

**Myofunktionelle Therapie
in der zahnärztlichen Praxis**

Daniel Garliner
Erstübersetzung von Dr. W. R. Schöttl 1973

Wir sehen nur, was wir wissen, deshalb müssen wir wissen, um helfen zu können.

Kapitel I:

EINFÜHRUNG

"Der Name des Spiels heißt Okklusion!" Welch eine einfache Feststellung und doch welche Provokation! Sie zeigt den progressiven Weg der Zahnheilkunde. Der Zahnarzt ist sich plötzlich darüber klar geworden, daß die Zahnreparatur einfach nur ein Aspekt der Zahnheilkunde sein kann, und er sucht laufend nach zusätzlicher Methodik für umfassendere Patientenfürsorge.

Unsere Väter und Mütter sowie deren Vorfahren haben es als eine Tatsache des Alterns empfunden, daß man "wenn man älter wird seine Zähne verliert und dann Prothesen zu tragen hat". Der auffälligste Grund für den Zahnverlust war die Karies, und deshalb wurde die Verhütung und Reparatur von Kariesschäden die wichtigste Leitlinie für den Zahnarzt. Die Ergebnisse waren ausgezeichnet und seine Geschicklichkeit in Zusammenhang mit den technischen Fortschritten durch die Wissenschaft und die Technik verbesserten sich laufend. Sein Instrumentarium zur Verhütung der Karies und auch zur Zahnreparatur wurde laufend verbessert und führte zur modernen Zahnmedizin.

Der kritische Praktiker jedoch kam letzten Endes zu dem Schluß, daß die Zahnreparatur nur ein kleiner Teil einer mysteriösen und faszinierenden Ganzheitsbetrachtung sein kann; es handelt sich um den gesamten orofazialen Komplex. Je umfassender seine Kenntnisse wurden, desto mehr wurde er des enormen Druckes gewahr, der innerhalb dieses Komplexes ausgeübt wurde, einfach durch das Beißen, das Kauen und das Schlucken. Sowie seine Einsicht in diese Probleme wuchs, kam der Zahnarzt zu der Überzeugung, daß er einen unabhängig funktionierenden Komplex beobachtet, bei dem jedes Teil von seiner Nachbarschaft unabhängig ist, damit eine korrekte Funktion entsteht. Mehr denn je wurde ihm plötzlich bewußt, daß gesunde Zähne verloren gehen infolge einer Periodontal-Erkrankung, die durch eine schlechte okklusale Beziehung und den Abbau von oralem Gewebe entsteht. Er begriff, daß alle Kräfte, die zum Verlust von Zähnen führen, bekämpft und vermindert werden müssen, der gesamten Gesundheit des Patienten zuliebe. Dadurch entstand der Name dieses Spiels: "Okklusion".

Das Verständnis des Zahnarztes, daß der orofaziale Komplex ein funktionell entworfenes Teil in einer feinfühlig balancierten Maschinerie darstellt, die nach Naturgesetzen entworfen ist, um allen Kräften des Beißens, Kauens und Schluckens zu entsprechen, führte zu dem Konzept der modernen Zahnheilkunde. Die Entwicklung zusätzlicher Kenntnisse über die Beziehungen der oralen Muskulatur bezüglich der Okklusion führte zum Entstehen des Muskelfunktionstherapeuten, der ein zusätzliches Mitglied der Team-Arbeit in der Zahnheilkunde wurde. Muskelfunktionelle Therapie oder die Korrektur abnormen orofazialen Muskelgeschehens wurde ein wichtiger Teil des zahnärztlichen Berufes.

Wenn man die Bedeutung des orofazialen Muskulatur-Gleichgewichtes und des gestörten Gleichgewichtes der Okklusion vollständig begreifen soll, gibt es zwei Grundkonzepte, die man beachten muß. Zuerst, daß dies das Dezenium der Siebziger ist; und zum zweiten, daß der Mensch ein funktionell anpassungsfähiges Lebewesen darstellt.

Prüfen wir diese beiden Konzepte: Zuerst, daß wir in den Siebzigern leben: Dies soll keine Simplifizierung darstellen. Das heißt einfach, wenn jemand in diesem Jahrzehnt in irgendeinem Beruf arbeitet, daß er alle verfügbaren Instrumente dieses Zeitalters zu verwenden hat, um eine

bessere Patientenversorgung zu erreichen. Er ist verpflichtet, die beste verfügbare Kenntnis über die Patienten-Probleme anzuwenden. Wenn er seine Patienten falsch behandelt, so wird das alte Sprichwort zu einer Tatsache: "Es macht nur einen sehr kleinen Unterschied, ob Du wegen Ignoranz oder wegen Freundlichkeit stirbst - auf jede der beiden Weisen bist Du tot!"

Moderne Zahnheilkunde verlangt, daß der Praktiker die Muskelfunktionstherapie anwendet. Die Deutlichkeit, mit der die Effekte der muskelfunktionellen Störungen auf die durchschnittlich okklusalen Beziehungen klinisch in Erscheinung treten, ist so signifikant, daß sie überhaupt nicht mehr übersehen werden kann. Trotzdem, von noch größerer Bedeutung ist die Tatsache, daß es die Unfähigkeit des Behandlers war, eine korrigierte Okklusion zu erhalten, die ihn dazu geführt hat, die Wichtigkeit des muskulären Gleichgewichtes zu erkennen. Diese Fehlschläge führten zum Fortschritt. Es wäre wirklich sehr schön, wenn wir sagen könnten, daß jeder Zahnarzt routinemäßig das muskuläre Gleichgewicht als einen wichtigen Okklusionsfaktor prüft. Es stimmt jedoch nicht. Trotzdem ist es wahr, daß die Unfähigkeit des Zahnarztes, eine korrigierte Malokklusion zu retinieren, ihn schrittweise zur Benützung der Muskelfunktionstherapie in seinem Behandlungsplan hinführen wird. So ist es also der Fehlschlag im Endergebnis und nicht der Erfolg der myofunktionalen Therapie, der den Praktiker zwingt, diese Behandlung aufzunehmen. Hat er einmal die zusätzlichen Möglichkeiten, die die Muskelfunktionstherapie bietet, erkannt, wird seine grundsätzliche Auffassung einen dramatischen Wandel erfahren. Er wird ganz schnell lernen, daß er seinen Behandlungsmöglichkeiten ein neues Instrument hinzugefügt hat.

Unser zweites Konzept, daß der Mensch ein funktionell anpassungsfähiges Lebewesen ist, macht uns auf die Tatsache aufmerksam, daß jeder Aspekt von menschlichem, organischem Leben ein Adaptionsergebnis seines Lebenskampfes mit der Umgebung, in der er lebt, darstellt. Diese einfache Feststellung betrifft eine Haupttatsache des okklusalen Geschehens. Wenn sich die orofaziale Muskulatur in einem unbalancierten Zustand befindet, so wird sich die Zunge als der führende und der beweglichste Muskel im ganzen Körper (sie ist der einzige Muskel des Körpers, der nur an einem Ende befestigt ist) eine physikalische Umgebung schaffen, in der sie sich am leichtesten bewegen kann. Während sie sich so einzurichten versucht, wird diese bewegliche Zunge jede Konstruktion, einschließlich der Zähne, aus dem Weg schaffen. Okklusionsstörungen werden dann die normale Folge dieser unbalancierten Muskulatur.

Es gibt viele, die glauben, daß die Menschheit durch die Verschmutzung ihrer Natur (Erde, Wasser und Luft) ihre eventuelle Selbstvernichtung einleitet. Jedoch viele dieser Leute übersehen eine andere wichtigere, unmittelbare Bedrohung der menschlichen Existenz: die Unfähigkeit des Menschen, die Wichtigkeit des Aufrechterhaltens natürlicher funktioneller Beziehungen zu erkennen. Wenn es dem Körper nicht erlaubt wird, unter den Bedingungen zu existieren, für die er entworfen wurde, ist ein physischer Zusammenbruch nicht zu vermeiden. Das ist der Hauptgrund für eine equilibrierte, okklusale Beziehung. Okklusale Disharmonie kann zur Zerstörung des Zahnsystems führen

"Wie der Zweig sich biegt, so wächst der Baum" ist ein allgemeines Sprichwort.

Muskelfunktionelle Therapeuten glauben wirklich, daß "der Mund so wächst, wie die orale Muskulatur funktioniert". Klinische Erfahrung lehrt immer wieder, daß die Entwicklungsjahre die wichtigsten Jahre darstellen. Korrekte Gewohnheiten führen zu korrektem Wachstum. Abwegige Gewohnheiten führen deutlich zu schlechten Wachstumsmustern und fast unausweichlich zu schlechter Zahngesundheit. Es ist die Unausweichlichkeit dieses Prozesses, die das Verständnis dieses Problems so wichtig macht. Der Erwachsene, bei dem die Zahnzerstörung sichtbar auftritt, war früher einmal ein Kind mit diagnostiziertem, abnormen Schluckakt und schlechten oralen Gewohnheiten.

Die Wichtigkeit korrekten Muskelgleichgewichtes und der Funktion sind lange Jahre bekannt. Trotzdem ist die Einordnung entsprechend ihrer Wichtigkeit als bedeutungsvolles Zubehör zur

dentalen Versorgung bei vielen Praktikern nur ein Lippenbekenntnis geblieben. Es brauchte eine Serie von Frustrationen in der orthodontischen Behandlung, um die Wichtigkeit des orofazialen Muskelgleichgewichtes zwingend zu erreichen. Der praktizierende Kieferorthopäde hat frühzeitig gelernt, daß seine Behandlungsergebnisse zerstört werden, wenn destruktive Muskelgewohnheiten bestehen bleiben. Wenn er abnorme Schluckvorgänge nicht beseitigte, kehrte die Malokklusion zurück. Das brachte den Praktiker dazu, die folgenden Grundsätze der Okklusion wieder zu berücksichtigen, und zwar,

daß die Zähne sich in Beziehung zum Gleichgewicht der weichen Gewebe bewegen,

daß die normale Beziehung der Zähne in der Okklusion besteht und

daß Abweichung von der normalen Okklusion zur dentalen Zerstörung führen kann.

Es ist deutlich, daß der Kieferorthopäde der erste war, der die Wichtigkeit des orofazialen Muskelungleichgewichtes erkannte. Es kann die Frage gestellt werden: Warum war das so? Die Antwort liegt natürlich in der Tatsache, daß das orthodontische Ergebnis immer so deutlich erkennbar ist. Jedesmal wenn sein Patient lächelt, wird der Kieferorthopäde gerichtet. Er lernt schnell, daß bei jedem Kampf zwischen Muskeln und Alveolarknochen die Muskeln jedesmal gewinnen. Dieses Mißverhältnis ist es, das zur Anerkennung der myofunktionellen Therapie durch den Kieferorthopäden führte.

Muskelgleichgewicht als ein Faktor in den okklusalen Beziehungen führte zur Entwicklung der muskelfunktionellen Therapie als eine alles umfassende Hilfe in der praktischen Zahnheilkunde. Der Kinderzahnarzt wurde interessiert, weil er mit der Verhütung von dentalen Problemen beschäftigt ist. Der Kieferorthopäde wurde interessiert, weil er damit beschäftigt war, okklusale Probleme zu korrigieren. Der Prothetiker wurde interessiert, weil er unmittelbar mit den okklusalen Beziehungen beschäftigt war. Der Parodontologe wurde interessiert, weil er die Wichtigkeit der abnormen okklusalen Beziehungen begriff und ihre Auswirkung auf die oralen Gewebe. Der Chirurg wurde interessiert, weil seine postoperativen Ergebnisse beeinflußt wurden durch das Gleichgewicht oder Ungleichgewicht der oralen Muskulatur.

Als diese Tatsachen sichtbar wurden, suchte der zahnärztliche Praktiker Hilfe. Er wandte sich an den Spezialisten, der die Mundhöhle kanntet den Sprachtherapeuten. Unglücklicherweise jedoch gab es keine speziellen Trainingskurse, die zur Korrektur dieses Problems abgehalten wurden. Dadurch waren diejenigen Praktiker im Bereich der Sprachbildung, die mit solchen Problemen beschäftigt waren, gezwungen, eine empirische Behandlungsmethode durch Erfolg und Mißerfolg zu entwickeln. In einer Hinsicht war dies recht glücklich. Dieser Weg bedeutete, daß sie das gesamte Problem der oralen Muskulatur und Okklusion zu studieren hatten; dabei erkannten sie die Wichtigkeit der normalen Okklusion. Es war also für sie notwendig, jeden Aspekt des falschen Schluckens zu analysieren und zu beweisen, daß die Korrektur dieses unnormalen Schluckvorganges möglich war. Sie mußten sich mit der Terminologie der Zahnheilkunde vertraut machen. So waren sie nach dem Studium und der Analyse aller Aspekte des Problems in der Lage, zwischen einem normalen und einem unnormalen Schluckvorgang zu unterscheiden. Es wurde offensichtlich, daß der Ausdruck "Zungenpressen" nicht paßte. Sie sahen, daß die Störung des orofazialen Gleichgewichtes nicht einfach die Vorwärtsbewegung der Zunge betraf. Die anteriore Platzierung der Zunge hing zusammen mit der Bewegung von 22 anderen Muskeln im orofazialen Komplex. Der Sprachtherapeut wußte, daß er eine monumentale Aufgabe erhalten hatte. Trotzdem blieb die Aufgabe, ihm zu zeigen, daß die Korrektur des gestörten Muskelgleichgewichtes eine allumfassende Hilfe für die Zahnmedizin und die Sprachpathologie sein würde. Er war gezwungen, einen Behandlungsablauf zu entwickeln, der ein befriedigendes Ergebnis in einer möglichst kurzen Zeit verbürgen würde, da andere dentale Disziplinen ihre Behandlungen nicht zu Ende führen konnten, ohne daß das Basisproblem - das gestörte orofaziale Muskelgleichgewicht korrigiert war.

Im Nachhinein wundert man sich, wie diese Sprachpathologen, die an diesem Problem mit wenig oder gar keiner Unterstützung ihrer Kollegen arbeiteten, den Mut hatten, weiterzuarbeiten. Es gibt keine einfachere Antwort auf diese Frage als die, daß sie beharrlich waren. Als Ergebnis entstand ein neuer Spezialist, der Muskelfunktions-Therapeut.

Kapitel II:

PROBLEMSTELLUNG

Alle Aspekte des falschen Schluckaktes müssen in Betracht gezogen werden, wenn dieses Problem auch wirklich korrigiert werden soll. Es ist deshalb am Anfang wichtig, daß der Unterschied zwischen einem normalen und einem unnormalen Schluckakt festgelegt wird. Der normale Schluckakt ist dadurch gekennzeichnet, daß die Zungenspitze gegen die rugae palatinae hinter den oberen Frontzähnen drückt. Das Mittelstück der Zunge hebt sich an den harten Gaumen, wobei das hintere Stück der Zunge etwa 45° nach unten gegen die Rückwand des Pharynx geneigt ist. Die Zähne sind geschlossen und die Lippen abgedichtet. Das Schlucken wird durch einen intraoralen Unterdruck begleitet. Die Neigung der Zunge erlaubt dem Speisebolus in den Verdauungstrakt zu gelangen, wobei wenig oder kein Druck nach vorne ausgeübt wird.

Abweichende Schluckgewohnheiten zeigen ein völlig anderes Druckbild. Hier preßt die Spitze entweder gegen die oberen oder unteren Frontzähne, oder es pressen die Seitenteile der Zunge einseitig oder beid-seitig gegen die Zahnreihen. Der Unterkiefer ist geöffnet, das Mittelteil der Zunge ist kollabiert, das rückwärtige Teil der Zunge ist angehoben, die Lippen sind gespitzt oder zusammengezogen und der Bolus wird eher mit positivem als mit negativem Druck in den Speisetrakt, gezwungen. Die Zunge ist buchstäblich in einer "Schleuderposition" (Zwistelposition) gegenüber der Zahnreihe, anstatt daß der harte Gaumen den meisten Druck bekommt.

Ein junger Patient gab eine ausgezeichnete Beschreibung des korrekten Schluckaktes, als er sagte: "Man legt die Zunge nach oben und läßt sie arbeiten wie ein Kipp-Lastauto". Die folgende Liste stellt die Zungenbewegung eines korrekten und eines unkorrekten Schluckaktes gegenüber. Straub und andere Forscher haben berichtet, daß der Durchschnittsmensch in wachem Zustand etwa zweimal in der Minute schluckt, und einmal pro Minute, wenn er schläft. Das sind also jeweils in 24 Stunden im Durchschnitt 2.000 Schluckakte. Andere Forscher haben angegeben, daß die Kraft dieses intermittierenden Schluckens von 3 Pfund bis 7 Pfund wechselt in der Zeit von 1/5 bis 1/10 Sekunde. Dadurch haben wir eine Druckanwendung von 6.000 bis 12.000 Pfund innerhalb einer 24 Stunden-Periode, die irgendwo innerhalb des Mundes ausgeübt wird. Es ist daher nicht schwer, sich vorzustellen, daß die irrtümliche Platzierung dieses Druckes gegen die Zahnreihen anstatt gegen den harten Gaumen schwerwiegende Okklusionsprobleme hervorrufen kann. Die Muskeln des orofazialen Komplexes in Verbindung mit der Vor- oder Rückwärtsbewegung des Leitmuskels - der Zunge - schaffen eine Umgebung, in der sie komfortabel existieren können. Der starke Zungenmuskel beweist seine Überlegenheit über die Zahnreihe und stößt sie aus dem Weg.

Tabelle 1: Vergleichende Analyse der Zungenplatzierung

Normales Schlucken	Gleitet gegen die Rugae	Liegt am Harten Gaumen an	Ist etwa 45° gegen die Rückwand des Pharynx geneigt
Falsches Schlucken	Liegt an den Zähnen an, oder zwischen den Zahnreihen	Ist kollabiert oder ein- oder doppelseitig ausgebreitet	Ist an den hinteren Teil des harten Gaumens gehoben

Letzteres war nicht der Weg, den die Natur einschlagen wollte. Wie gesagt, "Der Name des Spiels heißt Okklusion". Das wirklich wichtige ist, daß die sich aus dem zusätzlichen Stress der abnormalen Muskelfunktion ergebende Zerstörung der okklusalen Beziehungen es den vorhandenen Zahnreihen nicht erlaubt, den dauernden Schock und Stress des Beißen und Kauens zu überstehen. Dies kann zu dentaler Zerstörung führen.

Wenn wir berücksichtigen, daß es einen minimalen Druck von 100 Pfund per Quadratinch (PSI) auf die Okklusalfächen in der normalen Schließung der Zahnreihen beim Kauen gibt, so erhalten wir etwas Einsicht in die möglichen Zerstörungsergebnisse, wenn der Druck gegensätzlich zu den Absichten der Natur angewandt wird. Dieser ungleiche Pressdruck in einer Horizontal-Richtung, der kombiniert wird mit vertikalem Druck des abartigen Schluckens, wirft erschreckende Möglichkeiten auf.

Diese Möglichkeiten führen uns zu einer zweiten Erkenntnis: Der normal funktionierende orofaziale Komplex stellt ein exquisites Beispiel einer im Gleichgewicht befindlichen Maschine dar. Lassen Sie uns die einfache Funktion eines normalen Schluckaktes betrachten. Beachten Sie das ausgezeichnete Gleichgewicht. Nahrung wird in die Mundhöhle eingebracht, die Zähne schneiden und zerkleinern die Nahrung, wobei der Druck des Schneidens und Mahlens gleichmäßig über die ganzen Okklusalfächen verteilt ist. Der Bolus wird auf die Zunge geladen, die Spitze und das Mittelteil an den harten Gaumen gehoben - dieser ist hart und knöchern und dazu vorgesehen, den Druck auszuhalten -, die Zunge geht nach oben "wie ein Kipp-Laster", die Lippenmuskeln dichten ab und halten ihre Position an den Zähnen. Der Bolus ist innerhalb der Mundhöhle vorverdaut und gleitet in den Verdauungstrakt, um dort von der Peristaltik in Empfang genommen und weiterbefördert zu werden und um den Nachschub vorzubereiten, der das Leben aufrechterhält. Was für ein rätselhafter und doch einfacher Vorgang!

So einfach dieser Vorgang ist, so ist er doch gefährlich, weil das Normale ein Meisterstück funktioneller Anpassung darstellt.

Daß der Mensch die Ernährung benötigt, um existieren zu können, ist eine Tatsache. Wir müssen auch erkennen, daß der Körper des Menschen sich kontinuierlich um Anpassung bemüht, damit er existieren kann. Daher ist es diese Adaptation an abnormen Kräften, die zu der Entwicklung des falschen Schluckaktes und evtl. zu einer gestörten okklusalen Beziehung führt. Dies wird im nächsten Kapitel mit der Überschrift "Die Ursache" diskutiert werden.

Kapitel III:

DIE URSACHE

Bis hierher muß es dem Leser schon selbstverständlich geworden sein, daß der Autor die natürliche Funktion als normal betrachtet. Weiter oben wurde festgestellt.: "Es gibt viele, die glauben, daß die menschliche Rasse evtl. ihre Vernichtung durch die Vergiftung ihrer natürlichen Umwelt einleitet; die Erde, das Wasser, die Luft. Jedoch übersehen oft die gleichen Leute eine andere, viel drängendere Gefahr für die menschliche Existenz: die Unfähigkeit des Menschen, die Bedeutung für die Weiterführung natürlicher funktioneller Beziehungen zu erkennen". Nirgends ist dies mehr augenfällig als in der Entwicklung der abnormalen Muskelfunktion im orofazialen Komplex.

Und wiederum müssen wir das Normale studieren, um das Abnorme zu verstehen. Für einen Mangel an Betätigung wird die Natur immer ihren Preis fordern. Dies ist das Grundproblem bei einer Malokklusion. Wenn die Zahnreihen nicht in einer funktionellen okklusalen Beziehung stehen, wird Alveolarknochen wegen der Inaktivität zurückgebildet und die Bezahnung kann verlorengehen.

Kürzliche Forschung über das Vorkommen von Brustkrebs bei Frauen in "zivilisierten Gesellschaften" (wo die Brusternährung nicht mehr beliebt ist) im Vergleich mit mehr "primitiven Gesellschaften" (wo das Bruststillen von Kindern eine Notwendigkeit darstellt) gibt uns eine zusätzliche schockierende Überzeugung von dem Ergebnis, daß der Mensch die natürliche Funktion übersieht. Es ist interessant, festzustellen, daß das Vorkommen von Brustkrebs in der Gruppe von Frauen deutlich abnimmt, die ihre Säuglinge selbst mit der Brust ernährten.

Die Verfechter der Flaschenernährung von Kindern scheinen wenig Informationen darüber zu besitzen, weshalb diese Methode in Amerika eingeführt wurde. Es ist eine allgemeine und irrige Ansicht, daß die Flaschenernährung mit verlängerten Saugern üblich wurde, um Säuglinge mit der für ihre Existenz notwendigen Nahrung zu versorgen, weil die Mütter nicht in der Lage waren, ihre Kinder zu stillen. Dies ist einfach nicht wahr. Das Flaschen-Stillen erhielt in Amerika seinen stärksten Impuls als Teil der Frauenrechtsbewegung nach dem ersten Weltkrieg. Der maßgebliche Ruf in dieser Bewegung war "Frauen dürfen nicht mehr Milchkühe sein. Flaschenernährung gibt den Frauen größere Freiheit. Auf diese Weise werden die Frauen größere Freiheit in Bewegung und Ausdruck erreichen". Als der Großteil der amerikanischen Frauen sich diese Philosophie zu eigen gemacht hatte, wurde die Flaschenernährung populär. Auf die Brusternährung von Säuglingen wurde wie auf etwas höchst Unsauberes und unsteriles herabgesehen. Argwöhnische Leute würden sich wundern, wenn nicht die Werbung von Herstellern eine besondere Rolle in der Ausprägung dieser vernunftwidrigen Denkweise gespielt hätte. Wie auch immer, gerade weil der Mensch schon immer für den leichtfertigen Umgang mit natürlicher Funktion in seiner Umgebung zu zahlen hatte und auch weiterhin zahlen wird, so hatte er und wird auch weiterhin für den leichtfertigen Umgang der grundlegenden Funktion der Weiblichkeit zahlen müssen: dem Stillakt, Die Tatsache, daß das Stillen von Säuglingen mit verlängerten, unnatürlich geformten Saugern die Muskulatur zum Ungleichgewicht führt, ist für jeden Physiologen keine besondere Überraschung.

