



Foto: www.fotolia.com

HABITS:

Therapeutische Herausforderungen bei Kindern und Erwachsenen

Susanne Codoni · Noémie Hostettler

Habits oder Dyskinesien zeigen sich in vielfältigen Erscheinungsbildern und sind in jedem Alter zu beobachten, auch bei Menschen mit Behinderungen. Verschiedene Berufsgruppen beschäftigen sich mit diesen Phänomenen, welche in der Regel zusammen mit myofunktionellen Störungen auftreten. Ihre Behandlung fordert den Patienten heraus und Behandler stoßen gelegentlich an Grenzen.

Das Abgewöhnen von Habits erweist sich oft als therapeutische Herausforderung. Sie lassen sich mit geeigneten pädagogischen Maßnahmen bewältigen und bilden in der Regel die Basis vor jeglichem therapeutischen Handeln, sei es in der Logopädie oder in der Zahnheilkunde.

Definition

Gegenüber möglicher Synonyma wie «schädliche Gewohnheit im orofazialen Bereich», «Dyskinesie» u. a. setzt sich international verstärkt der Terminus «Habit» durch. «Habit» bezeichnet kurz und prä-

gnant, was in der Realität sehr vielseitig und unterschiedlich sein kann (1). Im vorliegenden Kontext werden als Dyskinesien oder Habits unwillkürliche Bewegungen im orofazialen Bereich bezeichnet, die sich gegenüber neurogen bedingten Bewegungsstörungen, beispielsweise epileptogenen Ursprungs, abgrenzen. Solche unwillkürlichen Bewegungen können u. a. als Reaktion auf Behandlungen im stomatognathen System ausgelöst werden. Orofaziale Dyskinesien treten in der Regel im Zusammenhang mit myofunktionellen Störungen auf.

Erscheinungsbilder und mögliche Ursachen

Im Folgenden werden die in der Praxis am häufigsten auftretenden Erscheinungsbilder, die Habits verursachen (Tab. 1), beschrieben. Sie werden entsprechend den Altersgruppen oder Problemlagen in vier Kategorien aufgelistet:

- Kinder und Jugendliche (Tab. 2)
- Erwachsene (Tab. 3)
- behinderte Menschen (Tab. 4)
- Alterspatienten (Tab. 5)

ERSCHEINUNGSBILDER

vielfältig und altersunabhängig bei:

- orale Fehlfunktionen
- Muskelungleichgewicht
- Sprechstörungen
- Falsches Schluckmuster
- Zahnfehlstellung, z. B. Lutschlüssel, offener Biss, Kreuzbiss
- Dyskinesien nach Zahnkorrektur (Extraktionen, Brücken, Kronen)
- Prothetik
- Verspannungsschmerzen
- ...

Tab. 1

Orofaziale Dysfunktionen tragen im Kindesalter häufig zur Entstehung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckanomalitäten und unerwünschten okklusalen Verhältnissen bei oder sind gar der verursachende Faktor. Auslöser sind nach V. Hahn (3) meist nicht neurologische Schädigungen, sondern allgemeine Reifungsdefizite oder Entwicklungsrückstände. So handelt es sich eher um Fehlsteuerungen der Primärfunktionen oder des perioralen und intraoralen Muskelgleichgewichtes.

KINDER UND JUGENDLICHE

Mund: Lippenbeißen, -lecken, -saugen, lutschen, Bettzipfel saugen, räuspern, Schnuller, Flasche, Bleistift kauen, Kleiderzipfel in den Mund nehmen

Lippen: Häutchen beißen, Lippen lecken, -beißen, Lippenspielereien

Zunge: verdrehen, kauen, in Wangen drücken

Haare: zupfen, ringeln, ausreißen, kauen

Augen: zwinkern, zukneifen, verdrehen

Gesicht: Zuckungen, Kopf kippen

Hals: husten, räuspern, Glottisschlag

Nase: Nase rümpfen, „schniefen“

Hände: Nägel beißen, Häutchen zupfen, reiben, Finger zupfen, knacken

Allg.: Luft einziehen, grunzen, Zehen krümmen

...

Tab. 2

In der täglichen Praxis mit Erwachsenen sind deren myofunktionelle Probleme in vielen Fällen kombiniert mit verschiedenen Habits und werden nicht selten nach zahnärztlichen Behandlungen aktiviert, z. B. durch minimale Veränderung der Form wie Extraktionen, Brücken, Kronen, etc., vielfach in Verbindung mit Verspannungsschmerzen.

