

Der offene Mund in Logopädie und Kieferorthopädie¹

Wenn sich keine oder zu geringe Fortschritte in der kieferorthopädischen Behandlung einstellen oder sich auch ein Rezidiv ankündigt, muss die Möglichkeit einer gravierenden myofunktionellen Störung (MFS oder orofaziale Dysfunktion) in Betracht gezogen werden, selbst dann, wenn der Patient bereits eine myofunktionelle Therapie (MFT) absolviert hat.

Autorin: Mathilde Furtenbach

Die allzu lange tradierte Ansicht vieler Logopäden und Kieferorthopäden, dass die MFT in erster Linie eine Zungen- bzw. Schlucktherapie sei, verhindert leider noch immer, dass die Therapie der habituell offenen Mundhaltung (HOMH oder OMH) ausreichende Beachtung findet. Diesbezügliche veraltete, von Zahnärzten/Kieferorthopäden/Logopäden angefertigte MFT-Anleitungen à la Garliner, sind als unzureichend bis schädlich zu beurteilen. In der MFT haben wir es

nicht mit einer Liste von gleichwertigen Symptomen zu tun, sondern wir sind mit einer Hierarchie der Symptome konfrontiert, die in der Therapie strikt zu beachten ist: Die OMH ist das Leitsymptom in der MFT, und sie hat negative Auswirkungen auf sämtliche oralen Funktionen, daher ist physiologische Nasenatmung mit Lippenkontakt das primäre und weitestreichende Behandlungsziel. Es schafft Voraussetzungen für physiologisches Kauen und Schlucken. (Abb. 1)

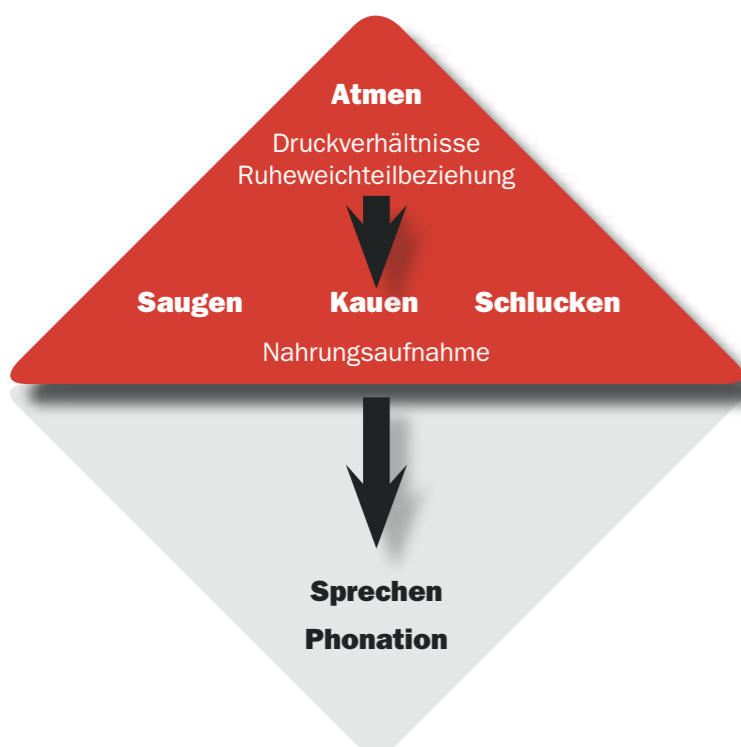
Zu den Ursachen

Als Ursachen für die OMH werden Verengungen der nasopharyngealen Atemwege oder Haltungprobleme im orthopädischen Sinn angenommen. Aus meiner Erfahrung haben drei Viertel der Kinder mit OMH Haltungprobleme, die keine Eingriffe im HNO-Bereich erfordern. MFT ist je nach Symptomatik mit Unterstützung von Osteopathie/Physiotherapie – in beiden Fällen die notwendige Maßnahme, um eine Umstellung der Atemfunktion zu ermöglichen. Das Entfernen eines Hindernisses (z. B. Adenotomie) alleine bewirkt nicht immer automatisch eine Umstellung der Atemfunktion.

Der physiologische Mundschluss = kompletter Lippenkontakt (Abb. 2)

- besteht aus einem kompletten Kontakt von Oberlippe und Unterlippe
- ermöglicht, dass in der Mundhöhle Unterdruck (= Donders'scher Druck) herrscht
- ermöglicht dadurch der Zunge, dass sie mit Hilfe des viskoelastischen Speichels am Gaumen „haften“ kann und nicht aktiv gehalten werden muss
- ermöglicht dadurch der Zunge eine physiologische Ruhelage und physiologisches Kauen und Schlucken
- ermöglicht eine korrekte Artikulation

Abb. 1: Die hierarchische Ordnung der oralen Funktionen



Website des Logopädenverbandes:
www.logopaediaustria.at/LogopaedInnensuche



Mathilde Furtenbach,

Logopädin, zertifizierte Myofunktionstherapeutin, Innsbruck
mathilde.furtenbach@aon.at

Der offene Mund (Abb. 3)

1. Der offene Mund, der auffällt = die offensichtliche OMH

Das Fehlen des Lippenkontaktes ist das deutlichste Zeichen für die OMH. Üblicherweise wird der Mund erst als offen bezeichnet, wenn es stark auffällt. Zwischen den Lippen besteht ein Spalt, der 1–2 cm weit offen ist und Einblick auf Zähne oder/und Zunge ermöglicht. Auswirkungen auf alle oralen Funktionen sind gegeben. Diese offensichtliche OMH lässt die Alarmglocken für eine MFT schrillen.

