

Myofunktionelle Störungen Beratung – Therapie – Rehabilitation

Vevi Hahn & Hermann Hahn

Definition

Myofunktionelle Störungen (MFS) sind Störungen der Muskelfunktion, des Muskeltonus oder der harmonischen Bewegungsabläufe im orofazialen Bereich, also im Gesichts-Mund-Nasen-Rachenbereich. Häufig sind diese Dysfunktionen am Entstehen und Erhalt von Aussprachestörungen beteiligt und mitverantwortlich für Therapieresistenz oder Rezidive in der logopädischen Behandlung.

Eine 60%ige Häufigkeit bei Schulanfängern, v.a. auch bei sprachgestörten (Studien von MEILINGER 1999, CODONI 2001, HENSEL & SPLIETH 1998) bedeutet, dass diese MFS zum sprachtherapeutischen „Alltag“ gehören. Erzieher, Sprachheilpädagogen und Logopäden sollten frühzeitig orofaziale Dysfunktionen erkennen und in der Beratung und Therapie von orofazialen Dysfunktionen geschult sein. Eine zusätzliche Qualifikation in der Myofunktionellen Therapie wäre wünschenswert. Denn Beratung und Therapie basieren auf Wissen und Kompetenz.

1 Entwicklung der orofazialen Funktionen

Wachstum und
Entwicklung im orofazialen
Bereich

Die Primärfunktionen (Saugen, Kauen, Schlucken) unterliegen neuromotorischen und neurosensorischen Reifungs- und Entwicklungsvorgängen von der Embryonalzeit bis zur Kindheit. Diese sind integriert in allgemeine Wachstumsvorgänge der orofazialen Strukturen (z.B. Durchbruch der Zähne, Wachstum der Kiefer und des Mittelgesichts, Wachstum der lymphatischen Gewebe).

Sie unterliegen den räumlichen Bedingungen, der neuralen Steuerung und den Anforderungen der Umwelt auf das komplexe orofaziale System. Kulturelle und soziale Normen oder Lebensgewohnheiten verändern die Bedingungen, unter denen die Mundfunktionen reifen und adäquat benutzt oder unter- bzw. überfordert werden. Reifung und Entwicklung von Saugen, Kauen, Schlucken, Atmen sind also ein individueller und psychosozialer Prozess, einerseits eingebettet in allgemeine Entwicklungskurven, andererseits prägend für das individuelle Erleben und die persönliche Erfahrung aufgrund der großen Bedeutung des Mundraums für die Psy-

che. Die motorische Komponente ist nicht von der sensorischen, emotionalen, kognitiven, sozialen und ästhetisch-kommunikativen zu trennen (WELLING 1999). Jeder orale Bewegungsablauf löst sensible Empfindungen und emotionale Wahrnehmungen aus. Übungen setzen Verständnis und eine kognitiv begründete Mitarbeit voraus. Die Mundhöhle ist unser erster sozialer Kontakt nach der Geburt und bleibt lebenslang Zentrum der mitmenschlichen Interaktion und Kommunikation. MFS können in einer großen Symptomvielfalt und Kombination auftreten (siehe Band 2) und Bestandteil verschiedener komplexer Störungsbilder sein. Da im Gesichts-Mund-Nasen-Rachenraum sich viele Disziplinen begegnen, sollte eine interdisziplinäre Diagnose aller beteiligten Fachbereiche erfolgen.

2 Inhalte der Myofunktionellen Therapie (MFT)

Die Myofunktionelle Therapie hat heute als sensomotorisches Therapiekonzept unstrittig ihren Stellenwert zur Korrektur orofazialer Dysfunktionen gefunden. Die Primärfunktionen, mimische Bewegungen und die komplexen oralsensorischen Leistungen (z.B. orale Stereognose) sollen altersgemäß entwickelt und zur jeweils typischen Reifung gefördert werden.

sensomotorisches
Therapiekonzept

Die MFT ist eine vorbereitende, unterstützende oder begleitende Maßnahme in einem ärztlichen (Zahnmedizin/Kieferorthopädie, HNO-Medizin/Phoniatrie) oder logopädisch/sprachheilpädagogischen Behandlungskonzept.

