Manual

Einführung ..... Seite 1

I. Diagnostik und Anamneseerhebung ..... Seite 1

II. Allgemeines ..... Seite 2

III. Therapie

1. Benötigtes Material ..... Seite 2
2. Korrekte Zungenruhelage ..... Seite 2
3. Die Übungen ..... Seite 3
4. Häusliches Üben ..... Seite 4
5. Dyslaliebehandlung ..... Seite 4

IV. Therapie in verschiedenen Altersgruppen ..... Seite 4

1. Therapie von Vorschulkindern und SchulanfängerInnen ..... Seite 4
2. Therapie von älteren Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen Seite 5

V. Therapieabschluss und Kontrolltermine ..... Seite 5

VI. Dank ..... Seite 5

Einführung

MÜM wurde entwickelt, um die Behandlung orofazialer Myofunktionsstörungen vom Vorschul- bis zum Erwachsenenalter mit durchstrukturiertem, anschaulichen Material umfassend gestalten zu können.

Ansprechende Bilder und genaue Übungserklärungen machen es i.d.R. überflüssig, aus verschiedenen Büchern, Unterlagen und Spielen geeignete Bilder und Texte selbst zusammenstellen zu müssen. Sie erleichtern die therapeutische Arbeit und sind eine wertvolle Hilfe beim häuslichen Üben.

MÜM kann in Einzel- und Gruppenbehandlungen eingesetzt werden.

Möglich ist sowohl die Verwendung der Übungen als Programm zur Erarbeitung von korrekter Ruhelage der Zunge, physiologischem Mundschluss und automatisiertem korrekten Schluckmuster, als auch die Verwendung einzelner Übungen als myofunktionell orientierte Vorübungen oder begleitende Übungen in der Dyslalietherapie.

TherapeutInnen, die myofunktionelle Behandlungen durchführen, sollten über gute Kenntnisse der orofazialen Muskulatur und des physiologischen Schluckaktes mit seinen vier Phasen verfügen. In der Fachliteratur finden sich ergänzend zum vorliegenden Material zahlreiche Publikationen, die sowohl das entsprechende theoretische Wissen vermitteln, als auch Anregungen für die Praxis zu den Themen Habit-Abbau, Einhaltung der physiologischen Zungenruhelage, Übungsaufbau, Spielideen, Motivation, Automatisierung des korrekten Schluckmusters und dessen Transfer in den Alltag sowie zur Dyslalietherapie bieten.

I. Diagnostik und Anamneseerhebung

Für die Diagnostik und die Anamneseerhebung liegt ein zweiseitiger Bogen vor (MÜM-KV1), der praxisorientiert und strukturiert ist. Er erlaubt eine leichte Handhabung, da vielfach nur noch das Zutreffende anzustreichen ist.

Für eine erfolgreiche Therapie ist es sehr wichtig, dass die PatientInnen (und ggf. deren Eltern) genau über die Ursachen, Zusammenhänge, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten von Störungen der orofazialen Myofunktion informiert sind. Eine erste Gelegenheit, diese Informationen zu geben, bietet die

Erläuterung der Anamnesefragen (z.B. Zusammenhang zwischen vergrößerten Adenoiden und fehlendem Lippenschluss) und der einzelnen Schritte bei der Befunderhebung (z.B. mögliche Auswirkungen eines pathologischen Schluckmusters auf die Zahnstellung).

Einige Informationen für die Befunderhebung erhält man schon durch Beobachtung (Ruhestellung und Ansicht der Lippen, Mimik, Haltung usw.). Die Ruhelage der Zunge ist bei fehlendem Mundschluss eventuell zu sehen, ansonsten wird sie erfragt. Allerdings können viele PatientInnen ihre Zungenruhelage nicht oder nicht korrekt beschreiben und benötigen dafür Hilfestellungen. Nach orthopädischen Befunden wird gefragt, um organisch bedingte Haltungsauffälligkeiten von anderen zu unterscheiden.