ERWACHSENE

- Räusperzwang
- Globusgefühl im Hals
- Zungenspielereien
- Zuckungen im Gesicht
- Schulter hochziehen und Hochatmung
- Funktionell bedingte Stimmstörungen
- Steifer Hals
- Diskretes Lispeln
- Zungenpressen
- ...

Tab. 3

Im weiten Feld der behinderten Menschen sind die Auffälligkeiten vielfältig und werden z. T. fälschlicherweise als typisches Symptom einer Behinderung zugeordnet, z. B. die unwillkürlich nach vorne stoßende Zunge bei Menschen mit Down-Syndrom. Es gibt sehr viele Menschen mit Trisomie 21, die durch gezielte Therapie dieses „behinderungstypische“ Phänomen loswerden und der locker geschlossene Mund zu einer neuen Gewohnheit werden kann.

BEHINDERTE

- Zungenvorstoß
- Zungenpressen
- auf der Zunge „herumspielen“
- Lippen lecken, beißen
- Schmatzen
- Wangen kauen
- Offene Mundhaltung
- ...

Tab. 4

Hervorzuheben ist die große Anzahl an Alterspatienten, die – wegen Erschlaffen der Muskulatur – den Speichelfluss weniger kontrollieren. In der Praxis zeigt sich, dass bei Patienten mit prothetischer Versorgung bedingt durch veränderte Form – myofunktionelle Probleme und Habits entstehen, die sich u. a. als ticähnliche Mitbewegungen im Gesicht manifestieren.

ALTERSPATIENTEN

- Zahnersatzbedingtes falsches Schluckmuster
- Zungenspielereien
- Schnal-schmatzähnliche Geräusche
- Erschlaffen der Muskulatur und erhöhter Speichelfluss
- Ticartige Zuckungen im Gesicht
- ...

Tab. 5

Habits sind altersunabhängig. So ist es möglich, dass „gleiche“ Habits im Kindes- und Erwachsenenalter zu beobachten sind. So kommt es in der Pra-

xis vor, dass Mütter, die ihren lutschenden Kindern den Habit abgewöhnen möchten, selber noch lutschen. Bei diesen Klassierungen und Aufzählungen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben – ergänzende Beobachtungen nehmen die Autorinnen gerne entgegen.

Überschneidung mit anderen Fachdisziplinen und Fachgebieten

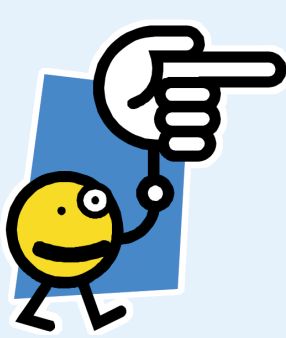
Eine Fehlfunktion oder eine Dekompensation des orofazialen Systems ist ein Symptom, das im Rahmen vieler Krankheitsbilder im maxillofazialen Bereich zu beobachten ist. Es sind dabei verschiedenen Disziplinen betroffen: Zahnarzt, Kieferorthopäde, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg, HNO, Pädiater, Allgemeinmediziner, Logopäde, Psychologe, Muskelfunktionstherapeut, Schmerztherapeut etc.

Sie alle sollten sensibilisiert werden, Dysfunktionen und Dyskinesien im orofazialen Bereich rechtzeitig zu erkennen. Diagnostik auf interdisziplinärer Ebene wird zur unabdingbaren Voraussetzung.

Je nach Störungsbild ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen betroffenen Fachgebieten erforderlich. Die Behandlung muss ganzheitlich, interdisziplinär und als fächerübergreifendes Netzwerk funktionieren und auf sorgfältiger Indikationsstellung, gegenseitiger Absprache der beteiligten Fachdisziplinen und qualifizierter Durchführung der erforderlichen Therapien basieren. So kann das Fortschreiten von Fehlentwicklungen der oralen Strukturen verhindert oder zumindest gemindert werden.

Der kompetente Therapeut im therapeutischen Gespräch

„...Menschen haben oftmals eine nicht reflektierte, gleichwohl vorhandene Scheu vor Veränderungen. Diese Ängste führen zu unbewussten Blockaden und Widerständen, die häufig genug als sachliche Argumente kommuniziert werden“ (M. Schmidt-Tanger 1998, 23, 2).