Da MFS vorrangig im Kindesalter auftreten, sind Prävention und Früherkennung (siehe Band 3) für die gesunde Entwicklung entscheidend. Dies erfordert die Aufmerksamkeit der Eltern und Pädiater. Je nach Alter, Problemverständnis und Komplexität der Störungen ergeben sich in Beratung und Therapie dann unterschiedliche Ansätze und Schwerpunkte. Innerhalb der interdisziplinären Rehabilitation ist die MFT eine Teilmaßnahme. Bei bestimmten angeborenen Behinderungen (LKGS, Morbus Down und anderen Syndromen) oder bei Frühgeburten gehört sie in speziellen Konzepten (z.B. Castillo-Morales, Padovan) zur Betreuung von Geburt an. Bei Tumoren oder Traumen und neurologischen oder psychosomatischen Erkrankungen bei älteren Klienten kann die MFT unterstützen. Der Patient kann mit diesen aktiven Übungen selbst etwas zur Gesundheit beitragen.

MFT und Logopädie/
Sprachheilpädagogik

Motorik und Sensorik sind Basisleistungen der Artikulation und der Phonation, damit zählt die MFT zu den Basistherapien innerhalb der Logopädie/Sprachheilpädagogik (GROHNFELDT, HOMBURG & TEUMER 1991).

Sie ersetzt das spezifisch sprachtherapeutische Vorgehen nicht, sondern bereitet die motorischen Grundlagen in den Sprechorganen für die Artikulation vor, das sind fein koordinierte, schnell und gleichmäßig ausgeführte Bewegungen, die Einzelbeweglichkeit der Sprechorgane, kräftige und eutone orofaziale Muskeln, altersgerecht entwickelte Primärfunktionen und die korrekte Zungenruhelage mit Mundschluss. Sie fördert die oralsensorischen Grundlagen, also Riechen und Schmecken, den taktil-kinästhetischen und propriozeptiven Sinn und die Mundraumvorstellung. Man kann nur produzieren, was man wahrnehmen kann, und umgekehrt nimmt man nur wahr, was man auch ausführen kann. Die expressive Dimension ist eine Komponente der phonologischen Entwicklung (DANNENBAUER & DIRNBERGER 1992), sie steuert die motorische Koordination und die taktil-kinästhetische Kontrolle. Für das Verhalten und die Kommunikation gewinnt die orofaziale Entwicklung große Bedeutung. Denn der Mensch ist das einzige Säugwesen, das beim Stillen Blickkontakt hat. Der nahe Augenabstand von Mutter und Säugling, ihr intimer Kontakt ist eine einzigartige Prädisposition für Nachahmung und Dialog in der frühen Kommunikation (PAPOUSEK 1999). Beide – Eltern wie Säugling – haben eine angeborene soziale Kompetenz, Mimik, Gestik und Lautfolgen zum Gespräch auszubauen.

Interdisziplinäre Aspekte

Interdisziplinäre Aspekte (Zahnmedizin, HNO-Medizin, Orthopädie u.a.) spielen in der MFT eine wichtige Rolle. Als biologische Prädisposition für die Lautbildung, für korrektes Schlucken und Kauen gelten eine normale Zahn- und Kieferstellung; die geschlossene Zahnreihe, die den Raum für die Zungenbewegung begrenzt und an der sich der Luftstrom bei der Bildung der Frikative reiben kann; die Länge und Beweglichkeit des Zungenbändchens, so dass die Zunge kleinstmögliche Massenverlagerungen durchführen kann; kräftige eutone Lippen, die die Plosion der bilabialen Laute und den Lippenschluss ausführen; eutone Kaumuskeln, die für die Luftstromführung der Frikative wie für die stabile Ruhelage der Mandibula wichtig sind; eine gut entwickelte Luftpassage durch die Nase, die weder durch Allergien noch Infektionen behindert ist. So zählen Zahn- und Kieferfehlstellungen, früher Zahnverlust oder Nichtanlage der Schneidezähne, LKGS, vergrößerte Tonsillen und Adenoide, ein zu kurz angewachsenes Zungenbändchen (Ankyloglossie), ein hoher und enger Gaumen u.a. zu den prädisponierenden organischen Ursachen für myofunktionelle und Aussprachestörungen. Wie die Myofunktion und Artikulation entwickelt sich auch die Stimme analog der grobmotorischen und feinmotorischen Gesamtentwicklung. Hypotonie, Mundatmung, offene Mundhaltung, schiefe Kopfhaltung und schlechte Körperhaltung stören auf vielfache Weise den stimmlichen Lernprozess (BEUSHAUSEN 2001).