Ein Vergleich der natürlichen Brustwarze mit einem künstlichen Stillbehelf ist interessant. Die Universalität der Natur wird durch die Tatsache unterstrichen, daß wir über die ganze Welt reisen können, nur um die Wahrheit dieser einfachen Feststellung wieder zu entdecken: "Alle Männer sehen aus wie Männer und alle Frauen sehen aus wie Frauen; aber nirgends in der Welt werden sie je eine stillende Mutter mit einer Brustwarze finden, die aussieht wie der Sauger an einer Babyflasche".

Wenn es normal wäre, daß Säuglinge mit langen Brustwarzen gestillt würden, so müßte sich der

Mensch - ein funktionell anpassungsfähiges Tier - zu diesem Zeitpunkt in seiner Entwicklung geändert haben, um sich dieser Norm anzupassen. Der Vergleich der menschlichen Brust mit dem künstlichen Sauger ergibt drei Hauptunterschiede. Sie sind:

Die Länge des Saugers

Die Menge des Milchflusses

Die mehr oder weniger hochgezogene Fläche, die die Saugspitze umgibt.

Diese drei Faktoren sind bei der Entwicklung von normalem oder abnormem facialem Muskelgleichgewicht von höchster Bedeutung,

Bei einem normalen Stillvorgang beißt der Säugling den Warzenhof der Mutterbrust flach. Das Kind ernährt sich, indem es eine natürliche Melkbewegung an der Brustwarze anwendet, bis sie trocken ist. Dann läßt es die Drüse los und beißt wiederum. Wenn jemand nicht glaubt, daß der Säugling mit Kraft auf die Drüse preßt, sollte er einfach irgendeine stillende Mutter fragen, deren Kind einen frühzeitig durchgebrochenen Zahn hat. Die Antwort wird in einem Wort gegeben: "Autsch". Man kann die Druckspuren auf den Gaumenfalten eines brustgestillten Säuglings innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt sehen. Das Kind ist in der Lage, den Milchfluß zu regulieren, indem es die Brust beißt und losläßt. Die Muttermilch wird in die Mundhöhle abgegeben, durch den Speichel vorverdaut und in den Verdauungstrakt abgegeben.

Unsere drei Faktoren Brustwarzenlänge, Milchfluß und Warzenform können dem erfundenen, von Menschenhand gefertigten Sauger gegenübergestellt werden. Wenn der künstliche, verlängerte Sauger in die Mundhöhle eingeführt wird, so ist das Ende des Saugers fast an der Pharynx-Wand. Der Milchfluß ist stark, durch das Loch oder die Löcher in dem Sauger. (Das klassische Bild der Mutter, die die Flasche umdreht, um den Fluß der Milch und die Temperatur des Inhalts zu prüfen, ist besonders bezeichnend. Wenn der Milchfluß nicht stark genug ist, "mach das Loch größer". Mütter sollten dankbar sein, daß niemand diese Methoden an der Mutterbrust anwendet!) Die Flüssigkeit wird jetzt fast direkt in den Verdauungstrakt abgegeben, mit einer minimalen Vorverdauung innerhalb des Mundes. Der dritte Unterschied von der Mutterbrust, die erhöhte Fläche um die Warze, macht das Bild vollständig. Der Säugling muß jetzt an einer runden Oberfläche (Schlauch) saugen, wodurch der Muskel Orbicularis Oris immobilisiert wird und wodurch jeder Muskel, der als Antagonist zu diesem Orbicularis Oris arbeitet, überentwickelt wird, während er selbst unterentwickelt bleibt.

So haben wir jetzt einen raschen Milchfluß, der die Mundhöhle schnell durchfließt. Der Empfänger hat wenig oder keine Dosierungsmöglichkeit wie bei der Brusternährung. Der Säugling kann eines von zwei Dingen tun: entweder den Sauger aus dem Mund herausstoßen, oder den Milchfluß mit diesem wundervoll beweglichen Muskel, nämlich der Zunge, regulieren. Dies ist einfach eine Stress-Situation; die Normalreaktion des Säuglings ist, den Fluß auf die einfachste mögliche Art zu stoppen, und dieser einfachste Weg ist, das Loch mit der Zungenspitze zu verstopfen! Dies ist der Anfang, die Ursache für das abwegige Schlucken und das gestörte orofaziale Muskelgleichgewicht.

Die Ergebnisse dieses Stillvorganges sind folgende: Das Einführen des verlängerten Saugers in den Mund verlangt, daß der Säugling trinkt, nicht saugt. Der Unterkiefer ist offen, die Lippen sind gespitzt und die Zunge bewegt sich vorwärts, um den drohenden Flüssigkeitsstrom zu stoppen. Der Orbicularis Oris ist immobilisiert, der Mentalis ist überaktiv, der Masseter ist unbeweglich und die Zunge ist vorgestoßen. Im Gegensatz dazu ist beim natürlichen Stillen der Unterkiefer geschlossen, die Lippen dichten gegenüber dem Warzenvorhof ab, der Muskel Mentalis ist passiv und die Zunge ist in angehobener Position. Trotzdem gibt es noch solche, die es ablehnen, das unrichtige Stillen als einen ursächlichen Faktor bei der Entstehung des falschen Schluckens anzuerkennen. Sie bevorzugen das Gefühl, daß dies eine zu einfache Erklärung sei. Noch andere Zyniker fragen: "Warum würden wir immer noch diese Art von Saugern benutzen, wenn sie

wirklich solche Probleme verursachten Die Antwort ist "Bequemlichkeit und den leichteren Weg gehen". Die moderne Gesellschaft neigt dazu, leichte Lösungen zur Überwindung zeitaufwendiger Probleme zu suchen und sie scheint willens - durch Ignoranz - den Preis für ihre Nachlässigkeit zu zahlen.

Andere Zyniker fragen: "Warum benützen die Säuglingsstationen von Kliniken diese Art von Saugern weiter, wenn sie so gefährlich sind? Wissen sie es nicht, oder kümmern sie sich nicht darum?" Diese Fragen können logischerweise nicht beantwortet werden, außer daß man sagen muß, daß ihr fortgesetzter Gebrauch zeigt, daß das Personal, das verantwortlich für die Ausrüstung einer Klinik-Säuglingsstation ist, die Wichtigkeit des korrekten Stillvorganges und seiner Beziehung zum fazialen Muskulaturgleichgewicht nicht erkannt hat.

Andere fragen: "Warum hat mir mein Doktor nichts darüber erzählt?" Die Antwort auf diese Frage ist so einfach, daß sie wie eine Anklage klingen wird: sie wissen es einfach nicht, noch haben sie sich Zeit genommen, es herauszufinden. Ist es nicht ungewöhnlich, den praktischen Arzt sagen zu hören: "Wenn diese Zähne nicht gerade stehen, werden wir ihn zu einem Kieferorthopäden schicken. Er wird sich um das Problem kümmern. Warum sollen wir uns darüber aufregen?"

Er hat einfach die Tatsache nicht kapiert, daß unkorrektes Stillen evtl. zur Mundatmung, zum Daumenlutschen, zur Malokklusion, zu Darmerkrankung und zu Sprachdefekten führen kann. Die Wahrheit ist, daß wir nur sehen, was wir wissen, und viele Praktiker wissen einfach nicht, und dadurch können sie nicht sehen. Sie gehen den einfachen Weg, indem sie die Wahrheit vermeiden.

Tabelle 2: Gegenüberstellung zwischen dem Stillen auf natürliche und künstliche Art

Natürliches Stillen	abgedichtet zum Warzenvorhof	geschlossen	angehoben	passiv
Künstliches Stillen	abgerundet um den Sauger	offen	vorne	aktiv

Für den Autor gibt es keine Frage, daß der verlängerte voluminöse Sauger ein hauptursächlicher Faktor für die Entwicklung des falschen Schluckens und des gestörten orofazialen Gleichgewichtes ist. Der folgende statistische Bericht unserer ersten 985 Fälle von Patienten mit Schluckstörungen stimmt überein mit den Berichten von darauffolgenden über 5.000 Patienten:

Gesamtzahl der untersuchten Patienten	985
Flaschenernährte Kinder - unter Verwendung langer Sauger	700
Flaschenernährte Kinder, bei denen in den ersten drei Monaten lange Sauger verwendet wurden	150
insgesamt	850
Kinder, die 4 Monate oder weniger Brust ernährt wurden und dann auf lange Sauger umgestellt wurden	60
Kinder, die vollkommen Brusternährt wurden	75
zusammen	985

In jedem Fall, in dem Kinder, die vollkommen brusternährt waren, einen falschen Schluckakt entwickelt hatten, ergab die Befragung der Mutter, daß der Milchfluß ihrer Brust zu stark war; dadurch wurde die Milch zu schnell in die Mundhöhle eingespritzt, anstatt in den Mund zu träufeln, wie das beim normalen Fluß der Fall sein würde. Der abnorm schnelle Fluß der Brust war etwa gleich dem eines künstlichen Saugers.

Eine Untersuchung der Muskelentwicklung und der Lippenplazierung des Säuglings an dem voluminösen Teil des verlängerten Saugers führt unausweichlich zu dem Schluß, daß in der

Entwicklung des gestörten orofazialen Muskelgleichgewichtes grundsätzliche Stillvorgänge eine signifikante Rolle spielen.

Beachtenswert ist auch die klassische Haltung des Patienten in Ruhe, der ein gestörtes Schlucken zeigt. Sie werden das schwache, kraftlose Lippen Gewebe erkennen, die Zunge, die zwischen den Zähnen liegt, die Tendenz zur Mundatmung. Im Geist kann man leicht das Kind erkennen, das an dem langen runden Sauger getrunken hat. Die ursprüngliche Stillart hat einen schwachen Muskel Orbicularis Oris hervorgebracht, der unfähig ist, gegen die sehr starke Vorwärtsbewegung der Zunge anzukommen. Die intraorale Kraft ist größer als die extraorale. Das entstandene gestörte Gleichgewicht der Weichgewebe und Muskulatur wird ein okklusales Problem schaffen, wo immer durch den Zungendruck die Kraft übertragen wird.

Oft wird die Frage gestellt: "Spielen vergrößerte Tonsillen und Adenoide eine Rolle bei der Entstehung eines abartigen Schluckens?" Die Antwort liegt in der Physiologie des normalen Schluckens. Sie werden sich erinnern, daß - bei normalem Schlucken - der hintere Teil der Zunge gegen die Wand des Pharynx liegt. Nun, wenn dort eine größere Portion von tonsillärem Gewebe vorhanden ist, welches den Zungengrund davon abhält, sich in seine normale Position gegen den Pharynx zu bewegen, so wird die gesamte Zunge vorverlagert in die Mundhöhle. Dies ergibt eine räumliche Enge und das Vorderteil oder die Spitze der Zunge wird gegen die Zähne gepresst.

Deshalb, wenn stark vergrößerte Tonsillen vorliegen, scheint es vertretbar, diese Gewebsmengen zu entfernen, damit sie eine normale Zungenfunktion zulassen. Trotzdem muß an dieser Stelle eine Vorsichtsnotiz eingefügt werden. Die Entfernung der Tonsillen wird nicht automatisch das Problem des falschen Schluckens korrigieren. Myofunktionelle Therapie muß postoperativ hinzukommen!

Dieses sind also die Ursachen des Problems. In unserem nächsten Kapitel werden wir die physiologischen Effekte des gestörten oralen Muskelgleichgewichtes untersuchen. Diese Effekte und Folgen werden dann unsere diagnostischen Kriterien bilden.

Kapitel IV:

DIE DIAGNOSE

Das korrekte Erkennen und die Diagnose jeden Problems ist direkt bezogen auf seine ursächlichen Faktoren. Nun, da wir die ursächlichen Faktoren des gestörten orofazialen Gleichgewichtes im vorhergehenden Kapitel geprüft haben, wollen wir die Folgen betrachten.

Die Diagnose des falschen Schluckens ist keine schwierige Aufgabe. Die Untersuchung muß sich auf zwei bestimmte Gebiete erstrecken: zuerst allgemeine Beobachtung und dann körperliche Untersuchung.

Es gibt verschiedene Routinefragen, die symptomatisch betrachtet werden können:

Ist eine Zungenprotrusion und eine Öffnung der Lippen vorhanden, wenn sich der Patient in Ruhe befindet?

Die Platzierung der Zunge in Ruhe ist wichtig. Diese Ruhelage der Zunge muß evtl. korrigiert werden, wenn der Patient lernen soll, mit der Spitze der Zunge in der Gegend der Inzisalpapille zu schlucken.

Ist der Patient ein gewohnheitsmäßiger Mundatmer? Die Mundatmer haben gewohnheitsmäßig die Zungenspitze an den unteren Zähnen oder zwischen den Zähnen liegen. Diese Lage ergibt mehr Luftraum für die Mundatmung.

Lutscht der Patient an seinem Daumen, seinem Finger, seinem Knöchel, seinem Bettuch oder seinen Lippen?

Bei den Lutschgewohnheiten wird intraoraler Druck gegen die Zahnbögen ausgeübt. Dieser Druck in Verbindung mit der intraoralen Kraft des falschen Schluckens wird kontinuierlich zu verschiedenen Arten von Malokklusionen führen. Die Beziehung zwischen Lutschgewohnheiten und falschem Stillen wird in dem Kapitel über Lutschgewohnheiten sorgfältig diskutiert. Die Einführung jedweden Fremdkörpers in den Mund bringt die Zunge sofort in eine falsche Position. Deshalb sind Lutschgewohnheiten ein diagnostisches Zeichen für das falsche Schlucken,

Zeigt der Patient eine dicke Oberlippe und eine runde Lippenform?

Zeigt der Patient einen überentwickelten musculus mentalis?

Dies kommt durch die Überaktivität des musculus mentalis während des falschen Schluckens.

Gibt es einen merkbaren Sprechfehler, ein interdentes Lispeln oder ein laterales Lispeln?

Macht der Patient eine Grimasse während des Schluckaktes?

Die Vorwärtsbewegung der Zunge müßte gegengesteuert werden, wenn der Speisebolus in den Verdauungstrakt befördert werden soll. Deshalb ist der Patient gezwungen, einen positiven intraoralen Druck herzustellen. Die Gesichtsgrimasse ist das Ergebnis.

Wenn die Antworten auf genügend der oben angegebenen Fragen ein „Ja“ ist, so wird die körperliche Untersuchung entweder eine Bestätigung oder eine Verneinung der vorläufigen Diagnose ergeben.

Folgende Aspekte dienen als Leitlinie für die Diagnose einer falschen Schluckgewohnheit:

Ist der Gaumen hoch und eng ausgeformt?

Die Zungenkraft, die während des normalen Schluckaktes (2,000 mal pro Tag) gegen den Gaumen drückt, hilft diesen oberen Bogen zu formen. Beim falschen Schlucken erhält der harte Gaumen nicht diese Stimulierung und neigt zur Verengung. Daumen- und Fingerlutschgewohnheiten (bereits als diagnostische Zeichen für das falsche Schlucken erwähnt) können ebenfalls zu abnormen Gaumenbogenentwicklungen führen, weil interne Kräfte gegen das

Gewebe des harten Gaumens ausgeübt werden.

Sind die Rugae scharf und tief ausgeprägt?

Wenn die Rugae scharf ausgebildet sind, ist dies ein Zeichen dafür, daß die Zunge während des Schluckaktes nicht an dieser Gegend entlanggleitet, wie es bei einem normalen Schluckvorgang der Fall wäre.

Wie ist die Okklusion des Patienten?

Die Okklusion und der Schluckakt werden festgestellt, wenn Sie die Lippen auseinanderziehen und den Patienten bitten zu schlucken.

Wenn das falsche Schlucken ein ursächlicher oder mitverantwortlicher Faktor für die Malokklusion ist, wird der Untersucher feststellen, daß die Zunge genau in die Gegend vorstößt, wo die schlechten okklusalen Verhältnisse herrschen.

Abnormaler Druck beim Schlucken gegen die Zähne wird acht Typen von okklusalen Problemen schaffen:

Das erste ist eine Malokklusion der oberen Schneidezahngegend. Die Zungenkraft bewegt die oberen Schneidezähne nach labial. Es sollte auch beachtet werden, daß oft, wenn die Zunge sich in die Mundhöhle zurückzieht, sie sich gegen die unteren Schneidezähne bewegen kann und sie nach lingual verlagert.

Die zweite Type von Okklusalproblemen ist eine Malokklusion, die sich von Molar zu Molar erstreckt. Oft beißt der Patient nur auf zwei Molaren auf. Der Rest der Zähne wurde durch die Zungenkraft beim Schlucken geöffnet.

Der klassische offene Biß. Es ist zu erkennen, wie die Zunge - indem sie sich zwischen die Zähne drängt - tatsächlich die oberen und unteren Schneidezähne vom normalen Durchbruch abhält, indem sie wie ein Monoblock arbeitet.

Die bimaxilläre Protrusion. Beide, oberer und unterer Zahnbogen, wurden durch die Kraft der Zunge bei diesem falschen Schluckvorgang nach labial bewegt.

Klasse III Okklusion. Abnormes Schlucken trägt zu beiden bei, der Pseudo-Klasse III, wo die unteren Zähne durch das Schlucken labial gedrängt werden, und zu der echten Klasse III, wo wir eine Verlängerung der knöchernen Mandibula finden. Eine kurze Diskussion dieser beiden Typen der Klasse III ist hier notwendig:

Die Pseudoklasse III ist durch andere als skelettale Faktoren verursacht, z.B. durch die gestörte Entwicklung des orofaziale Komplexes. Das abartige Schlucken ist hierbei ein Faktor. Wenn die orofaziale Muskulatur in ihrem Gleichgewichtszustand gestört ist, wobei die Zunge beim Schlucken gegen die unteren Schneidezähne stößt, so werden sich die Zähne in eine Klasse III-Beziehung bewegen.

Die echte Klasse III zeigt ein ganz anderes Bild, In diesem Fall ist die Skelettbeziehung des oberen und unteren Kiefers nicht gleichmäßig entwickelt. Daher entsteht möglicherweise die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffes zu einem späteren Zeitpunkt, um dieses abnorme Wachstum auszugleichen. Trotzdem, die Zunge hat "Lebensraum" in dem verlängerten Unterkiefer gefunden und bewegt sich gegen die unteren Zähne beim Schluckakt. Diese Tatsache wird außerordentlich wichtig für den Chirurgen. Ohne die Korrektur der Schluckgewohnheit wird die Kraft der Zunge die Zähne nach dem chirurgischen Eingriff einer echten Klasse III zu einer Pseudoklasse III gestalten, oder es kann auch ein offener Biß entstehen.

Der tiefe Biß. Es gibt zwei Typen von tiefem Biß: einen congenitalen und einen, der durch ein gestörtes muskuläres Gleichgewicht bedingt ist. Wenn 1 mm oder 2 mm Zwischenraum zwischen der hinteren Schneidekante der oberen Schneidezähne und der vorderen Schneidekante der unteren Zentralen bestehen, so ist falsches Schlucken und die damit verbundene Störung des muskulären Gleichgewichtes ein ursächlicher Faktor. Die 1 oder 2 mm Zwischenraum sind der

freeway space, den die Zunge geschaffen hat durch Ihre vordere Lagerung.

Meist öffnet sich der Unterkiefer, wenn der Patient schluckt und die Zunge den freeway space ausfüllt, wobei die Kraft der Zunge gegen die oberen incisivi gerichtet ist. Das ist signifikant, und wenn der Kieferorthopäde beabsichtigt, diesen tiefen Biß zu korrigieren, bewegt er die oberen und unteren Schneidezähne in ein normaleres Verhältnis. Trotzdem, die Kraft der Zunge, die gegen die oberen Schneidezähne drückt, wird die Zähne danach von dem geschlossenen Biß wieder in den offenen Biß zurückbewegen.

Die eine Art des tiefen Bisses rührt also von der abnormen Muskelfunktion her. Die zweite Art ist erblichen Ursprungs. Hier sind die 1 oder 2 mm Zwischenraum, die wir oben erwähnt haben, nicht vorhanden. Die ursächlichen Faktoren sind andere als abnorme Muskelfunktion.

Die siebte Art von Okklusalproblem ist eine unilaterale Depression im Molarengebiet. Hier bewegt sich die Zunge in einem Winkel von 45 Grad in das Prämolarengebiet. Das erstreckt sich von den lateralen Schneidezähnen bis zum ersten Molaren und erzeugt eine Öffnung des Bisses. Diese Art von Schluckproblem ist oft vergesellschaftet mit einem Sprachdefekt, den wir früher in unserem diagnostischen Kapitel als ein laterales Lispeln kennengelernt haben.

Der bilateral offener Biß im Molarengebiet. Hier gibt es ein wenig Okklusion im Frontzahnggebiet. Die Zungenspitze zieht sich zurück und beide Seitenteile der Zunge drücken gegen den Zahnbogen und erzwingen eine bilaterale Öffnung der Okklusion.

Es ist deshalb von größter Wichtigkeit für den Praktiker, das Problem des abwegigen Schluckens und des gestörten muskulären Gleichgewichtes korrekt zu diagnostizieren, denn ohne daß diese ursächlichen oder mithelfenden Faktoren korrigiert werden, kann das Endergebnis seiner Arbeit nur ein partieller, wenn nicht sogar ein kompletter Rückfall der korrigierten Dentition sein.

Zusätzlich gibt es gewisse andere Probleme, die durch gestörtes Muskelgleichgewicht entstehen, z. B. Diastemen, bei denen die Zunge die Zähne am Lückenschluß hindert. Oder Retentionsprobleme von Prothesen, wenn die Zunge gegen die Prothese stößt und verhindert, daß die Prothese hält und der Patient die Prothese leicht im Mund behalten kann. Gerade Prothesenpatienten sollten auf Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung untersucht werden, bevor die Prothese angepaßt wird. Hier sind die folgenden Fragen zu stellen:

Warum benötigt dieser Patient eine Prothese?

Ist die grundlegende Malokklusion dem Mangel an muskulärem Gleichgewicht zu verdanken?

Hat eventuell die Malokklusion die Zerstörung des natürlichen Gebisses verursacht?

Kann ich erwarten, daß dieser Patient die künstliche Prothese im Mund behält, obwohl der augenblickliche Frontaldruck aus der orofazialen Muskulatur weiter besteht?

Es ist interessant festzustellen, daß häufig in Zeitungen von der Dentalwerbung Materialien angepriesen werden, die Prothesen im 'Mund zum Saugen zu bringen. Kann es denn möglich sein, daß so wenige Zahnärzte wissen, wie man Prothesen herstellt, so daß Patienten zusätzliche Haftmittel benötigen, um die Prothese im Mund zum Halten zu bringen? Natürlich stimmt das nicht. Es liegt an der Tatsache, daß viele Praktiker eher die Folge behandeln als die Ursache des Problems. Die Korrektur des falschen Schluckens und des gestörten muskulären Gleichgewichtes wurde vor der Anfertigung der Prothese nicht beachtet. Daher kommt es, daß die Prothesen in eine feindliche muskuläre Umgebung eingepaßt werden und daß sie durch vorwärtsgerichtete Kraft der Muskulatur dauernd abgeworfen werden. Das Ergebnis ist, daß der Patient sich den adhäsiven Stoffen zuwendet, um mit ihrer Hilfe die Prothese zum Halten zu bringen.

Es gibt noch eine Art von Problem, das vom abartigen Schlucken kommt, und das ist die brennende oder ulcerierte Zunge, was durch die Reibung zwischen Zunge und Zähne hervorgerufen werden kann.

