

Anita M. Kittel | Nina T. Oster

Myofunktionelle Störungen

Ein Ratgeber für Eltern und erwachsene Betroffene

RATGEBER

für Angehörige, Betroffene und Fachleute

Anita M. Kittel | Nina T. Oster

Myofunktionelle Störungen

Ein Ratgeber für Eltern
und erwachsene Betroffene



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de

5., überarb. Auflage 2022

4., überarb. Auflage 2012

3., überarb. Auflage 2008

2., überarb. Auflage 2006

1. Auflage 2004

ISBN 978-3-8248-1306-3 (Vorauslagen: ISBN 978-3-8248-0438-2)

ISBN E-Book 978-3-8248-9854-1 (Vorauslagen: ISBN 978-3-8248-0682-9)

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2022

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Umschlagfoto: © Monia/Bigstockphoto.com

Druck und Bindung: Plump Druck & Medien GmbH,

Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Ratgeber sind von den Verfasserinnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserinnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de.

Inhalt

Einleitung	7
Mögliche Gründe für die ärztliche Verordnung einer logopädischen Behandlung	9
Was versteht man unter einer „Myofunktionellen Störung“, einer „Dystonie des Schluckaktes in der oralen Phase“ oder einer „Störung des orofazialen Gleichgewichts“?	10
Was passiert beim richtigen Kauen und Schlucken?	10
Was passiert beim falschen Schlucken?	11
Wo befindet sich die Ruhelage der Zunge bei Falschschluckern?	13
Welche typischen Veränderungen sind bei einer Myofunktionellen Störung noch zu erkennen?	13
Welche weiteren Probleme können auftreten?	16
Wie lassen sich die beschriebenen Merkmale beseitigen, verbessern, verändern?	17
Ursachen von Myofunktionellen Störungen	18
Säuglingsernährung	20
Flaschenernährung – die „richtige“ Flasche zählt	23
Lutschgewohnheiten	26
Fingernägel kauen	29
Behinderte Nasenatmung	30
Zahn- und Kieferstellung	31
Kieferorthopädische Geräte	32
Reizüberflutung/Überforderung	33
Ursachen und mögliche Vorbeugung von Myofunktionellen Störungen	34
Wie können Sie die professionelle Hilfe unterstützen?	37
Welche Übungen sind ungeeignet?	38
Geeignete Übungen zur Myofunktionellen Therapie bei Schulkindern	40
Geeignete Übungen für Jugendliche und Erwachsene	54
Geeignete Übungen für Kinder ab ca. 4 Jahren	56
Geeignete Übungen für Kinder zwischen 2 und 4 Jahren	58
Geeignete Übungen für Säuglinge und Kleinkinder	61

Nachwort	63
Anhang	64
Infoblatt: Was ist eine Myofunktionelle Störung?	64
Glossar	65
Literatur	66
Adressen	68

| Einleitung

Sie waren mit Ihrem Kind bei einer **Kieferorthopäd:in*** und diese sprach davon, dass Ihr **9-jähriges Kind** eine **Myofunktionelle Therapie** brauche, weil es falsch schlucke. Sie empfahl Ihnen, sich an eine Logopäd:in/Therapeut:in zu wenden, um diese Therapie durchführen zu lassen.

Eventuell ist Ihr Kind aber noch jünger, **vier oder fünf Jahre** alt, und Sie wurden von einer **Kinderärzt:in** zur Logopäd:in geschickt, weil Ihr Kind das **/s/ oder das /sch/ nicht richtig aussprechen** kann: Es stößt bei der s-Lautbildung an die Zähne an oder es bringt die Zunge zwischen die Zähne, das heißt, es lispelt. Es kann auch sein, dass die Luft seitlich entweicht, was umgangssprachlich als Hölzeln bezeichnet wird. Die Logopäd:in wird Ihnen erklären, dass zunächst nicht am Sprachlaut gearbeitet werden würde, sondern zuerst die Muskulatur der Zunge und der Lippen mithilfe einer Myofunktionellen Therapie ausgeglichen werden müsste.

Vielleicht hat Sie aber auch die **Erzieher:in** darauf aufmerksam gemacht, dass Ihr Kind **undeutlich und verwaschen spricht**.