Auch Habits jeder Art sind zu beachten, da sie MFS, Artikulationsstörungen und sensible Defizite verursachen können. Die MFT findet ihren Einsatz bei phonetisch/phonologischen Aussprachestörungen, bei Sprachentwicklungsverzögerung mit myofunktionellen Komponenten (CODONI 2001), bei Sprechauffälligkeiten bei LKGS (NEUMANN 2002) oder in der frühen Phase von Redeflussstörungen (HANSEN & IVEN 1996). Als Konzept ist sie ganzheitlich, körperorientiert, entwicklungs- und altersbezogen, pädagogisch-psychologisch reflektiert und individuell ausgerichtet. Eigene Mitarbeit steht bei diesem orofazialen Reife- und Lernprozess im Vordergrund. Je nach Alter und Schwerpunkt entstanden verschiedene myofunktionelle Konzepte, die ein gemeinsames Ziel haben: durch funktionelle Übungen die physiologische Zungenlage und -funktion, Nasenatmung und Mundschluss, aufrechte Kopf- und Körperhaltung zu erreichen.

3 Beratung

Da Prävention und Früherkennung von MFS ein vorrangiges Anliegen sind, spielt die Beratung in der MFT eine wichtige Rolle. Bei Mehrfachbehinderungen gehört der MF-Therapeut zum beratenden Team von Geburt an. V.a. bei Frühgeburten, bei angeborenen oder früh erworbenen Erkrankungen der Mundorgane (Morbus Down, Cerebralparese, LKGS, Myasthenie) gehört heute die spezielle Förderung wie z.B. durch die ‚Orofaziale Regulationstherapie‘ (CASTILLO MORALES 1991) oder ‚Neurofunktionelle Reorganisation‘ (PADOVAN 1976) zum Standard.

Eltern und Berufsgruppen, die mit Säuglingen und Kleinkindern zu tun haben, brauchen Wissen über das regelrechte Wachstum der Zähne und Kiefer, den zeitgemäßen Abbau der frühen Reflexe, die physiologische Reifung der Mundfunktionen mit gesunder Nasenatmung, kräftigem Kauen, physiologischem Schlucken und ungestörten Lauterwerb. Die Beratung informiert über prädisponierende Faktoren für das Entstehen orofazialer Dysfunktionen. So empfehlen Ärzte und Gesundheitsorganisationen, mindestens sechs Monate zu stillen, da durch die kräftigen Saugbewegungen die Zungen-, Lippen- und Wangenmuskulatur trainiert und optimal für das Sprechen vorbereitet wird. Die Muttermilch schützt gegen Allergien und Erkrankungen. Solange das Stillen nicht etabliert ist, sollten weder Schnuller noch Flasche in den Mund gegeben werden. Ist der Einsatz einer Flasche unumgänglich, sollte der Sauger möglichst flexibel, der Brustwarze ähnlich sein. Bei der Flaschenernährung sollte auch von rechts und links gestillt werden mit Blickkontakt und genügend Zeit. Brei gehört nicht in die Flasche, sondern muss mit dem Löffel gefüttert werden.

Frühzeitig sollte festere Nahrung angeboten werden. Selbständiges Essen mit dem Löffel und Trinken aus der Tasse gelingen vor dem ersten Geburtstag (BÖHME 1997). Ist zur Beruhigung ein Schnuller notwendig, muss er für den Mund des Kindes in Größe, Flexibilität und Form geeignet sein. FURTENBACH empfiehlt, den Schnuller möglichst wenig

Beratung von Geburt an

Stillen/Nahrungsaufnahme

Schnuller

zu geben, erst wenn andere Bedürfnisse wie Körperkontakt, Plaudern, Wickeln, Abwechslung, Nahrung usw. befriedigt sind, nach dem Einschlafen den Schnuller zu entfernen und die Lippen zu schließen. Beim Sprechen, Spielen oder Spaziergehen stört der Schnuller, deshalb darf er nicht um den Hals des Kindes hängen. Kauen am Schnuller signalisiert das Bedürfnis nach fester Nahrung.