Deshalb muß der zahnärztliche Praktiker die Möglichkeit des abartigen Schluckens als einen

ursächlichen oder beitragenden Faktor betrachten bei der Planung eines Behandlungsablaufes für jedes der acht aufgezeigten Okklusionalprobleme. Zusätzlich muß dann die Behandlung der abartigen orofazialen Muskelfunktion in den Behandlungsplan eingeschlossen werden. Wenn er das nicht tut, wird diese gestörte Muskulatur wiederum eine Umgebung schaffen, in der sie ihre gestörte Funktion bequem ausführen kann. Die Plastizität des Alveolarknochens bildet ein bewegliches Fundament für die Muskelkraft. Es ist Ironie in der Tatsache, daß diese Plastizität es dem Zahnarzt erlaubt, Zähne zu bewegen und gleichzeitig einen wichtiger Faktor beim Fehlschlag, eine korrigierte Okklusion zu retinieren, darstellt.

Kapitel VI:

DER THERAPEUT

Die Bedeutung der Kommunikation zwischen den Muskelfunktions-therapeuten und dem Zahn- sowie Allgemeinarzt.

Wir holen heute sehr viel über die Wichtigkeit der Kommunikation in der technisch hochentwickelten Gesellschaft. Die vielen neuen und sich widersprechenden Entwicklungen im Gesundheitsdienst lassen langsam die Notwendigkeit für eine Verständigung zwischen den Spezialisten entstehen. Jeder Praktiker muß sich laufend über die neueste Methodik orientieren, wenn er seinen Patienten die bestmögliche Behandlung angedeihen lassen soll. Er muß seine Fähigkeiten und seine Grenzen kennen lernen.

Weiterhin muß er die Hilfe anderer Spezialisten anfordern und nützen. Für ihn ist es wichtig, mit anderen Spezialisten in einer offenen und fachlichen Weise Verbindung zu haben. Verbindung verlangt ein Verständnis der einzelnen Probleme, die jede Spezialrichtung mit der anderen konfrontiert, Mangel an Verbindung kann nur weiteres Mißverständnis und unvollständige Patientenfürsorge zur Folge haben,

Der Muskelfunktionstherapeut, ein verhältnismäßig junges Mitglied des zahnärztlichen Teams, sieht sich mit dieser Notwendigkeit der Kommunikation aus zwei besonderen Gründen konfrontiert:

Wegen seiner Abhängigkeit von den dentalen und allgemeinärztlichen Überweisungen, die den größten Teil seiner Praxis ausmachen und

weil das Behandlungsprogramm wesentlich abhängt von dem Gesamtbehandlungsplan, den der überweisende Arzt aufgestellt hat.

Daher muß er die endgültigen Ziele, deretwegen der Patient zu ihm geschickt wurde, verstehen und seinen Behandlungsablauf nach diesen Zielen ausrichten. Er muß auch in der Lage sein, die Behandlungsziele und Grenzen, die seinem Behandlungsplan für den überwiesenen Patienten innewohnen, auf den überweisenden Arzt zu beziehen,

Es ist wichtig, die Geschichte der Muskelfunktionstherapie, die Bedeutung des inkorrekten Schluckens und die Bedeutung seiner Korrektur zu verstehen, bevor man den Beitrag des Muskelfunktionstherapeuten zur gesamten Behandlung des Patienten voll verstehen kann.

Die Zahnmedizin hat schon lange die Bedeutung des Muskelgleichgewichtes in Beziehung auf die Zahngesundheit gekannt. Tatsächlich wird man bei einer Durchsicht der Dentalliteratur der letzten fünfzig Jahre fortlaufend Notizen über dieses Basisproblem finden. Die Kenntnis jedoch hatte nicht das Ergebnis, daß die sofortige Entwicklung einer erfolgreichen Behandlungsplanung eingeleitet wurde. Es sollten viele Jahre schlafender Kenntnis des Problems vergehen, bevor der Zahnarzt seine wirkliche Bedeutung erkannte.

Die Bildung von Spezialpraxen in der Zahnheilkunde gab der Wichtigkeit von Erkenntnis und Behandlung schlechter Schluckgewohnheiten und gestörter Muskelantwort starke Anstöße. Die Entwicklung von Spezialpraxen führte unweigerlich zu einem höheren Standard für die Gesamtarbeit. Der Kieferorthopäde war nicht mehr zufrieden mit einem unvollständigen Ergebnis. Der Prothetiker wollte die Tatsache, daß all seine schwierigen Prothesen-Patienten "schlecht-passende Prothesen" hatten, nicht mehr akzeptieren, Der Kieferchirurg war nicht mehr zufrieden damit, daß eine vorher tadellose Progenieoperation rezidierte.

Auch der Periodontist wollte nicht mehr akzeptieren, daß die moderne orale Chirurgie nicht erfolgreich war. Der Kinderzahnarzt war ebenso beschäftigt mit besseren Methoden für die Vorbeugung während der Entwicklungsstufe. Die Suche nach Lösungen kam in das selbstverständliche Stadium "wie müssen die ursächlichen Faktoren erkennen". Deshalb wurden die Schluckgewohnheiten und das muskuläre Gleichgewicht und ihre Beziehung zu guter Okklusion aufgewertet in Bezug auf die heutigen Kenntnisse.

Die Wiederaufwertung führte zu weiteren Betrachtungen über die Wichtigkeit von zwei grundlegenden Faktoren der Okklusion, nämlich

daß Zähne naturgewollt dazu neigen, Okklusion zu suchen und

daß die zerstörende Kraft einer schlechten Schluckgewohnheit letzten Endes eine gute okklusale Beziehung verhindern kann.

In dieser Suche nach Hilfe wandte sich der Zahnarzt an einen anderen Spezialisten: den Sprachtherapeuten. Seine Begründung, weshalb er von diesem Spezialisten Hilfe suchte, schien natürlich. Wer sonst besaß eine bessere Kenntnis der Funktion und des Gebrauchs der oralen Muskulatur? Welcher andere Spezialist war so speziell geübt in der Motivation von Patienten bei der Korrektur unsauberer Gewohnheiten? Weiterhin schien es bei den schlechtschluckenden Patienten oft gleichzeitig Sprachprobleme zu geben.

Der Hilferuf brachte für den professionellen Sprachtherapeuten ein ernstes Problem. Zuerst weil seine Kenntnisse über den Schluckvorgang und dessen Folgen auf die Zahnreihen minimal waren. Zum zweiten, weil seine Grundkenntnisse der dentalen Terminologie und der dentalen Problemgebiete weniger als minimal waren. Zum dritten, weil man ihm keine Methoden über die Wiedererlangung eines normalen Schluckaktes während seiner akademischen Ausbildung beigebracht hatte, zum vierten, weil der Stand des Sprachtherapeuten dieses Problem zu ignorieren schien. Tatsächlich weigerte sich der Sprachtherapeut - wegen seiner grundsätzlichen Unsicherheit im Umgang mit diesem Problem - die bedeutenden Erfolge, die viele Kliniker erreichten, anzuerkennen.

Immerhin, da die Not anhielt, wurde der Ruf nach Hilfe immer eindringlicher. Daher bahnten sich frühe Muskelfunktionstherapeuten ihren Weg durch den Dschungel von Kenntnis, Ignoranz und Verneinung in einem Anlauf, eine praktizierbare therapeutische Planung zu entwickeln.

Es wurde offensichtlich, daß die Grundkurse, die ein Teil der Ausbildung des Sprachtherapeuten waren, sich als sehr wertvoll bei der Planung einer Behandlung erwiesen. Es wurde diesen frühen Therapeuten auch langsam klar, daß es eine Welt von Ignoranz und Mißverständnis über dieses Problem gab. Wie beim Wetter, jeder sprach darüber, aber wenige konnten die Situation korrigieren.

Nachdem in den letzten achtzehn Jahren über fünftausend Patienten mit diesem Problem erfolgreich behandelt wurden, stellt der Autor traurig fest, daß die Grundprobleme der Ignoranz und des Mißverständnisses immer noch existieren, trotz der überwältigenden Überzeugungskraft, die von den erfolgreichen Behandlungen ausgeht. Muskelfunktionstherapeuten glauben trotzdem weiter, daß, seit eine erfolgreiche Behandlungsplanung entwickelt wurde, eine entsprechende Kommunikation zwischen den Spezialfächern viel zur Beseitigung grundlegender Mißverständnisse beitragen kann.

Die Bedeutung und der Zweck der muskelfunktionellen Therapie

Muskelfunktionelle Therapie ist ein Behandlungsablauf, der falsche Muskel- und Schluckgewohnheiten korrigiert.

In anderen Artikeln, die vom gleichen Autor stammen, gibt es eine vollständige Beschreibung der Erkenntnis und Diagnose des Problems. Es gibt deshalb keine Notwendigkeit, diese beiden Gebiete hier zu diskutieren. Trotzdem, die hauptsächlichen Behandlungsziele des Muskelfunktionstherapeuten müssen wiederholt werden. Sie sind dreifach:

Die Wiederherstellung richtiger Muskelreflexe. Die Entwicklung der Muskelfunktionstherapie lehrte den Behandler die Unsinnigkeit zu sagen: "Jetzt schlucke einmal so". Die Muskulatur muß wieder so ausgebildet werden, daß sie sich dem neuen Schluckakt anpaßt,

Ein korrektes Schluckmuster zu lehren, nach dem die Muskulatur sich an den neuen Reflex angepaßt hat.

Aus dem neuen Schluckablauf eine unbewußte Gewohnheit zu machen.

So entwickelte der Muskelfunktionstherapeut einen Behandlungsplan, der diese drei Gebiete umfaßt: (1) Muskelausbildung (2) Schluckbehandlung (3) Techniken des Unterbewußtseins anzuwenden, um das neue Schlucken zu einem Reflex zu machen.

Die erfolgreiche Vervollständigung muskelfunktioneller Therapie zeigt als Erfolg oft eine dramatische okklusale Änderung. Der Therapeut erfuhr mit Klarheit, daß die Zahnheilkunde wußte, wovon sie sprach. Sie könnte tatsächlich Zahnbewegungen durch die Anwendung bestimmter Prinzipien des Muskelgleichgewichtes durchführen.

Der Therapeut erfuhr weiterhin, daß er beim erfolgreichen Anstreben allgemeinärztlicher Ergebnisse helfen kann, z.B.:

der Verbesserung und Korrektur des Mundatmens

des Rückbildens der Gegenkraft der Zunge, um der orthodontischen Apparatur mehr Wirkung zu verleihen

der Korrektur gewisser periodontischer Probleme

der Korrektur bestimmter Okklusalprobleme.

Der Muskelfunktionstherapeut lernte sehr schnell "die Trilogie des offenen Bisses: Daumen, Zunge, Lippen" erkennen. Deshalb war er gezwungen, eine Therapie zu entwickeln, die das Daumenlutschen korrigiert, das Lispeln eliminiert und das abwegige Schlucken verbessert. So brachte er eine neue Dimension in seinen Behandlungsablauf.

Er fand es unmöglich, das abwegige Schlucken zu korrigieren, wenn das Kind weiterhin am Daumen lutschte; das Einführen des Daumens in den Mund brachte automatisch die Zunge in eine falsche Position. Trotzdem gab es einen überholten Glauben in zahnärztlichen Kreisen, daß, wenn man das Kind vom Daumenlutschen abhalte, es sofort eine andere Unart annehmen würde. Es würde viel Erfahrung in der Arbeit mit diesem Problem des Daumenlutschens für den Therapeuten bedürfen, wenn er den Mut haben soll, diese Verallgemeinerung und diese Entschuldigungen für einen Mangel an Behandlung zu widerlegen. Er würde entdecken, daß das Gegenteil wahr ist. Wenn das Kind motiviert (nicht gezwungen) würde, das Daumenlutschen einzustellen, würde das Ergebnis ein glücklicheres und besser angepaßtes Kind sein.

Der Patient mit einem interdentalen Lispeln brachte ein allgemeines Problem. Konnte das Lispeln korrigiert werden, wenn der Patient ein falsches Schlucken zeigte? Waren nicht die muskulären Bewegungen beim falschen Schlucken und das interdentalen Lispeln spiegelbildlich?

Die Korrektur eines interdentalen Lispeins brachte oft ein interessantes Problem. Sollte der Sprachtherapeut ein "niederes S" lehren mit Zunge an den unteren Frontzähnen, wenn der Patient eine Okklusion Klasse III zeigte? Der Muskelfunktionstherapeut mußte in der "Schule der bitteren Erfahrung" lernen, daß das "niedere S" gefährlich für ein Kind mit Klasse III war. Der Patient, der ein Klasse III-Schlucken mit einer Klasse III-Okklusion zeigte, konnte durch ein "niederes S" nur gefährdet, aber nicht behandelt werden. Der Therapieplan mußte dafür sorgen, daß der Druck von den unteren Schneidezähnen weggenommen (nicht neuer Druck hinzugefügt) wurde.

Wenn der Patient ein laterales "S"-Lispeln mit einem offenen Biß in der Molarengegend zeigte, hingen diese beiden Faktoren nicht zusammen? Der Muskelfunktionstherapeut konnte die dramatische Veränderung sehen, die sich in der Sprache des Patienten abspielte, wenn die grundlegende Abweichung im Schlucken korrigiert war. Die Korrektur dieser Art falschen Schluckens schien eine allgemeinere und besser angepaßte Behandlung des lateralen "S"-Lispelns sicherzustellen.

Es gab einen fortdauernden Hilferuf von Mitgliedern der Medizin und der Dentalmedizin nach umschriebenen therapeutischen Arbeiten, die bei kleineren Schluckproblemen angewendet werden konnten, und zwar innerhalb ihrer Praxis. Der Muskelfunktionstherapeut mußte sich mit der Erstellung dieser Hilfeleistung beschäftigen. Diese Information war an den Universitäten nicht erhältlich, da die Muskelfunktionstherapie noch zu klinisch war für die Unterweisung in einer Vorlesung.

Jetzt finden wir den Muskelfunktionstherapeuten engagiert bei zahnärztlichen Arbeiten, medizinischen Arbeiten, psychiatrischen Arbeiten, Forschung, Sprachrehabilitation und zum Teil auch in der Ausbildung. Die besondere Natur dieses Engagements macht die Kommunikation besonders lebendig. Die engen Beziehungen mit anderen Gesundheitsdisziplinen macht es für die Ziele des Therapeuten zwingend, genau dargestellt zu werden. Es ist die Darstellung der Ziele und das Mitteilen von Kenntnis, was die Grundlage für die Kommunikation zwischen den Disziplinen ausmacht.

Was also sollten die Ziele des Muskelfunktionstherapeuten sein? Seine Ziele sollten in jedem Fall im Sinne seiner generellen Auffassung dargestellt werden! "Der Muskelfunktionstherapeut ist grundlegend an die Korrektur des muskulären Ungleichgewichtes gebunden. Seine therapeutischen Maßnahmen wirken als ein Teil einer getarnten medizinischen oder zahnärztlichen Therapie".

Deshalb sollten Patienten, die in seiner Obhut sind

medizinisch zugeordnet sein

seine Therapie als einen speziellen Behandlungsabschnitt ansehen:

interceptiver Kieferorthopädie

als Hilfe zu orthodontischen Maßnahmen

als Unterstützung der Mundchirurgie

als Hilfe für die Prothetik

als Unterstützung der Pedodontie und

als Ergänzung zur Sprachtherapie

Es sollte verständlich gemacht werden, daß der Therapeut nur ein Teil des zahnärztlich-medizinischen Teams ist. Körperliche Veränderungen, wie okklusale Besserung, können sich einstellen. In jedem Fall sollten diese Veränderungen von dem überweisenden Arzt im Hinblick auf seine Behandlung vorher beurteilt werden. Der Muskelfunktions-Therapeut hat nicht die Möglichkeit, okklusale Veränderungen zu beurteilen. Er ist weder durch Erfahrung noch durch die

Ausbildung dazu geeignet.

Schlußfolgerung

Genauso wie andere Spezialisten auf dem Gesundheitssektor muß sich auch der Muskelfunktionstherapeut diese Ziele ständig vor Augen halten, wenn er die myofunktionelle Therapie beurteilt. Dramatischen Erfolg zu erzielen, ist nicht die eigentliche Aufgabe dieser therapeutischen Richtlinien. Kommunikation kann nur entstehen, wenn eine Basis für das Verständnis vorhanden ist. Die oben angeführten Behandlungsziele können hierfür als Basis dienen.

Wenn sowohl der überweisende Arzt als auch der Behandler an diesen Zielen festhalten, besteht kein Grund, warum nicht eine glückliche Vereinigung zwischen den Fachrichtungen stattfinden sollte. Jede Fachrichtung sollte die andere wertschätzen. Das mögliche Ergebnis kann nur der besseren Versorgung des Patienten dienen.

Kapitel V:

DIE METHODE

Die Methode zur Korrektur des orofazialen Muskelgleichgewichtes, die in diesem Abschnitt beschrieben wird, hat sich aus der zwanzigjährige Bemühung entwickelt, einen Behandlungsablauf zu standardisieren. Die Methode ist das Ergebnis von Diagnose und Behandlung mehrerer tausend Patienten mit falschem Schlucken und in allen Altersklassen. Die Methode beruht auf drei Hauptvoraussetzungen:

Die Patientenmotivation stellt den Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie dar.

Ein erfolgreicher Behandlungsgang muß alle Gebiete abnormer orofazialer Muskelfunktion einschließen.

Das erlernte Verhalten des neuen orofazialen Muskelspieles muß als normaler Teil des funktionierenden Individuums fest eingebaut werden.

Deshalb erfolgt an dieser Stelle die Diskussion dieser Unterabteilungen.

Patienten-Motivation

Die Motivation des Patienten ist ein relativ neues Konzept für viele Zahnärzte. Der Zahnarzt wurde darin ausgebildet, "den Leuten etwas zu tun"; er ist geübt in der Anwendung von Instrumenten, um seine Ziele zu erreichen. Als die Zahnheilkunde mit der Zahnreparatur beschäftigt war, war die Art, in der der Praktiker mit seinen Instrumenten umging, der Schlüssel zu seinem Erfolg. Wenn der Patient voll Furcht vor Zahnschmerzen war, konnte eine Analgesie durchgeführt werden. Der Zahnarzt war und ist ein funktionierender Techniker.

Nun hat die vergrößerte Palette der Zahnheilkunde den Praktiker gezwungen, die Grundtatsachen des menschlichen Verhaltens in seine Behandlungsbetrachtungen einzuschließen.

Fallbesprechungen für die verschiedensten Aspekte der Zahnheilkunde wurden bedeutungsvoll. Der Zahnarzt mußte lernen zu motivieren, damit seine Diagnose und Empfehlungen angenommen werden, speziell in solchen Bereichen, in denen sich die Behandlung über einen langen Zeitraum erstreckte. Er mußte lernen, daß das Verständnis des Patienten der Schlüssel zu einer erfolgreichen Motivation ist. Er mußte lernen, daß komplizierte funktionelle Behandlungen einfacher werden, wenn die eifrige Mitarbeit der Patienten vorliegt.

Ein Hauptgrund, weshalb die Korrektur der falschen Muskelfunktion des orofazialen Komplexes für den Zahnarzt so frustrierend war, ist, weil er ein Funktionstechniker ist. Seine unmittelbare Reaktion auf das Problem des falschen Schluckens war: "Wir sollten etwas in den Mund geben, das die Zunge davon abhält, die Zähne zu treffen". Hier haben wir es wieder - "wir werden dem Patienten etwas tun" oder "laßt uns eine Operation an den oralen Muskeln durchführen, welche die Zunge davon abhält vorzukommen."

Der Fehlschlag einer Zahnprothese, einer kieferchirurgischen Behandlung und der damit verbundenen Tiefenfrustration mit dem Problem selbst führte den Zahnarzt dazu, Hilfe von anderen Spezialisten, "vom Sprachtherapeuten", anzufordern. Das Vorgehen des Sprachtherapeuten war notwendigerweise anders als das, was der Zahnarzt gewöhnlich tat. Einmal war dieser nicht geschickt im Umgang mit Instrumenten, und zum anderen hatte er auch so gut wie keine Instrumente zur Verfügung. Deshalb wandte er sich der einzigen Sache zu, von der er wußte, wie sie durchzuführen war:

Einmal, das Problem kritisch zu untersuchen und zum anderen ein Trainingsprogramm aufzustellen, mit dem der Patient sein Problem bewältigen könnte. Die Ausbildung des

Sprachtherapeuten ging dahin, die Leute zu lehren, wie sie sich selbst helfen können. Er war ein Meister in der Motivationstechnik. Dieser Gegensatz in der grundsätzlichen Auffassung hat jedoch nie ein echtes Problem gebildet, denn Sie können sich erinnern, was oben festgestellt wurde: "Seine tiefe Frustration über das Problem führte den Zahnarzt dazu, Hilfe von einem anderen Spezialisten - dem Sprachtherapeuten - anzufordern". Damit war der Zahnarzt bereit, seine Probleme einem anderen Spezialisten zu übertragen. Er wußte, daß er Hilfe brauchte. So ist ein neuer Spezialist entstanden - der Muskelfunktionstherapeut.

Die Prinzipien der Patientenmotivation, denen er folgen mußte, sind:

Am Anfang steht das Verständnis des Problems. Der Patient und die Eltern des Patienten müssen jeden Teil des Behandlungsablaufes verstehen. So wurden audiovisuelle Folgen als Hilfe für die Einsicht des Patienten in das Problem entwickelt. Weiterhin wurde ein Elternteil aufgefordert, anwesend zu sein, wenn das Kind den Raum betrat. Die Schilder im Sprechzimmer, auf denen "nur für Kinder" stand, wurden abgenommen.

Patient und Elternengagement. Der Elternteil dient als ein besonders wichtiger Teil des Behandlungsablaufes. Es ist der Elternteil, der die Heimarbeit überwachen muß.

Die Anerkennung des Fortschrittes. Bilder und Fragebogen werden verwendet zur Selbstbestimmung des Fortschrittes. Patienten scheuen sich nicht vor der Arbeit, wenn sie merken, daß sie Fortschritte machen.

Ärztliche Umgebung. Es wurde offensichtlich, daß die Unannehmlichkeit des zahnärztlichen Sprechzimmers getrennt werden mußte von dem, was zur Muskelfunktionstherapie notwendig ist.

Patient - Therapeutbeziehung. Eine persönliche Beziehung wird auf all diesen oben erwähnten Faktoren aufgebaut, plus einem zusätzlichen Faktor, den man "persönliche Sicherheit" nennen könnte. Der Patient muß spüren, daß der Therapeut genau weiß, was er tut. Die Art des Therapeuten muß Vertrauen in seine Fähigkeiten und in seine Methode ausstrahlen.

Patienten-Verständnis. Der Therapeut muß den ganzen Patienten verstehen. Er muß in der Lage sein, auf die Stimmungen und Problemen des Patienten einzugehen.

Patientenwunsch. Der Patient muß eine Verbesserung wünschen. Aber - mögen Sie sagen - ist nicht Patientenwunsch und Patientenmotivation das gleiche? Die Antwort heißt "nein", sie sind es nicht. Ein Patient kann motiviert werden, etwas zu tun, aber er braucht es nicht wirklich zu wünschen. Sich etwas zu wünschen, ist andererseits viel unwiderstehlicher. Dieser Wunsch des Patienten ist in dem Behandlungsablauf vom allerersten Tag an eingeplant.

Ein erfolgreicher Plan muß alle Gebiete abnormen orofazialen Muskelgleichgewichtes einschließen

Das Kapitel mit dem Titel "Die Ursache" besprach den Unterschied zwischen einem abnormen und einem normalen Schluckreflex. Dieser Unterschied ließ uns die Zunge in drei Abschnitte teilen: das Vorderteil, das Mittelteil und das Hinterteil der Zunge. Die Unterscheidung in der Stärke des Muskulus orbicularis oris und des Muskulus masseter wurde ebenfalls besprochen. Diese Faktoren sollten vordringliche Beachtung bei der endgültigen Anwendung der Methode verdienen. Die Korrektur des falschen Schluckreflexes ist eingeschlossen in einen gesamten Behandlungsablauf, nicht einfach eine Platzierung der Zungenspitze am Munddach und den Patienten einige hundertmal schlucken lassen. Das letztere wird von nichts anderem begleitet sein als völliger Frustration für Patient und Behandler. Das erstere kann eine erfolgreiche Lösung des Problems bedeuten.