Weiteres kann man sich zeigen lassen (Lippen- und Zungenbändchen, Velum, Tonsillen, Zähne, Gaumen usw.).

Ausprobiert wird, ob die korrekte Zungenruhelage eingenommen und eingehalten werden kann, ob sich das Velum symmetrisch hebt („a" sagen lassen), ob ein velopharyngealer Abschluss erreicht wird (bei geschlossenen Lippen Wangen aufblasen lassen), wie gekaut wird (mit Nahrung oder als „Kaupantomime") und wie geschluckt wird (z.B. mit Nahrung oder „Trockenschlucken", ggf. Wangenhalter verwenden). Darüber hinaus erfolgt eine Überprüfung der Artikulation.

II. Allgemeines

Organisch bedingte Einschränkungen der Nasenatmung sollten möglichst vor Behandlungsbeginn behoben werden. Ein Wechselgebiss ist jedoch kein Therapiehindernis. Äußerst wichtig für den dauerhaften Therapieerfolg ist der Abbau von Habits wie Lutschen, Nägelkauen usw.

Wenn die PatientInnen ein kieferorthopädisches Gerät tragen, wird je nach dessen Art und Auswirkung (z.B. ob das Einnehmen der korrekten Zungenruhelage und das Ansaugen der Zunge möglich sind) entschieden, ob eine Behandlung parallel dazu oder ggf. modifiziert durchgeführt werden kann.

Ganzkörperliche Aspekte wie Atmung, grob- und feinmotorische Koordination, Haltung und Tonus werden berücksichtigt und ggf. gefördert. Gleiches gilt für die taktil-kinästhetische (z.B. orale Stereognose), auditive und visuelle Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfähigkeit.

Daher sind die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch mit überweisenden ÄrztInnen (Pädiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kieferorthopädie etc.) und ggf. anderen TherapeutInnen wichtig.

III. Therapie

1. Benötigtes Material

- Spiegel
- Holzspatel
- Korken
- dünner Gummitrinkschlauch
- Myo-Gummiringe
- Nahrung (verschiedene Konsistenzen, z.B. Salzstangen, Joghurt)
- Getränke

2. Korrekte Zungeruhelage

Ausgangspunkt der Behandlung und Gegenstand jeder Sitzung ist die korrekte Zungenruhelage. Diese wird in der ersten Stunde ausführlich anhand des Arbeitsblattes mit der Vorstellungshilfe „Hochbett" erläutert (MÜM-KV2).

In allen Therapiestunden wird das Einnehmen und Einhalten der Ruhelage wiederholt thematisiert und dies möglichst abwechslungsreich gestaltet. Sowohl in den Sitzungen als auch im Alltag gilt es also zum einen, die Dauer der Einhaltung der korrekten Zungenruhelage zu steigern, zum anderen, sie immer wieder einzunehmen (beispielsweise nach dem Sprechen, Husten, Gähnen, usw.). Der Kreativität von TherapeutIn und PatientIn sind hier keine Grenzen gesetzt. Zum Beispiel kann die Dauer der Einhaltung der Ruhelage mit einer Stoppuhr gestoppt, die Häufigkeit in einer Strichliste notiert werden. Außerdem kann die Einhaltung der Ruhelage mit bestimmten Situationen verknüpft werden („Immer, wenn ich … – an einer roten Ampel stehe, … – Roller fahre, … – etwas ausmale", usw.). Das Einnehmen und Einhalten der Ruhelage im Alltag kann entweder zusätzlich im Übungsplan notiert (z.B. als Zahlen für Häufigkeit/Dauer) oder separat dokumentiert werden.

Zu beachten ist, dass das Einnehmen der korrekten Zungenruhelage und der physiologische Mundschluss evtl. erst nach der Durchführung einiger Zungen- bzw. Lippenübungen möglich sind.

3. Die Übungen

Um eine gute Selbstkontrolle zu ermöglichen, werden die Übungen vor einem Spiegel ausgeführt. Dies geschieht **langsam** und genau wie im jeweiligen Text beschrieben. Dabei wird auch auf Haltung, Tonus und Atmung geachtet; Mitbewegungen und Kompensationen werden ggf. abgebaut.