Bei häufigen Infektionen der oberen Luftwege und Ohren ist die HNO-ärztliche Konsultation immer notwendig. Kinder mit MFS haben vermehrt Tubenbelüftungsstörungen und zeigen Störungen in allen sprachlichen Ebenen (SCHÖNWEILER 2000).

individuelle Ausprägung
von MFS

Bei bereits manifesten MFS lassen sich die individuelle Ausprägung zusammen mit der familiären Situation und die daraus erwachsenden emotionalen, sozialen und kommunikativen Bedürfnisse erkennen. Im Zentrum der Beratung steht das Gespräch, das durch gegenseitiges Zuhören und Verständnis geprägt ist. Eine Partnerschaft zwischen Klient/Eltern und Therapeut ist erwünscht. Der Therapeut informiert über Befunde, Konsequenzen und mögliche Maßnahmen. Formung und Förderung finden bis zur späten Kindheit in der Familie statt. Je jünger das Kind ist, umso mehr müssen es Eltern und Erzieher als Ko-Therapeuten unterstützen. Das Gespräch richtet sich vorrangig an das Kind, fördert seine Selbständigkeit und lässt es bei Entscheidungen teilhaben, wenn es z.B. die Flasche oder den Schnuller aufgeben soll. Die partnerschaftliche Therapieatmosphäre kann Modell für das Elternhaus sein, so beim Überwinden von Lutschgewohnheiten. Die nonverbale und verbale Ermutigung zur gemeinsamen Anstrengung brauchen alle Beteiligten für die konsequenten Übungen. Die MFT gelingt nur mit den Eltern, nicht gegen sie. Ihre elterliche Kooperation und Verantwortung wird eingefordert, ihre erzieherische Kompetenz gestärkt. Gerade die MFT greift in den Alltag ein und verlangt ein Überdenken und Verändern von Lebensgewohnheiten (Ess- und Schlafgewohnheiten, Sitz-/Schreibmöbel, Bewegung und Spiel u.a.). Für das familiäre Zusammenleben kann es belastend sein, wenn ein Kind mit dem Schnuller herumläuft, sabbert, schmatzt, schlürft, beim Sprechen spuckt, unverständlich artikuliert, heikel ist und feste Nahrung ablehnt. Erklärt man Eltern, dass dies Reifungsdefizite und keine Unarten sind, werden sie ihr Kind besser unterstützen.

partnerschaftliche
Therapieatmosphäre

Entspannung der
Alltagssituation

Die Beratung kann die Alltagssituation entspannen. Eltern wollen das Beste für ihr Kind, sind aber unsicher, wie sie gegen Werbung und Modetrends ankämpfen können. Durch gemeinsames Kochen, mit Sport und Spaziergang, durch Spiele, die im Alltag die Finger-/Hand- und Körpermotorik fördern, beeinflussen sie die myofunktionelle Entwicklung positiv. Da individuelle Therapieinhalte erarbeitet werden, verändern sich die Schwerpunkte und die Mitarbeit mit dem Alter des Klienten. Die Eltern ziehen sich zurück in dem Maße, wie das ältere Kind und der Jugendliche selbst Verantwortung und Mitarbeit übernehmen und sich selbst motivieren. Auch bei Erwachsenen ist das Beratungsgespräch das Herz der Therapie, da häufig die Erwartungen zu hoch angesetzt sind und Enttäuschungen aufgefangen werden müssen. Wichtig sind genaue Auskünfte über Dauer, Aufwand und mögliche Schwierigkeiten, wie z.B. die Übungen in den Berufsalltag zu integrieren sind.

Broschüren und Videos verdeutlichen die Informationen (dgs, v.TREUBERG 2000). In der Beratung wird auf zusätzliche und weiterführende Behandlungen wie z.B. Atemtherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Kieferorthopädie verwiesen.

MFS machen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Abstimmung innerhalb des Teams zu Beginn und über die Dauer der ineinandergreifenden Behandlungen erforderlich (siehe Band 3).

