

אבחון וטיפול בהפרעות היגוי פונטיות ופונולוגיות

גילה טובול-לביא

הקדמה

המונח **הפרעות היגוי פונטיות ופונולוגיות** (Child Speech Sound disorders-SSD) מתאר קושי בהפקת דיבור, המשבש את התקשורת ויוצר לקות בתפקוד. קושי זה כולל גם הפרעות היגוי פונטיות וגם הפרעות היגוי פונולוגיות. כלומר הפרעת היגוי היא ליקוי בדיבור הנובעת מקושי מוטורי, קוגניטיבי-פונולוגי או משניהם יחד (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-5, 2013). מכאן והלאה נשתמש במונח "הפרעות היגוי" כמקביל במשמעותו ל-SSD.

האבחנה של הפרעת היגוי מתקבלת על פי הקריטריונים האלה:

- א. מובנות דיבור ירודה ומתמשכת הכוללת הוספה, השמטה, שיבוש או החלפה של צלילים, המפריעים לתקשורת המילולית.
- ב. מובנות נמוכה המפריעה גם להשתתפות חברתית, לביצועים אקדמיים או לביצועים עיסוקיים (או לכל שילוב שלהם).
- ג. תחילת התסמינים בילדות.
- ד. לא ניתן להסביר את התסמינים על ידי מצב רפואי או נויורולוגי.

שכיחות ההופעה

על פי דיווחים קיימים מארצות הברית, ל-8%-9% מהילדים יש הפרעת היגוי (National Institute of Deafness and other Communication Disorders, 2012). כשמסווגים את הילדים עם הפרעות ההיגוי על פי גיל ניתן לראות כי התופעה מצטמצמת עם העלייה בגיל. בעוד ש-10%-15% מילדי הגן באוסטרליה מאובחנים כילדים עם SSD, רק כ-6% מאובחנים כך בגיל בית ספר (McLeod & Harrison, 2009). ירידת השכיחות בגיל בית הספר מוסברת בחלקה בתגובה הטובה בדרך כלל של ילדים עם הפרעות היגוי לטיפול של קלינאי תקשורת ובשיפור מובנות הדיבור שלהם.

הפרעות היגוי הן סוג הלקות התקשורתית הנפוץ ביותר אצל ילדים המגיעים לטיפול של קלינאי תקשורת (Broomfield & Dodd, 2004). בשאלון שהופץ לקלינאי תקשורת בישראל (Tubul-Lavy, Nachamani, & Adi-Bensaid, 2017) נמצא כי אצל 81% מהילדים המגיעים לטיפול קיימת הפרעת היגוי. בשל השכיחות הגבוהה של הלקות, נדרשת מקלינאי התקשורת יכולת אבחון מדויקת כדי להציב מטרות יעילות ומותאמות לילד. האבחון והטיפול חשובים במיוחד נוכח הימצאותן של הפרעות היגוי כתחלואה נלווית (קומורבידיות) להפרעות שפה, לקשיי קריאה, כתיבה ואיות (McCormack, McLeod, McAllister, & Harrison, 2009; Peterson, Pennington, Shriberg, & Boada, 2009).

שני מודלים שהוצגו בשנים האחרונות, ומתייחסים לסביבת הילד והשתתפותו בה, משרתים את קלינאי התקשורת בבואו לטפל בהפרעות היגוי. אלה שינו את ההסתכלות על הדיבור של הילד בטיפול הקליני והוסיפו ממדים להתערבות של קלינאי התקשורת בכלל, ולטיפול בילדי SSD בפרט.