Unter Umständen kommen Sie jedoch zur Logopäd:in, weil Ihnen aufgefallen ist, dass Ihr zweijähriges Kind extrem **stark speichelt**, wenig schluckt und ständig den Mund offen hat.

Möglicherweise ist Ihr Kind **noch jünger**: Ihre Kinder:ärztin ist sehr umsichtig und schickt Sie und Ihr Kind, das mit einer Behinderung zur Welt kam, gleich in den ersten Wochen zur Logopäd:in, weil bekannt ist, dass in diesen Fällen häufig Probleme mit dem Mundschluss, der Nasenatmung, dem Schlucken und der Sprachentwicklung auftreten können. Durch eine so **frühzeitige Beratung**, Anleitung oder Behandlung können viele Funktionen des Mundes gut gefördert und ungünstige Entwicklungen in vielen Fällen stark abgemildert werden.

Auch ein **Kind mit Morbus Down-Syndrom** bekommt durch eine frühzeitige, gleich nach der Geburt einsetzende Einflussnahme die Chance, eine korrekte Zungenlage zu entwickeln und den Mund geschlossen halten zu können. Durch die günstige Beeinflussung von Zunge und Lippen sind bessere Voraussetzungen für die spätere Artikulation gegeben.

* Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird im Folgenden das generische Femininum verwandt. Selbstverständlich sind damit Personen aller Geschlechter gemeint.



Abb. 1: Kind mit Down-Syndrom und offener Mundhaltung

(© dtatiana – Adobe Stock)

Es gibt auch Babys und Kleinkinder ohne Behinderung und mit offener Mundhaltung, die teilweise stark und viel speicheln. Sie profitieren ebenfalls von einer Frühtherapie.

Sollten Sie ein Kind mit einer **Spaltbildung** an Lippen und/oder Kiefer und Gaumen haben, dann suchen Sie ebenfalls sehr frühzeitig, d. h. in den ersten Lebenswochen, Rat.

| Mögliche Gründe für die ärztliche Verordnung einer logopädischen Behandlung

In diesem Ratgeber soll darauf eingegangen werden, bei welchen Problematiken Sie oder Ihr Kind eine Therapie benötigen.

Gründe für eine Therapie könnten sein:

- Viel Speichelfluss bei Babys und Kleinkindern
- Saug- und Stillprobleme
- Ess- und Schluckprobleme bei der Beikostgabe
- Zahnstellungsanomalien in Verbindung mit einem gegen oder zwischen die Zähne gerichteten Schluckvorgang
- Artikulationsstörungen, z. B. „Lispeln“ (Sigmatismus addentalis/interdentalis/lateralis) in Verbindung mit inkorrektem Schluckmuster
- Mundatmung
- Kiefergelenkbeschwerden
- Kopf- und Gesichtsschmerzen
- Eine geplante Kieferoperation
- Probleme mit dem Zahnfleisch
- Probleme mit dem Halt einer Zahnprothese

Durch diesen Ratgeber sollen Sie die Funktionen im Mund- und Gesichtsbereich in Kurzform kennen- und verstehen lernen. Sie sollen erfahren, was Sie zusammen mit der Logopäd:in und unterstützend durch häusliches Üben tun können.

Die drei zuletzt genannten Gründe für eine Überweisung durch eine Ärzt:in an die Logopäd:in können wir allerdings nur streifen. Dafür sollten Sie die entsprechende Fachliteratur in Anspruch nehmen.

| Was versteht man unter einer „Myofunktionellen Störung“, einer „Dystonie des Schluckaktes in der oralen Phase“ oder einer „Störung des orofazialen Gleichgewichts“?

Diese Begriffe hörten Sie möglicherweise von Ihrer Ärzt:in, Ihrer Logopäd:in oder Sie lasen sie auf einer Verordnung für die Krankenkasse. Was bedeuten sie?

Mit ‚Myo‘ ist ‚Muskel‘ gemeint. ‚Myofunktionell‘ heißt: die ‚Funktion der Muskeln betreffend‘; allerdings nicht der Hand- oder Beinmuskulatur, sondern ganz speziell der Muskeln des Mundes (oral) und des Gesichts (fazial). Dennoch werden Sie sehen, dass bei Problemen der Zungen- und Gesichtsmuskulatur oft auch an Rücken- und Bauchmuskulatur gearbeitet werden muss. Dazu aber später.

