובר באיחור או בלקות, מהי חומרת הבעיה והאם יש צורך בהדרכת הורים, במעקב או בטיפול קבוע.

מהלך הערכת ההיגוי של הילד

לפני תחילת תהליך ההערכה יש לקחת אנמנזה מהמבוגר המלווה את הילד. האנמנזה תכלול קבלת פרטים על מהלך ההריון והלידה, שלבי ההתפתחות השפתית והמוטורית של הילד, מידע על בדיקות שמיעה ותוצאותיהן, בעיות רפואיות ידועות, תוצאות בדיקות של אנשי מקצוע אחרים וכן מידע על אבחונים או טיפולים קודמים. רצוי לקבל גם דו"חות מהצוות החינוכי של הנבדק, המכיר את תפקודו בשגרה וכן כל מידע רלוונטי אחר שההורים מעוניינים למסור.

כדי להגיע להחלטה ולמסקנות על המטפל להגיע למיפוי מצב הדיבור של הנבדק.

לשם כך קיימים שני סוגי דגימה: מבחן מובנה ודיבור ספונטני.

המבחן המובנה כולל תמונות אותן מתבקש הילד לשיים. מילות המבחן קבועות ומאוזנות מבחינת ההגאים בשפה, אורך המילה, מקום הטעם במילה ומקום הופעת ההגאים במיקומים שונים במילה. המלים מוקלטות על-ידי הקלינאית ונרשמות בכתב פונטי (בסימני IPA – International Phonetic Alphabet). זוהי מערכת של סימנים פונטיים המבוססת בעיקרה על האלפבית הלטיני, שנבנתה בידי האגודה הבינלאומית לפונטיקה כדי להוות תקן סטנדרטי ואוניברסלי בייצוג הגאים של שפות מדוברות (כמפורט בפרק הראשון של ספר זה). למבחן המובנה יש מספר יתרונות, שעיקרם שליטה על בחירת המלים וההגאים המופיעים בהן, וכן שליטה על אורך המלים ומבנה ההברות (Bernthal & Bankson, 1988). בנוסף, לעתים קרובות יש למבחן המובנה נורמות בהתאם לגיל הכרונולוגי של הילד. כך ניתן למדוד את הפער בין רמת ההגייה של הילד ובין בני גילו. החיסרון העיקרי של מבחן מובנה הוא ששיום תמונות אינו משקף את יכולתו של הילד להביע את עצמו באופן מובן בסיטואציות יומיומיות וטבעיות יותר, כמו בזמן משחק או בדיבור שוטף בשיחה.

מבחני היגוי המותאמים לשפה העברית ולתרבותה הם מעטים. אחד מהם הוא מבחן היגוי עדכני (בן דוד, בהכנה) הבוחן יחד עם יכולת הגייה של סגמנטים גם מבני הברה שונים ומילים ומשפטים באורך משתנה.

במקרים בהם קיים צורך לבחון את היכולת הפונטית (המוטורית) של הנבדק ניתן להשתמש גם במבדק חיקוי של הגאים בודדים ומילים באורכים ומורכבות פונולוגית משתנה. במבדק חיקוי, המטפל מבקש מהילד לחזור אחרי הגאים, הברות או מילים שהוא מפיק. הילד צריך לחקות את היחידה שנאמרה בדיוק, כדי שאפשר יהיה לבחון את היכולת המוטורית של ההפקה ברמת הסגמנט, ההברה, המלה ואף בדיבור ספונטני. המבחן בודק את הפקת העיצורים בהקשרים שונים בדיבור ספונטני, את העקביות בהגייה חוזרת של אותה הגה, את מודעות הנבדק להפרעת היגוי ואת המובנות הדיבור הכללית על ידי מספר מאזינים. התוצאה מתקבלת במדידת אחוז העיצורים התקינים PCC – Percent of consonant correct.

המדידה מתבצעת על מדגם של מאה מלים בהקלטה, כשהמאזין (השופט) מציין "נכון/לא נכון" על חיקוי עיצורים. תשובה "נכון" תקבל נקודה בעוד תשובה "לא נכון" תקבל אפס נקודות. עם סיכום הניקוד יחושב מדד ה-PCC באחוזים.

על פי המדרג הבא ניתן לאפיין את חומרת ההגייה לילדים מגיל ארבע ומעלה

(Shriberg & Kwiatkowsky, 1982):

100%-85 – מעיד על חומרת ליקוי קלה.

84%-66 – מעיד על חומרת ליקוי קלה-בינונית.

65%-50 – מעיד על חומרת ליקוי בינונית-קשה.

ל-50% – מעיד על חומרת ליקוי קשה.

דיבור ספונטני: זהו תעתיק אשר נלקח במהלך משחק או שיחה חופשית עם הילד. לעומת המבחן המובנה – אין כאן כללים או מילים מוכנות מראש. הילד בוחר נושא שיחה או משחק מועדף ובדרך זו מתקיימת שיחה בין הילד לקלינאי התקשורת. באמצעות השיחה ניתן להעריך את המובנות הכללית של הנבדק (איכותית ולא כמותית), והיא מספקת מידע על תפקודו של הילד באופן טבעי. יחד עם זאת – בתעתיק של דיבור ספונטני אין לנו יכולת לשלוט על כל היחידות (ההגאים וההברות) באופן מאוזן, ויתכן שיחסרו נתונים מסוימים בסיים המפגש. בנוסף – כאשר מדובר בילדים עם מובנות דיבור נמוכה והשיח