SETTING

1. Rapport herstellen, d. h. Kontakt aufnehmen und gleiche Sprache sprechen
2. Problem-/Fragestellung klären
3. Gemeinsame Ziele formulieren
4. Vorgehen, Zeithorizont und Spielregeln festlegen
5. Rahmenbedingungen definieren unter Berücksichtigung der aktuellen (familiären) Umstände
6. Effektive Übungsbehandlung aufzeigen
7. Art der Qualitätsüberprüfung bestimmen (z. B. woran erkennen wir, dass die gewünschte Veränderung erreicht ist)
8. Abschluss und Belohnung

Tab. 6

Veränderung in die Wege leiten hat viel mit innerer Einstellung, Menschenbildern, Wertschätzung des momentanen vis-à-vis u. a. m. zu tun. Das Denkmuster des Therapeuten und seine Fähigkeit der kritischen Distanz zu sich selbst spielen eine zentrale Rolle. Damit er einen Prozess unterstützend begleiten kann, muss er die ‚Landkarte‘ seines Klienten sehr schnell erkennen können, d. h. wahrnehmen, wie sein Klient Informationen aufnimmt, verarbeitet, versteht und interpretiert. Er „stellt seine Antennen auf Empfang“, wird zum hellhörigen, achtsamen, wachen Zuhörer und beobachtet das Geschehen ruhig, aufmerksam, interessiert und zugewendet aus der Distanz – eine anspruchsvolle Aufgabe. Diese sinnesspezifische Vorgehensweise ermöglicht es dem Therapeuten, neu über seine eigenen Denkmuster und Arbeitsweisen zu reflektieren, sich ihrer bewusst zu werden, sie weiterzuentwickeln. Aufbauend auf einem handlungsorientierten und soliden theoretischen Hintergrund ist der Therapeut vor allem ein Berater und Begleiter. Wichtig ist seine Bereitschaft, im interdisziplinären Rahmen und im partnerschaftlichen, kooperierenden Austausch mit anderen Fachdisziplinen und mit den Eltern zu arbeiten.

Setting

Damit ein für alle Seiten befriedigendes Gespräch gelingt, muss das

Setting sorgfältig aufgebaut werden. Das umfasst Teilschritte, wie sie in Tab. 6 aufgelistet sind. Es ist unerlässlich, genügend Zeit zur Erarbeitung des Settings mit der notwendigen Ruhe und Präzision einzuplanen. Die beteiligte Umgebung wird zum aktiven Partner, übernimmt gewisse Eigenverantwortung und arbeitet kooperierend mit. Da in nahezu allen zwischenmenschlichen Interaktionen kommuniziert wird, erzeugen selbst geringfügige Veränderungen in der zwischenmenschlichen Interaktion eine multiplizierende Wirkung auf das Ergebnis des Kommunikationsgeschehens. Deshalb wird bei Einschränkungen in Entwicklung, Beziehungsfähigkeit oder Entfaltungsmöglichkeiten (zur Korrektur) auf allgemeine Kommunikationsmethoden und auf sinnesspezifische Interventionstechniken mit Bewegung, Atmung und Körper zurückgegriffen.

Das Vorgehen wird definiert durch die Persönlichkeiten der Beteiligten, die Arbeitsweise des Therapeuten, das Alter des Patienten und die Art des/der Habits.

Methodisches Vorgehen

Der allgemeine Rahmenplan basiert auf dem Setting, wie in Tab. 6 dargestellt. Im Folgenden werden einzelne Schritte näher beschrieben und in Relation zu Habits gesetzt.

1. Rapport herstellen, Kontakt aufnehmen, Habit ansprechen
Patienten UND (v. a. bei Kindern) betroffene Bezugsperson ansprechen, „Kennenlernen“. Beim Vorschul- und Schulkind: Grund „erraten“, erfragen, weshalb es kommt – je nach Situation direkt auf den Habit ansprechen, wenn dies von der Begleitperson bereits vorformuliert worden ist (Tab. 7). Wichtig dabei ist, dass dies auf eine respektvolle

und neugierige Art geschieht, ohne zu moralisieren. Beim größeren Schüler direkt den Grund erfragen, weshalb er kommt – klar strukturiertes Gespräch ohne spielerische „Umrundungen“.