‚Dystonie‘ kommt vom griechischen ‚Dys‘; es bedeutet ‚nicht ausgeglichen‘; und ‚...tonie‘ kommt von Tonus, was Muskelspannung bedeutet; es geht also um eine nicht ausgeglichene Muskelspannung beim Schlucken, und zwar während der Phase, die willentlich steuerbar im Mundraum (oral) und kurz zuvor (präoral) abläuft.

Bevor wir erklären, was das falsche Schlucken charakterisiert, wollen wir zuerst aufzeigen, was die normale Schluckfunktion ausmacht.

Was passiert beim richtigen Kauen und Schlucken?

Orale Vorbereitungsphase:

Zunächst wird die Nahrung mit den Schneidezähnen abgebissen oder mit der Gabel/dem Löffel mithilfe der Lippen abgenommen. Beim Abbeißen sehr harter Nahrungsmittel (z. B. einer Karotte) helfen teilweise die Seitenzähne mit. Bei festen Speisen bewegt die Zunge die Nahrung zwischen den Seitenzähnen/Kauleisten hin und her. Das Essen wird eingespeichelt und zwischen den Seitenzähnen zerkleinert. Die Zunge nimmt den entstandenen Nahrungsbrei schüsselförmig auf.

Orale Transportphase:

Die Zungenspitze drückt sich hinter den Schneidezähnen/der Zahnleiste an den Gaumen. Die Zunge befördert den Nahrungsbolus mit einer kraftvollen Wellenbewegung nach oben und hinten. Für diesen Transport von Nahrung und Getränk wird ein Unterdruck im Mundraum aufgebaut. Dafür ist z. B. eine gute Wangenspannung notwendig. An den sogenannten Gaumenbögen (ziemlich weit hinten, in etwa dort, wo wir das /k/ sprechen) wird der Schluckreflex ausgelöst und die „**Pharyngeale Phase**“ eingeleitet. Die Nahrung oder das Getränk gelangt dann in den Rachen und über den Kehlkopf hinweg in die Speiseröhre und schließlich in den Magen.

Die Phase vom Abbeißen/Aufnehmen über das Zerkleinern, Sammeln der Nahrung und Hochdrücken der Zunge bis hin zur Auslösung des Schluckreflexes – also die orale Vorbereitungs- und die orale Transportphase – können wir myofunktionell bearbeiten. Eine Verbesserung dieser beiden Phasen kann sich positiv auf alle weiteren Phasen auswirken, weil sich z. B. die Kehlkopfhebung verbessern und sich dadurch beispielsweise der „Magenpfortner“ besser öffnen kann.

Wenn die Nahrung gut gekaut und eingespeichelt wird, beginnt schon im Mundraum eine gute Verdauung. Denn nicht umsonst gilt das Sprichwort „Gut gekaut ist halb verdaut.“

Wenn nicht geschluckt und nicht gesprochen wird, sollte sich die Zunge an ihrer **Ruhelage-stelle** befinden, das ist dort, wo das richtige Schlucken beginnt: Die Zungenränder liegen am Zahnfleisch und der vordere Anteil der Zunge schmiegt sich flächig an den Gaumen (hinter den Zähnen). Von hier aus hat die Zunge die Möglichkeit, ohne Aufwand immer wieder korrekt Speichel, Speisebrei und Getränke zu schlucken.

Was passiert beim falschen Schlucken?

Beim falschen Schlucken drücken die Zungenspitze und/oder die Zungenränder gegen oder zwischen die Zähne. Dieser Druck wirkt wie eine falsche Zahnspange.

Pro Tag schluckt man 1000- bis 2000-mal. Bei jedem Schluckvorgang tritt eine Kraft von 1 bis 2 kg auf. Schlimmstenfalls sind dies pro 24 Stunden 4 Tonnen ungünstige Krafteinwirkung auf das Zahnsystem. Auf diese Weise können offene Bisse entstehen oder es kann ein zu starkes Wachstum des Unterkiefers begünstigt werden (Progenie).