Erlerntes Verhalten muß fest verankert werden

Unsere dritte Voraussetzung, daß die neu angenommene Schluckgewohnheit fest als ein normaler Teil des funktionierenden Individuums verankert werden muß, resultierte aus der Kenntnis, daß

ein Mensch zweimal in der Minute schluckt, wenn er wach ist, und einmal, wenn er schläft. Eine Auswertung von frühen Fehlschlägen führte zu der Erkenntnis, daß die Schwäche in der "Methode" in der Unfähigkeit des Patienten liegt, den unbewußten Schluckakt zu kontrollieren. Deshalb wurde die Anpassung an unterbewußte und suggestive Techniken in den Behandlungsplan einbezogen. Diese Techniken gehören zur Methode.

Nun wollen wir - mit diesen Vorbedingungen im Kopf - die speziellen Schritte der Methode betrachten.

Eine erfolgreiche muskelfunktionelle Behandlungsfolge sollte in zwei Hauptperioden unterteilt werden:

Die intensive Behandlungsperiode o Der Patient wird drei Monate lang wöchentlich zweimal bestellt und

die "Folgeperiode". Der Patient wird in einem neunmonatigen Abschnitt in längeren Intervallen bestellt. Diese Folgeperiode erlaubt dem Therapeuten, alle schwachen Stellen zu korrigieren, die sich in dem korrigierten Muskelspiel eingestellt haben könnten.

Die Erste diagnostische Sitzung

Der Patient wird in den Konsultationsraum geführt, und eine Sekretärin füllt den ersten Teil des Inizialbefundformulars aus. Dieses Formular ist im Anhang als "Iniziales Behandlungsformblatt A" zu finden.

Die Sekretärin ruft dann den Therapeuten, der den zweiten Teil des Formblattes ausfüllt. Die Gründe für jede Frage, die im Formblatt auftritt, wird nun im Detail besprochen.

Zweite Hälfte des Inizialbefundes - Formblatt A

Tonsillen und Adenoide

Hat er noch seine Tonsillen und Adenoide?

Eßgewohnheiten

Ist er ein schneller Esser?

Ist er ein langsamer Esser?

Trinkt er viel zu den Mahlzeiten?

Kaut er mit offenem Mund?

Schlingt er sein Essen hinunter?

Ist er ein geräuschvoller Esser?

Die Beantwortung dieser Fragen hilft dem Untersucher, Schlüsse zu ziehen, ob der Patient ein "abartiger Schlucker" ist. Patienten mit abartigem Schlucken kauen oft ihre Nahrung unvollständig und tendieren dazu, sie hinunterzuspülen, indem sie übermäßig Flüssigkeit zu den Mahlzeiten trinken. Der "abartige Schlucker" neigt dazu, ein geräuschvoller Esser zu sein und seine Nahrung hinunterzuschlingen, da er mehr mit positivem als mit negativem intraoralem Druck schluckt.

Nervöse Leiden

Die zu stellenden Fragen sind:

Hat er irgendwelche nervöse Erkrankungen?

Leidet er unter epileptischen Anfällen?

Ist er ein gespanntes Kind (wenn es ein Kind ist)? 4o Neigen Sie dazu, nervös und gespannt zu

sein? (Wenn es sich um einen Erwachsenen handelt)

Die Antworten zu diesen Fragen geben dem Untersucher einen Einblick in die emotionellen Verhältnisse des Patienten. Man sollte beachten, daß die initiale Reaktion des Kindes auf das Stillen mit dem langen Schnuller eine Stressreaktion ist. Das gespannte (aggressive) Kind wird eine stärkere Reaktion haben als das passive Kind. Deshalb muß die emotionale Situation des Kindes beachtet werden, wenn man zu einer endgültigen Diagnose von gestörtem oromuskulärem Gleichgewicht kommen will. Auch muß sich der Praktiker der Tatsache bewußt sein, daß dieser Patient epileptische Anfälle haben kann. Das ist wichtig, weil in dem Behandlungsverfahren Übungen enthalten sind, die einen epileptischen Anfall nach sich ziehen könnten. Deshalb kann der Behandler, der von der epileptischen Kondition des Patienten weiß, diese Möglichkeiten vermeiden.

Lutschgewohnheiten

Die zu stellenden Fragen sind:

Lutschst Du an Deinem Daumen, am Finger, an den Knöcheln, an den Lippen, am Leintuch oder an einem Schnuller?

Hast Du jemals diese Lutschgewohnheit abbrechen wollen?

Was hast Du getan?

Welchen Erfolg hattest Du?

Wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, erklärt der Untersucher den Eltern und dem Kind, daß diese Gewohnheit korrigiert werden muß, bevor die myofunktionelle Therapie beginnt, da das Einsetzen jedes Fremdkörpers in den Mund sofort die Zunge fehlleiten muß. Zu diesem Zeitpunkt kann der erste Optimismus induziert werden, wenn der Therapeut zu dem Kind sagt: "Hans, ich weiß, daß Deine Eltern es nicht glauben können, aber ich werde Dir helfen, über diese schlechte Angewohnheit hinwegzukommen. Wenn alles gut geht und Du tust, was ich Dir sage, wird die Gewohnheit in 10 Tagen besiegt sein. Und merkt Euch eins, Mutter und Vater, ich kann Euch nicht täuschen. Dies ist eine "Entweder-oder"-Situation, Entweder, Hans hört auf, oder er tut es nicht, wir werden es sehen."

Andere Erkrankungen

Zu stellende Fragen:

Hat er irgendwelche Allergien?

Hat er irgendwelche anderen körperlichen Probleme, die eine Aaswirkung auf die Behandlung haben könnten?

Die Antworten auf diese Fragen dienen als Leitlinie für den Praktiker im Hinblick auf bestimmte Aspekte, die Methode speziell im Hinblick auf die Mundatmung einzusetzen.

Kinderernährung

Zu stellende Fragen sind:

Ist er ein Flaschen- oder ein Brustkind?

Wenn er ein Flaschenkind ist, welche Art von Schnuller haben Sie verwendet?

Die Antworten auf diese Fragen sind von großer Bedeutung für den Therapeuten, wenn er die Diagnose für das abwegige Schlucken stellt. Die Bedeutung dieses Aspektes in dem Formblatt ist in dem Abschnitt dieses Buches mit dem Titel "Die Gründe" ausführlich besprochen. Der Befrager erreicht eine eigene Vorstellung der Wichtigkeit der korrekten Stillprozeduren, nachdem er diese Fragen einige hundertmal beantwortet bekommen hat.

Die Dauer der Brusternährung

Zu stellende Fragen sind:

Wie lange haben Sie das Kind mit der Brust ernährt?

Haben Sie die Flasche zusätzlich gegeben?

Wenn eine Flasche verwendet wurde, welche Art von Schnuller war in Gebrauch?

Die Länge der Zeit, die der Säugling mit der Brust ernährt wurde, ist sehr wichtig. Wenn dem Baby nach zwei oder drei Monaten die Brust entzogen wurde und verlängerte, bauchige Schnuller angewandt wurden, wird das Muskelspiel ähnlich dem eines reinen Flaschenkindes sein.

Flaschenschwierigkeiten

Zu stellende Fragen sind:

Hatte das Kind mit Darmkoliken zu tun?

Hat das Kind irgendwann die Flasche verweigert?

Gab es irgendwelche andere Stillschwierigkeiten?

Es ist nicht ungewöhnlich für Säuglinge, die mit verlängerten, großen Schnullern gefüttert wurden, kindliche Darmkoliken durchzumachen. Die Gründe für diese Schwierigkeiten sind folgende:

Die Milch wird der Länge des Schnullers entsprechend direkt in den Darmtrakt eingespritzt. Dadurch ist die Milch nicht innerhalb des Mundraumes nicht vorverdaut, bevor sie den Verdauungstrakt erreicht.

Eine Charakteristik für das normale Schlucken ist das Aufbauen von positivem Luftdruck, um den Speisebrei in den Verdauungstrakt zu drücken.

So wird das Kind - wenn die obigen Punkte 1 und 2 kombiniert sind - einen Magen voll von unvollkommen verdauter Milch und Luft haben. Eine kindliche Darmkolik kann das Ergebnis sein.

Entwöhnungsschwierigkeiten

Zu stellende Fragen sind:

Konnte das Kind leicht entwöhnt werden?

In welchem Alter wurde es entwöhnt?

Die Antworten auf diese Fragen werden viele von Ihnen überraschen. Sie werden feststellen, daß Mütter berichten: "Er stieß einfach die Flasche weg nach 3, 4 oder 5 Monaten und verweigerte sie weiterhin anzunehmen." Natürlich, er warf die Flasche weg! Er haßte den Umstand, mit dem verlängerten Schnuller. Sogar in diesem Alter kämpft der Säugling schon um sein Überleben.

Annahme von neuen Nahrungsmitteln

Zu stellende Fragen sind:

Nahm er gern feste Nahrung?

Lehnte er sich auf, wenn Sie ihm fremde Nahrungsmittel anboten?

Das Kind mit abwegigem Schlucken tendiert dazu, feste Nahrung abzuweisen. Sie machen zu viele Schwierigkeiten beim Kauen, Verarbeiten und Schlucken. Das Kind wird oft Eßgewohnheiten einführen, die es später zu einem "Problemesser" für den Rest seines Lebens machen.

Löffel und Tasse

Zu stellende Fragen sind:

In welchem Alter übernahm er Löffel und Tasse?

Die Antwort auf diese Frage gibt dem Untersucher einige Einsicht in das emotionale und

physikalische Wachstum und die Entwicklung des Kindes.

Das Alter der ersten Worte, der ersten Schritte

Zu stellende Fragen:

In welchem Alter begann er zu sprechen?

In welchem Alter begann er zu laufen?

Die Antworten auf diese Fragen geben dem Untersucher Einsicht in das geistige, emotionale und körperliche Wachstum des Kindes.

Nachdem der Praktiker die 2. Hälfte des Formblattes ausgefüllt hat, sagt er zu den Eltern: "Ich werde jetzt meine Assistentin bitten, Ihnen eine audiovisuelle Folge in diesem Zimmer zu zeigen. Der Titel dieser Folge ist: "Wenn Du schluckst, schlucke richtig". Die Vorführung dauert 13 Minuten. Der Zweck dieser Folge ist, Ihnen Einblick zu geben in einige Grundinformationen über das Problem des abwegigen Schluckens und die therapeutischen Möglichkeiten, die Probleme zu beseitigen. Diese Art der Therapie ist als myofunktionelle Therapie bekannt. Wenn ich zurückkomme, werde ich Ihr Kind untersuchen und wir werden das gesamte Problem diskutieren".

Die Vorführung der audiovisuellen Folge gibt dem Patienten und den Eltern ein mehr übersichtsartiges Verständnis des gesamten Problems, das zu diskutieren ist. Wie früher in diesem Buch festgestellt, wurde das Verständnis des Gesamtproblems der erste Schritt in der Patientenmotivation. So enthält dieser erste Anfang, das Problem anzugehen, bereits eine Motivationstechnik.

Der Techniker oder der Assistent beginnt dann die audiovisuelle Folge zu zeigen "Wenn Du schluckst, schlucke richtig".

Wenn der Therapeut zurückkommt, wendet er sich an den Patienten und seine Eltern und sagt: "Herr und Frau Maier, ich glaube, Sie haben ein Recht darauf, alles zu wissen, was ich über Ihr Kind weiß. Deshalb möchte ich, daß Sie über meine Schulter sehen, wenn ich Ihren Sohn untersuche, und ich werde Ihnen beschreiben, was ich sehe. Sie werden feststellen, daß ich diese Untersuchungskarte habe (der Leser kann sie im Anhang als initiale Untersuchungskarte finden „Formblatt A“), und ich werde die verschiedenen Punkte abchecken, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen". (Der Untersucher geht dann jeden Punkt auf dem Formblatt durch).

Initiale Untersuchung - Formblatt A

A. Allgemeine Beobachtungen

Picard's Flaschen-Mund

Mund-Atmer

Sprache:

Interdentales Lispeln

Laterales Lispeln

Okklusal-Probleme

Schneidezahnstufe

okkludiert nur im Molarengebiet

offener Biß

Bimaxilläre Protrusion

Tiefer Biß

Malokklusion Klasse III

Echt

Pseudo

Unilaterale Depression im Molarengebiet

Bilaterale Depression im Molarengebiet

B. Position der Zunge in Ruhelage

Zwischen den Zähnen

Im Verhältnis zu den oberen Schneidezähnen _____

Im Verhältnis zu den unteren Schneidezähnen _____

C. Körperliche Untersuchung des Patienten beim Trinken

Die Zunge kommt heraus, um die Tasse zuerst berühren

Schluckgewohnheiten Normales Schlucken

abartiges Schlucken Der Untersucher bittet den Patienten zu schlucken, während er die Lippenverbindung öffnet. Wenn der Patient ein abartiges Schlucken hat, müßte der Behandler in der Lage sein, zu sehen, wie die Zunge sich mit wenig oder keinen Schwierigkeiten in die Gegend der Malokklusion bewegt. Tiefe Rugae am Gaumen

Masseter schwach

Der Untersucher testet die Stärke der Masseteren, indem er den Patienten auffordert, die Zähne zu okkludieren, während er seine Finger auf beiden Seiten des Gesichtes plziert und die Masseter-Muskeln auf jeder Seite des Gesichts berührt. Obwohl dies eine subjektive Methode der Messung ist, wird der Arzt bald lernen, zwischen einem starken und einem schwachen Masseter zu unterscheiden. Mentale Muskulatur überentwickelt.

Tonsillen und Adenoide vergrößert

Lippenstärke _____ Pfund

Die Lippenstärke wird mit einer Federwaage mit Kraftskala und einem Knopf am Ende eines Fadens gemessen und in der Karte eingetragen.

Wenn die Untersuchung durchgeführt ist, erklärt der Untersucher dem Patienten und den Eltern, was er gefunden hat. Als Zusammenfassung dieser Untersuchung gibt der Praktiker zum Beispiel folgendes zur Kenntnis:

Therapeut: "Frau Maier, ich erzähle Ihnen jetzt eine Geschichte. Sie werden feststellen, daß diese Geschichte sich an die Information anschließt, die Sie durch die audiovisuelle Folge bekommen haben. Es ist von überragender Wichtigkeit, daß Sie die Probleme verstehen, die Ihr Kind hat: ein abwegiges Schlucken und eine unbalancierte orofaziale Muskulatur. Auf jeden Fall gibt es zwei Grundkonzepte, die man sich während der gesamten Diskussion merken muß:

1. Daß wir in den 70er Jahren leben und
2. daß dieses Ding, was wir den menschlichen Körper nennen, das unglaublichste Stück einer anpassungsfähigen Maschinerie ist, das jemals auf dieser Erde herumgelaufen ist.

Diese zwei Konzepte bedeuten, daß wir heute mehr wissen als jemals zuvor. Wenn Ihr Kind heute geboren würde, so würden Sie einiges anders machen als Sie das in der Vergangenheit taten. Deswegen brauchen Sie sich wegen diesem Aspekt, des Problems, den wir diskutieren wollen, aber nicht schuldig zu fühlen, nämlich:

Die Ursachen des Problems.

Wir wissen natürlich auch, daß Ihr Körper eine Konstruktion ist, in der jeder Teil in Beziehung zu einem anderen Teil arbeitet. Wenn alle Teile des Körpers korrekt funktionieren, werden Sie keine Schwierigkeiten haben. Aber wenn ein Teil unkorrekt arbeitet, dann zieht das immer einen anderen Teil in Mitleidenschaft. Sind Sie sich außerdem dessen bewußt, daß das orofaziale Gebiet eines der höchst koordinierten Teile des Körpers ist?

Mit dem Wissen um diese beiden Grundsätze lassen Sie uns nun dem Verständnis von John's Problem näherkommen. Nun, John, ich möchte nicht, daß es Dir unangenehm ist, wenn ich Dir sage, daß Du nicht richtig schluckst. Die Wahrheit ist, daß 70 % der Kinder in Deinem Alter die gleichen Schwierigkeiten haben. Trotzdem ist es oft falsch diagnostiziert oder überhaupt nicht festgestellt, deshalb bist Du einer der glücklichen Jungen, weil jemand das Problem erkannt hat! Erinnerst Du Dich an den Film, den Du vorhin gesehen hast? Dort wurde festgestellt: "Bevor Du verstehen kannst, was falsch ist, muß Du wissen, was richtig ist".

In einem korrekten Schluckvorgang, wie Du ihn im Film gesehen hast, geht die Zungenspitze hinauf zum harten Gaumen, die Mitte der Zunge hebt sich und der Zungenrücken neigt sich mit einem Winkel von etwa 45°, um der Nahrung den Eintritt in den Verdauungstrakt zu ermöglichen.

Jedenfalls, John schluckt in einer ganz anderen Art. Die Spitze seiner Zunge bewegt sich gegen die Zähne, die Mitte der Zunge fällt zusammen und die Kraft des Schluckens ist gegen die Zähne gerichtet.

Man kann fragen: "Was macht der Unterschied im Schlucken aus?" Du mußt Dich erinnern, daß wir jetzt mehr wissen, als wir je zuvor wußten. Wir wissen, daß Du jede Minute ungefähr 2mal schluckst, wenn Du wach bist und 1mal in der Minute, wenn Du schläfst, d.h. in jeweils 24 Stunden, zusammen etwa 2.000 Mal jeden Tag. Und jedes Mal, wenn Du schluckst, übst Du eine Fünftel oder eine Sechstel Sekunde lang etwa vier Pfund Kraft aus. So ist also 4 mal 2.000 ungefähr 8.000 Pfund Druck, die irgendwo im Mund jeden einzelnen Tag beim Schlucken angewendet werden. Bei Dir ist dieser Druck gegen die Zähne gerichtet; sie werden sich in die Richtung bewegen, in die sie die Zunge stößt,

Nun wo wir das Problem und den Effekt verstehen, wollen wir den nächsten Schritt machen und fragen: "Wie konnte das passieren?"

Sie werden sich erinnern, daß ich nach der Art des Saugers fragte, der zur Ernährung von John verwendet wurde, als er noch ein Kind war. Stellen Sie sich diesen Sauger in einem Säuglingsmund vor. Das Ende des Saugers ist ganz rückwärts im Mund. Erinnern Sie sich, als ich John untersuchte und meinen Finger tief in den Mund legte, hatte er keinen Einwand, Sie kommentierten das als eine Tatsache. Sie sehen, daß er sich als Kind daran gewöhnt hat, etwas dort zu haben. Wenn also Flüssigkeit in den Mund kam, kam sie so schnell, daß John dachte, er müßte ertrinken und deshalb das einzig Mögliche tat: Er stieß seine Zunge gegen das Loch in dem Sauger, um den Fluß zu stoppen. Und, liebe Mutter, wenn Sie die Löcher größer machten, um die Milch besser fließen zu lassen, so vergrößerte dies nur das Problem. Wir meinen, daß dies die Ursache für John's falsches Schlucken ist. Du siehst, John, daß es nicht Dein Fehler ist, dieses Problem zu haben, und es ist nicht der Fehler Deiner Mutter. Es ist vielmehr die Art, wie Säuglinge ernährt wurden, als Du geboren wurdest. (Auch wenn John ein brustgefüttertes Kind war und das Problem durch den großen Fluß der Brust kam, so wird dies eingehend mit den Eltern besprochen.)

Jetzt kennen wir erstens das Problem, zweitens die Folgen des Problems und drittens die Ursache des Problems.

Nun wollen wir den nächsten Schritt tun und fragen: "Was werden wir damit anfangen?" Wir haben eine Therapie entwickelt, die sich diesem Problem annimmt, Wir teilen die Zunge in drei Teile:

1. Die Zungenspitze
2. Das Mittelstück
3. Den Rücken der Zunge

Zuerst trainieren wir erneut die Muskeln am Vorderteil der Zunge, dann die Muskeln in der Zungenmitte und am Schluß die Muskeln im Zungenrücken, um die neue Schluckposition zu erreichen. Dann, nachdem Du gelernt hast, wie Du schlucken muß, machen wir es zur Gewohnheit. Wir benötigen etwa drei Monate, um diese neue Gewohnheit einzuüben.

Dies ist dann die Art, wie wir das Problem lösen, sowohl die Folgen als auch die Ursachen

Nun wollen wir die letzte Frage betrachten: Was wird Sie das kosten? Gut, das werden Sie zu zahlen haben:

1. 2 Besuche in der Woche, 3 Monate lang
2. (Wenn eine Lutschgewohnheit vorhanden ist) Wir werden die Lutschgewohnheit beseitigen. Das muß sofort getan werden, weil der Daumen (Finger) die Zunge in eine falsche Position bringt, sobald er in den Mund geht.
3. Wir werden diagnostische und Folgefotos aufnehmen, Kopien dieser Aufnahmen werden an Herrn Dr. XXX geschickt, der Sie hierher überwiesen hat.
4. Nun (wenn ein Sprechfehler vorliegt) werden wir das Lispeln behandeln,
5. Dann, am Ende der 3-Monats-Periode, werden wir John weitere 3 Monate in regelmäßigen Intervallen beobachten, um uns zu vergewissern, daß seine neue Gewohnheit fest und sauber bleibt.

Der Betrag für die Arbeit dieses Jahres ist Gibt es dazu noch Fragen?"

Nun werden folgende Aufnahmen gemacht:

Frontalansicht des Patienten beim Schlucken.

Rechte und linke Seitenansicht des Patienten beim Schlucken.

Frontale Ansicht des Patienten in Ruhe.

Frontale Ansicht der in Centric okkludierenden Zähne.

Zum Schluß dieser initialen Konsultation wird den Eltern eine Kopie des "Briefes an die Eltern" übergeben, der im Anhang als initiales Konsultationsformblatt, Formular B, angegeben ist. Außerdem wird eine Kopie eines Sonderdruckes des Autors übergeben, während der Therapeut sagt: "Bitte lesen Sie dieses Material, bevor Sie zu Ihrem nächsten Besuch kommen. Ich würde es auch sehr begrüßen, wenn Sie alle Fragen stellen, die Ihnen noch nach dem Lesen dieses Materials kommen. Ich werde Sie wiedersehen am"

1. Behandlungstermin

Wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, so wird die Behandlung der Gewohnheit in dieser allerersten Sitzung begonnen.

Jemand sagte einmal: "Kinder lutschen an ihrem Daumen, weil sie emotionell verwirrt sind". Jemand anderes sagte einmal: "Wenn man diese Lutschgewohnheit unterbricht, wird das Kind eine andere falsche Angewohnheit als Ersatz annehmen" Das ist die Art zu denken, also ob man sagen würde: "Alle Schweden sind blond, alle Amerikaner sind reich, alle Kinder sind verdorben", usw. Niemals wurde dies irgendwie bewiesen, aber jeder glaubte es. Das war der leichteste Weg, der Gedankengang war folgender: Der Grund für das Daumenlutschen muß eine Unsicherheit sein. Wenn man also dem Kind nur genügend Liebe und Zuneigung gibt, wird das Problem sich von allein lösen. Erst nachdem der Praktiker ein paar Daumenlutscher gesehen hatte, konnte er sich vorstellen, daß diese Denkungsart lächerlich ist und zu einer falschen Schlußfolgerung führt. Wenn der Leser eine interessante Untersuchung machen will, so kann er versuchen, den Ursprung dieser Denkungsart zu finden. Wenn er das tut, wird er sich beschämt fühlen, daß er sich in seiner Praxis jemals damit abgegeben hat. Er wird herausfinden, daß der Grund, warum "Liebe und Zuneigung" als Heilmöglichkeiten vorgegeben wurden, der ist, daß die Verbreiter dieses Unsinn keine andere Lösung für das Problem gefunden haben!

