



Orofaziale Dyskinesien und myofunktionelle Therapie aus ganzheit- licher Sicht

– eine interdisziplinäre
Herausforderung

von Susanne Codoni

Bild: Rudolf Blum, Zollikerberg - www.visipix.com

Der Einfluss von orofazialen Dyskinesien auf die Entstehung und den Ausprägungsgrad von Dysgnathien wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten bestätigt. Allerdings scheinen diese Erkenntnisse nur wenig Einfluss auf gesundheitspolitische Weichenstellungen für kieferorthopädische Präventionskonzepte, in der Behandlung beim Erwachsenen und in der Prothetik zu haben. Im Gegensatz zur kariespräventiven Prophylaxe spielen die kieferorthopädische Frühbehandlung wie auch die myofunktionelle Therapie (MFT) noch immer eine untergeordnete und kontrovers diskutierte Rolle in der Zahnmedizin.

Voraussetzung für den Behandlungserfolg bei orofazialen Dyskinesien in jeder Altersgruppe ist eine interdisziplinäre Diagnostik, die sorgfältige Indikationsstellung, die gegenseitige Absprache der beteiligten Disziplinen und die qualifizierte Durchführung dieser Therapien. Sie können das Fortschreiten von Fehlentwicklungen der oralen Strukturen verhindern. Entsprechend wichtig ist daher die Aufklärung der erwachsenen Patienten sowie der Eltern betroffener Kinder. Allgemeinpraktiker, Kinderärzte, Zahnärzte, HNO-Ärzte, Therapeuten, Fachleute im pädago-

gischen Sektor sollten sensibilisiert und geschult werden, Dysfunktionen und Dyskinesien im orofazialen Bereich rechtzeitig zu erkennen und als Schaltstelle notwendige Maßnahmen veranlassen.

Denn, was im frühen Kindesalter noch niedlich aussieht und niedlich klingen kann: die Zahnücke zwischen den oberen und unteren Schneidezähnen mit der beim Sprechen vorschießenden kleinen Zunge („Lispeln“) entpuppt sich später als behandlungsbedürftiger Fall mit Bezeichnungen wie Zahnfehlstellung, Zungenvorschub beim Schlu-

cken, habituelle Mundoffenhaltung, Sprechstörung oder Tonsillenhypertrophie. Kinder mit solchen Diagnosen atmen geräuschvoll durch den Mund, die Lippen sind etwas dicklich und spröde, gelegentlich tropft ihnen Speichel aus dem Mund. Der Gesichtsausdruck wirkt seltsam schlaff, die Schultern hängen, die Kinder gehen instabil, schlurfend und ohne Abrollbewegung des Fußes. Sie wirken insgesamt hypoton und antriebsarm. Häufig von Erkältungen geplagt, werden sie wegen ihres gesamten Erscheinungsbildes oft und zu Unrecht für „schwer von



Abb. 1 und 2:
F. Sch., 11 Jahre. Beide Aufnahmen sind innerhalb einer Viertelstunde entstanden

Abb. 1: spontan: orofaziale myogene Insuffizienz, Schulter kippt nach vorne

Abb. 2: kontrolliert/bewusst

Begriff“ gehalten. Eine schwierige Situation bei der Stress vorprogrammiert ist... Doch wo liegen die Ursachen? (1). (Abb. 1 und 2)

Primäre Prävention – Informationsdefizite beheben

Fachlich ist unumstritten, dass Kinder nach einer sechsmonatigen Stillphase mit Löffel und Trinkflasche zugefüttert werden können und in der Regel weder Schnuller noch Nuckelflasche benötigen. Das Baby kommt mit einem großen Saugbedürfnis zur Welt und will diesen Trieb ausgiebig befriedigen, am besten an der Brust der Mutter. Damit trainiert es gleichzeitig die Muskeln, die ihm später zu einer korrekten Aussprache verhelfen – eine Begleiterscheinung, die zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Saugen und Schlucken

Beim Saugen an der Mutterbrust drückt die Zunge die Brustwarze gegen den Gaumen und die Milch wird durch „Melkbewegungen“ nach hinten zum Rachen transportiert und dann geschluckt. Auch in Ruhephasen drückt die Zunge des Kindes an den Gaumen: Durch den „Melkdruck“ während des Saugens und den „Ruhedruck“ kann der Gaumen in die Breite wachsen. Das schafft Platz für die Zähne.