Die Clown- bzw. Mundbilder sind als Kopiervorlagen vorhanden und werden beim Vormachen der Übungen verwendet. Hilfreich kann auch hier das Anbieten von Vorstellungshilfen sein. Die PatientInnen werden nicht nur darüber informiert auf welche Weise die Übungen durchzuführen sind, sondern auch, welchen Zweck sie haben. Die als Kopiervorlagen vorliegenden Bilder dienen der Veranschaulichung. Sie können beispielsweise mit eingehaltener korrekter Zungenruhelage und physiologischem Mundschluss ausgemalt werden. Darüber hinaus lassen sich viele Spiele (Abwürfeln, Angeln, Domino, Lotto, etc.) daraus herstellen.

Dauer und Häufigkeit der Behandlungen werden individuell festgelegt. In der Regel ist eine 45-minütige Sitzung pro Woche ausreichend. Bei Kindern kann die Abwesenheit der Eltern während der Therapie sinnvoll sein, um die Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen zu betonen. In diesem Fall bekommen die Eltern, denen beim häuslichen Üben eine wichtige Rolle zukommt, die Übungen jedoch jeweils am Ende der Stunde genau erklärt. Wenn die PatientInnen diese Erklärungen selbst geben, besteht die Möglichkeit, das Verständnis für das Wie, Was und Warum der Übungen zu überprüfen. Darüber hinaus sind alle Übungen, die mitgegeben werden können, mit einem genauen, erklärenden Text versehen.

Für Vorschulkinder und SchulanfängerInnnen gibt es die Clownübungen bestehend aus 16 Zungen-, 16 Lippen-, 4 Ansaug- und 8 Schluckübungen. Für ältere Schulkinder, Jugendliche und Erwachsene liegen tabellarische Arbeitsblätter und entsprechende Mundbilder vor, die 24 Zungen-, 24 Lippen-, 12 Ansaug- und 12 Schluckübungen umfassen. **Dadurch kommt es zu Unterschieden in der Nummerierung** (bspw. hat die Zungenübung „Zungenspitze an die Oberlippe" bei den Clownübungen die Nummer 8, auf dem tabellarischen Arbeitsblatt und bei den Mundbildern die Nummer 6).

Bebilderte und nummerierte Übersichten über alle 44 Übungen für Vorschulkinder und SchulanfängerInnen (MÜM-KV3) sowie über alle 72 Übungen für ältere Schulkinder, Jugendliche und Erwachsene (MÜM-KV9) ermöglichen es, den Behandlungsverlauf zu protokollieren.

Ziel der Therapie ist <u>nicht</u> die Beherrschung aller Übungen; vielmehr sollen das Einhalten der korrekten Ruhelage der Zunge und des physiologischen Mundschlusses sowie ein korrektes automatisiertes Schluckmuster erarbeitet werden. Daher müssen nicht mit allen PatientInnen alle Übungen durchgeführt werden.

Bei den Schluckübungen mit fester Nahrung wird der Bolus erfahrungsgemäß korrekt gebildet und platziert, dennoch sollte man ihn sich anfangs zeigen lassen. Zum Erreichen der korrekten Bolus-Platzierung kann es hilfreich sein, vor dem Schlucken die Wangen kurz zwischen die Zähne einzusaugen.

Da es sehr wichtig ist, dass das neu erlernte korrekte Schluckmuster automatisiert und in den Alltag transferiert wird, werden die Schluckübungen zunehmend auch bei den normalen Mahlzeiten durchgeführt, bis schließlich das gesamte Essen und Trinken mit dem korrekten Schluckmuster erfolgt. Dies wird im Übungsplan dokumentiert. Es empfiehlt sich, in der Behandlungssitzung mindestens einmal eine komplette Mahlzeit mit Getränk einnehmen zu lassen. Wichtig ist auch die Beobachtung des Nachschluckens und des spontanen Schluckens.