2. Der offene Mund, der nicht auffällt = die versteckte OMH

Auch hier sind die Lippen nicht in Kontakt, aber zwischen den Lippen besteht nur ein schmaler Spalt von wenigen Millimetern. Weder Zähne noch Zunge sind sichtbar, weder Eltern noch Fachleuten fällt es auf, dass die Lippen nicht in Kontakt sind. Diese Form – ich nenne sie „versteckte OMH“ – wird selten als OMH diagnostiziert, weil sie nicht auffällt. Die dysfunktionalen Zeichen sind oft nur für das geschulte Auge sichtbar und Garliners „Ich sehe nur, was ich weiß“ ist hier besonders wichtig. Die versteckte OMH hat ebenso wie die offensichtliche OMH Auswirkungen auf Atmung und Nahrungsaufnahme, aber jene auf Sprechen und Phonation sind meist gering. Da die Lippen relativ leicht in Kontakt gebracht werden können, ist bei entsprechender Mitarbeit ein rascher Fortschritt in der MFT möglich.

Die HOMH zeigt an,

- dass die orofaziale Muskulatur zur Gänze in Dysfunktion ist und sich der Mundraum nicht physiologisch entwickeln kann.
- dass die Atemfunktion gestört ist und die Atemwege darunter leiden.
- dass die Nahrungsaufnahme (Kauen und Schlucken) nicht physiologisch ist. Dysfunktionaler Gebrauch der Lippen- und Kaumuskulatur verursacht Schmatzen, Nahrungsaustritt bis zu Verdauungsstörungen, weil die Nahrung nicht ausreichend gekaut wird.
- dass Artikulationsstörungen (besonders d, t, n, l) und undeutliche/verwaschene Aussprache in allen Ausprägungen auftreten können. Zahn- und Kieferfehlstellungen können, müssen aber nicht, daran beteiligt sein. Hervorzuheben ist, dass reine Lautbildungsstörungen wie Sigmatismen nicht in der Lage sind, Zahn- und Kieferfehlstellungen zu verursachen.
- Je länger und ausgeprägter die HOMH besteht, desto deutlicher sind die pathophysiologischen Auswirkungen an den Funktionen, am Gebiss und am ganzen Körper.

Logopädische Diagnostik der OMH

Beobachtung und Geduld sind unsere wichtigsten „Instrumente“. Neben den offensichtlichen Zeichen gibt es eine Reihe von diagnostischen Zeichen, die auf eine habituelle OMH hinweisen, auch wenn der Mund geschlossen ist: müder Augen- und Gesichtsausdruck, trockene Lippen, periorale Spannungen etc. Eltern erkennen die OMH ihrer Kinder in der Regel nicht, auch Erwachsene brauchen entsprechende Hilfen, um sie an sich selber entdecken und spüren zu können (z. B. Speichel am Schlafkissen, trockene Lippen).

In der logopädischen Praxis hat sich für Kinder ein Beobachtungsbogen² für Eltern bewährt, der, allerdings nur in Verbindung mit einem ausführlichen Aufklärungsgespräch, von diesen korrekt angewendet wird.

Der Atem-Prüftest von Fränkel C und Fränkel R, der die Durchgängigkeit des Luftweges testet, hilft zu entscheiden, ob Atemübungen durch die Nase durchführbar sind. Der Patient schließt die Lippen oder nimmt einen Schluck Wasser in den Mund und macht damit 10–15 Kniebeugen. Können die Lippen in Kontakt bleiben, ist der Weg für Atemübungen und damit für eine MFT frei.

Quellen:

1 Für Eine ausführliche Behandlung dieses Themas siehe Furtenbach M, Adamer I (Hrsg.), Myofunktionelle Therapie KOMPAKT II - Diagnostik und Therapie. Praesens Verlag, Wien 2016

2 Der Beobachtungsbogen zur Mundatmung steht als DOWNLOAD zum Buch von Furtenbach M, Adamer I (Hrsg.), Myofunktionelle Therapie KOMPAKT II - Diagnostik und Therapie beim Praesens Verlag, Wien 2016, (www.praesens.at) zur Verfügung.

Abbildungen aus: Furtenbach M, Adamer I (Hrsg.), Myofunktionelle Therapie KOMPAKT II - Diagnostik und Therapie. Praesens Verlag, Wien 2016 (www.praesens.at)



Abb. 2:
Physiologischer Mundschluss
mit Lippenkontakt

Abb. 3:
Offene Mundhaltung –
fehlender Lippenkontakt