Das setzt gemeinsame Sprache und Begriffe und Übereinstimmung in den Behandlungszielen voraus. Die MFT stellt die Tür zum Kind dar (WELLING 1999), d.h. sie öffnet den Zugang zum Mundraum und ermöglicht damit die logopädische und/oder kieferorthopädische Behandlung. Die Lautkorrektur muss dabei häufig warten, bis die orofaziale Muskulatur und die Primärfunktionen richtig eingestellt sind. Die Transparenz der Therapieplanung wird durch Dokumentationen (Anfangs-, Zwischen-, Endbefund) wie z.B. durch den „Doku“-Baukasten von GIEL & TILLMANNNS-KARUS (2002) für alle Beteiligten erleichtert. Inhalte der Beratung mit dem Klienten und dem Team werden im Kommunikationsbogen festgehalten und begleitend zum Fortschreiten der Therapie ergänzt. Es wäre sinnvoll, die myofunktionelle Abklärung und Beratung zum Standard einer Vorsorgeuntersuchung zu machen, wie sie MEILINGER (1999) im Rahmen der Einschulungsuntersuchung ergänzend angewendet hat. Zur Beratung gehört auch das Aufzeigen der Grenzen der Myofunktionellen Therapie im organisch-physiologischen Bereich (z.B. Anomalien, Obstruktionen der Luftwege und Allergien, im psychosozialen Bereich (psychische und familiäre Probleme, Unreife, mangelnde Problemeinsicht) oder in der geografischen Situation.

Information und
weiterführende
Behandlungen

Transparenz der
Therapieplanung

Grenzen der MFT

4 Therapie

Je ausführlicher die Diagnose alle Einzelheiten der MFS erkennt, je fundierter eine Beratung die Zusammenhänge und die Notwendigkeit von Maßnahmen darstellt, umso effektiver wird das therapeutische Vorgehen sein. Die Aussichten auf Erfolg steigen, wenn die Intervention früh einsetzt und individuell vorgeht. Die MFT holt den Klienten dort ab, wo er seinem Alter, seiner Reife und seinen Fähigkeiten nach steht. Als pädagogische Intervention geht sie über eine bloße Verhaltensänderung hinaus. Sie stärkt das Ich, aktiviert das Mündigwerden, fokussiert die eigene Stärke und fördert die Habitualisierung aufgrund individueller Lernprozesse. Da der Mundraum unser zentrales Organ für das psychische Erleben ist, sind Reifungsprozesse bei dieser ganzheitlichen Methode besonders spürbar.

früh einsetzende
Intervention

MFT ist eine eigenständige Methode und als systematisches Konzept als Ganzes durchzuführen. Es werden nicht Teilaspekte herausgegriffen oder nur Bewegungsabläufe umtrainiert, sondern sensomotorische Reifungs- und Lernprozesse eingeleitet.