הגישה הראשונה היא **הגישה האקולוגית** (Bronfenbrenner, 1979) המשתייכת לתחום הפסיכולוגיה ההתפתחותית. על פי תיאוריה זו לא ניתן לבחון את התפתחות הילד אלא בהקשר של הסביבה שהוא מתפתח בה. על המטפל לראות תמונה רחבה של התפתחות הילד ולא להסתפק במבט צר בהתייחס להקשר מסוים (בהתייחס אל תפקידו הכוונה לדיבורו או לשפתו של הילד). לשם כך יש לבחון את ההקשרים המשפיעים הן על הילד והן על זה. בין ההקשרים נמצא את הסביבה הקרובה (הגורמים הבאים במגע ישיר עם הילד: המשפחה, בית הספר, קבוצת השווים, אזור המגורים), את היחסים בין ההקשרים בסביבה הקרובה (מערכת הכוללת את הקשרים בין סביבות ישירות, למשל, הקשר בין בית הילד לגן או לבית הספר), ההקשר החברתי-כלכלי (מערכות חיצוניות שאינן נוגעות לילד במישרין, כגון מקום העבודה של ההורים) וההקשר התרבותי (הערכים והכללים של התרבות שבה גדל הילד). התיאוריות האקולוגיות מציינות את המרכיב הסביבתי כמערכת משפיעה ומושפעת בלמידת התנועה ובהתפתחותה. הסביבות העיקריות של הילד הצעיר בחברה הן המשפחה והמסגרת חינוכית. ככל שמערכות אלה מספקות בעצמן הזדמנויות למידה והתפתחות לילד, תהיה התפתחותו יעילה יותר בתחומים קוגניטיביים, חברתיים, רגשיים, וכמובן שפתיים ותקשורתיים.

גישה זו עודדה את קלינאי התקשורת לשתף את הסביבות הקרובות של הילד (המסגרת המשפחתית והחינוכית), לתאם עימן את מטרות הטיפול, ולקבל משוב הדדי על התקדמות הילד בפעילויות הנלמדות בהתערבות. כמו כן, התווספו פעילויות בסביבתו הטבעית של הילד, כדוגמת פרויקט קשר, המדגיש את התרחישים השונים מעולמו של הילד כדי ליצור למידה טבעית יותר (דרומי ורינגולד-פרימרמן, 1996).

המודל השני, International classification of functioning, disability) ICF-CY (and health children & youth version) (WHO, 2001) הוא מודל מקיף, המיועד לסיווג ולהערכה של נושאים הקשורים לבריאות ושל הקשר בין אלה לתפקוד ולהשתתפות יום-יומיים במגוון תחומי החיים. הוא הותאם לילדים ממסמך קודם שנכתב עבור מבוגרים. בניגוד למודל הרפואי, שבו החברה והסביבה הם נתון קבוע הרואה את הלקות רק כפגם רפואי, זהו מודל חברתי. על פיו, הלקות היא תוצאה משילוב של שני גורמים: שונות פתולוגית של הפרט ותנאי הסביבה שלו. על פי הנחת המודל, שוני פתולוגי אינו מספיק כדי להגדיר אדם כבעל לקות, ואי השלמות היא נתון שמלווה את כל האנשים בעולם. הגורם השני הוא תנאי הסביבה שהאדם חי בהם. תנאים אלה יכולים להיות תנאי סביבה טבעיים כמו החיים בעבר הרחוק, נגישות פיזית של הסביבה שעוצבה בידי בני האדם, גישות החברה ודעותיה והתייחסות הפרט להיותו שונה. המבנים האנטומיים, התפקודים השימושיים, הסביבה, אישיות האדם ויחסי הגומלין ביניהם – כולם משפיעים על יכולותיו הביצועיות של הפרט ועל השימוש ביכולות אלו בהשתתפות הפעילה שלו בסביבה (Rosenbaum & Gorter, 2012). מטרת הטיפול על פי גישה זו היא להעצים ולקדם את ההשתתפות של הילד בסביבתו במגוון תחומי העיסוק שאותם הוא חווה בחיי היומיום שלו (למידה, משחק, תקשורת ועוד). המודל מהווה בסיס ליצירת שפה משותפת המסייעת בתקשורת ובהעברת מידע בין אנשי מקצוע מתחומים שונים תוך התייעצות עם המבוגרים השונים בסביבת הילד. כמו כן, המודל מעודד את הערכת תפקודו של המטופל ואת השתתפותו בתחומי עיסוק שונים בחייו ולא התמקדות במיומנויות הקיימות אצלו או החסרות לו.