Beim Saugen an Schnuller und/oder Nuckelflasche – häufig mit vergrößertem Saugerloch – fließt die Nahrung ohne große Melk- und Druckbewegung nach hinten. Die Zunge bewegt sich nicht ausreichend; durch die Verwendung eines Schnullers – der Ruhe wegen – wird

sie zusätzlich nach unten gedrückt. Damit fehlt dem Gaumen der erforderliche Wachstumsreiz in die Breite. Es entwickelt sich ein hoher und schmaler Gaumen, der zu wenig Platz für die Zähne lässt.

Die Lippen sind in ein sehr komplexes Muskelkettensystem rund um den Mund eingebettet. Durch Schnuller oder den Daumen werden diese orofazialen Muskeln wenig trainiert; sie bleiben inaktiv und schlaff. Folgeerscheinungen sind eine permanente leichte Mundoffenhaltung mit trockenen und spröden Lippen oder erhöhter Speichelfluss mit ständig feuchten Lippen. Die Bewegungen der Zunge beim Schlucken geschehen unbewusst automatisiert. Dabei sind sehr viele Nerven und Muskelsysteme beteiligt, d. h., das System ist komplex und daher störanfällig. Allein für das Schlucken von Speichel bewegt sich die Zunge in einer automatisierten „Arbeit“ durchschnittlich zweimal pro Minute mit durchschnittlich 1,5 kg Druck pro Schluckakt aus. Im Normalfall drückt sich die Zunge mit ihrem „Transportgut“ (Speisen, Getränke, Speichel) an den Gaumen und die Schluckbewegung erfolgt von vorne nach hinten.

Habits wie Saugen am Schnuller oder Lutschen am Daumen begünstigen eine Vorwärtsbewegung der Zunge beim Schlucken und verstärken damit das infantile Schluckmuster. Es ist auch bekannt, dass eine an das Gaumendach anlagernde Zunge den Gaumen natürlich weitert und die Entwicklung des Mittelgesichtes fördert. Das infantile Schluckmuster mit dem Vorschieben (Abb. 3) der Zunge wird in der Regel beim Durchbruch der Milchmolaren durch das somatische Schluckmuster abgelöst. Die Zunge rollt dann am Gaumen nach hinten oben ab. Dieser Prozess sollte mit etwa vier Jahren abgeschlossen sein. Die Druckpunkte der Zunge beim Schlucken sind identisch mit denen der Lautbildung. So verwundert es nicht, dass bei länger dauerndem infantilem Schluckmuster die Zähne durch das Schlucken nach vorne geschoben werden, dass sich infolge dessen der Biss beim Lutschen öffnet oder dass Laute und Lautverbindungen fehlerhaft ausgesprochen werden.

Oft bemerken die Eltern diese Zahnfehlstellung und suchen den Zahnarzt auf. Das Umsetzen des gut gemeinten zahnärztlichen Rates, dem Kind schnellstmöglich das Lut-

Abb. 3:
Zungenvorschub beim Schlucken bei einem 8,5 Jahre alten Mädchen



schen abzugewöhnen, gestaltet sich allerdings häufig schwierig. Spätestens dann sind die Eltern dankbar, wenn der Zahnarzt ihnen MFT-Therapeuten nennen kann, die mit einem Antilutschprogramm kompetent beim Abgewöhnen helfen und anschließend ein normales Schluckmuster trainieren.

Auswirkungen der Primärfunktionen auf die Sprache und das Sprechen

Beobachtungen aus der täglichen Praxis zeigen, dass bei der Mehrheit der sprachbehinderten Kinder Dysfunktionen oraler Muskeln zu beobachten sind. Es ist anzunehmen, dass in einer Vielzahl der Fälle weitere Körperdysharmonien oder -dysfunktionen wahrzunehmen sind. Funktionell bedingte Artikulationsstörungen werden oft von unruhigen Mitbewegungen des ganzen Körpers begleitet. In der Regel stehen die Kinder auf den Zehenspitzen und nur selten haben sie einen stabilen Fuß-Kontakt auf dem Boden mit korrekten Abrollbewegungen des Fußes. (1)