Im Kapitel "Gründe" wurde besprochen, daß es einen Vorverdauungsprozess gibt, der beginnt, wenn Nahrung in die Mundhöhle eintritt. Das Material in diesem Kapitel stellte fest, daß die Flüssigkeit mit ungenügender Vorverdauung zu schnell in den Verdauungstrakt gelangt. In diesem Augenblick sagt die Natur: "ich möchte mehr Speichel!" Gibt es etwas, was man in den Mund einführen kann und was mehr zufriedenstellt als der Daumen oder die Finger? Oder etwas Unnatürlicheres als einen Schnuller?

Es ist interessant, festzustellen, daß Mütter erzählen: "Sie lutschte bereits mit drei Wochen am Daumen". Kann es möglich sein, daß diese Kinder schon bei der Geburt emotionell verwirrt waren, weil "sie nicht genügend Liebe und Zuneigung empfangen?"

Daumen- und Fingerlutschen entstand als ein Ergebnis unrichtigen Stillens. Ein korrekt brusternährter Säugling wird kaum Daumenlutschen. Keine Frage, daß die Anspannung von Kind und Eltern in Bezug auf das Daumenlutschen eine Quelle von dauernden Irritationen darstellt. Um das Problem zu beseitigen, müssen bessere Möglichkeiten der Abhilfe geschaffen werden; es dürfen nicht zusätzliche Schuldkomplexe aufgerissen werden, indem man suggeriert, das Kind sei nicht genügend geliebt worden.

Nun, was geschehen ist, ist geschehen. Das Kind ist ein Daumen- oder Fingerlutscher! Wie kann jetzt die Angewohnheit ohne intraorale Geräte innerhalb von 10 Tagen korrigiert werden? Die Antwort heißt: Motivation!

Sie werden sich erinnern, daß bei früheren Besprechungen von Motivationstechniken festgestellt wurde, daß die Überzeugung des Patienten abhängt von:

Dem Verständnis des Problems

Dem Engagement des Patienten und der Eltern

Dem Bemerken von Fortschritten

physischen Hilfen

Dem Bericht von Patient zu Therapeut

Dem Verständnis für den Patienten

Dem Patientenwunsch.

Beachten Sie, wie diese sieben Faktoren der Motivation in die Behandlungsweise für die Korrektur des Daumenlutschens eingebaut sind!

Erster Behandlungsbesuch für Daumen-, Finger-, Knöchel- oder Bettuchlutschgewohnheiten

Die Reihenfolge ist im Wesentlichen die gleiche für alle Lutschgewohnheiten. Zum Zweck der Demonstration soll in dieser Darstellung angenommen werden, das Kind sei ein Daumenlutscher. Kind und Eltern werden in den Behandlungsraum gesetzt, dem Behandler gegenüber. Der Behandler sagt dann: "Wir werden Deine Behandlungssitzungen heute eröffnen. Das erste Problem, das wir zu bewältigen haben, ist Deine Daumenlutschgewohnheit. Trotzdem, bevor wir beginnen, will ich Frau Lukas bitten, Dir das Audiovisual-Programm "Laßt uns das Daumenlutschen verstehen" zu zeigen. Das wird etwa zehn Minuten dauern. Wenn Du diese Folge gesehen hast, komme ich zurück, um mit Dir unser Daumenlutschprogramm zu beginnen."

Nach der Tonbildfolge kommt der Behandler zurück und sagt: "Ich bin sicher, daß Dich diese Folge interessiert hat. Hast Du Fragen dazu?" Patient: "Keine wesentlichen". Therapeut: "Nun Mary, ist es an Dir. Willst Du wirklich mit dem Daumenlutschen aufhören?" Patient: "Natürlich will ich das!!" (über 98 % der Zeit wird das Kind mit Bejahungen antworten. Wenn das so ist, können Sie mit der Therapie fortschreiten) Wenn der Patient negativ antwortet, sagen Sie: "Mary, alles, was wir tun, ist auf Deine Mitarbeit begründet. Wenn Du Dir jedoch nicht wünschst aufzuhören, kann ich Dir nicht helfen. Deshalb muß ich Dir Aufwiedersehen sagen. Frau Braun, rufen Sie mich bitte wegen eines Termins in drei oder vier Wochen wieder an; wir werden es dann erneut versuchen".

Wenn jedoch die Antwort in Bejahung besteht, dann sagen Sie: "Mary, weil Du Deine Lutschgewohnheit aufgeben willst, werde ich Dir helfen. Wenn Du genau das tust, was ich Dir sage, wird die Gewohnheit in 10 Tagen überwunden sein. Immerhin muß Du alles tun, um was ich Dich bitte. Okay?" Patient s "Okay", Therapeut: "Ich werde alles niederschreiben, Frau Braun, damit es keine Mißverständnisse gibt. Zuerst möchte ich Sie bitten, auf Ihrem Heimweg an einem Kaufhaus vorbeizugehen und eine 5 cm breite Mullbinde zu kaufen. Sie sieht so aus (ein Muster wird gezeigt). Da ist noch etwas, an das ich Sie erinnern möchte; nämlich, daß wir nur beginnen, uns mit der Nachtgewohnheit zu beschäftigen. Um die Tagesgewohnheit werden wir uns später kümmern. Wenn Mary abends ins Bett geht, bitte ich Sie, ihren Arm mit der Mullbinde fest, aber nicht zu fest einzuwickeln, und zwar einen halben Zoll unter der Schulter beginnend bis einen halben Zoll über dem Handgelenk, gerade so, wie ich das mache (der Therapeut umwickelt den Arm),

Therapeut: "Nun John, stecke Deinen Daumen in den Mund". Patient: "Wirklich?" Therapeut: "Ja! Merkst Du, wie Dein Arm zu prickeln beginnt?" John: "Ja, ich merke es". Therapeut: "Das ist ein Zeichen, daß Du etwas zu tun hast". John: "Meinen Daumen rauszunehmen?" Therapeut: "Richtig. Frau Braun, wenn Sie Ihre Bandage kaufen, dann werden einige Metallklammern in der Packung sein. Jedenfalls möchte ich nicht, daß Sie diese benutzen, Stattdessen bitte ich Sie, drei große Sicherheitsnadeln zu nehmen und sie vorne, in der Mitte und am oberen Ende der Bandage zu befestigen, so wie ich das hier zeige.

Jetzt, Mary, steck Deinen Daumen in den Mund. Fühlst Du Deinen Arm prickeln. Was heißt das? Mary: "Es heißt, den Daumen herausnehmen". Therapeut: "Richtig" Manchmal jedenfalls, genau wie in der Armee, benötigen wir eine zweite Verteidigungslinie; deshalb werde ich die Mama

bitten, einige einhalb Zoll canvas back adhesive tape zu kaufen. Die schauen so aus. Dann werden wir zwei Streifen des Bandes nehmen und sie um Deinen Daumen wickeln, einen auf jeder Seite; des Gelenkes, so wie hier. Okay? Mary: "Okay". Therapeut: "Mary, steck Deinen Daumen in den Mund. Wie schmeckt das?" Mary: "Scheußlich!" Therapeut: "Richtig so! Wenn Du dieses Scheußliche schmeckst, was heißt das dann?" Patient: "Es heißt, nimm Deinen Daumen aus dem Mund!" (Von hier an beginnt die Stärke des Programms evident zu werden. Sie werden feststellen, daß keine Freiheitsbeschränkung verwendet wird. Jederzeit, wenn das Kind den Daumen in den Mund nehmen will, kann es das tun. Die Kraft, die den Daumen aus dem Mund halten soll, ist die Motivation.)

Therapeut: "Dies ist das nächste, was Du tun sollst, Sobald Du nach Hause kommst, möchte ich, daß Du eine Liste anfertigst wie diese (Sie zeichnen es auf Papier); und jeden Morgen, wenn Du aufstehst, machst Du einen Stern auf Deiner Liste, wenn Du nicht am Daumen gelutscht hast. Wenn Du an Deinem Daumen gelutscht hast, dann mache einen Haken auf der Liste. Wenn Du zehn Sterne in einer Reihe hast, bekommst Du von mir ein Geschenk! Glaubst Du, daß Du das kannst?" Patient: "Ich werde es versuchen." Therapeut: "Okay. Ich zeige Dir nun einige Listen, die andere Kinder während ihrer Behandlung aufgestellt haben (Sie zeigen andere Listen).

Therapeut: "Und nun merke Dir, Du wirst dies tun, sobald Du nach Hause kommst!" Patient: "Okay". Therapeut: "Hier ist noch ein Letztes, was Du zu tun hast. Nachdem Du Deine Liste angefertigt hast, möchte ich, daß Du in Dein Zimmer gehst, an Deinen Schreibtisch, wähle eine Schublade und nimm alles heraus; diese Schublade gehört dem "Herrn Daumen". Jeden Morgen, wenn Du aufstehst, sollst Du Deine Liste, Deine Bandage, Deine Sicherheitsnadeln und Dein Klebeband nehmen und es in Herrn Daumens Schublade legen. Wenn Du nicht mehr am Daumen lutschst, dann wirst Du diese Schublade öffnen und alle diese Dinge werden Überflüssig sein. Und rate einmal, ob Vater und Mutter dann nicht etwas wirklich hübsches für Dich in dieser Schublade haben! Würde Dir das gefallen?" Patient: "You bet!"

Therapeut: "Jetzt kommen wir zum Letzten, was ich von Ihnen möchte (Sie wenden sich an die Mutter und sagen): Ich möchte, daß entweder Sie oder Herr Braun heimlich in Marys Zimmer hinaufgehen, bevor sie ins Bett geht, und ihr das lustigste, was Ihnen einfällt, auf ihr Kopfkissen legen!" Mutter: "Wie?" Therapeut: "Ja, ein wirklich korrektes Ding! Das nimmt den Stress aus der Situation heraus. Wenn Du dieses verrückte Ding auf Deinem Kopfkissen siehst, was wird es bedeuten, Mary?" Patient: "Nimm Deinen Daumen heraus!" Therapeut: "Richtig".

Zu diesem Zeitpunkt schreiben Sie das Datum der Therapie in das Formblatt, das im Anhang als Behandlungsziel Formblatt Nr. 1 steht, und sagen dem Kind: "Wir haben nun heute begonnen, an dem Problem zu arbeiten. Dieses Formblatt ist eine Aufzeichnung unserer Ziele. Unser erstes Ziel ist, das Daumenlutschen zu stoppen, und ich glaube bestimmt, daß Du Erfolg haben wirst. Viel Glück! Mache Deinen nächsten Termin mit Frau Lukas aus".

Ein weiterer Besuch wird festgelegt, zwei oder drei Tage nach Beginn dieses Programms. Fünfundneunzig Prozent der Zeit wird das Kind seinen Daumen nicht wieder in den Mund stecken, weil es kontinuierlich durch seine Erinnerungskarte motiviert wird. Etwa fünf Prozent Ihrer Patienten werden ein oder zwei Tage nach Beginn ihren Daumen im Mund haben. Nach 10 vollen Tagen ohne Daumenlutschen geben Sie ihm sein Geschenk und beginnen mit der myofunktionellen Therapie. Dadurch wird der Beginn der myofunktionellen Therapie eine Auszeichnung dafür sein, daß das Daumenlutschen unterlassen wurde.

Das Kind trägt das Klebeband nachts weiter, etwa zehn oder fünfzehn Tage lang. Trotzdem behält das Kind immer noch die Liste. Wenn es am Ende dieser zehn-oder fünfzehn Tage-Periode keine Schwierigkeiten hat, kann das Klebeband weggelassen werden. Das Kind wird wiederum gelobt.

Es kann gelegentlich einen Rückfall geben. Der Rückfall kann einer ungewöhnlichen Stresssituation zu verdanken sein, wie z.B. Schulbeginn oder Krankheit. Der Rückfall wird

während des Schlafes auftreten und das Kind kann unter Umständen nicht wissen, daß dies passiert ist. Eine Technik, die helfen wird, wenn dies passiert sein sollte, ist, daß die Mutter während der Bettgezeit einen leichten Strumpf über die Hand des Kindes zieht und die Liste als Motivationstechnik weiterhin benützt wird. Wiederum werden keine freiheitseinschränkende Mittel benutzt. Das Kind kann den Strumpf leicht entfernen.

Eine andere Art der Hilfe wäre, wenn das Kind wieder beginnt, am Daumen zu lutschen, ein Zungenblatt zu nehmen, den Daumen zu messen und das Blatt in zwei Stücke zu brechen. Dann glätten Sie jede Kante und kleben die Hälfte des Blattes mit dem Klebeband auf den Daumen. Wir nennen dies einen "lachenden Sam", weil ein Bild des lachenden Sam auf dem Blatt ist. Diese Art von Splint dient als Erinnerung. Natürlich schmeckt es nicht gut und fühlt sich nicht gut an. Geben Sie es ihm und sagen Sie ihm, es soll es anbringen, wann immer es glaubt, es zu benötigen. Wiederum gibt es keine Freiheitsberaubung, weil die Splintschienung ohne Schwierigkeit zu entfernen ist.

Ein anderer wirkungsvoller Behelf ist - wenn das Kind in das Daumenlutschen zurückfällt -, am Daumen ein black friction tape zu benutzen. Einige Kinder sind besonders empfindlich gegen den Klebstoff auf diesem Band. Wenn das zutrifft, dann legen Sie etwas Cellophan auf die Haut und das Friktionsband darüber.

Sie werden feststellen, daß alle Faktoren, die für die Patientenmotivation indiziert sind, in diesem Ablauf enthalten sind. Es sind folgende:

1. Das Problem verstehen
2. Patienten- und Elternengagement
3. Erkennen des Fortschrittes
4. Menschliche Umgebung
5. Enges Verhältnis zwischen Patient und Therapeut
6. Verständnis für den Patienten
7. Den Patientenwunsch wecken.

Es ist für das Kind überhaupt nicht ungewöhnlich, mit der Lutschgewohnheit ohne oder mit nur geringer Schwierigkeit aufzuhören. Dies ist ein positives Programm, Es wird sich bewähren. Viel Glück!

Zweiter Behandlungstermin: Muskeltraining

Therapeut: "Du wirst Dich erinnern, daß ich bei Deinem ersten Besuch den Unterschied zwischen einem normalen Schlucken und einem abartigen Schlucken erklärt habe. Ich sagte, daß beim normalen Schlucken die Front der Zunge hierher kommt, das Mittelstück kommt so, der Rücken geht so zurück und all der Druck ist gegen das Dach des Mundes gerichtet Du wirst Dich auch erinnern, daß wenn Du schluckst, die Front Deiner Zunge so herauskommt, das Mittelstück von Deiner Zunge fällt zusammen, der Rücken von Deiner Zunge kommt hoch, die Zunge stößt. gegen die Zähne, (Wiederum benutzt der Therapeut Handgesten) Auf diese Weise kommt der Druck Deiner Zunge gegen Deine ..."

Patient: "Zähne!"

Therapeut: "Richtig! Das bedeutet, daß wir diese drei Teile der Zunge üben müssen, wenn wir diesen Fehler korrigieren wollen: den vorderen Teil der Zunge, das Mittelstück der Zunge und den Rücken der Zunge. Wir müssen lernen, die Zunge so zu bewegen, anstatt so. Siehst Du das? So, wo glaubst Du, sollten wir beginnen? Beim Vorderteil, beim Mittelstück oder beim Rücken der Zunge?"

Patient: "Beim Vorderteil?"

Therapeut: "Woher hast Du das gewusst? Das ist richtig! Nun öffne Deinen Mund schön weit. Schau bitte hoch. Nun. Mutter, beachten Sie bitte, wo ich meinen Finger platziert habe. Genau hier- gerade am Ende dieser, kleinen Linie - (die Incisal-Papille). Jetzt, John, drücke meinen Finger herunter, so fest Du kannst. Das ist richtig - fester, testet! Gut so. Kannst Du fühlen, wo mein Finger ist?"

Patient: "Natürlich kann ich das".

Therapeut: "Jetzt möchte ich, daß Sie sich merken, wo dieser Fleck ist,

Mrs. Brown, weil Sie diese Übung zuhause mit anschauen müssen. Merken Sie sich: alles, was wir heute tun, ist für die Zungenspitze. Jetzt werde ich einen Gummiring nehmen und ihn genau auf die Spitze meiner Zunge legen. Dann werde ich die Spitze meiner Zunge ausrichten zu dem Fleck in meinem Mund, wo ich mit meinem Finger in Deinem Mund war. Jetzt wollen wir sehen, ob Du das tun kannst. Öffne Deinen Mund, streck Deine Zunge heraus, mache die Spitze Deiner Zunge klein. Gehe mit der Spitze auf den Punkt, an den ich gedrückt habe. Gut; halte Deinen Mund offen. Das ist er, ein wenig weiter hinten, genau hier. Das ist ganz richtig!"

(Nebenbei zu den Eltern: "Sehen Sie die wellenförmigen Bewegungen der Zunge? Das ist Schwäche! Die Zungenspitze ist nicht daran gewöhnt, zu diesem Punkt im Mund hinaufzugehen. Nächste Woche um diese Zeit wird die Zunge den Punkt ohne oder mit nur geringen Schwierigkeiten bzw. Schwäche erreichen.")

"Jetzt, John, wollen wir sehen, wie Du das alles allein tust. Lege den Gummiring wieder auf die Spitze und gehe dann hinauf zu dem Punkt.

Das ist gut so. Drücke fest hin. Öffne Deinen Mund. Schließe Deine Zähne noch nicht, öffne, das ist richtig. Halte aus! Gerade hier! Jetzt beiße Deine Zähne zusammen! öffne Deine Lippen weit. Gut, Junge, wollen wir es noch einmal probieren? Nimm den Gummiring auf die Spitze Deiner Zunge, lege die Spitze auf den Fleck, beiße Deine Zähne zusammen, öffne Deine Lippen weit. Jetzt, Mutter, möchte ich, daß Sie beobachten, daß die Zunge nicht an den Zähnen liegt. Haben Sie das gesehen, als ich sagte: Lippen öffnen? Die Lippen werden für alle Übungen offen gehalten, bis auf weitere Anweisung. Wir halten die Lippen deshalb offen, weil es ein Reflexgeschehen ist, daß die Zunge dorthin geht, wo die Lippen sind, und wir werden diesen Reflex unterbrechen, indem wir die Lippen weghalten. Wir beginnen diesen Reflex heute zu unterbrechen. Jetzt wollen wir sehen, wie Du das noch einmal durchführst. Nimm den Gummiring. Hinauf zu dem Fleck. Beiße Deine rückwärtigen Zähne zusammen öffne Deine Lippen. Ausgezeichnet! Du kannst es glauben oder nicht, Du hast bereits begonnen, ein neues Schlucken zu lernen. Weißt Du, was das erste Ding ist, das von Dir erwartet wird, wenn Du schluckst?"

Patient: "Die Zunge anzuheben".

Therapeut: "Was sagen Sie, Mutter?"

Mutter: "Ich vermute das"

Therapeut: "Vermuten was?"

Mutter: "Daß die Zunge dort hinaufgeht".

Therapeut: "Angeführt! Herzlichen Glückwunsch, Sie sind auf dem falschen Dampfer. Ihr habt beide Unrecht. Das erste Ding, das jemand tut bei einem normalen Schluckvorgang ist die Zähne zusammenbeißen, Trotzdem, wenn Sie schlucken, ist die Zunge zwischen Ihren Zähnen und deshalb können Sie Ihre Zähne nicht zusammenbeißen. Das ist der Grund, warum wir beginnen, einen neuen Reflex in diesem allerersten Besuch aufzubauen. Gut, wollen wir sehen, wie Du es noch einmal machst. Nimm den Gummi auf die Spitze, lege die Spitze hinauf an den Fleck, beiße

Deine hinteren Zähne zusammen. Nun, Mutter, müssen Sie es prüfen. Presse dort hinauf. Halte es dort, öffne Deine Lippen. Denk darüber nach! Das ist gut. Nun werden wir den nächsten Schritt unternehmen. Wie Du weißt, halte ich meine Zunge hier oben, wenn ich schlucke, richtig? Und ich lasse meine Schlundmuskeln arbeiten, richtig?"

Patient: "Richtig. Weil Ihre Lippen offen sind."

Therapeut: "Jetzt gib Obacht, was ich tue. Ich werde den Gummiring nehmen, ihn auf die Spitze meiner Zunge legen, die Spitze an den Fleck legen, meine rückwärtigen Zähne zusammenbeißen, meine Lippen öffnen und noch zwei Dinge tun. Gib Obacht! Ich werde schlürfen und schlucken. Jetzt versuchst Du es. Weißt Du, was passieren wird, wenn Du nicht hart auf diesen Gummiring drückst?"

Patient: "Was?"

Therapeut: "Du hast ihn zu behalten! Nun, lass es uns nochmals versuchen, Streck Deine Zunge heraus. Los geht's. Drücke fest auf den Gummi! Beiße - schließe Deine Lippen nicht - schlürfe - schlucke. Nicht ganz richtig. Du siehst, daß die Zunge vorkam. Wollen wir es noch einmal versuchen. Jetzt, wenn Du schlürfst, ziehe Deine Zunge nach oben und zurück. Versuche es ohne den Gummi. Schlürfe, schlürfe, das ist gut. Jetzt wollen wir sehen, wenn Du den Gummi nimmst - hinauf zu dem Fleck, jetzt fest drücken. Einschlürfen! Jetzt schlucken. Gut, Junge! Fühlst Du den Unterschied? Gut! Dies ist Dein Übungsprogramm bis zum nächsten Besuch. Bringe diesem Papier und Deine Schachtel mit Gummiringen mit, wenn Du das nächste Mal kommst. (Es handelt sich um das Schriftstück, das der Therapeut schreiben wird für den Patienten am Ende der Behandlungssitzung.)

Dritter Behandlungstermin: Muskeltraining

Sie müssen sorgfältig die vorangegangenen Übungen wiederholen, um sich zu vergewissern, daß der Patient gearbeitet hat. Diese Initial-Übung muß vollkommen beherrscht werden, bevor Sie fortfahren. Wenn die Übung korrekt durchgeführt ist, können Sie andere Übungen hinzufügen. Das folgende ist die Reproduktion einer auf Band mitgeschnittenen Sitzung dieses Besuches,

Therapeut: "Wie bist Du zurecht gekommen mit dem Schlürfen und Schlucken;"

Patient: "Die einzige Mühe, die ich hatte, war, daß ich Schwierigkeiten hatte, 12 x hintereinander zu schlucken. Mein Mund wurde sehr trocken. Ich hatte keinen Speichel."

Therapeut: "Das ist eine sehr übliche Erfahrung. Es gibt eine ganz einfache Lösung. Du nimmst einfach etwas zuckerfreien Kaugummi oder Pfefferminz und kaust entweder den Gummi zwei oder drei Minuten oder läßt den Pfefferminz sich in Deinem Mund langsam auflösen und dann wirst Du keine Schwierigkeiten mehr haben."

Patient: "Gut, ich werde es versuchen."

Therapeut: "Ich werde Dir heute eine neue Übung zeigen. Wir nennen diese Übung "Mutters Entzücken" (Die Übung kann auch "Vaters Entzücken" oder "Mutters und Vaters Entzücken" oder "Freude", des "Freundes, Freude" usw. genannt werden). Auf jeden Fall möchte ich, daß Du Dich zuerst vollkommen entspannst. Bist Du völlig entspannt? O.k. Ich werde Dir jetzt eine Frage stellen und ich möchte eine sofortige Antwort. Fertig? Wo ist Deine Zungenspitze jetzt?"

Patient: "An den unteren Zähnen". (Es sollte hier angemerkt werden, daß der Therapeut gewöhnlich eine von drei Antworten bekommt. Sie sind: "An den oberen Zähnen", "An meinen unteren Zähnen" oder "Zwischen meinen Zähnen").