4. Häusliches Üben

Für den Therapieerfolg ist regelmäßiges häusliches Üben (mit Spiegel!) möglichst zu festen Zeiten unverzichtbar. Dies wird in Übungsplänen für 1-mal bzw. 3-mal tägliches Üben dokumentiert. Ältere Schulkinder, Jugendliche und Erwachsene sollten 3-mal täglich üben; bei Vorschulkindern und SchulanfängerInnen ist in der Regel 1-mal tägliches Üben ausreichend. Wie oft und wie lange jeweils geübt werden soll, kann je nach PatientIn entschieden werden. Da Sorgfalt und Effizienz wichtiger als sehr große Häufigkeit und lange Dauer des Übens sind, ist eine genaue Zahlenvorgabe nicht unbedingt erforderlich; in der Regel entwickeln die PatientInnen ein recht gutes Gespür für das erforderliche Ausmaß ihres Übens.

5. Dyslaliebehandlung

Häufig liegen bei PatientInnen mit gestörter orofazialer Myofunktion auch Dyslalien (phonetische Störungen) vor. Fehlbildungen der Laute /l/, /n/, /d/ und /t/ werden oft übersehen oder vernachlässigt. Die Therapie dieser Dyslalien kann jedoch zumeist sehr bald beginnen und bietet die Gelegenheit, die PatientInnen für ihre Artikulation zu sensibilisieren. Wenn die Laute /ʃ/, /ç/, /s/ und /z/ addental, interdental oder auch lateral fehlgebildet werden, kann ebenso versucht werden, schon parallel zur myofunktionellen Therapie mit der Artikulationsbehandlung zu beginnen, da kein zwingender Zusammenhang zwischen myofunktioneller und phonetischer Störung bestehen muss. Im Zuge der Verbesserung der orofazialen Myofunktion kann es auch zu „spontanen“ Verbesserungen der Aussprache kommen.

IV. Therapie in verschiedenen Altersgruppen

1. Therapie von Vorschulkindern und SchulanfängerInnen (MÜM-KV5 bis KV8)

Die Übungen können je nach Entwicklungsstand der PatientInnen ab dem 4. Lebensjahr verwendet werden. Sie umfassen 16 Zungenübungen (MÜM-KV5), 16 Lippenübungen (MÜM-KV6), 4 Ansaugübungen (MÜM-KV7) und 8 Schluckübungen (MÜM-KV8). Zu jeder Übung gibt es ein Clownbild mit erklärendem Text; 4 davon befinden sich jeweils auf einer DIN-A4-Kopiervorlage. In dieser Altersgruppe wird auf den Einsatz von Holzspatel und Myo-Gummiringen verzichtet.

Abhängig vom Schwierigkeitsgrad werden etwa zwei bis vier Übungen (bitte auseinander schneiden!) genau besprochen, ausprobiert und als Hausaufgabe mitgegeben. Damit die Kinder sich leichter an das regelmäßige Üben gewöhnen und rasch Erfolge erleben, können auch Übungen mitgegeben werden, die bereits in der Behandlungsstunde korrekt durchgeführt werden können.

In der folgenden Therapiestunde wird jeweils überprüft, welche der mitgegebenen Übungen schon gekonnt werden. Die dazugehörigen Clownbilder werden markiert und eine entsprechende Anzahl neuer Übungen mitgegeben.

Im Übungsplan (für 1-mal tägliches Üben, MÜM-KV4) werden jeweils alle Daten bis zur nächsten Sitzung eingetragen. Die PatientInnen dokumentieren ihr Üben, indem sie das zum jeweiligen Datum gehörende Gesicht mit einem Lachmund versehen, wenn an diesem Tag geübt wurde (gleichgültig, ob mit oder ohne Erfolg). Für die Schluckübungen können z.B. an das Gesicht des entsprechenden Tages so viele Haare gemalt werden, wie Bissen korrekt geschluckt wurden; es können linkes Ohr / Bart / rechtes Ohr gemalt werden, wenn Frühstück/Mittagessen/Abendessen komplett korrekt geschluckt wurden.