2. Problem-/Fragestellung klären
Habits ins Bewusstsein bringen:

Welche Habits macht der Patient wann, wie oft, wie lange, wo? (Tab. 8)

Wie fühlt sich der Patient in den einzelnen Situationen beim Ausführen des Habits?

Was tut er, wenn er sein Habit-Objekt (z. B. Schnuller) nicht dabei hat?

Evtl. hilft es dem Patienten, wenn er sein Habit ausprobiert, spürt, und vielleicht im Spiegel beobachtet. Alle Habits besprechen und auflisten.

Fokus aufs Ziel richten: z. B. Wie oft ist der Daumen draußen, der Mund zu?...

Erstkontakt

Ausgangslage klären und Regeln „deklarieren“
Ich frage dich UND ich frage auch
Vorgehen, Ablauf verdeutlichen

→ z. B.
Thema ist bekannt
Mutter weiß, Kind ist nicht orientiert
Patienten haben schlechte Erfahrungen mit dem Abgewöhnen hinter sich
Mutter und Kind kommen wegen Lispeln
– Zusammenhänge nicht bekannt
Eltern und Patient wissen weshalb

Tab. 7

Vorarbeit bis Beginn des
„Antihabit-Programms“ 1-3 Sitzungen

Es gibt Patienten, die sich ihren Habits sehr bewusst sind und detailliert Auskunft geben können. Anderen Patienten hilft es, wenn sie sich über einen definierten Zeitraum (z. B. eine Woche) selber beobachten und ihre Habits dokumentieren.

In der Praxis haben sich folgende Zwischenschritte bewährt:

Um das bisherige „Spiel“ (Mutter mahnt – Kind reagiert) zu durchbrechen, wird während dieser Beobachtungsphase das Habit zum Non-Thema, d. h., dass die Bezugsperson den Patienten nicht mehr mahnt, wenn er das Habit ausführt, sondern anstelle eine allgemein sichtbare Strichliste führt. Die Bezugsperson merkt, wie anstrengend es sein kann, nichts zu sagen. Gleichzeitig wird dem Patienten bewusster, was er tut und er beginnt, ein Verantwortungsgefühl für seine Veränderung zu entwickeln.

Zur Fokussierung auf das Ziel hin kann in einem weiteren Schritt die Bezugsperson beobachten, wie oft sie den Patienten ohne Daumen im Mund/mit geschlossenem Mund... sieht.

3. Gemeinsame Ziele formulieren

Was will der Patient langfristig erreichen? Sind dazu Teilziele nötig und welche? Worauf kann er als erstes verzichten? Z. B. Schnuller nachts, zwei bestimmte Finger etc. Für die Motivationserhaltung und schließlich für den Erfolg müssen die jeweils vorgenommenen (Teil-)ziele für den Patienten erreichbar sein.

Der Patient formuliert für sich einen behandelnden Zielsatz, wenn nötig mit der Unterstützung seiner Bezugsperson und des Therapeuten. Dieser aufbauende Zielsatz soll kurz, prägnant, für den Patienten logisch, seinem Wortschatz entsprechend (keine Negationen sein). Der Blick ist auf das erwünschte Ziel gerichtet und nicht darauf, was man nicht (mehr) möchte – niemand bestellt im Restaurant „Keine Cola, Bitte“. Es lohnt sich, für die Findung eines geeigneten Zielsatzes die nötige Zeit zu investieren. Hier einige Beispiele als Anregung: Mein Mund ist ruhig, Ich verzichte aufs Nägelbeißen, meine Fingernägel dürfen wachsen, meine Finger bleiben draußen, meine Lippen sind trocken und gesund...

4. Vorgehen, Zeithorizont und Spielregeln festlegen (Tab. 9)

Zusammenhänge zwischen Habit und dem Patienten bekannten Problemen erklären.

Vorgehen verdeutlichen: Was kommt auf den Patienten zu?

Spielregeln für alle beteiligten Personen festlegen: Wer ist wofür verantwortlich? Was ist nötig, damit das Antihabitprogramm gelingt?

Im gesamten Vorgehen wird darauf geachtet, dass möglichst viele verschiedene Sinne angesprochen werden (Visualisieren/Sehen, Spüren/Kienästhetik, Hören, Schmecken, Riechen), damit der Patient seine Handlungen bereits als Film virtuell „abspielen“, erleben, visualisieren kann. Zu beachten ist auch, ob es äußere Faktoren gibt, die die Habits provozieren und aufrechterhalten. Z. B. können trockene Schleimhäute zu Augenkneifen, Lippenlecken, Räusperzwang etc. führen.