Therapeut: "Nun möchte ich, daß Du diesen Gummi nimmst, leg ihn auf die Spitze Deiner Zunge und hebe sie zu dem Punkt. Beiße Deine rückwärtigen Zähne zusammen und schließe die Lippen,

O.k. Jetzt höre mir genau zu. Der Platz, an dem die Spitze Deiner Zunge sich jetzt befindet, ist fast genau da, wo ich möchte, daß sie sich den ganzen Tag über befindet. Du siehst, in einem normalen Schluckakt ruht die Zungenspitze gerade auf der Höhe dieses Punktes. Dann hebt; sie sich einfach zu dem Punkt und der Schluckakt ist eingeleitet. Wenn Deine Zunge jetzt ruht, ist sie zu weit vorne, so daß es ungeschickt und unangenehm ist, die Spitze auf- und einwärts zu ziehen, wenn Du korrekt schlucken willst.“

"Der Grund, warum wir einen Gummi auf die Zungenspitze legen, ist der, daß die Zunge der einzige Einzelmuskel im ganzen Körper ist, der nur auf einer Seite befestigt ist und die Spitze der Zunge dazu benützt wird, im Mund ringherum zu fahren und dadurch ist es Dir nicht immer bewußt, wo sie ist. Trotzdem, wenn Du einen Gummi auf die Spitze legst, kannst Du fühlen, wohin die Spitze drückt. Wir nennen diese Übung "Mutters Freude", Du legst einen Gummi auf die Spitze der Zunge, schließt Deine Zähne leicht und schließt Deine Lippen, Du hältst diese Position 5 Minuten jeden Tag, ohne zu sprechen. Das ist der Grund, warum wir sie "Mutters Freude" nennen. Kein Sprechen! O.k.?"

Patient: "O.k. Ich werde versuchen, 5 Minuten lang still zu sein. Trotzdem, warum ist diese Übung so wichtig?"

Therapeut: "Diese Übung wurde ausgedacht, um 2 Dinge zu erfüllen:

1. Um die Zungenspitze richtig zu lagern im Hinblick auf ein korrektes Schlucken
2. um mit der Korrektur Deiner Gewohnheit des Mundatmens zu beginnen, indem wir Deine Zunge und den Kiefer in die richtige Lage bringen, wenn sie sich in Ruhe befinden und indem wir Dich zwingen, durch Deine Nase zu schnaufen, weil Deine Lippen geschlossen sind."

Vierter Behandlungstermin; Muskeltraining

Noch einmal wird der Therapeut sorgfältig die vorangegangenen Übungen wiederholen, bevor er mit weiteren Übungen fortfährt. Wenn die Wiederholung zeigt, daß der Patient die vorhergegangenen Übungen beherrscht, so geht man zu folgendem Arbeitsgang über: Wiederum wird der Besuch in der Therapeut-/Patienten-Technik abgehandelt.

Therapeut: „Wie bist Du zurechtgekommen? Keine Schwierigkeiten! Das ist gut, (Jede Schwierigkeit, die der Patient bei der Durchführung der Übung „Mutters Freude“ gefunden hat, muß sorgfältig geklärt werden, bevor Sie weitergehen. Das Zeit-Intervall dieser Übung wird ständig vergrößert.) Du hast so gute Fortschritte gemacht, daß wir heute zu einer neuen Übung weitergehen können. Wir haben dieser Übung einen neuen Namen gegeben. Wir nennen sie die 1, 2, 3 Übung.

Der Grund, warum wir sie 1,2,3 Übung nennen ist der, weil Du sie in 3 Teilen ausführst, und indem wir jedem Teil eine Nummer geben, glauben wir, daß Du Dich leichter an diese Übung erinnern kannst. Wenn ich jetzt sage 1, dann gibst Du den Gummi auf die Zungenspitze, genauso wie Du es beim Schlürfen und Schlucken getan hast (das ist gut). Wenn ich sage 2, dann hältst Du die Zungenspitze an das Munddach und bringst Deine rückwärtigen Zähne zusammen. Fertig? Zwei! Das ist gut. Nun halte die Zungenspitze an den Punkt und wiederum - Lippen auf. (Erinnern Sie sich, daß die Lippen geöffnet werden, damit der Reflex des ZungenvorSchießens, um die Lippen zu treffen, vermindert wird?) Fertig? Gut! Jetzt wenn ich sage 3, dann schluckst Du, indem Du die Zunge aufwärts und rückwärts ziehst, so wie Du es beim Schlürfen getan hast. Aber schlürfe nicht. O.k.? Drei! Nein, Du hast Deine Lippen geschlossen Die Lippen müssen offenbleiben. Was sagst Du?"

Patient: „Was ist der Unterschied zwischen dieser Übung und dem Schlürfen und Schlucken?"

Therapeut: „Nicht Schlürfen! Wenn Du schlürfst, dann ziehst Du die Zunge unfreiwillig hoch und zurück, verstehst Du? Das ist gut. Wollen wir es noch einmal versuchen., Eins, lege jetzt den Gummi auf die Zungenspitze. Zwei, hebe die Zungenspitze zu „dem Punkt“ und beiße Deine rückwärtigen Zähne zusammen. Drei, schlucke, indem Du die Zunge hoch und rückwärts ziehst. Das war gut!“

„Du weißt, daß dies Deine erste wirkliche Schluckübung ist. Das Schlürfen war lediglich ein künstlicher Weg, um das Schlucken zu erzwingen. Jetzt benützt Du die gleichen Muskeln, die Du beim Schlürfen benützt hast und Dein Gehirn kontrolliert ihre Aktion.

Dies sind die Übungen, die Du durchführen sollst, bis ich Dich bei Deinem nächsten Besuch wiedersehe.

Nebenbei, die 5 Minuten „Mutters Freude“ brauchst Du jetzt nicht mehr zu machen.“

Patient: „Oh, mein Lieber, das ist großartig.“

Therapeut: „Weißt Du denn, warum?“

Patient: „Weshalb?“

Therapeut: „Du machst keine 5 Minuten-Übungen, weil Du jetzt diese Übung 10.Minuten durchführen muß.“

Patient: „Wie bitte?“

Therapeut: „Ganz recht, Du siehst, schrittweise beginnen wir die Zunge dadurch zu üben, daß sie sich immer dort aufhält, wo wir es wollen. Diese Übung ist auch sehr hilfreich, Deine Gewohnheit des Mundatmens zu korrigieren. Du siehst, wenn Du Deine Lippen geschlossen hältst, bist Du gezwungen, durch die Nase zu schnaufen. Du wirst feststellen, daß dies mit der Zeit viel leichter geht.“

Patient: (schweren Herzens) „O.k.“

Fünfter Behandlungstermin: Muskeltraining

Wiederum wird der gesamte Übungslauf wiederholt, um sich zu vergewissern, daß der Patient versteht, was er tut und warum er es tut. Sie müssen sich auch von der Exaktheit der Platzierung der Zungenspitze Überzeugen, bevor Sie weitergehen. Wenn der Patient alle vorausgegangenen Übungen beherrscht, sagen Sie: "Die Prüfung ist heute zu meiner Zufriedenheit ausgefallen. Wir sind nun bereit, unseren nächsten Schritt vorwärts zu gehen. Nun, Du wirst Dich erinnern, daß ich bei unserem ersten Treffen erzählt habe, daß wir 3 Teile der Zunge trainieren müssen« Welche waren sie?

Patient: „Das vordere Stück, die Mitte und der Zungenrücken.

Therapeut: „Richtig? Was haben wir bis jetzt getan?“

Patient: „Das vordere Stück“.

Therapeut: „Das stimmt. Was meinst Du, was wir als nächstes tun?“

Patient: „Den Zungenrücken“.

Therapeut: „Rate noch mal“.

Patient: „Das Mittelstück“.

Therapeut: „Wie bist Du denn darauf gekommen? Das ist richtig. Wir werden jetzt zwei Übungen für die Zungenmitte lernen. Zuerst aber wollen wir wiederholen, was wir von dem Schluckakt

wissen und sehen, warum wir das Mittelstück der Zunge trainieren müssen. Du erinnerst Dich, daß die Zungenspitze bei einem normalen Schlucken "an den Punkt" geht und die Zungenmitte sich an das Dach des Mundes anlegt. Hab' ich recht?"

Patient: „Stimmt“.

Therapeut: „Nun, bei Deinem falschen Schlucken lag die Zungenspitze gegen oder zwischen den Zähnen. Jedenfalls hast Du die neue Position für die Zungenspitze kennengelernt. Du kennst aber noch nicht die neue Position der Zungenmitte. Wenn Du schluckst, ist die Mitte zusammengefallen, anstatt angehoben; deshalb müssen wir die Muskulatur der Zungenmitte dazu erziehen, daß sie die Zunge an das Dach des Mundes anhebt, an die richtige Position. Wir werden dies mit zwei Übungen versuchen. Die erste Übung nennen wir die Halt- und Zieh-Übung. Und nun, die Art, wie Du sie durchführst. Zuerst, lege die Zungenspitze an "den Punkt". Das ist in Ordnung! Jetzt hebe die Mitte der Zunge an den Gaumen. Das ist ganz richtig. Jetzt ziehe Deinen Unterkiefer nach unten, während Du die Zungenmitte an dem Platz hältst. So: - Bild -

Die Halt- und Ziehübung kräftigt die Mitte der Zunge. O.k. Versuche es. Das ist gut. Der Zweck dieser Übung ist einfach, die Muskulatur der Zungenmitte zu stärken. Jetzt wollen wir sehen, ob Du es kannst. Fertig? Lege die Spitze an den Punkt - hebe die Mitte und ziehe den Unterkiefer nach unten, indem Du die Mitte der Zunge am Ort hältst. Das ist gut. Wir nennen diese Übung die Halt- und Ziehübung zur Stärkung der Muskeln der Zungenmitte."

Patient: „Wie oft muß ich diese Übung durchführen?"

Therapeut: „15mal, 3mal pro Tag, Nun wollen wir die zweite Übung für die Zungenmitte lernen. Diese Übung wird die "zwei Gummi-Übung" genannt und der Zweck der Übung ist, das Vorder- und Mittelteil der Zunge dazu zu erziehen, sich an Dein Munddach zu heben und dazubleiben, während Du schluckst. Und so wird's gemacht: Streck' Deine Zunge bitte ganz heraus. Gut i Jetzt weide ich zwei Gummiringe auf die Zunge legen; einen an der Spitze und einen auf die Mitte der Zunge. Jetzt hebe die Spitze und die Zungenmitte an. Schlürfe jetzt. Gut! Hast Du gemerkt, daß der Gummi in der Mitte das Mittelteil der Zunge zwingt, sich an das Munddach zu legen? Das ist die richtige Position der Zungenmitte, jedesmal wenn Du schluckst."

Patient: „Wie oft muß ich diese Übung durchführen?"

Therapeut: „10mal, 3mal am Tag."

Patient: „Du lieber Himmel, ich werde daran den ganzen Tag zu arbeiten haben!"

Therapeut: „Tatsache ist, daß Du herausfinden wirst, daß die Übungen außer Mutters Freude Dich täglich nur einige Minuten kosten werden. Dieses sind alles Widerstandsübungen und können in einigen wenigen Minuten durchgeführt werden. Übrigens, die 10 Minuten Mutters Freude brauchst Du jetzt nicht mehr durchzuführen."

Patient: „Ich weiß schon. 15 Minuten! Stimmt's?"

Therapeut: „Richtig!"

Sechster Behandlungstermin:

Wiederum werden alle vorhergehenden Übungen sorgfältig geprüft und wiederholt, bevor irgendeine neue Behandlung eingeleitet wird. Wenn der Patient keine Schwierigkeiten hat, Ihre Behandlungsrichtlinien zu befolgen, dann sagen Sie: "Ich freue mich, daß alles so gut läuft. Vielleicht ist jetzt ein guter Zeitpunkt, eine Bewertung des Fortschritts, den Du bis heute gemacht hast, zu versuchen. So wollen wir einen Blick in unser Beurteilungsblatt Nummer 1 werfen, um Deinen Fortschritt zu bestimmen." Die Patienten-Beurteilungskarte Nummer 1 (eine Kopie dieser Karte kann im Anhang gefunden werden, aufgeführt als Patienten-Beurteilungsblatt Nummer 1).

1. Finger, Daumen, Lippen, andere Lutschgewohnheiten

geheilt nicht geheilt

2. Platzierung des vorderen Zungenteils

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

3. Platzierung der Zungenmitte

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

4. Mundatmung

verbessert nicht verbessert

Zusammenfassung:

"John, Du bist sicher recht gut vorwärts gekommen. Es ist jetzt Zeit, unseren nächsten Schritt zu tun. Bis zu diesem Besuch waren wir damit beschäftigt, die Muskeln zu trainieren. Jetzt werden wir das Muskeltraining, das wir durchgeführt haben, einem Test unterwerfen. Wir werden Nahrungsmittel in unseren Behandlungsplan einbauen. Nimm jetzt einen kleinen Bissen von diesem Kuchen. Kaue ihn sorgfältig und bringe ihn an die gleiche Stelle Deiner Zunge, an der Du den zweiten Gummiring platziert hast. Richtig, da! Jetzt tust Du genau, was ich Dir sage. Fertig! Wir machen jetzt das 1, 2, 3 Schlucken! 1-Spitze an den Punkt; 2 - beiße Deine rückwärtigen Zähne zusammen; 3 - schlucke den Kuchen mit offenen Lippen (Der Therapeut wiederholt diesen Vorgang, bis der Patient in der Lage ist, die Nahrung leicht zu schlucken.).

Patient: "Es ist wirklich nicht schwer, wenn man einmal gelernt hat, die Zungenspitze zu gebrauchen."

Therapeut: "Das ist richtig! Du richtest die Zungenspitze auf und läßt die Zunge arbeiten wie einen Kipplaster. Da ist noch eine Sache, die Du tun sollst, bevor Du zu Deinem nächsten Besuch kommst. Ich gebe Dir eine Reihe von Wörtern. Ich möchte, daß Du die Wörter 10mal am Tag wiederholst. Der Zweck dieser Wörter ist, das Vorderteil der Zunge zu stärken. Du wirst feststellen, daß die Zungenspitze sich anhebt, wenn Du die folgenden Wörter sagst. Wenn Du sie wiederholst, dann sprich sie mit Kraft. Das wird den Muskel aktivieren."

Wörterliste Nummer 1 - Vorderteil der Zunge

(Die Liste ist im Anhang als Wort-Liste Nummer 1 angegeben - Vorderteil der Zunge)

Too	Do	Loop
Tip	Dip	Lip
Tea	Dear	Lean

Ten	Did	Lip
Time	Dime	Lime

"Dies ist Dein neues Übungsprogramm bis Du zu Deinem nächsten Besuch wiederkommst. Oh, nebenbei, Du brauchst die 15 Minuten Mutters Freude nicht mehr zu machen!"

Patient: (stöhnend) "Ich weiß, 20 Minuten. Stimmt's?" Therapeut: "Richtig!"

Siebenter Behandlungstermin

Noch einmal wird jede Übung kritisch wiederholt. Wenn der Patient Fortschritte macht, gehen Sie zum nächsten Teil der Behandlung über. Tut er das nicht, dann stärken Sie nur die schwachen Punkte im Behandlungsablauf und fügen keine zusätzlichen Übungen an. Wenn Sie fortschreiten, sagen Sie: "John, ich bin stolz auf Dich. Wir werden heute weitergehen. Du hast ausgezeichnete Fortschritte gemacht. Deshalb werden wir heute vier neue Übungen durchführen. Wir nennen die erste Übung "Massetter zählen bis zehn", Wie Du weißt, möchte ich, daß Du Dir immer den Grund für jede Übung vergegenwärtigst, Diese spezielle Übung ist dazu da, einen bestimmten Muskel in Deinem Gesicht zu kräftigen. Er wird der Massetter-Muskel genannt und ist genau hier, (Der Therapeut legt die Finger des Patienten auf den Massetter.) Beiße jetzt Deine rückwärtigen Zähne zusammen. Das ist richtig! Nun, was geschieht, wenn Du beißt? Was hast Du gespürt?"

Patient: "Ich kann fühlen, wie der Muskel herausspringt."

Therapeut: "Richtig. Also, jedesmal wenn Du Deine Zähne zusammenbeißt, was passiert mit diesem Muskel?"

Patient: "Er springt nach außen."

Therapeut: "Richtig. Und was ist das erste, was Du tust, wenn Du schluckst?"

Patient: "Ich beiße meine Zähne zusammen."

Therapeut: "Richtig. Aber wer konnte seine Zähne nicht zusammenbeißen, als er schluckte, weil seine Zunge im Weg war?"

Patient: "Ich!"

Therapeut: "Wieder richtig. Deshalb hat dieser Muskel nicht 2000mal pro Tag gearbeitet, wie er es eigentlich hätte tun sollen, und deshalb hat er nicht so viel Kraft entwickelt, wie wir das möchten. Wir werden diesen Muskel kräftigen, indem wir ihn zur Arbeit zwingen. Jetzt legst Du Deine Finger auf den Massetter-Muskel und beißt, bis er herausspringt. Bleibe so, bis ich bis zehn gezählt habe (Therapeut zählt bis zehn). Kannst Du die Spannung in dem Muskel spüren?"

Patient: "Ich kann das gut."

Therapeut: "Gut, das ist die Massetter-Zähl-bis-zehn-Übung. Du machst diese Übung 6mal, 3mal täglich. Merke Dir, der Zweck dieser Übung ist, den Massetter-Muskel zu kräftigen. Wir wollen jetzt Deine nächste Übungs-Serie beginnen. Sie ist zur Kräftigung der Lippen aufgestellt. Wir nennen sie "Spaß-Übungen", weil Du Spaß haben wirst bei ihrer Ausführung."

Patient: "Wozu brauchen wir starke Lippen?"

Therapeut: "Das ist eine gute Frage. Wollen wir sehen, ob ich sie beantworten kann. Nun, hier ist ein Zahn! (Der Therapeut demonstriert Zähne, die mit der linken Hand herunterkommen). Der Zahn möchte gerade herunterkommen, aber hier ist die Zunge, die gegen den

Zahn stößt, sie stößt ihn hinaus. Nun wollen wir glauben, daß wir die Zunge aus dem Weg bekommen und zwar hierher, wo sie hingehört. O.k.? Wenn wir etwas auf dieser Seite des Zahnes hätten (auf der Außenseite), was ihn in diese Richtung drückt, so könnten wir diesen Zahn wieder hereindrücken, ist das richtig? Gut, wenn die Zunge also auf der Innenseite hinter dem Zahn ist, was ist dann außerhalb?"

Patient: "Meine Lippen"

Therapeut: "Richtig! Du siehst, die Zähne bewegen sich in Beziehung zum

Gleichgewicht der weichen Gewebe. Die weichen Gewebe sind Zunge, Lippen und Wangen. Wenn diese Muskeln im Gleichgewicht sind, haben wir eine starke Lippe, die dauernd gegen die Zähne drückt. Erinnerst Du Dich an den Test, den wir im ersten Besuch durchgeführt haben? Dein Test zeigte an, daß Deine Lippen ziemlich schwach waren."

Patient: "Das stimmt, ich habe nur die Hälfte von einem Pfund fertiggebracht."

Therapeut: "Wir werden Deine Lippenmuskulatur kräftigen. Du wirst Dich wundern, wie stark Deine Lippen werden. Wir nennen die erste Übung "Tauziehen". Wir werden 2 Knöpfe von der Größe eines Markstückes (quarter) nehmen und verbinden sie mit 90 cm Faden, der - wenn er doppelt genommen wird - einen Abstand zwischen den Knöpfen von ca. 45 cm schafft. Das sieht so aus (Der Therapeut hält die beiden Knöpfe hoch). John, nimm diesen Knopf in Deinen Mund und Mama, Sie nehmen den anderen in Ihren Mund und jetzt könnt ihr Tauziehen. Wollen wir sehen, wie Du das kannst, Schau, ob Du Deine Mutter schlagen kannst. Du wirst diese Übung 10mal machen, 3mal am Tag."

Patient: "Das ist toll"

Therapeut: "Ich habe Dir gesagt, daß diese Spaßübungen sind. Unsere zweite

Lippenübung nennen wir den "Gumraibonbon-Twist" (Marshmallow Twist). Du nimmst einen Gummibonbon, befestigst ihn am Ende eines 40 cm langen Fadens. Nimm ein Ende des Fadens in den Mund und bringe den Gummibonbon herauf an Deine Lippen. Rate mal, was passiert, wenn Du den Gummibonbon heraufbekommst? Richtig! Du hast ihn zu halten! (Wenn der Patient einen Gummibonbon leicht heraufbekommt, fügen Sie einen weiteren und noch einen und noch einen hinzu, bis die Lippenübung nicht mehr geht. Der Muskel wird dadurch gekräftigt, daß er kontinuierlich sich an das zugefügte Gewicht anpaßt.)

Patient: "Das ist gut"

Therapeut: "Du wirst diese Übung 3mal machen und das am Tag 3mal. Unsere

dritte Übung wird Lippen-Massage genannt. Du nimmst die Unterlippe, hebst sie über die Oberlippe und ziehst die Lippe so hart wie möglich herunter. Diese Übung gibt Kraft und Tonus für das Lippengewebe. Diese Übung wirst Du 50mal machen und immer 3mal am Tag." Das sind Lippenübungen, die evtl. von großem Nutzen für Dich sein werden, indem sie Deine Lippen kräftigen. Denke daran, daß Du Deine Gummibonbons und die Knöpfe mitbringst, wenn Du zu Deinem nächsten Besuch kommst."Dies sind die Übungen, die Du bis zu Deinem nächsten Besuch machen sollst. Beiläufig, was meinst Du, wer Mutter Freude 25 Minuten macht?"

Patient: "Ich"

Therapeut: "Richtig! Ich werde auch Deine Wörter-Liste austauschen. Deine neuen Wörter werden das Mittelstück der Zunge aktivieren. Merke Dir das! Du mußt die Worte mit Kraft aussprechen, wenn diese Übung Dir helfen soll."

Achter Behandlungstermin!

Wiederum muß der Therapeut sich vergewissern, daß alle Übungen korrekt ausgeführt wurden. Sprachtherapeuten sollten ihre Therapie der Lispei-Gewohnheit an dieser Stelle einführen. Der

Patient wird auf die routinemäßige Sprachtherapie zur Behandlung von interdentalen und lateralen S-Defekten gut reagieren. Wenn der Therapeut kein Sprachbehandler ist und der Patient den S-Laut weiterhin unkorrekt artikuliert, sollte man den Patienten einem Sprachtherapeuten zur Unterstützung überweisen.

Bei diesem Behandlungsbesuch wird der Therapeut eine neue Übung vorstellen. Die Übung dient dazu, den hinteren Teil der Zunge zur korrekten Aktion zu zwingen. Nachdem alle vorher angegebenen Übungen wiederholt sind, sagt der Therapeut: "John, Du hast Dich ganz gut gemacht. Wir wollen jetzt die Muskelübung für die Zunge vervollständigen. Du wirst Dich erinnern, daß wir über 3 Teile der Zunge gesprochen haben, die wir zu trainieren haben: das Vorderteil, die Mitte und den Rücken. Bis jetzt haben wir was getan?"

Patient: "Das Vorderteil und das Mittelstück der Zunge"

Therapeut: "Welchen Teil, meinst Du, werden wir als nächsten behandeln?"

Patient: "Den Zungenrücken"

Therapeut: "Richtig! Du hast eine 1-Gummi- und eine 2-Gummi-Übung gelernt. So, was werden wir jetzt haben, eine ..."

Patient: "Eine 3-Gummi-Übung!"

Therapeut: "Richtig. Ich werde einen Gummi an der Spitze, einen zweiten in

der Mitte der Zunge und einen dritten auf dem Zungenrücken platzieren. Jetzt, beiße Deine Zähne zusammen, öffne Deine Lippen und schlucke. Gut! Das ist genau richtig. Versuche es noch einmal. Beachte, daß der dritte Gummi das Mittelstück der Zunge dazu zwingt, mit mehr Kraft zu drücken, während der Rücken der Zunge nur leicht berührt wird, um der Speise den Eintritt in den Verdauungstrakt zu erlauben. Das ist die einzige Übung, die wir heute hinzufügen. Hier ist Dein Übungsprogramm bis zu unserer nächsten Sitzung."

Patient: "Was ist mit Mutters Freude? Es ist schwer, 25 Minuten daran zu denken, daß die Zunge oben bleiben soll."

Therapeut: "Einverstanden. Das /ist der Grund, warum wir diese Woche 30 Minuten

Neunter Behandlungstermin

Das ist ein Beurteilungsbesuch. Alle Übungen werden sorgfältig wiederholt. Beurteilungsblatt Nr. 2 wird verwandt.