- Nach KÖLSCH (2000) findet eine Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungszentrierung statt, die sich in einer verbesserten Empfindung für Körperlichkeit, für die Mundfunktionen und für das Sprechen äußert.
- frühe MFT (3–5 Jahre) Die **frühe MFT** beginnt mit dem Überwinden schädlicher Gewohnheiten (Schnuller, Flasche, Daumen- bzw. Fingerlutschen) und fördert damit das Hinaustreten aus dem Kleinkindstadium. Das Saug-/Lutschobjekt wird nicht weggenommen, sondern das kraftvolle und befriedigende Saugen wird mit dem Schnuller gestärkt und damit das Saug- und Liebesbedürfnis befriedigt (PADOVAN 1976).
- Abstellen von Habits Der Schnuller wird zum ‚Turngerät‘ umfunktioniert oder durch eine Mundvorhofplatte (MVP) oder einen Face Former (AL-NACHEF, DOLL & SERGL 2001) ersetzt. Der Zeitpunkt dafür wird mit dem Kind diskutiert und seine Entscheidung abgewartet. Es muss zum Aufgeben der Gewohnheit bereit und reif sein. Das Motiv für das Lutschen muss durch ein höherwertiges ersetzt werden. Jedenfalls kann keine Behandlung im Mundraum mit bestehenden Lutschgewohnheiten sinnvoll durchgeführt werden.
- ganzkörperliche Reorganisation Sämtliche Wahrnehmungs- und Bewegungskompetenzen wie Gleichgewichtssinn, Aufrichtung, Lateralität, raum-zeitliche Orientierung, Rhythmusgefühl und Eigenwahrnehmung, die zur gesunden Entwicklung und Reifung des Kindes führen, werden reorganisiert (PADOVAN 1976).
- Der Rhythmus, der dem Schlucken, Kauen, Atmen und der Silbenstruktur unserer Sprache zugrunde liegt, wird in grobmotorischen wie feinmotorischen Bewegungsabläufen berücksichtigt. Ganzkörperlicher Tonus- und Spannungsaufbau (über den festen Stand am Boden, Aufrichtung und Balance) und Blasübungen mit Ballovent (CODONI & HÖRSTEL 2000) bewirken die Tonisierung der orofazialen Muskulatur. Ballprellen, Hüpfen und Fingerspiele bauen Spannung auch im Mundbereich auf. Denn Hand-/Fingermotorik und Mund-/Zungenmotorik beeinflussen sich gegenseitig aus entwicklungspsychologischer und physiologischer Sicht (KÖLSCH 2000).
- neurosensorische Übungen Verschiedene myofunktionelle Konzepte wie das Heidelberger Gruppenkonzept (LLERAS & MÜLLER 1995), das Berliner Konzept, LOOFT oder Schmyko (HEILMANN, BARTHELME & JÄCKLEIN 1999) verknüpfen diese Elemente spielerisch auch in der Gruppe. Sensomotorisches Lernen mit dem Mund kommt dem haptischen Bedürfnis des Kindes entgegen und bereichert seine Begriffswelt. Zum sensorischen Konzept gehören Rate-spiele mit Riechen und Schmecken und Übungen zur oralen Stereognose (V. HAHN 1997). Ein großes Repertoire an Atem-, Saug-, Kau-, Blas-, Puste-, Schlurf- und Schnalzübungen liegt vor. Deutlich lässt sich erspüren, welche Bewegungen in den Mund oder aus dem Mund gehen (ADAMS, STRUCK & TILLMANN-KARUS 1996).
- Übungen mit Primärfunktionen Atemfördernde und atemzwingende Übungen, Wahrnehmungsübungen für Atemführung und Lippenschluss werden mit richtigem Schneuzen begonnen. Zur MFT bei Vorschulkindern gehören Übungen zur Zungenplatzierung (auch über Laute der 2. Artikulationsebene /t/, /d/, /l/, /n/) und zum Lippenschluss (auch über /p/, /b/, /m/), Übungen zum Abbau der Hypersensibilität und des Würgreizes (Zahlen mit der Zungenspitze an den Gaumen malen) und Übungen zur Förderung der Kaufunktion mit Beratung über eine physiologische Ernährung. Auch Mundhygiene ist

eine intraorale Stimulation, die die Eigenwahrnehmung, Mundraumvorstellung und die Verantwortung für die eigene Gesundheit fördert.

Die kurze Leistungsspanne und Konzentrationsfähigkeit, die geringe Motivierbarkeit für ein regelmäßiges Üben zwingen zur spielerischen und sensorischen Gestaltung der Übungen und zur in die Familie integrierten Förderung.

Durch die Verwobenheit der myofunktionellen Übungen mit der Lebenswelt des Kindes wird der Gebrauch der Mundfunktionen im kindlichen Alltag konkret (WELLING 1999).

Frühestens mit 6 Jahren kann das eigentliche Übungsprogramm der **klassischen MFT** aufgenommen werden. Manche plädieren für einen Beginn erst nach dem Schuleintritt, da nun das Kind die Voraussetzungen für Verständnis und Mitarbeit mitbringt. Das allererste MFT-Programm, das D. GARLINER (1989) in Europa verbreitete, wurde in vielfacher Weise modifiziert, durch logopädische Übungen und ganzkörperliche Ansätze erweitert (KITTEL 1997, CLAUSNITZER 2001, CODONI 2001, u.a.). Entscheidend ist, das gesamte Procedere des Konzepts durchzuführen, nicht nur einzelne Übungen herauszugreifen.

Denn erst durch das Gesamtkonzept werden Schluckreflex, Zungenruhelage und Nasenatmung habitualisiert, das muskuläre Gleichgewicht eingestellt. Auch hier beginnt die MFT bei der Überwindung von Lutsch- oder Sauggewohnheiten. Mit dem Stillsitzen in der Schule treten auch Nägelbeißen oder andere Beißgewohnheiten, denen begegnet werden muss, auf. Im Gespräch wird der eigene Wille und die Ich-Kraft zum Überwinden geweckt. Das Kind entscheidet sich für alle Maßnahmen selbst und bewertet den Fortschritt selbst in einem Lutschkalender.