Die Ausbildung des reifen Schluckmusters findet in etwa zeitgleich mit dem Abschluss des Lauterwerbes statt. Wird dies durch ein Hindernis gestört, können u. a. orofaziale Dyskinesien, Sprechstörungen, habituell offene Mundhaltung, vermehrter Speichelfluss, erhöhte Infektanfälligkeit, Zahnstellungs- und Haltungsauffälligkeiten entstehen. Bei den Sprechstörungen werden vor allem die S-/SCH-/Z-Laute (Lispeln) sowie N/D/T/L fehlerhaft gesprochen. Daumenlutscher und/oder Schnullerkindern mit schlaffen, inaktiven Muskeln weisen meist ein falsches orales Schluckmuster auf. Diese Gewohnheiten sind zwar sehr hartnäckig, jedoch vergleichsweise harmlos – ganz anders als abnorme und willkürliche Bewegungen mentalen oder psychogenen Ursprungs oder epileptogene Bewegungsphänomene. Zunächst muss also herausgearbeitet werden, ob ein „Habit“ tatsächlich eine pädagogisch abstellbare „schlechte Gewohnheit“ ist (2). Handelt es sich

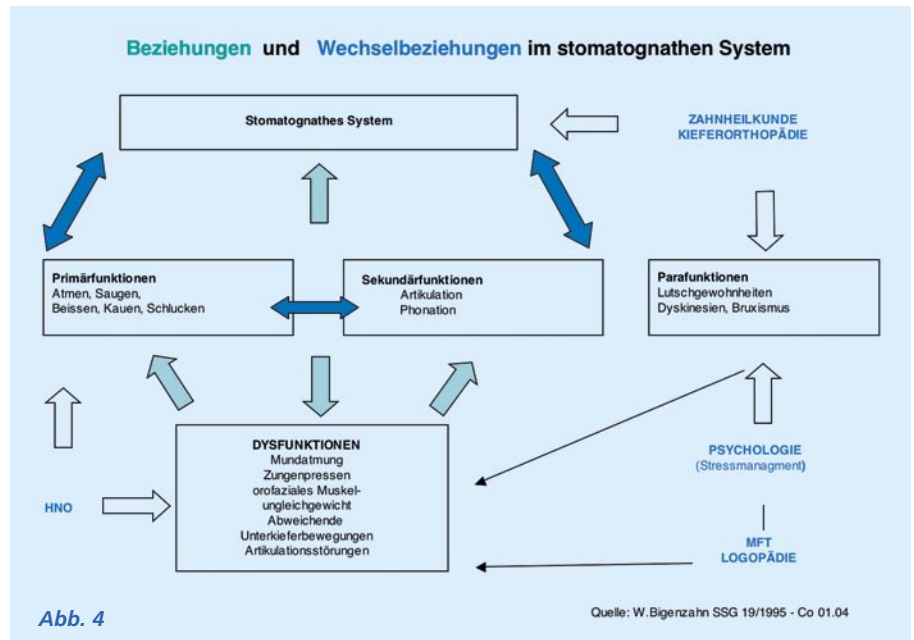


Abb. 4

„nur“ um ein Habit, benötigen Kind und Eltern häufig externe Unterstützung beim Abgewöhnen. Diese Aufgaben können auch in MFT weitergebildete Praxismitarbeiterinnen unter Supervision übernehmen. Wesentlich ist dabei, dass die Behandlungs- und Arbeitsfelder klar zu definieren und einzugrenzen sind.

Sprechen und Bewegung

Sensorische und motorische Mechanismen sind für die reibungslose Abfolge von differenzierten Bewegungsabläufen wie Saugen, Beißen, Schlucken, Kauen, Bewegen als Primärfunktionen und Sprechen als sekundär zu erlernende Funktion zuständig. Sprache, Sprechen und Bewegung sind eine untrennbare Einheit. Sprechen hat viel mit Bewegung, mit sehr differenziert ablaufenden Bewegungen und Bewe-

gungsmustern zu tun. Fachkreise betrachten das orofaziale System inzwischen als funktionelle und sensomotorische Einheit. Bigenzahn (3) erklärt anhand der Beziehungen und Wechselbeziehungen im stomatognathen System die Komplexität des Geschehens.