Abb. 2: Offener Biss

(© Wikipedia CC BY-SA 3.0 DE)



Abb. 3: Echte Progenie

(© kieferpeter at German Wikipedia)



Abb. 4: Die Zunge presst beim Schlucken gegen die Zähne

(© Anita Kittel)

Wenn die Zunge beim Schluckvorgang nach vorn und nicht nach oben in Richtung Gaumen drückt, ist dieser Bewegungsvorgang paradox, denn eigentlich sollen Speichel, Nahrung und Getränk doch nach hinten in den Rachen befördert werden. Um den notwendigen Unterdruck aufbauen zu können, helfen Muskeln mit, die normalerweise beim Schlucken relativ unbeteiligt bzw. in einer ausgeglichenen Spannung sind. Beispielsweise spannen sich oft die Lippen und der Kinnmuskel zu stark an – wir sprechen von einer „Kompensation“ oder von „kompensatorischen Mitbewegungen“.

Durch dieses nach vorne oder in den Seitenzahnbereich gerichtete Schlucken ist die Zungenmuskulatur oft an den Zungenrändern gerötet, verdickt und zeigt häufig Eindrücke der Zähne durch das Pressen. Die Zungenränder sehen dann girlandenförmig aus. Die Zungenmitte dagegen ist meist schwach ausgeprägt und muss in der Therapie durch konsequentes Üben aufgebaut werden.

Wenn die Zunge gerade und weit herausgestreckt werden soll, zeigt sie sich vielfach schüsselförmig am Zungenmittelteil vertieft. Die Muskulatur der Zungenmitte ist zu schwach, um eine gleichmäßig aussehende Zunge erscheinen zu lassen.

Wo befindet sich die Ruhelage der Zunge bei Falschschluckern?

Wie ausgeführt, befindet sich die korrekte Ruheposition der Zunge dort, wo auch das korrekte Schlucken beginnt. Genauso ist es beim Falschschlucken: Nur ist jetzt die Ruhelagestelle zu weit nach vorne an oder zwischen die Zähne oder zur Seite zwischen die Zähne verlagert (auch einseitig möglich). Immer dort, wo sich die Zunge in Ruhelage befindet, beginnt das Schlucken: richtig oder falsch, schädigend oder formend und erhaltend.

Weswegen formend und erhaltend? Im Babyalter sind die Knochen, auch der Gaumenknochen, noch weich und form- bzw. verformbar. D. h., es ist darauf zu achten, dass die Zunge, die zunächst zwischen die Kiefer eingelagert ist, nach und nach die Gaumenposition einnimmt. Wenn das Baby mit der Zeit ständig gaumenwärts schluckt, werden der Kiefer und der Gaumen schön gerundet.

In einem späteren Kapitel gehen wir darauf ein, wie das von der Natur eingerichtete Stillen dazu beiträgt, den Gaumen so zu formen, dass er nicht hoch und spitz wird und der Kiefer nicht zu schmal bleibt. Wenn die Zunge in Ruhe und beim Schlucken nicht am Gaumen anliegt, kann jedoch ein zu hoher Gaumen und zu schmaler Kiefer entstehen.

Welche typischen Veränderungen sind bei einer Myofunktionellen Störung noch zu erkennen?

Sehr häufig sehen wir Kinder mit leicht oder weit offen stehenden Lippen. Ein **fehlender Mundschluss** hat aber meist weitergehende negative Folgen:



Machen Sie einmal folgendes EXPERIMENT:

Öffnen Sie den Mund weit, allerdings in einer schlaffen Art und Weise. Sie werden feststellen, dass Ihr Kopf in den Nacken fällt, Ihr Rücken rund wird und Ihre Zunge auf den Mundboden fällt. Wenn Sie jetzt – in exakt dieser Haltung (offener Mund, Kopf im Nacken) – schlucken wollen, werden Sie merken, dass das Schlucken sich ungünstig verändert.

Sie haben also bemerkt, dass sich der fehlende Mundschluss auf die Zungenruhelage, die **Körperhaltung** und das Schlucken negativ ausgewirkt hat.