Der bei Vorschulkindern vorwiegend neurosensorische Ansatz wird bei Schulkindern um den neuromotorischen erweitert. Jetzt steht das aktive Erlernen des somatischen Schluckens (Speichelschlucken, Schlucken von Festem und Flüssigem) im Vordergrund. Zungenspitze, Zungenmitte, Zungenrücken und -ränder erlernen jeweils mit kleinen, kontrolliert platzierten Gummiringen (aus der Kieferorthopädie) das Anlagern oder Anpressen am Gaumen. Dann folgt das Überführen des neu erworbenen Schluckmusters in die Automatisierung bei Essen und Trinken. Das unbewusste Speichelschlucken tagsüber und nachts wird schrittweise mit individuell ausgewählten Signalen habitualisiert. Lippenschluss und Nasenatmung sind für die Automatisierung des Schluckablaufs unerlässlich. Übungen zur korrekten Bildung der Alveolar- und Zischlaute werden durch die MFT nicht überflüssig, aber vorbereitet, denn die Druckpunkte der Zunge beim Schlucken sind identisch mit den alveolaren, palatalen und velaren Artikulationsebenen.

In diesem Alter muss während der MFT regelmäßig ein Zahnarzt oder Kieferorthopäde konsultiert werden, da gerade während des Zahnwechsels ein wichtiger Wachstumsschub der Kiefer und Zähne stattfindet. Passt die Okklusion von Ober- und Unterkiefer zeitweise nicht zusammen, ist die Zunge in der Ruhelage irritiert und verliert damit die Voraussetzung für leicht fließende und korrekte Bewegungen beim Schlucken

Klassische MFT (6–10 Jahre)

Abstellen von Habits

physiologische Schluckfunktion und Zungenruhelage

Zusammenarbeit mit Zahnarzt/ Kieferorthopäden

und Artikulieren. Kleine Einschleifmaßnahmen seitens des Zahnarztes unterstützen das bessere Ineinanderpassen der Milchzähne und damit die MFT. Eine frühe Kieferorthopädie ist bereits im Milchzahngewebiss indiziert, wenn die Anomalie eine progrediente Tendenz aufweist oder die Gefahr einer skelettalen Manifestation der Dysgnathie besteht. In Zeiten von Allergien der Luftwege oder bei frequenten Infektionen des lymphatischen Rachenrings besteht eine Kontraindikation für die MFT. Unbedingt muss der HNO-Arzt medikamentös oder operativ erst die Konditionen im Mund-Nasen-Rachenraum für die MFT schaffen.

Zusammenarbeit mit HNO-Arzt

Sind Körper- und Kopfhaltung asymmetrisch oder hypoton, gelingen Veränderungen im orofazialen Bereich nur unter Einbeziehung komplexer orthopädischer Maßnahmen, wie orthopädische Krankengymnastik, Physiotherapie oder Kraniosakraltherapie.

Zusammenarbeit mit Orthopäden

Auch das Spielen bestimmter Blasinstrumente beeinflusst die Stellung von Lippen, Zunge und Kiefer. Zur Beratung der Eltern muss der MF-Therapeut auf ein Grundwissen über Drucke und Einlagern der verschiedenen Mundstücke, Vor- und Nachteile des jeweiligen Blasinstruments zurückgreifen können.

MFT bei Jugendlichen

Im Alter zwischen 10–15 Jahren wird die MFT vor, begleitend oder nach Kieferorthopädie und Logopädie durchgeführt.

Die MFT findet nun mit dem zweiten Wachstumsschub statt (bei Mädchen ca. mit 11–12 Jahren, bei Jungen ab 12 Jahre). Somit können sich immer noch physiologisch eingestellte Muskelfunktionen positiv auf die Wachstumsvorgänge auswirken. Die MFT bereitet wiederum die Folgebehandlung vor und sichert deren Erfolg. Der Kieferorthopäde entscheidet im Einzelfall über den zeitlichen Einsatz der MFT zusammen mit den jeweilig korrespondierenden Geräten. Jugendliche leiden häufig unter ihrem Aussehen, ihr Selbstwertgefühl ist durch Fehlstellungen betroffen. Sie sind zu langfristigen Zielen ihrer Gesundheit willen bereit und finden in der MFT einen motivierenden Gesprächspartner während einer längeren Behandlungszeit. Die Compliance ist in hohem Maße gegeben. Die physiologisch umgestellten Funktionen unterstützen ihrerseits die Wirkungsweise der kieferorthopädischen oder operativen Maßnahmen und können dadurch die Behandlung verkürzen.