Therapeut: "Wir werden alles sorgfältig Überprüfen und Deinen Fortschritt bewerten. Schauen wir uns also Deine zweite Beurteilungskarte an."

Zehnter Behandlungstermin

Dieser Besuch leitet die zweite Phase der Behandlung ein - die Schlucktherapie. Der Therapeut hat das Konzept des Schluckens mit dem Kuchen vorgeführt. Er wird dieses Konzept nun erweitern, um das Essen von soliderer Nahrung einzuschließen. Das ist das Schwergewicht dieses Behandlungsbesuches.

Nachdem der Therapeut alle vorhergegangenen Übungen wiederholt hat und findet, daß der Patient keine Schwierigkeiten hat und seine Übungen exakt ausführt, sagt er: "Wir werden heute einen wichtigen Schritt vorwärts machen. Du erinnerst Dich, daß wir Über drei Hauptteile in Deinem Behandlungsprogramm gesprochen haben: Muskeltraining, Schlucktraining und zuletzt machen wir aus dem neuen Schlucken eine unbewußte Gewohnheit. Du weißt, daß Deine Muskeln jetzt geÜbt sind, richtig zu schlucken; wir haben das mit dem Kuchen herausgefunden. So, rate einmal, was das nächste sein wird?"

Patient: "Das Schlucktraining"

Therapeut: "Richtig. Tatsächlich hast Du das Schlucktraining bereits mit dem Essen von Kuchen begonnen. Wir werden das gleiche von heute ab mit festerer Nahrung tun, und das ist der Weg, wie wir vorwärts kommen. Ich werde Dich anweisen, eine halbe Mahlzeit unter Gebrauch des Gummis mit dem 1,2,3-Schlucken zu essen."

Patient: "Wie macht man das?"

Therapeut: "Ganz einfach. Du teilst alles Essen von einer Mahlzeit in zwei

Teile auf Deinem Platz. Du ißt eine Hälfte der Mahlzeit unter Verwendung des Gummis und dem 1,2,3-Schlucken mit offenen Lippen und die andere Hälfte mit Deinem alten Schlucken. Das ist Dein Übungs-Programm bis zum nächsten Besuch. Du wirst feststellen, daß wir die Muskeltrainingstübungen gekürzt haben und daß wir die Eßübungen dafür erhöhen.

Elfter Behandlungstermin

Der Patient ist jetzt mit der zweiten Hauptabteilung des Behandlungsablaufs beschäftigt - mit dem Schlucktraining. Es ist zwingend, daß der Therapeut extrem kritisch auf den Schluckakt achtet, wenn er jede angewiesene Übung wiederholt. Jeder Teil des Schluckaktes muß mit absoluter Genauigkeit durchgeführt werden. Wenn das nicht der Fall ist, muß der Therapeut mit dem Patienten arbeiten, um Perfektion zu erreichen» Nach dieser sorgfältigen Wiederholung sagt der Therapeut: "Ich muß zugeben, daß Du anscheinend eine gute Vorstellung hast, wie man ein korrektes Schlucken erzeugt. Es wird für Dich bald viel einfacher werden, alle Deine Nahrung auf diese Art zu essen. Wir werden das notwendige Essen von Mahlzeiten stufenweise steigern, so daß Du Dich an die neue Art leichter gewöhnen kannst»"

Patient: "So, wie *ie es mit Mutters Freude und den Gummibonbons gemacht l haben!"

Therapeut: "Richtig! Wo Du doch jetzt die Hälfte einer Mahlzeit mit dem neuen Schlucken essen kannst, möchte ich Dich bitten, eine ganze Mahlzeit auf die neue Weise zu essen."

Patient: "Mit dem Gummi?"

Therapeut: "Jawohl, und den offenen Lippen,"

Patient: "Hmmm"

Zwölfter Behandlungstermin

Und wiederum ist es für den Behandler zwingend, die vorher angegebenen Übungen sorgfältig zu überprüfen. Speziell das Schlucken von Nahrung. Wenn der Patient in der Lage ist, Essen leicht zu schlucken, soll der Behandler das Trinken von Flüssigkeit lehren. Zuerst wird er den Patienten mit einer Tasse Wasser ausrüsten. Wenn der Patient ein abwegiges Schlucken hat, wird seine Zunge vorkommen in dem Moment, in dem er die Tasse an seine Lippen führt. Das ist ein Reflex. In diesem Augenblick wird der Therapeut zu dem Patienten sagen: "Ich möchte, daß Du einen Schluck Wasser nimmst."

Wenn der Patient die Tasse an die Lippen hebt, sagt der Therapeut: "Hier anhalten! Wo ist Deine Zunge?"

Patient: "Sie ist gerade zwischen meinen Zähnen,"

Therapeut: "Richtig. Das ist ein Reflex. Ich möchte, daß Du bemerkst, daß, wenn Du die Tasse an Deinen Mund hellst, wie jetzt, Deine Zunge vorkommt» O.k.? Wollen wir es versuchen?"

(Wenn das Schlucken normal wäre, würde die Zunge an den Punkt gehen, wenn die Tasse angehoben wird. Bei einem abwegigen Schluckvorgang wird die Zunge vorwärts oder abwärts gezogen.)

Therapeut: "Wir wissen, daß diese Zungenposition nicht korrekt ist, weil der Druck Deiner Zunge nicht gegen Deine Zähne gerichtet sein soll. Wir werden Dir einen neuen Weg zum Trinken von Flüssigkeiten zeigen. Deine Zunge wird bei dieser Art zu trinken Deine Zähne nicht treffen. Wenn Du jetzt Deine Tasse anhebst, möchte ich, daß Du Deine Zunge anhebst zu "dem Punkt" und Deine rückwärtigen Zähne zusammenbeißt. Jetzt hebe die Tasse. Jetzt nimm sie wieder herunter o Wenn Du die Tasse hebst und Deine Zähne zusammenbeißt, was passiert mit dem Masseter-Muskel?"

Patient: "Er kommtheraus."

Therapeut: "Richtig. Jetzt beiße Deine Zähne zusammen und halte einen Finger an den Masseter und hebe die Tasse. Halt an! Nimm sie herunter! Jetzt trinke, indem Du das Wasser durch Deine Zähne gießt und Deine Zunge zwingst, ihre Arbeit zu tun."

(Jetzt demonstriert der Therapeut, indem er eine Tasse Wasser nimmt, seine Zähne zusammenpresst, seine Zunge an den Punkt legt und das Wasser durch seine Zähne trinkt. Wenn die Zähne fest zusammengehalten werden, ist es unmöglich für die Zunge, durch die Zähne zu kommen und die Tasse zu berühren. Die Zähne werden während des Wassertrinkens in diesem Stadium der Therapie geschlossen gehalten, bis die Zunge sich als eine Reflex-Handlung an den Punkt bewegt. Wenn die Zunge korrekt gelagert ist, ist es gleichgültig, ob die Zähne auseinander sind oder nicht.)

Der Patient wird sich häufig beschweren, daß seine Zähne weh tun, wenn er etwas heißes oder kaltes trinkt. Das ist ganz normal. Er hat seine Zähne immer mit seiner Zunge geschützt und die Zähne haben keinen Widerstand gegen Temperaturwechsel entwickelt, sie werden es jetzt erfahren. Sie können vorschlagen, daß der Patient Flüssigkeiten trinkt, die der Körpertemperatur mehr entsprechen. Der Patient kann auch eine der Zahnpasten gegen empfindliche Zahnhälse benutzen.)

Therapeut: "Jetzt, wo Du weißt, wie man korrekt trinkt, möchte ich, daß Du alle Deine Flüssigkeiten auf diese Weise trinkst. Sage mir, wenn Du irgendwelche Schwierigkeiten hast und ich will versuchen, Vorschläge zu machen, die Dir helfen. Diese Woche kombinieren wir das neue Schlucken beim Trinken. Das ist Dein neuer Übungsplan."

Dreizehnter Behandlungstermin

Dies ist eine Beurteilungssitzung, um den Fortschritt des Patienten bis heute zu ermitteln» Diese Sitzung ist etwa die Mitte der intensiven drei Monate Behandlungsperiode. Alle schwachen Stellen müssen herausgefunden und korrigiert werden, bevor die Behandlung fortgesetzt wird. Die Okklusion und das Schlucken des Patienten werden erneut fotografiert als Vergleich zu den Aufnahmen, die bei Therapiebeginn gemacht wurden. Nachdem die neuen Bilder gemacht sind, sagt der Therapeut: "Nun John, wir sind genau zur Hälfte durch unser Intensivprogramm hindurch» Alles sieht ganz gut aus, aber wir müssen noch einmal Deine Fortschritte nachprüfen. Wollen wir Dein neues Beurteilungsformblatt anschauen, es ist das Beurteilungsformular Nr. 3." Zusammenfassung:

Therapeut: "Du und ich, wir beurteilen jetzt zusammen jeden der Faktoren, die auf diesem Formblatt aufgeführt sind, um die Fortschritte zu beurteilen, die Du gemacht hast,"

(Nachdem die Beurteilung durchgeführt ist, legt der Behandler spezielle Übungen fest, die zum Ausgleich für alle erkenntlichen Schwachen gedacht sind» Diese Übungen werden in den normalen Behandlungsplan eingebaut. Die Niederschrift jedenfalls wiederholt das gleiche wie beim vorhergehenden Besuch, ausgenommen Mutter s Freude/)

Vierzehnter Behandlungstermin

Die Schluckmuskeln wurden jetzt entsprechend geschult und sind zu diesem Punkt des Behandlungsplanes wieder leistungsfähig. Die besondere Natur dieses Muskulaturtrainings in diesem Behandlungsablauf ist der Beginn einer neuen Schluckgewohnheit. Die früher schwachen Muskeln sind jetzt gekräftigt. Die Muskeln, die zu kräftig waren, sind jetzt schwächer» Jedenfalls liegt das Hauptgewicht auf der stufenweisen Einführung des neuen Schluckens in die persönlichen Essgewohnheiten des Patienten. Deshalb wird, nachdem alle früher angeordneten Übungen wiederholt worden sind und auch das Schlucken der Nahrung sorgfältig geprüft wurde, der Behandler sagen: "John, ich glaube wirklich, daß wir in unseren Anstrengungen, das falsche Schlucken zu korrigieren, Erfolg haben. Du machst es sehr gut. Wir sind jetzt so weit, daß wir das Essen Deiner Mahlzeit ohne Gummi testen werden. Ok,?"

Patient: "Das ist wunderbar!"

Therapeut: "Sehr gut. Dies ist die Niederschrift, die ich heute für Dich schreiben werde.,"

Patient: "Ich weiß! Mutters Freude 60 Minuten, Stimmt's?"

Therapeut: "Richtig! Aber Du sollst wissen, daß wir nie über 60 Minuten gehen. Das ist genau so lange, wie Du es zu machen hast."

Fünfte Behandlungstermin

Die vorangegangenen Anordnungen werden wiederum sorgfältig auf schwache Stellen geprüft. Als Abschluß dieser Wiederholung sagt der Behandler: "Wir werden jetzt die ersten Schritte einleiten in den Vorgang, Dein neues Schlucken zu einer umfassenden Gewohnheit zu machen. Ich werde Dich jetzt bitten, etwas zu tun, das Dich die meiste Zeit daran denken läßt, richtig zu schlucken. Wir nennen dies "Deine Zeittabelle", und so funktioniert die Sache t Ich werde Dir verschiedene Zeiten aufschreiben - am Vormittag, am Nachmittag und am Abend. Und ohne Rücksicht darauf, was Du zu dieser speziellen Zeit tust, möchte ich, daß Du Dich fragst: "Ist meine Zunge oben und weg von meinen Zähnen oder liegt sie an den Zähnen?" Wenn sie an Deinen Zähnen liegt, so machst Du ein X, ist sie weg von Deinen Zähnen, so machst Du einen Stern, Diese Tabelle dient einfach als eine dauernde Erinnerung für Dich, Deine Zunge von den Zähnen wegzunehmen, wenn Du nicht schluckst."

"Der Rest Deiner Übungen ändert sich ebenfalls, weil Du Dich jetzt mehr damit beschäftigst, das neue Schlucken in das Essen einzuführen. Dies ist Dein Übungsprogramm bis zum nächsten Besuch. Du wirst feststellen, daß die Muskelübungen reduziert worden sind und die Nahrungsaufnahme mit Deinem neuen Schlucken intensiviert ist."

Sechste Behandlungstermin

Das Hauptgewicht in dieser Sitzung liegt darauf, das "Festsetzen" des neuen Schluckens fortzusetzen. Jede Übung wird besonders sorgfältig geprüft, jede kleine Schwäche korrigiert. Nach dieser kritischen Wiederholung sagt der Behandler: "Du hast Dich recht gut gehalten mit Deiner Zeittabelle, es gibt mehr Sterne als X und das ist ausgezeichnet."

Patient: "Und es hat mich wirklich soweit gebracht, daran zu denken, wo meine Zunge ist."

Therapeut: "Das ist die einzige Möglichkeit, wie Du eine schlechte Gewohnheit wirklich unterbrechen kannst. Du mußt wirklich daran arbeiten, die Gewohnheit zu korrigieren und Du mußt Dich selbst trainieren, die falsche Gewohnheit zu stoppen, in dem Moment, wo Du fühlst, daß sie kommt. Stimmt's?"

Patient: "Jawohl"

Therapeut: "Deine Übungen hast Du heute sehr gut gemacht, so werden wir weiter fortschreiten. Wir werden uns mit dem Gewohnheitstraining mehr beschäftigen, indem wir die Folge auf "Deiner Zeittabelle" ändern, Wir nennen sie "Deine Zeittabelle Nr. 2".

Patient: "Sie meinen, sobald ich mich zu einer bestimmten Zeit daran gewöhnt habe, an meine Zunge zu denken, wollen Sie die Zeit ändern?"

Therapeut: "Das stimmt, ich möchte, daß Du zu jeder Zeit daran denkst."

Siebzehnter Behandlungstermin

Diese 17. Behandlung setzt den Abschnitt des "Festsetzens" des neuen Schluckmusters fort. Der Therapeut muß die vorausgegangenen Anweisungen genau prüfen, um sich zu vergewissern, daß die neue Schluckgewohnheit regelrecht eingegraben wird. Der Behandler darf nicht mit der nächsten Behandlungsstufe fortfahren, ohne daß der Patient sich an die neue Schluckgewohnheit mit beträchtlicher Leichtigkeit angepaßt hat. Wenn das stimmt, sagt der Behandler: "John, alles scheint gut zu gehen. Wir machen jetzt im Gewohnheitstraining unseren nächsten Schritt vorwärts. Ich werde zwei Änderungen durchführen. Zuerst werde ich die Zeitfolge auf Deiner Zeittabelle ändern« Nebenbei, wie geht es Dir mit Deiner Tabelle? Findest Du, daß sie hilft?"

Patient: "Das tut sie bestimmt. Ich denke die meiste Zeit daran, wo meine Zunge sich befindet. Und wenn sie meine Zähne berührt, dann nehme ich sie rast automatisch hoch!"

Therapeut: "Das ist direkt wunderbar! Wir werden lediglich nochmals eine

kleine Zeitänderung durchführen. Das zweite, was wir tun werden, um das neue Schlucken festzusetzen, ist, ein System einzuführen, welches Dich erinnert, jeden Bissen bei all Deinen Mahlzeiten korrekt zu essen. Wir nennen dies: "Dein Erinnerungszeichen". Dies ist ein Bild, das Du für Dich selbst machst, und das vor Dir aufgestellt wird, wenn Du isst. Wir nennen es deshalb ein Erinnerungszeichen, weil Du Dich an Dein neues Schlucken erinnern sollst, wenn Du es vor Dir siehst. Ich bin sicher, daß Du all die Erinnerungszeichen hier im Zimmer gesehen hast. Nun, dieses sind Erinnerungszeichen, die andere gemacht haben. Wenn Du das nächste Mal wiederkommst, so möchte ich, daß Du mir Dein Erinnerungszeichen mitbringst und wenn es gut gelungen ist, dann machst Du mir sicher eine Kopie davon und ich werde es auch hier an der Wand aufhängen."

Patient: "Klasse"

Therapeut: "Mutter, denken Sie daran, daß Sie John bei keiner seiner Mahlzeiten etwas sagen sollen. Sein Bild hat ihn zu erinnern. Wir übertragen die Verantwortlichkeit von Ihnen auf John. Nach all dem können Sie nicht alle Zeit zu ihm sagen! "Du, John, schau, wie Du kausst und schluckst!". Stimmt das?"

Patient: "Jawohl"

Therapeut: "Nun, das ist das Übungsprogramm, das ich für Dich bis zu Deinem nächsten Besuch ausgewählt habe."

Achtzehnter Behandlungstermin

Dieser Besuch ist eine Beurteilungssitzung. Alle Gesichtspunkte des Schluckens werden geprüft, wie auf dem Formblatt "Patientenbeurteilungsbogen Nr. 4" angegeben. Es tritt kein Wechsel in der Behandlungsfolge ein, es sei denn, es treten während der kritischen Beurteilung schwache Stellen auf,

Therapeut: "John, es ist die Zeit gekommen, wo wir wieder einmal sehen wollen, wie groß Deine Fortschritte sind. Wir beide werden ein Urteil über Deinen Fortschritt bis heute abgeben, indem wir nach dieser Tabelle prüfen. Ich werde Dir Gelegenheit geben, Dich sowohl selbst zu benoten, als auch eine Note von mir zu bekommen. O.k.?"

Patient: "O.k."

Therapeut! "Nun wollen wir diese Tabelle durchgehen und sehen, wo Du stehst." (Jetzt gehen beide das Formblatt durch)

Neunzehnter Behandlungstermin

Diese Sitzung wird dazu verwandt, die letzte Phase der Therapie weiterzuentwickeln: das Gewohnheitstraining.

Wiederum ist die Bedeutung einer kritischen Wiederholung und Beurteilung zu betonen, bevor eine weitere Behandlung des Gewohnheitstrainings eingeleitet wird. Wenn der Patient dieser kritischen Prüfung standhält, sagt der Therapeut: "John, Du hast ausgezeichnet* Fortschritte gemacht. Dein bewußtes Schluckmuster scheint ganz normal zu sein. Nun müssen wir den letzten Schritt in Angriff nehmen, der Dein neues Schlucken zu einer unbewußten Gewohnheit macht. Unser erster Schritt war Deine Zeittabelle, damit Du öfter an das Schlucken denkst. Der zweite Schritt war Dein Erinnerungszeichen, damit Du alle Deine Mahlzeiten mit dem neuen Schlucken ißt. Jetzt können wir zum dritten Schritt in diesem Verlauf. Wir nennen dies Autosuggestion und das sagt schon, was es ist. Du erinnerst Dich doch, daß ich zu Beginn der Behandlung gesagt habe, Du schluckst zweimal pro Minute, wenn Du wach bist und einmal pro Minute, wann?"

Patient: "Wenn ich schlafe."

Therapeut: "Richtig. Wir wissen jetzt, daß Du Dein Schlucken unter Kontrolle hältst, wenn Du daran denkst. Aber was geschieht, wenn Du schläfst und nicht in der Lage bist, daran zu denken?"

Patient: "Ich nehme an, ich falle in meine alte Gewohnheit zurück."

Therapeut: "Du wirst es sicherlich, deshalb müssen wir, wenn wir dieses Problem wirklich meistern wollen, das "Schlafschlucken" ebenfalls korrigieren. Ich habe gesagt, wir werden das mit einer Methode, die Autosuggestion genannt wird, tun. Das funktioniert folgendermaßen.

Bist Du jemals du Bett gegangen und hast Dir selbst gesagt: Ich möchte morgen um 7.00 Uhr aufstehen. Und bist Du dann auch um 7.00 Uhr aufgewacht?"

Patient: "Manchmal versuche ich, früh aufzustehen, um zu lernen und es scheint, daß ich dann richtig aufwache, wenn ich es wirklich will."

Therapeut: "Was weckt Dich auf?"

Patient: "Ich nehme an, mein Gedächtnis,"

Therapeut: "Wie geht das wohl?"

Patient: "Ich weiß es einfach nicht."

Therapeut: "Gut, ich werde es Dir sagen. Du siehst, wir haben echt zwei Gedächtnisse. Das erste ist unser bewußtes Gedächtnis, das wir einmal unser waches Gedächtnis nennen wollen, weil es unserem Körper dient, während wir wach sind; das zweite ist unser unbewußtes Gedächtnis, das wollen wir unser Schlafgedächtnis nennen, weil unserem Körper dient, während er schläft. Unser Schlafgedächtnis regelt unsere Gewohnheiten, wie z.B. das Schlucken, wenn wir schlafen« Was wirklich passiert ist, daß das wache Gedächtnis einschläft und das Schlafgedächtnis wachbleibt. Also wenn Du um 7.00 Uhr aufstehen willst und Du sagst dies zu Deinem Schlafgedächtnis, gerade bevor Du einschläfst, dann wird Dein Schlafgedächtnis das die ganze Nacht wiederholen und wird Dich um 7.00 Uhr wecken.

Nun, jetzt wollen wir das Schlafgedächtnis für uns arbeiten lassen, und so wollen wir es machen: Jede einzelne der nächsten 10 Nächte, wenn Du ins Bett gegangen bist und gerade bevor Du einschläfst, möchte ich, daß Du sechsmal auf die richtige Weise schluckst und dabei sechsmal für Dich selbst wiederholst: "Ich will richtig schlucken, die ganze Nacht hindurch". Nun, was wird dann das Schlafgedächtnis die ganze Nacht tun?"

Patient: "Es wird die ganze Nacht daran denken, daß ich richtig Therapeut: "Richtig. Und jetzt sage mir, was Du tust!"

Patient: "Ich werde sechsmal richtig schlucken, gerade bevor ich einschlafe, und dann wiederhole ich sechsmal für mich: "Ich will richtig schlucken, die ganze Nacht Über".

Therapeut: "Sehr gut. Wie viele Nächte?"

Patient: "10 Nächte, Aber was ist, wenn ich eine Nacht vergesse?"

Therapeut: "Dann mußt Du die 10 Nächte noch einmal von vorn anfangen. Dies ist jetzt Deine Anweisung bis zur nächsten Sitzung."

Zwanzigster und Einundzwanzigster Behandlungstermin

Diese Besuche werden verwendet, um die unbewußte Schluckgewohnheit zu verstärken. Wiederum wird jedes Gebiet von Schwäche in dem neuen Schluckmuster verbessert. Der einzige Wechsel in dem Behandlungsplan sind leichte Variationen und Änderungen, die notwendig sind, um die neue, korrekte Schluckgewohnheit zu vervollständigen. Deshalb sagt der Therapeut: "John, dieser und Dein nächster Besuch sind dazu da, daß wir uns vergewissern, daß Deine neue Schluckgewohnheit jetzt eine wirkliche Gewohnheit ist. Du mußt mich ganz sicher wissen lassen, wenn Du merkst, daß Du das neue Schlucken irgendwo nicht ganz beherrscht."

Zweiundzwanzigster Behandlungstermin

Die Schluckgewohnheiten des Patienten sind jetzt korrigiert. Dieser Besuch sollte den Abschluß der intensiven Behandlungsperiode darstellen. Es kann diese 22. Sitzung kaum vor dem 24. oder 25. Besuch durchgeführt werden. Der Behandlungsplan, der in diesem Buch gezeigt wurde, ist ganz folgerichtig, ohne Unterbrechungen. Trotzdem, Unterbrechungen werden auf jeden Fall eintreten. Der Therapeut wird mindestens drei Sitzungen während des Behandlungsverlaufs für Wiederholungen verwenden müssen. Ob es auch die 21. oder 24. Sitzung ist, dies ist das Ende der Intensiv-Behandlung. Nach einer nochmaligen kritischen Wiederholung und um sich zu vergewissern, daß alle Gesichtspunkte des neuen Schluckens korrekt erscheinen, sagt der Behandler: "John, wir sind am Ende unseres Intensiv-Programmes. Alles sieht soweit gut aus. Trotzdem wollen wir prüfen, was wir in den letzten drei Monaten erreicht haben. Zuerst wollen wir einen Blick auf Deine diagnostischen Bilder werfen und sie mit den Anfangsbildern vergleichen, um festzustellen, ob es irgendeinen Wechsel gibt» (Die Dias werden in den Projektor gebracht und sorgfältig mit dem Patienten besprochen. Gesichtspunkte von Verbesserung oder mangelhafter Verbesserung in Bezug auf die Okklusion, Mundatmung und Gesichtskonturen werden festgestellt.)