כאמור, שני המודלים הללו מלווים את קלינאי התקשורת בכל טיפול בתחומי התקשורת, השפה והדיבור ומשנים את תפיסתו באשר להערכה ולטיפול בילד.

1. סיווג הפרעות ההיגוי

קריטריונים מגוונים הוצעו כדי לסווג את הפרעות ההיגוי לתת-תחומים: המיון הראשון (Bauman-Wängler, 2004; Bernthal & Bankson, 1990) הציע חלוקה להפרעות היגוי על בסיס פונטי-מוטורי 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 הפרעות היגוי המשלבות את שני התחומים.

מיון נוסף הוצע על ידי מספר חוקרים (Shriberg & Kwiatkowski, 1982, 1994; Shriberg et al., 2005) והוא מתייחס ללקויות היגוי על פי מקורן. בעוד שכ-15% מהפרעות ההיגוי הן ממקור שאינו ידוע (Pascoe, Stackhouse, & Wells, 2006); מרביתן ממקור ידוע, ובין השאר ניתן להזכיר גורמים גנטיים (כמו לקות מבנית במומי חך ושפה או תסמונות גנטיות), לקות בשמיעה, גורם לשוני-מוטורי, גורם נוירולוגי (למשל, שיתוק מוחין, דיסארטריה) ומעורבות פסיכולוגית/קוגניטיבית.

המיון שעליו נתבסס בפרק זה הוא מיון על פי סוג הפרעת ההיגוי וחומרתה (Dodd, 2005). חמש קבוצות נכללות בסיווג זה, מהקלה ביותר עד למורכבת: הפרעות היגוי פונטיות, איחור פונולוגי, הפרעה פונולוגית לא טיפוסית אך עקבית, הפרעה פונולוגית לא עקבית ואפרקסיה של הדיבור בילדות.

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

איחור פונולוגי הוא איחור ברכישה הסגמטלית וברכישה הפרוזודית של מבנה ההברה ומבנה המילה. ילד עם איחור פונולוגי סוגר את הפער עם העלייה בגיל, ולאבני הדרך הפונולוגיות יגיע בגיל מאוחר יותר מאשר ילדים עם התפתחות טיפוסית. מכיוון שההתפתחות הפונולוגית תואמת את ההתפתחות הטיפוסית מבחינה איכותנית, לא נמצא הבדל איכותני בין השניים אלא רק עיכוב בגיל הרכישה (הבדל כמותי).

הפרעה פונולוגית לא טיפוסית אך עקבית. הפרעה זו כוללת החלפות שאינן

נראות בהתפתחות טיפוסית אך הן עקביות. כלומר הילד יחליף הגה מטרה בהגה אחר בעקביות, אך החלפה זו אינה תואמת את תהליכי ההחלפה ההתפתחותיים. לדוגמה: ייתכן שילד עם הפרעה פונולוגית שאינה טיפוסית יחליף את ההגאים השורקים, /s, z, ʃ, st/ (ס', ז', ש', צ' בהתאמה) בהגה אפי. החלפה מעין זו אינה נצפית בילדים עם התפתחות טיפוסית. זאת ועוד, הילד בדוגמה זו 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 המטרה) 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 ההגה /g/, הפקה של /k/, או הפקה של /d/ באופן לא עקבי באותו מקום (אונסט, למשל). כמו כן, ייתכן כי יפיק הגה מסוים במקום אחד במילה בעוד במקום אחר יחליף או ישמיט אותו (לדוגמה, באונסט יחליף ובקודה ישמיט).

אפרקסיה של הדיבור בילדות היא ההפרעה החמורה מכולן. מקורה בלקות בתכנון הדיבור, ולכן ילד עם אפרקסיה של הדיבור בילדות עלול להיות בלתי מובן הן לזרים והן לסביבתו הקרובה.