5 Späte MFT und Rehabilitation

späte MFT Rehabilitation

Wird nach abgeschlossenem Wachstum eine MFT erforderlich, ist sie meist Bestandteil einer komplexen prothetischen, kieferorthopädischen und/oder kieferchirurgischen Behandlung.

Dies kann im Rahmen einer Spätbehandlung bei Therapieresistenz oder Rezidiv aufgrund persistierender Fehlfunktionen und Würg-, Spuck- oder

Räusperhabits erfolgen. Sie kann die Rehabilitation bei einer komplexen Unfallbehandlung, bei Kiefergelenkspathologien mit Verspannungen, Gesichtsschmerzen und Kiefergelenksknacken oder bei psychosomatischen Erkrankungen unterstützen. Nicht selten ist bei diesen Patienten die Aussprache undeutlich oder schwerfällig oder mit Speichelspucken verbunden, so dass sie Sprechschüchternheit und Minderwertigkeitsgefühle beklagen.

Früher Zahnverlust, eine insuffiziente zahnärztliche Versorgung und schlecht sitzender Zahnersatz verändern die Artikulation und damit die Eigenwahrnehmung des Sprechers. Nicht nur im Frontzahnbereich, sondern auch im Seitenzahnbereich hat die Stellung bzw. Neigung der Zahnflächen und die Dicke der Zähne eines Zahnersatzes große Bedeutung für die Frikativbildung. Die Verkrampfung der Sprechmotorik kann zu beruflicher Beeinträchtigung führen. Mit interdisziplinärer Behandlung (z.B. Schienentherapie und zahnärztlicher Restauration und MFT) lässt sich oft ohne logopädische Behandlung das Sprechproblem lösen, wenn früher eine korrekte Artikulation vorlag. Funktionsstörungen des Kauorgans können über Jahre latent vorhanden sein, durch Distress und durch psychische, hormonale oder metabolische Faktoren klinisch auffällig werden. Knirschen, Kiefergelenksgeräusche, Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers, Ohr- oder Kopfschmerzen, Zungenbrennen, Zungenpressen, Geschmackseinschränkungen oder Trockenheit im Mund verlangen eine fachärztliche Diagnose und Behandlung. Hier kann in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten und Orthopäden die Fehlhaltung von der Wirbelsäule her behandelt werden. Die multifokale Erkrankung erfordert auch einen multifokalen Ansatz, zu dem die MFT unter fachärztlicher Anleitung gehört. Ihre Wirkung erzielt die MFT bei Erwachsenen v.a. auch durch die Möglichkeit, selbst etwas in den Gewohnheiten zu verändern, durch die Eigenaktivität zum Erfolg beizutragen. Die Beratung fördert hier Entspannung und Problemmanagement. Gerade Erwachsenen gelingt überraschend schnell eine Umstellung ihrer Gewohnheiten aufgrund ihrer hohen Motivation und ihres Problemverständnisses. Auch im höheren Alter können Reflexe geändert werden, wenn sie den physiologischen Bedingungen des Körpers entsprechen.

Die jahrelange, oft lebenslange Begleitung des Klienten und seiner Angehörigen in der Rehabilitation durch Logopäden/Sprachheilpädagogen hat sich in den letzten Jahren aufgrund des medizinischen Fortschritts vertieft. Schluckstörungen von Neugeborenen (infantile Hirnschädigung) infolge prä-, peri- und postnataler Schädigung, Sondierung von Frühgeburten, orofaziale Dysfunktionen im Rahmen von Syndromen (LKGS, Pierre-Robin-S., MD) gehören heute zu seinem Arbeitsbereich ebenso wie Schluckstörungen infolge von Schlaganfällen, Unfallfolgen oder orofazialen Tumoren.

interdisziplinäre Behandlung

multifokaler Ansatz

Alle myofunktionellen Maßnahmen, die den Mundschluss und die Speichelflusskontrolle verbessern, die die mimischen Qualitäten zur Kommunikation fördern, die die Nahrungsaufnahme erleichtern, die also langfristig die Lebensqualität verbessern, können Baustein anderer Konzepte sein zur Harmonie im Mundraum und zum Wohlbefinden – als Gesundheitserziehung im eigentlichen Sinne.