Das ursprünglich von J. Brodie entwickelte, durch R. Castillo-Morales/J. Brondo erweiterte und von S. Codoni (1993, 1) modifizierte Modell stellt die Zusammenhänge zwischen Form und Funktion bezogen auf den ganzen Körper dar. Es verdeutlicht, dass z. B. Fehlstellungen der Zahnreihen oder des Beckens den ganzen Menschen in seiner Funktionstüchtigkeit beeinflussen können. In ähnlicher Weise argumentieren Peres & Peres: „...Die Erkenntnisse über die Verbindungen der entsprechenden Teilbereiche führte zur Anwendung einer strukturell-funktionellen Untersuchung des Kauapparates, der Wirbelsäule als Ganzes, des Schultergürtels, des Beckengurts und der Statik (Abweichung der Ebenen) ... (4, 22)“. Codoni (5) zeigt die Myofunktionelle Therapie als Verbindung zwischen der Primär- zur Sekundärfunktion auf (Abb. 5).

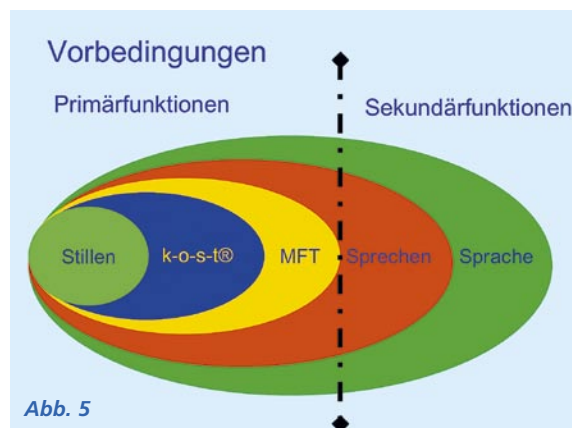


Abb. 5

Treten deutliche Dysbalancen im Körpersystem auf, müssen diese zuerst harmonisiert bzw. tonisiert werden: Zusammen mit Stimulationen, verstanden als den Körpertonus stimulierende Berührungen, und eingebettet in die Sprach- und Sprechentwicklung wird die MFT eine wichtige Förderungsmöglichkeit bereits im frühen Kindesalter. Auf dieser Basis wurde die Methode k-o-s-t® (körperorientierte Sprachtherapie nach S. Codoni) entwickelt, eine eigenständige Basistherapie vorgängig jeglicher logopädischer Therapie. Sie nutzt vorhandene Ressourcen, um strukturelle, chemische, emotionale oder energetische Disharmonien auszugleichen.

Orofaziale Dyskinesien sind altersunabhängig

Die komplexen Funktionen und differenzierten Leistungen fordern in der wissenschaftlichen Forschung, in der Diagnose und Therapie alle Heilberufe rund um den Mund heraus. Der Zahnarzt hat hierbei eine Schlüsselfunktion.

Orale Fehlfunktionen beeinflussen nicht nur die Zahnstellung, sie haben auch Auswirkungen auf Sprechen, Atmung, Schlucken und Körperhaltung. Vorrangig ist nach V. Hahn (6) „die Kenntnis über die normale Reifung der Mundfunktionen“ mit richtigem Saugen, dem physiologischen Schlucken, dem zeitgemäßen Abbau früher Reflexe, dem Wachstum der Zähne, kräfti-

gem Kauen und gesunder Nasenatmung.

Orofaziale Dysfunktionen tragen im Kindesalter häufig zur Entstehung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckanomalitäten und unerwünschten okklusalen Verhältnissen bei, oder sind gar der verursachende Faktor. Auslöser sind nach V. Hahn (6) meist nicht neurologische Schädigungen, sondern allgemeine Reifungsdefizite oder Entwicklungsrückstände. So handelt es sich eher um Fehlsteuerungen der Primärfunktionen oder des perioralen und intraoralen Muskelgleichgewichtes.

Muskelinsuffizienzen im Gesichtsbereich zeigen (in allen Altersklassen) Auswirkungen nicht nur auf die gesamte Körperstatik, sondern sekundär auch auf die Konzentration und das Lern-/und Arbeitsverhalten. Nicht zuletzt können sie für die Betroffenen selbst zu einem ästhetischen Problem werden, das die persönliche Befindlichkeit erheblich beeinträchtigt.

Überlegungen, die orofaziale Muskulatur durch gymnastische Übungen zu normalisieren, wurden von Rogers bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts angestellt. Auch Vertreter der Funktionstherapie (Andresen und Häupl, Balters, Fränkel u. a.) hoben die Bedeutung begleitender myofunktioneller Übungen im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie hervor (7).