→ FALLBEISPIEL:

Eine Mutter bezeichnet ihren 10-jährigen Sohn als depressives Kind. Der Blick auf die Fotoaufnahme zu Beginn der Therapie zeigt einen gelangweilten Gesichtsausdruck. Bei der Vorstellung, wie Klassenkamerad:innen und Lehrer:innen auf ein solches Kind reagieren würden, wird klar, dass die Mitschüler:innen wahrscheinlich wenig Lust auf ein Spiel mit dem schlaffen Freund zeigen werden. Die Lehrer:in nimmt an, dass das Kind in Ruhe gelassen werden will.

Ein Einordnen in die entsprechende „Schublade“ ist auch in diesem Fall vorprogrammiert und verstärkt die äußere und innere Haltung des Jungen. Durch Training der Gesichts- und Zungenmuskulatur, Arbeit an der Körperhaltung und Körperkoordination ergibt sich nach 22 Therapiestunden ein ganz anderer Gesichtsausdruck.

Prüfen Sie sich und decken Sie das zweite Foto ab, während Sie das erste betrachten, dann wechseln Sie: Würden Sie auf das erste Kind (Abb. 5) anders eingehen als auf das zweite (Abb. 6)?



Abb. 5: Mundatmung, fehlerhafte Zungenruhelage am Mundboden, Speichelbläschen in den Mundwinkeln
(© Nina Oster)



Abb. 6: Am Ende der Therapie zeigt sich eine ausgeglichene Lippenspannung mit Auswirkung auf den Gesichtsausdruck
(© Nina Oster)

Das ist jedoch nicht alles: Zusätzlich tritt oft ständiges **Lippenlecken** auf. Bei häufig offenem Mund trocknen die Lippen aus und werden rissig. Die Zunge wird sie befeuchten, was aber nur kurze Erleichterung bringt. Immer häufiger wird befeuchtet, immer schneller trocknen die Lippen aus; es entsteht eine Gewohnheit, die die Kinder oft gar nicht mehr bemerken. Auch wird die Tendenz, die Zunge nach vorne zu strecken, dadurch noch weiter verstärkt. Wenn der Mund ständig offen ist, wird der Nasen-Rachen-Raum anfälliger für Erkältungen. Das wiederum verfestigt die Gewohnheit, den Mund offen zu halten. Nicht nur **Schnupfen** und **Mittelohrentzündungen** sind die Folge, sondern auch eine **Vergrößerung der Gaumen- und Rachenmandeln**. Sind diese dann wirklich groß geworden, ist es tatsächlich nicht mehr möglich, den Mund zu schließen und durch die Nase zu atmen. Es ist ein richtiger Teufelskreis.

Bleibt der Mund dauernd offen, hat das auch Auswirkungen auf die gesamte **Mimik**. Wenn die Lippen, obwohl das Kind nicht spricht, grundsätzlich offen bleiben, **verkürzt sich die Oberlippe**. Es ist Ihnen wahrscheinlich bekannt, dass Muskeln, die nicht benutzt werden, kurz werden. So geschieht es auch im Fall der offenen Mundhaltung: Die Oberlippe wird dünn und erreicht nicht mehr die gerade Linie, die Sie in Gedanken zwischen den Mundwinkeln ziehen können.

Die Unterlippe dagegen folgt der Schwerkraft und rollt sich nach außen. Sie können also – nicht immer, aber sehr häufig – eine nach außen **gerollte, gerötete Unterlippe** beobachten. Oft erscheint noch die Zunge zwischen den Zähnen. Dadurch, dass auch die **Wangen- und Augenmuskulatur** erschlafft, entsteht ein etwas „dämmlicher“ **Gesichtsausdruck**. Leider wird aufgrund des veränderten Aussehens wegen einer Erschlaffung der Gesichts- und Zungenmuskulatur auf die Intelligenz oder das Interesse einer Person geschlossen.



Abb. 7: Kind mit fehlendem Mundschluss, falscher Zungenlage, schiefer Kopfhaltung, verdickter Unterlippe und verkürzter Oberlippe

(© Nina Oster)



Abb. 8: Die Unterlippe ist verdickt und nach außen gerollt, die Zungenruhelage ist nicht korrekt

(© Anita Kittel)