נתאר בהמשך כל אחד מהסוגים הללו בהרחבה, תוך התייחסות למאפיינים המייחדים אותן, לאבחון הלקות ולכיווני טיפול.

בסיווג אחר של הפרעות ההיגוי (McLeod & Baker, 2017) מופיעה גם **דיסארטריה של הילדות**.

זוהי לקות מוטורית-שפתית המערבת קשיים בשליטה על תהליכים סנסו-מוטוריים בהפקת הדיבור. הקושי המרכזי הוא בביצוע ובשליטה בתנועות הנדרשות לצורך הפקת הדיבור (Caruso & Strand, 1999). הדיבור מתאפיין באיטיות, בחולשה או בחוסר קואורדינציה של איברי ההיגוי המשפיעים על מערכות הדיבור, כולל נשימה, פונציה, תהודה והיגוי (McLeod & Baker, 2017). (לפירוט מאפייני הדיסארטריה, הערכה וטיפול ראו בספר "הפרעות היגוי", חלק א, פרק 4).

חשוב לציין, כי כל ילד זקוק לאבחון ולהתייחסות ייחודיים, שכן ילדים רבים מראים שילוב של מספר סוגי הפרעות, ויש להתאים לכל אחד את הטיפול על פי הלכות, גילו, יכולותיו בתחומים האחרים (שפתי, מוטורי, רגשי), שיתוף הפעולה שלו ועוד. לכן, העקרונות המצוינים כאן הם אבני דרך בלבד, ולכל ילד תותאם תכנית אישית משלו. כן ייתכן כי הילד מטופל על ידי אנשי מקצוע נוספים (רופא א.א.ג, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, מטפל רגשי, מנתח התנהגות, גננת/מורת שילוב ואחרים), ויש לתאם מטרות התערבות בין כל אלה. כמו כן, חשוב ליידע את הגננת/המורה ואת ההורים בעקרונות הטיפול ולתת להם הדרכה לתרגול עם הילד במשך השבוע.

1.1 הפרעות היגוי על בסיס פונטי-מוטורי

היגוי (articulation) הוא תיאור הדיבור של היחיד (Fey, 1992). זוהי מיומנות מוטורית מתפתחת וייחודית, המערבת בעיקר תהליכים מוטורים פריפריאליים (Bauman – Waengler, 2000).

מיומנות זו היא תהליך התפתחותי, המערב רכישה ההולכת ומשתכללת של היכולת להניע את איברי ההיגוי באופן מדויק ומהיר לשם הפקת מילים לצורך תקשורת בין-אישית. כשילד אינו מצליח להפיק הגה מסוים, למרות שהיה צפוי שיפיק אותו, יש לבחון אם יש לילד הפרעת היגוי פונטית-מוטורית (בנושא רכישה פונטית-פונולוגית טיפוסית ראו פירוט בספר "הפרעות היגוי", חלק א', פרק 2).

שני תהליכים עיקריים נצפים בנוכחות הפרעת היגוי פונטית:

עיוות – הילד יחליף את הגה המטרה בהגה אחר שאינו פונמה בשפה. לדוגמה: במקום ההגה /s/ יפיק הילד בעקביות את ההגה בצורה בין-שינית (interdental) כ-/θ/, ובמקום המילה /sapa/ יאמר [θapa]. המקור של העיוות הוא מוטורי, ולכן ההתערבות הטיפולית תתמקד בדיוק מנח איברי ההיגוי בעת ההפקה.

החלפה – הילד מחליף את הגה המטרה בהגה אחר שהוא פונמה בשפה. לדוגמה: במקום ההגה /k/ יפיק הילד בעקביות את ההגה /t/. כך יאמר [telev] במקום /kelev/, [maxat] במקום /maxak/ ו-[matel] במקום /makel/. כלומר ההחלפה תהיה עקבית בכל מיקום במילה: תחילת מילה, אמצע מילה וסוף מילה. לתהליך החלפה ייתכנו שני מקורות. הראשון הוא מוטורי. ייתכן כי הילד בדוגמה שלנו – בהחלפת