Die Begleitung des häuslichen Übens durch die Eltern ist besonders in der Altersgruppe der Vorschulkinder und SchulanfängerInnen unverzichtbar. Dies gilt insbesondere für die Automatisierung des korrekten Schluckmusters und dessen erfolgreichen Transfer in den Alltag. Es empfiehlt sich daher, die Eltern nochmals über die Wichtigkeit der Schluckübungen zu informieren, wenn mit diesen begonnen wird. Von wesentlicher Bedeutung ist es, dass das physiologische Schlucken nicht nur gekonnt, sondern auch übernommen wird. Aus diesem Grund wird zunehmend bei den normalen Mahlzeiten (mit Spiegel!) geübt, bis alle Speisen und Getränke stets mit korrektem Schluckmuster verzehrt werden.

2. Therapie von älteren Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen (MÜM-KV11 bis KV18)

Die tabellarischen Arbeitsblätter können etwa ab dem 9. bis 10. Lebensjahr verwendet werden. Sie umfassen 24 Zungenübungen (MÜM-KV11), 24 Lippenübungen (MÜM-KV13), 12 Ansaugübungen (MÜM-KV15) und 12 Schluckübungen (MÜM-KV17). Auf den tabellarischen Arbeitsblättern befinden sich zu jeder Übung ein kleines Mundbild und ein erklärender Text sowie ein kleines Feld zum Abhaken. Außerdem gibt es Kopiervorlagen mit jeweils 12 Mundbildern pro DIN-A4-Seite (MÜM-KV12, KV14, KV16 und KV18).

Abhängig vom Schwierigkeitsgrad werden etwa vier bis fünf Übungen (bitte als Streifen abschneiden!) genau besprochen, ausprobiert und als Hausaufgabe mitgegeben. Allerdings werden - zur Förderung der Motivation - Streifen mit Übungen, die bereits in der Behandlungsstunde problemlos (d.h. sofort mühelos und völlig korrekt) durchgeführt werden können, weggeworfen.

In der folgenden Therapiestunde wird jeweils überprüft, welche der mitgegebenen Übungen schon gekonnt werden. Diese werden mit einem Haken versehen und entsprechend viele neue Übungen mitgegeben.

Im Übungsplan (für 3-mal tägliches Üben, MÜM-KV10) werden jeweils alle Daten bis zur nächsten Sitzung eingetragen. Die PatientInnen dokumentieren ihr Üben, indem sie in den drei zum jeweiligen Datum gehörenden Feldern (morgens, mittags, abends) markieren, ob geübt wurde (gleichgültig, ob mit oder ohne Erfolg). Für die Schluckübungen wird in die drei Felder des entsprechenden Tages eingetragen, wie viele Bissen beim Frühstück / Mittagessen / Abendessen korrekt geschluckt wurden.

V. Therapieabschluss und Kontrolltermine

Bei Abschluss der Behandlung erhalten die PatientInnen das Informationsblatt zur Umsetzung des Erlernten im Alltag und zu den Kontrollterminen (MÜM-KV19).

Die Wichtigkeit dieser Informationen und Termine für die Sicherung des Therapieerfolgs wird betont. Rezidive (inkorrekte Zungeruhelage, fehlender Lippenschluss, Mundatmung, pathologisches Schluckmuster etc.) können dadurch verhindert bzw. frühzeitig erkannt und ggf. behandelt werden.

Für die nach 3, 6 und 12 Monaten stattfindenden Kontrolltermine liegt ein Diagnostik- und Anamnesebogen vor (MÜM-KV20). Es empfiehlt sich, diesen zu jedem Termin in einer anderen Farbe auszufüllen.

VI. Dank

Ein herzlicher Dank für ihre Unterstützung beim Entstehen von MÜM gilt besonders meinem Mann Christopher Kallus, meiner Schwester Vicky Bernatek und meiner Kölner Kollegin Elisabeth Reiher.

A. Kallus