Es wäre wünschenswert, dass jeder Zahnarzt orofaziale Dyskinesien

erkennt und zum optimalen Zeitpunkt therapiert bzw. an einen MFT-Therapeuten überweist oder durch speziell zur Behandlung von MFT ausgebildete Zahnarztassistentinnen behandeln lässt.

Der erwachsene Patient

Dank der Aufmerksamkeit vieler Zahnärzte werden erwachsene Patienten zunehmend erfasst. Wie sich in der täglichen Praxis zeigt, sind deren myofunktionellen Probleme in vielen Fällen vergesellschaftet mit einem leichten (und diskreten) Lispeln, mit Habits wie Räuspern, Globusgefühl und „Enge“ im Hals, mit funktionell bedingten Stimmstörungen, mit steifem Hals, Hochatmung oder sie treten in Verbindung mit Verspannungsschmerzen (Rücken- und/oder Kopfschmerzen) auf, die gelegentlich nach zahnärztlichen Behandlungen aktiviert werden können. Beispielsweise durch minimale Veränderung der Form wie Extraktionen, Brücken, Kronen, etc.. Anamnestisch wird in der Regel bestätigt, dass sich die Zähne nach einer Zahnstellungskorrektur Kindes-/Jugendalter wieder in die alte Richtung bewegt zu haben, wenn Habits und Dyskinesien bestehen bleiben.

Hervorzuheben ist die Gruppe der Alterspatienten (Abb. 6, 7), die vermutlich wegen Erschlaffen der Muskulatur den Speichelfluss weniger kontrollieren können und myofunktionelle Probleme wie z. B. einen



Abb. 6:
ballovent® mit Ventil Nr. 5
z. B. zum Trainieren der Lippenmuskulatur zur Verbesserung der Speichelkontrolle und Atmung.
Dieses Ventil wird eingesetzt zur visuellen Kontrolle des Speichels
Norm: Ventil „nur“ beslagene Trainingsindikation: Ventil durchzogen mit Speichelfäden hypotone Lippenmuskulatur, verkürzte Oberlippe

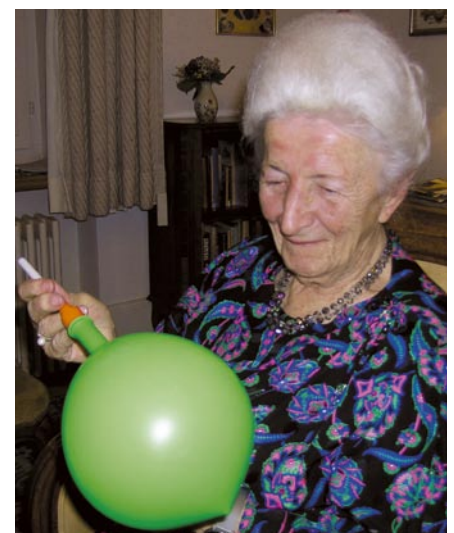


Abb. 7:
ballovent® mit Ventil Nr. 2: zylindrisches Mundstück mit Tellerventil, Aufsatzröhrchen – Trainingsindikation: kommt zum Einsatz, wenn der Patient Mühe hat beim Aufblasen mit dem normalen Ventil und zur Verstärkung des bisherigen Trainings der Lippenmuskulatur.

Zungenvorstoß, Zungenpressen produzieren.

Über die Erfahrungen in der Anwendung der myofunktionellen Therapie als unterstützende Maßnahme in der gesichts- und kieferchirurgischen Vor- und Nachsorge (8) ist noch wenig bekannt. Gemeinsam behandeln wir Patienten der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinik für wiederherstellende Chirurgie der Universität Basel im Universitätsspital Basel und in verschiedenen klinischen Studien werden derzeit die Möglichkeiten und Grenzen eruiert (Abb. 8, 9).

Der ganzheitliche Approach in Prävention, Prophylaxe, Spätbehandlung

Peres & Peres weisen auf die mögliche Verbindung zwischen Mundfehlhaltung und Körperhaltung hin und betonen die Wichtigkeit der ganzheitlichen Betrachtungsweise (4). Citron (9) äußert dazu folgende Gedanken: „Unser Körper in seiner Ganzheit ist der Ort der Befindlichkeit, Gestimmtheit, Gebärden und Gedanken. Er ist der Mittelpunkt unseres subjektiven Erlebens und Orientierungspunkt unserer Wahrnehmung“. Sie fährt fort: „...unsere körperliche Geschichte nimmt Einfluss auf unsere Wahlmöglichkeiten, auf das, wonach wir suchen, welche Erfahrungen uns berühren (...) sie wirkt beständig auf die physiologischen und chemischen Prozesse unseres Organismus“.