Mögliche Fragen

Merkst du es, wenn du ...
Wie ist es denn für dich, wenn du am Finger, Daumen saugst, etc...
Willst du „es“ loswerden?
Soll ich dir helfen
Wollen wir heute beginnen
Wenn nicht – bis wann möchtest du dies loswerden (orientieren an Geburtstag, Schulbeginn, Ferien, ...)

Alle Habits ansprechen, nach Prioritäten auflisten und besprechen

Strategien

evtl. einladen, sich nochmals darüber zu unterhalten, ob überhaupt...
evtl. Zwischenschritte einschalten mit Aufgaben für die Mutter
-> Fragen, z. B.: Wie oft sehen Sie ihr Kind mit geschlossenem Mund...
evtl. FF tagsüber zur Entwicklung einer Tag-/Nacht Programm trennen

Tab. 8

Immer: Kind und Therapeut/in sind Partner
Vertrag mit Leitsatz, Unterschrift und Tabelle



Tab. 9

5. Rahmenbedingungen definieren unter Berücksichtigung der aktuellen (familiären) Umstände

Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen und der effektiven Übungsbehandlung werden die äußeren Rahmenbedingungen des Patienten (und der Bezugsperson) mitberücksichtigt. Für ein Gelingen müssen die Anforderungen im Alltag durchführbar sein.

Zeitraum: Bis wann möchte der Patient sein Ziel (Hauptziel, 1. Teilziel) erreichen? Orientierungshilfen anbieten wie Geburtstag, Schulbeginn, Ferien... Erfahrungsgemäß braucht ein Körper mindestens 14 Tage, um ein neues Muster anzunehmen. Danach sind zur Festigung 2-5 Wochen Pause nötig, bevor ein weiteres Habit abgebaut wird. Nach einem Habit-Abbau, der bei Kindern direkt die Zahnstellung betrifft (Schnuller, Daumen etc.), wird der spontane Verlauf der Zahnstellung für 3-6 Monate beobachtet, bevor eine weitere Behandlung wie Kieferorthopädie/MFT begonnen wird.

Für den festgelegten Zeitraum wird ein Raster mit den Daten gezeichnet.

Unterstützung durch Bezugspersonen: Im gemeinsamen Gespräch wird festgelegt, ob es eine Unterstützung von Bezugspersonen braucht, wer diese Bezugsperson ist und was diese tut, siehe unten.

tet sich individuell nach dem Alter, den Vorlieben der Patienten und dem Budget der Bezugspersonen und des Therapeuten.

6. Effektive Übungsbehandlung aufzeigen

Die **Vorarbeit** bis zur konkreten Ausführung des Antihabit-Programms dauert etwa 1-3 Sitzungen. Je nach Art des Habits sind gewisse Vorbereitungen „zu Hause“ nötig.

Auto-Suggestion: Vor dem Schlafen sagt sich der Patient seinen persönlichen Zielsatz 5-6 mal laut und bewusst vor. Dies unterstützt sein Unterbewusstsein im Schlaf.

Reflexion: Der Patient reflektiert, evtl. gemeinsam mit der Bezugsperson, je nach Habit morgens oder abends, wie es ihm ergangen ist. Wenn der Patient erfolgreich ohne Habit war, darf er dies auf dem Zeitraumraster für den jeweiligen Tag/die jeweilige Nacht eintragen, z. B. mit einem Kleber, Stempel, Zeichnung, X oder √, ebenso notiert er, ungefähr wie oft und wann er seinen Habit benötigt hat.

Erinnerungshilfen: Je nach dem ist es hilfreich, wenn der Patient Erinnerungshilfen einsetzt. Es gibt sehr viele verschiedene Möglichkeiten: Kleber an Orte/Dinge kleben, die er häufig anschaut/gebraucht (Spiegel, Tischset, Pult, Türe, Bleistift...), Fingerring, Nagellack, Stein im Hosensack, farbige Schuhbänder, uvm. Nimmt ein Patient

Belohnungswunsch: Für Patienten ist es motivierend, wenn sie als „Zückerchen“ sich während der schwierigen Arbeit des Habitabbaus auf eine Belohnung freuen können. Der Belohnungswunsch richtet

nach kurzer Zeit die Erinnerungshilfen nicht mehr wahr, so kann er andere an neuen Orten deponieren.