Patient: "Ich habe mich wirklich gebessert. Nicht wahr?"

Therapeut: "Das stimmt wirklich. Nun wollen wir noch einmal eines unserer

Patientenbeurteilungsblätter verwenden. Wir nennen dies das Beurteilungsblatt Nr.5, mit dem wir unseren Fortschritt messen. Dieses Formular werde ich an Dr. Stuart übersenden, der Dich in meine Praxis überwiesen hat, John, Du bist jetzt soweit, daß Du wieder zu Dr. Stuart zur weiteren Behandlung zurückkannst. Bitte rufe ihn an und mache einen Termin mit ihm aus. Du brauchst vor einer Woche hier nicht mehr erscheinen. Dein Übungsprogramm ist jetzt wirklich sehr einfach. Du mußt jetzt versuchen, Dein neues Schlucken zu erhalten« Und dieses Übungsprogramm sollst Du einhalten, bis ich Dich das nächste Mal sehe."

Die Nachbehandlung

Die der Intensiv-Periode folgenden Perioden nennen wir Nachbehandlung. Der Behandler wird es so einrichten, daß er den Patienten in größer werdenden Intervallen während 9 Monaten sieht. Z.B. wird der Patient zuerst einmal in der Woche bestellt, dann in zwei Wochen einmal, in drei Wochen einmal usw. Der Zweck dieser Nachbehandlungsperiode ist sich zu vergewissern, daß das neue Schlucken wirklich angenommen wurde. Wenn eine schwache Periode in dem korrigierten Schluckakt erscheint, muß der Therapeut den Patienten in die Behandlungsfolge zurücknehmen und Übungen anordnen, die ursprünglich für dieses Segment des neuen Schluckens geplant waren.

Die folgenden Übungen werden zur Anwendung während der Nachbehandlung empfohlen:

1. Das Einzel-Gummi-Schlucken mit Waffelkeksen
2. Das Doppel-Gummi-Schlucken
3. Mutters Freude
4. Lippenübungen: a) Tauziehen b) Gummibonbons c) Lippenmassage
5. Wörkertabellen Nr. 1, 2, 3

Fehlschlag der Behandlung

Jeder Behandlungsfehlschlag hat grundlegende Ursachen. Wenn wir diese Faktoren beim Gebrauch der hier beschriebenen Methode kennenlernen, so wird der %-Satz von Fehlschlägen abnehmen. Eine Analyse der Behandlungsfehlschläge, die in der Praxis des Autors durchgeführt wurde, leitet uns direkt zu folgenden verantwortlichen Faktoren:

1. ungenügende Elternmotivation
2. ungenügende Patientenmotivation
3. Mangel an Kontakt zwischen dem Behandler und dem Patienten
4. Krankheit während kritischer Behandlungsphasen
5. ungenügende Wiederholung der Übungsfolgen

Jeder therapeutische Fehlschlag ist der Fehler des Behandlers,

Nummer 1

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Lege den Gummi auf die Zungenspitze
2. Hebe die Zunge an den Punkt
3. Beiße die rückwärtigen Zähne zusammen
- 4 Öffne die Lippen
5. Schlürfe und
6. Schlucke

Diese Übung soll folgendermaßen durchgeführt werden:

sechsmal hintereinander, einmal heute

sechsmal hintereinander, zweimal morgen und übermorgen

zwölfmal hintereinander, dreimal am Tag darauf. Dabei sollen wenigstens

zwei Stunden zwischen den einzelnen Sitzungen liegen.

Materialien:

Daumenkarte - wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, wird die Daumenkarte geprüft,
3/16 Zoll Gummiringe,

Nummer 2

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 5 Minuten (Lippen geschlossen) an einem Tag
2. zwölfmal Schlürfen und Schlucken, dreimal pro Tag (Lippen offen)

Materialien:

Daumenkarte - wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, wird die Daumenkarte geprüft,
3/16 Zoll Gummiringe.

Nummer 3

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. zwölfmal Schlürfen und Schlucken, dreimal pro Tag (Lippen offen)
2. Die 1,2,3-Übung zehnmal, dreimal am Tag (Lippen offen)
3. Mutters Freude 10 Minuten, einmal am Tag (Lippen geschlossen)

Materialien:

Daumenkarte - wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, wird die Daumenkarte geprüft,
3/16 Zoll Gummiringe.

Nummer 4

Datum

Myofunktionelle Übungen für

1. 1,2,3-Übung zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
2. Mutters Freude, fünfzehn Minuten (Lippen geschlossen)
3. Halte- und Ziehübungen fünfzehnmal, dreimal täglich
4. 2-Gummi-Schlucken zehnmal, dreimal täglich

Materialien:

Daumenkarte - wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, wird die Daumenkarte geprüft, 3/16 Zoll Gummiringe.

Nummer 5

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude zwanzig Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1, 2, 3-Übung zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schluckeri zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
4. 1 Waffel dreimal täglich mit dem 1,2,3-Schlucken und offenen Lippen
5. Wortliste Nr. 1 - Vorderteil der Zunge

Materialien:

Daumenkarte - wenn das Kind eine Lutschgewohnheit hat, wird die Daumen-Karte geprüft, 3/16 Zoll Gummiringe

Wortliste Nr. 1 .

Waffel-Kekse

Nummer 6

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude fünfundzwanzig Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1, 2, 3-Übung zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schlucken zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
4. 1 Keks dreimal täglich mit dem 1,2,3-Schlucken und dem Gummi (Lippen offen)
5. Wortliste Nr. 2 - Mitte der Zunge - zehnmal täglich

Chain Jam Each

Chop Jeep Peach

Chew Jerry Reach

Chin Jet Teach

Chap Joke Much

6. Lippenübungen:

zehnmal Tauziehen, dreimal täglich

drei Marshmallow-Twists, dreimal täglich

fünf Lippenmassagen, dreimal täglich

7. Massetter zahl-bis-zehn-Übung, sechsmal, dreimal täglich

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe
Kuchen

Gummibonbons Knöpfe
Wortliste Nr. 2

Nummer 7

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 30 Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1,2,3-Übung zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schlucken zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
4. 3-Gummi-Schlucken zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
5. Massetter zähl-bis-zehn-Übung, sechsmal an einem Tag
6. 1 Kuchen dreimal täglich unter Verwendung des 1,2,3-Schluckens
(Lippen offen)

7. Lippen-Übungen:

zwölfmal Tauziehen, dreimal täglich

vier Gummibonbons, dreimal täglich

sechzig Lippenmassagen, dreimal täglich

8. Wörterliste Nr. 3 - Zungenrücken - zehnmal an einem Tag

Can Go Egg

Key Get Beg

Keep Give Tag

Kite Gate Take

Kind Garne Bake

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe
Knöpfe

Gummibonbons
Wörterliste Nr.

Kuchen (Waffelkekse)

Nummer 8

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

- 1., Mutters Freude 35 Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1,2,3-Übung zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
- 3., 2-Gummi-Schlucken zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
4. 3-Gummi-Schlucken zehnmal, dreimal täglich (Lippen offen)
5. Massetter zähl-bis-zehn-ttbung. sechsmal an einem Tag
6. 1 Kuchen dreimal täglich unter Verwendung ies 1,2,3-Schluckens und des Gummis (Lippen offen)

7. Lippen-Übungen:

14 mal Tauziehen, dreimal täglich

5 Gummibonbons dreimal täglich

65 Lippenmassagen, dreimal täglich

8. Wörter liste Nr. 3

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Gummibonbons Kuchen (Waffelkekse)

Kappte Wörterliste Nr. 3

Nummer 9

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 40 Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1,2,3-Übung zehnmal, täglich einmal (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schlucken zehnmal an einem Tag (Lippen offen)
4. 3-Gummi-Schlucke~ zehnmal an einem Tag (Lippen offen)
5. 2 Kuchen dreimal am Tag unter Verwendung des 1,2,3-Schluckens und des Gummis (Lippen offen)

6. Lippen-Übungen:

16 mal Tauziehen, dreimal täglich 5 Gummibonbons, dreimal täglich 70 Lippenmassagen, dreimal täglich

7. Esse die Hälfte einer Mahlzeit unter Anwendung des 1,2,3-Schluckens mit Gummi (Lippen offen)

8. Wörterliste Nr. 4 - Vorder-, Mittel- und Rückenteil der Zunge -zehnmal, täglich einmal

Too Chain Come

Tip Chair Go

Tea Jack Get

Team Joe Key

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Knöpfe

Gummibonbon

Wörterliste Nr. 4

Kuchen

Nummer 10

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 45 Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1,2,3-Übung 10 mal, täglich einmal (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schlucken 10 mal, täglich einmal (Lippen offen)
4. 3 Kekse dreimal täglich unter Verwendung des 1,2,3-Schluckens mit Gummi (Lippen offen)
5. Lippen-Übungen:

18 mal Tauziehen, dreimal täglich 6 Gummibonbons, dreimal täglich 75 Lippenmassagen, dreimal täglich

6. Esse eine ganze Mahlzeit unter Verwendung des Gummis mit dem 1,2,3-Schlucken (Lippen offen)

7. Wörterliste Nr., 4 - Vorder-, Mittel- und Rückenteil der Zunge

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Knöpfe Wörterliste Nr. 4

Kuchen Gummibonbons

Nummer 11

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 50 Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1,2,3-Übung 5 mal, täglich einmal (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schlucken 5 mal, täglich einmal (Lippen offen)
4. 4 Kekse 3 mal am Tag unter Verwendung des 1,2,3-Schluckens, 2 mit Gummi (Lippen offen) und 2 ohne Gummi (Lippen geschlossen)
5. Lippen-Übungen:

20 mal Tauziehen, 3 mal täglich 8 Gummibonbons, 3 mal täglich 80 Lippenmassagen, 3 mal täglich

6. Esse 2 Mahlzeiten unter Verwendung des Gummis und des 1,2,3-Schluckens (Lippen offen)

7. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Knöpfe Gummibonbons Kuchen

Nummer 12

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 55 Minuten (Lippen geschlossen)
2. 1,2,3-übung 5 mal, täglich einmal (Lippen offen)
3. 2-Gummi-Schlucken 5 mal, täglich einmal (Lippen offen)
4. 4 Kuchen 3 mal am Tag unter Verwendung des 1,2,3-Schluckens,

2 mit Gummi (Lippen offen) und 2 ohne Gummi (Lippen geschlossen)

5. Lippen-Übungen:

20 mal Tauziehen, täglich 3 mal 8 Gummibonbons, täglich 3 mal 80 Lippenmassagen, täglich 3 mal

6. Esse 2 Mahlzeiten unter Verwendung des Gummis und des 1,2,3-Schluckens (Lippen offen)

7. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Beurteilungsformblatt Nr. 3 Knöpfe

Kuchen Gummibonbons

Nummer 13

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude 60 Minuten (Lippen geschlossen)

2. 1,2,3-Übung 5 mal, täglich einmal (Lippen offen)

3. 4 Waffelkekse 3 mal •<• 2 mit Gummi (Lippen geschlossen) ,2 ohne Gummi (Lippen geschlossen)

4. Lippen-Übungen: 25 mal Tauziehen 10 mal Marschmallow-Twist 85 Lippenmassagen, 3 mal täglich

5. Esse eine Mahlzeit mit dem neuen Schlucken unter Gebrauch eines Gummis (Lippen offen)

6. Esse eine Mahlzeit mit dem neuen Schlucken und ohne Gummi (Lippen geschlossen)

7. Trinke alle Flüssigkeiten in der neuen Weise

8. Viel Glück!

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Gummibonbons

Knöpfe Waffelkekse

Nummer 14

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Deine Zeittabelle Nr. 1:

7.30 h 10.00 h 11.30 h 13.00 h 15.00 h 18.00 h 19.30 h

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

2. 1,2,3-Schlucken 3 mal, täglich einmal (Lippen offen)
3. 3 mal am Tag 4 Waffelkekse - 2 mit Gummis (Lippen geschlossen), 2 ohne Gummis (Lippen offen)
4. Mutters Freude 60 Minuten (Lippen geschlossen)
5. Lippen-Übungen:
27 mal Tauziehen, 3 mal täglich 12 Gummibonbons, 3 mal täglich 90 Lippenmassagen, 3 mal täglich
6. Esse 2 Mahlzeiten mit dem neuen Schlucken (Lippen geschlossen) • ohne Gummi
7. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise

Materialien:

3/16 Zoll Gummiringe Waffelkekse Knöpfe
Gummibonbons Zeittabelle

Nummer 15

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Deine Zeittabelle Nr. 2:

8.30h 10.45h 11.15h 14.30h 15.30h 19.00h

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

2. 4 Waffelkekse - 2 mit Gummi (Lippen offen), 2 ohne Gummi (Lippen geschlossen)
3. Mutters Freude 60 Minuten (Lippen geschlossen)
4. Lippen-Übungen:
25 mal Tauziehen, 3 mal täglich 10 Gummibonbons, 3 mal täglich 80 Lippenmassagen, 3 mal täglich
5. Esse 2 1/2 Mahlzeiten mit dem neuen Schlucken ohne Gummi -
1 Mahlzeit (Lippen geschlossen), 1 1/2 Mahlzeiten (Lippen offen)
6. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise

Materialien:

Gummi Zeittabelle Waffelkekse
Knöpfe Gummibonbons

Nummer 16

Datum

.....

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

.....

1. Stelle ein Erinnerungszeichen her. Benutze es bei allen Mahlzeiten, Bringe es mit zu Deinem nächsten Besuch, Esse alle Mahlzeiten mit Deinem neuen Schlucken (Lippen geschlossen).

2. Mutters Freude 60 Minuten (Lippen geschlossen)

3. 4 Waffelkekse - 1 mit Gummi (Lippen offen), 3 ohne Gummi (Lippen geschlossen)

4. Zeittabelle Nr. 3:

9.15 h 11.15 h 12.00 h 14.15 h 16.00 h 19.15 h

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

5. Lippen-Übungen:

20mal Tauziehen, 3 mal täglich 10 Gummibonbons, 3 mal täglich 70 Lippenmassagen, 2 mal täglich

6. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise

Materialien:

3/16 Zoll Gummi Knöpfe Waffelkekse

Zeittabelle Marshraallows Erinnerungszeichen

Nummer 17

Datum

.....

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

.....

1. Der Behandler gibt Kräftigungsübungen auf, wo sie benötigt werden.

2. Alle Mahlzeiten - neues Schlucken mit geschlossenen Lippen. Das Erinnerungs-zeichen wird weiterhin verwendet.

3. Zeittabelle Nr. 3 wird verwendet.

4. Lippen-Übungen:

20mal Tauziehen, 3 mal täglich

10 Marshmallow-Twists, 3mal täglich

70 Lippenmassagen, 3mal täglich

- 5. Mutters Freude, 2 mal je 30 Minuten
- 6. 3 Waffelkekse - i mit Gummi (Lippen geschlossen, 2 ohne Gummi (Lippen geschlossen)
- 7. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise.

Materialien:

- 1. Erinnerungszeichen5,, Knöpfe
- 2. Patientenbeurteilungsformblatt Nr. 4 6. Waffelkekse
- 3. Zeittabelle Nr. 37, Marshmallows
- 4. Gummis

Nummer 18

Datum

.....

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

.....

- 1. Der Therapeut fugt Ktäftigungsübuagen ein, wo sie notwendig sind.
- 2. Alle Mahlzeiten mit dem neuen Schlucken und geschlossenen Lippen unter Verwendung des Erinnerungszeichens
- 3. Nachtschlucken:
 - 6 mal Schlucken
 - 6 mal wiederholen: "Ich will richtig schlucken die ganze Nacht über"
 - Du machst ein Kreuz in den Kreis jeden Morgen, nach der Nacht, in der Du die Autosuggestion durchgeführt hast. Du muß 10 Nächte in einer unmittelbaren Folge haben.
- 4. Lippen-Übungen:
 - 15 mal Tauziehen, 3 mal täglich
 - 8 Marshmallow Twists, 3 mal täglich
 - 60 Lippenmassagen, 3 mal täglich
- 5. Mutters Freude, 2 mal je 30 Minuten
- 6. 2 Kuchen - 1 mit Gummi (Lippen geschlossen), I ohne Gummi (Lippen offen)
- 7. Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise,

Materialien:

- Erinnerungszeichen Gummis Knöpfe
- Waffelkekse Marshmallows

Nummer 19 und 20

Datum

.....

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

.....

- 1. Der Therapeut fügt Kräftigungsübungen ein, wo sie notwendig sind, 2t Alle Mahlzeiten mit dem neuen Schlucken und geschlossenen Lippen unter Benützung des Erinnerungszeichens.

3. Nachtschlucken: 6 mal Schlucken 6 mal wiederholen
4. Lippen-Übungen:
17 mal Tauziehen, 3 mal täglich
6 Marshmallow Twists, 3 mal täglich
50 Lippenmassagen, 3mal täglich
5. Mutters Freude, 2mal je 15 Minuten
6. 1 Waffelkeks mit Gummi (Lippen geschlossen)
- 7 Trinke alle Flüssigkeiten auf die neue Weise
8. Fortsetzung des Nachtschluckens, wenn notwendig 10 weitere Tage

Materialien:

Gummis Erinnerungszeichen Knöpfe

Waffelkekse Marshmallows

Nummer 21

Datum

Myofunktionelle Therapieanweisungen für

1. Mutters Freude - 2 mal je 10 Minuten
2. Du mußt alle Mahlzeiten mit Deinem neuen Schlucken essen. Du brauchst Dein Erinnerungszeichen nicht mehr verwenden.
3. Du mußt alle Flüssigkeiten auf die neue Weise trinken.
4. Esse ein Waffelkeks am Tag mit dem Gummi (Lippen geschlossen).
5. Lippen-Übungen:
10 mal Tauziehen, 2 mal täglich
3 Marshmallow Twists, 2 mal täglich
45 Lippenmassagen, 2 mal täglich

Erste Sitzung, Formular A

(Daniel Garliner, Sprach-Therapeut)

Name Alter Datum

Adresse Telefon

überwiesen durch Name der Eltern

Beruf Geschwister

Tonsillen u. Adenoide Eßgewohnheiten

Nervöse Leiden Fingerlutschen

Andere Gewohnheiten

Kinderernährung Brustzeit

Flaschenschwierigkeiten Entwöhnungsschwierigkeiten

Annahme neuer Nahrung Löffel und Tasse

Erste Worte Gelaufen

Initiale Untersuchung - Formblatt A

A. Allgemeine Beobachtungen

Picard's Flaschen-Mund Ja Nein

Mund-Atmer

Sprache Interdentales Lispeln Laterales Lispeln

Type der Okklusal-Probleme

1. Schneidezahnstufe

2. okkludiert nur im molaren Gebiet

3. offener Biß

4. Bimaxilläre Protrusion

5. Tiefer Biß

60 Maiokklusion Klasse III Echt Pseudoo.

7. Unilaterale Depression im molaren Gebiet 8c Bilaterale Depression im molaren Gebiet

Bs Position der Zunge in Ruhelage li Zwischen den Zähnen

2. Im Verhältnis zu den oberen Schneidezähnen

3. Im Verhältnis zu den unteren Schneidezähnen

G. Körperliche Untersuchung des Patienten beim Trinken

1. Kommt die Zunge heraus, um die Tasse zu berühren? Ja ... Nein ..

2. Schluckgewohnheiten Normales Schlucken abartiges Schlucken (Der Untersucher wird den Patienten bitten zu schlucken, während er die Lippenverbindung öffnet, wie in dem folgenden Bild gezeigt)

Rugae: scharf ausgeprägt ja nein

Massetter: stark ..o..... schwach ,,,,.....

Musculus mentalis: normal überentwickelt

Tonsillen und Adenoide: normal vergrößert

stark vergrößert

Lippenstärke: Gramm

Diagnose: falsches Schlucken ,,,,.....= normales Schlucken

Sprache: interdentes Lispeln laterales Lispeln

Patienten-Beurteilungskarte Nr. 1

1. Finger, Daumen, Lippen, andere Lutschgewohnheiten
geheilt nicht geheilt

2. Plazierung des vorderen Zungenteils
ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

3. Plazierung der Zungenmitte
ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

4. Mundatmung
verbessert nicht verbessert

Wörterliste Nr. 1 - Vorderteil der Zunge

Too	Do	Loon
Tip	Dip	Lip
Tea	Dear	Lean
Ten	Did	Lid
Time	Dirne	Time

Wörterliste Nr. 2 - Mittelteil der Zunge

Chain	Jam	Each
Chop	Jeep	Peach
Chew	Jerry	Reach
Chin	Jet	Teach
Chap	Joke	Much

Wörterliste Nr. 3 - Rückenteil der Zunge

Can	Go	Foo
Key	Get	Beg
Reep	Give	Tag
Kite	Gate	Take
Kind	Game	Rake

Patienten-Beurteilungskarte Nr. 2

Daumen, Lippen, Finger, andere Lutschgewohnheiten geheilt nicht
geheilt

Plazierung des vorderen Zungenteils

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

Plazierung der Zungenmitte

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

Plazierung des Zungenrückens

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

Mundatmung

verbessert nicht verbessert

Lippenkraft

erste Messung gegenwärtige Messung

Sprache

verbessert nicht verbessert

Fortschritt des Patienten

ausgezeichnet, gut befriedigend schlecht

Zusammenfassung: Unterschrift:

Wörterliste Nr. 4 - Vorder-, Mittel- und Rückenteil der Zunge

Too Chain Come

Tip Chair : Go

Tea Jack : Get

Team Joe Key

Patienten-Beurteilungskarte Nr. 3

Lippenstärke

(nach der Skala getestet) Pfd. ursprünglich Pfd. Zwischenmessung

Pfd. jetzt

Masseter-Muskel gleich verbessert sehr verbessert

Okklusion gleich verbessert sehr verbessert

Sprache gleich verbessert sehr verbessert

Mundatmung gleich verbessert sehr verbessert

Zusammenfassung:

Zeittabelle Nr. 1

7.30h 10.00 h 11.30h 13.00h 15.00h 18.00h 19.30h

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Zeittabelle Nr. 2

8.30h 10.45h 11.15h 14.30h 15.30h 19.00h

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Zeittabelle Nr. 3

9.15h 11.15h 12.00h 14.15h 16.00h 19.15h

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Patienten-Beurteilungskarte Nr. 4

Behandler-Note: Patienten-Note:

Falsches Schlucken Lippenstärke

Mundatmung

Massetter

Sprache

Okklusion

Zusammenarbeit

verbessert nicht verbessert

Anfangskraft in Pfund

Jetzige Kraft in Pfund

verbessert nicht verbessert

verbessert nicht verbessert

verbessert nicht verbessert ,,,,,

verbessert nicht verbessert

ausgezeichnet gut durchschnittlich

schlecht.....

Andere festgestellte Verbesserungen:

1. Lutschgewohnheiten
2. Schlucken von Tabletten
3. Verdauungsprobleme
4. Verschiedenes A. B.

Zusammenfassung: Patienten-Beurteilungskarte Nr. 5

Mundatmung Masseter Okklusion Lippenstärke

Sprache Zusammenfassung:

Bewertung des Behandlersi verbessert nicht verbessert

verbessert nicht verbessert

verbessert nicht verbessert

zu Beginn der Therapie Pfund

am Abschluß der Therapie Pfund

verbessert nicht verbessert

Lieber Dr. Stuart,

John hat gute Fortschritte gemacht. Er kann jetzt korrekt schlucken. Wie diese Tabelle anzeigt, ist er jetzt bereit für eine weitere Folgebehandlung in Ihrer Praxis.

Unterschrift