Sprach- oder Sprechstörungen werden über das artikulatorische Phänomen hinaus am ganzen Körper sichtbar: Menschen, die im Becken- und Flankenbereich zusammenfallen, kollabieren auch im oberen Bereich und der Mund öffnet sich. Meist geht dies mit der Retroflexion des Kopfes, dem Abknicken des Halses und einer Veränderung der Atlasposition einher. Das hat wiederum das Absinken von Zungenbein und Zunge, eine Beeinflussung der Pharynxgröße, die Mundatmung, die Rückverlagerung des Unterkiefers und schließlich eine Verkümmern der Sprach- und Lautbildung zur Folge. (Abb. 10). Da orofaziale

MFT und Craniosacraltherapie als funktionelle Unterstützung



Abb. 8: Bild links: Februar 2004 – inkompetenter Lippenschluss und eingeschränkte Lippenbeweglichkeit nach kieferchirurgischem Eingriff

Abb. 9: Bild rechts: Juli 2004 – nach Entfernung von Implantaten und intensivem Training: locker geschlossene Lippen, Hyposensibilität der Lippen rückläufig

Störungen häufig von Haltungsauffälligkeiten begleitet werden, ist bei einer Abklärung der orthopädische Aspekt nicht zu vernachlässigen, genau so wie der HNO-Arzt bei gehäuft auftretenden Infekten der oberen Luftwege und eingeschränkter Nasendurchlässigkeit beim Atmen hinzugezogen werden sollte. In diese ganzheitliche Richtung zielen auch Peres & Peres (4,22) „... Fälle behandeln, die eine direkte Verbindung von Körperhaltung und Mundfehlhaltungen aufweisen, ist die Integration der verschiedenen Ansätze (des Arztes, der Logopädie, der Psychologie, der Physiotherapie grundlegend für die Heilung des Patienten“.

Ob bei Erwachsenen, Jugendlichen oder bei Kindern – bei deutlichen Dysbalancen im Körpersystem müssen zuerst diese harmonisiert werden. Nach dem Abstellen von Habits und erfolgter Körperaufrichtung kann eine funktionelle Therapie wie z. B. die Myofunktionelle Therapie (MFT) das Muskelgleichgewicht im orofazialen Bereich sowie ein korrektes Schluckmuster herstellen und somit die Zähne von unerwünschtem Druck entlasten. Damit wird die Basis für eine erfolgreiche

zahnärztliche, kieferorthopädische oder logopädische Intervention hergestellt. Lippenschluss und Nasenatmung reduzieren zudem die Infektanfälligkeit der oberen Luftwege. Auch wenn die heute weit verbreiteten ganzheitlichen Therapiekonzepte von schulmedizinischer und wissenschaftlicher Seite manchmal in Frage gestellt werden, so erweisen sich in der täglichen Praxis dennoch häufig als motivierend, wohltuend und wirksam.

Folgt man der Ansicht von A. T. Still, dem Begründer der Osteopathie, so ist davon auszugehen, dass der menschliche Organismus eine konstante Wechselwirkung mit seiner Umgebung entwickelt: Der gesamte Körper zeigt sich als funktionelle Einheit.

Wie die einzelnen Rädchen eines Uhrwerkes zusammenarbeiten, so beeinflussen sich auch die einzelnen Teile des Organismus gegenseitig. Aus diesem Grund sind Sprache und Bewegung untrennbar miteinander verbunden; aus diesem Grund sollte auch die Behandlung eines der beiden Bereiche immer im Zusammenhang mit dem anderen gesehen werden.



Abb. 10



Abb. 11:
Haltung / Habit:
Kopf nach links gekippt,
Schulterhochstand,
Beckenschiefstand – Spannung
im rechten Kiefergelenk

Saugen, Schlucken als Primärfunktionen beeinflussen die Entwicklung der Sekundärfunktionen, wie z. B. Sprechen, Stimmgebung erheblich. (Abb. 12). Orofaciale Dysfunktionen mit ihren vielfältigen Erscheinungsbildern, Infekte der oberen Luftwege, Zahnfehlstellungen sowie HNO-Problemen bilden ein großes Klientel in der logopädischen Praxis, wobei sich Sprech- und Stimmstörungen (als Sekundärfunktionen) häufig nur als Spitze des Eisberges einer komplexen Problematik entpuppen.

Die Anwendung der MFT ist vor allem im Kindes- und Jugendlichenalter verbreitet, bekannt und akzeptiert. Es gibt auch viele Kinder, die lange genuckelt haben und deren Zähne und Sprechweise keinerlei Auffälligkeiten zeigen.

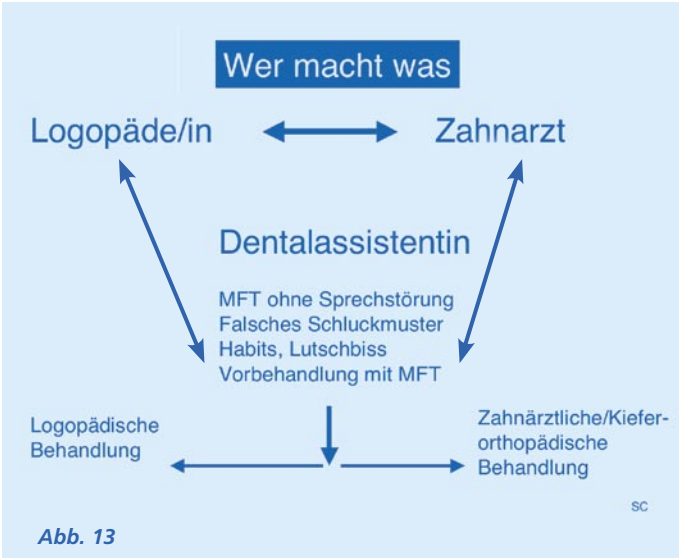
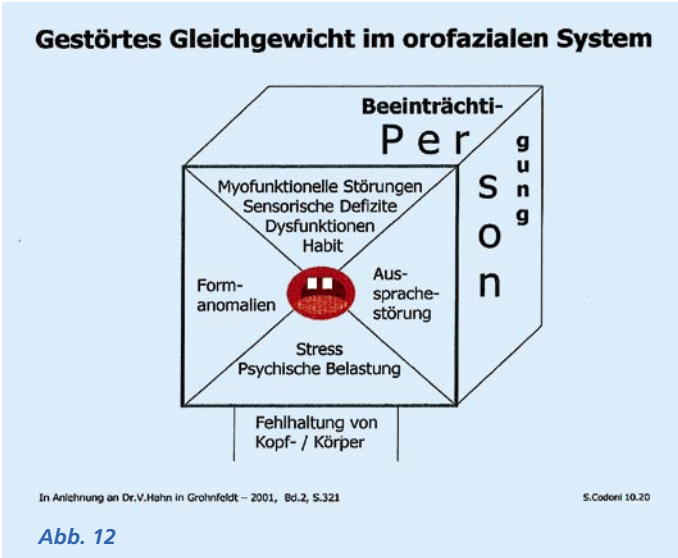
Im Erwachsenenalter manifestieren sich myofunktionelle Probleme meist komplexer. Oft liegen zusätzlich festgefahrene Bewegungsmuster, arbeits- oder stressbedingte Verspannungen im ganzen Körper, Kopfschmerzen, verspannte Kiefer, dazu – und in vielen Fällen liegt den Dyskinesien, Gesichtsschmerzen u. Ä. auch ein falsches Schluckmuster zugrunde.

Habits wie Lutschen in verschiedenen Ausprägungen als Beispiele im Kindesalter und Zungen-gewohnheiten, Lippensauggeräusche, Räuspern etc. im Erwachsenenalter sind in häufig (Mit-)Verursacher von myofunktionellen

Fazit

Fehlstellungen der Zahnreihen (oder auch des Beckens), können den Menschen in seiner gesamten körperlichen Funktionstüchtigkeit beeinflussen. Diagnostik auf interdisziplinärer Ebene wird zur unabdingbaren Voraussetzung; erforderlich ist die fächerübergreifende Zusam-

menarbeit zwischen Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Logopädie, HNO/Phoniatrie, Zahnheilkunde, Kieferorthopädie, Orthopädie und Physiotherapie. Nur so können diese Krankheitsbilder vollständig erfasst und langfristig wirksame Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden.



Störungen, Sprech- und Stimmstörungen sowie Dysgnathien. Sie lassen sich mit geeigneten pädagogischen Maßnahmen beheben. Dies sollte unbedingt *vor* Beginn einer logopädischen oder zahnärztlichen Intervention geschehen.

Wenn die Leistung der myofunktionellen Therapie in der eigenen zahnärztlichen Praxis von einer entsprechend ausgebildeten Praxismitarbeiterin angeboten wird, ist dies neben dem (eher geringen) wirtschaftlichen Gewinn, ein Service, der sich schnell herumspricht und entsprechend gesundheitsbewusste Patienten und ihre Familien anzieht. Wesentlich ist dabei die transparente Aufgabenteilung und das Bestimmen der Verantwortlichkeiten: die Zahnarztpraxis als Schaltzentrale für ganzheitliche interdisziplinäre Zusammenarbeit (Abb. 13).

Literaturverzeichnis

1. Codoni, S.: Von Lispeln, Lutschzweigen und dem aufrechten Gang, päd. praxis 65, 15-24 7 2004, Hans Marseille Verlag München
2. Kaufmann, M.: Dyskinesien aus neuropädiatrischer Sicht in Habits. 53-55, (Hg Codoni: Schriftreihe des Arbeitskreises für myofunktionelle Therapie, Basel 2000: 53-55.
3. Bigenzahn, W.: Myofunktionelle Störungen der Orofazialregion, klinische Symptome und ätiologische Faktoren. SSG 1995, 3/19: 114.
4. Peres A.C. & Peres R. L.: Kiefer- und Körperhaltung – Wie und warum Haltung und Bewegung auch durch Zähne und Bisslage beeinflusst werden, GZM Netzwerkjournal Praxis und Wissenschaft 9. Jg. 3/2004 18-22
5. Codoni, S.: ergänzende Ansätze zur myofunktionellen Therapie. SSG 1997, 4/21: 192-199.



Susanne Codoni

Dipl. Schwerhörigen- und Gehörlosenlehrerin, Logopädin, MFT- und Craniosacral-Therapeutin, NLP Trainer (body work, health, special education).

Geschäftsführerin der Deutschen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde (DGSS). Therapie, Entwicklung (Ballovent®, k-o-s-t®), Lehrtätigkeit.

25 Jahre Engagement für eine ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung von Stimm-, Sprach-, Redefluss-, Sprech-, Schluck- und Lernstörungen.

Praxis für Logopädie, Langmattweg 1, CH-4123 Allschwil, Tel: ++41 481 81 24 54, www.scodoni.ch

6. Hahn, V.: Ein Beitrag zur kieferorthopädischen Prophylaxe – Prävention und Frühbehandlung orofazialer Dyskinesien. GZM Praxis und Wissenschaft 2002, 7: 16-20.
7. Kreisel, B.: Myofunktionelle Therapie. Dentalworld 2004, 13/14: 28-29
8. Schwenzer, K., Codoni, S., Stübinger, S., Jundt, G., Zeilhofer, H. F.: Komplikation und orofaziale Rehabilitation nach Insertion alloplastischer Kieferwinkel-Augmentate – ein Fallbericht – Journal Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW), Nr. 30/September 2004, 19-23
9. Citron, I.: Kinästhetisch handeln in der Pflege. Entdecken – Verstehen – Erleben. Stuttgart: Thieme, 1998: 20. □

MFT für Zahnarztpraxen und zahnärztliches Personal – Grundkurs (3 Module)

Kursleitung:	S. Codoni, Logopädin, zert. MF-Therapeutin, Ausbilderin Allschwil/BL		
Kursort:	Josefsklinik, Bundesstrasse 1, 4054 Basel Tramhaltestelle Schützenhaus Nr. 1 oder 8		
Daten:	13. 01. 05 bis 15. 01. 05	17. 03. 05 bis 19. 03. 05	17. 06. 05 bis 18. 06. 05
	Die Inhalte der einzelnen Module erscheinen auf der homepage: www.scodoni.ch		
Kurssekretariat:	A. Schneider, Kugelweg 20, 4222 Zwingen Tel.: 00 41 61 / 761 75 81 · buero.schneider@bluewin.ch		