Unterstützung durch eine Bezugsperson:

Lob: Zu Beginn wird festgelegt, wie oft am Tag die Bezugsperson loben darf, wenn sie sieht, dass der Patient das Habit gerade nicht ausübt. Als realistisch haben sich 1-3 mal/Tag erwiesen.

Begleitung: Wie viel Hilfe ist nötig? Z. B. beim Erinnern und Durchführen der einzelnen Elemente (Reflexion, Auto-Suggestion...). Je genauer die Hilfe beim Setting festgelegt wird, umso weniger Diskussionen gibt es bei der Durchführung zu Hause.

ACHTUNG

Die Bezugsperson achtet darauf, dass der Patient keine kompensatorischen Habits entwickelt und keine Übungsgeräte wie Facemformer oder Mundvorhof Platten, Bleistifte, Fingernägel als Ersatz nimmt.

Die Bezugsperson ermuntert, lobt, motiviert ...

Kontakt und Kontrollen:

Durch eine engmaschige Begleitung in der ersten Phase können auftauchende Fragen und Probleme umgehend geklärt werden und der Patient wird durch den Kontakt mit der „außenstehenden“ Person kontrolliert, motiviert und das Thema bleibt im Bewusstsein.

Zu diesem Zweck bewähren sich **Telefongespräche:** Idealerweise ruft der Patient nach dem ersten Tag / der ersten Nacht beim Therapeuten an und erzählt, wie es ihm ergangen ist und wie er sich jetzt fühlt. Fragen und Probleme werden besprochen. Danach wird festgelegt, wann das nächste Telefonat stattfindet. Die Abstände der Telefonate sind abhängig vom Verlauf des Programms und von der Machbarkeit der Beteiligten. Nach kurzen Abständen zu Beginn werden diese mit der Zeit verlängert. Kontrollen in der Praxis werden individuell angepasst.

Vertrag: gemeinsam erarbeiten

1. Fotodokumentation erstellen
2. Zielsatz erarbeiten und (mit den Worten des Kindes) schriftlich fixieren, unterschrieben – taktil ankern
3. Raster erstellen mit Daten: für jeden Tag des festgelegten Zeitraumes ein Feld
4. Regeln erarbeiten / wo hinhängen, wann kontrollieren
5. Telefonzeiten festlegen
zuerst mit Kind sprechen, dann mit Mutter
6. Belohnungswunsch erfragen bei der Mutter oder beim Kind



Tab. 10

Wichtig ist, dass bei den Telefonaten zuerst der betroffene Patient spricht und danach die Bezugsperson.

Notfälle: Die Patienten sollen wissen, dass sie sich bei auftauchenden Problemen und wichtigen Fragen beim Therapeuten melden sollen. Es ist wichtig, dass Probleme früh beseitigt werden, damit keine Fehler (z. B. schlechte Kompensationen) entstehen, die später mühsam zu beheben sind und damit keine Spannungen in der Beziehung zwischen Patienten und Bezugsperson entstehen.

„Vertrag“: Die Elemente der effektiven Übungsbehandlung werden zusammen mit den Rahmenbedingungen und der

Qualitätsüberprüfung auf einem Blatt („Vertrag“) festgehalten, unterschrieben und taktil verankert, z.B. mit einem Handschlag. Es wird genau festgelegt, wohin der Patient diesen Vertrag hängt und womit er seine Erfolge einträgt. Bei Kindern in Sicht-, jedoch nicht in Reichweite (Tab. 10).

Strategie-Hilfe zur Anleitung des Anti-habit-Programms: Da viele Aspekte und Aufgaben besprochen werden und da der kompetente Therapeut auf jeden Patienten, auf jede Familie spezifisch eingeht und die Aufgaben individuell anpasst, lohnt es sich zur eigenen Sicherheit bei Gesprächsschluss die Punkte durch spezifische Fragen zu kontrollieren um sicherzustellen, dass die Situation für alle Beteiligten transparent, überschaubar und der Auftrag klar ist:

7. Qualitätsüberprüfung
Bei der Qualitätsüberprüfung

Weiß das Kind weshalb es
Was,
Wie,
Wann und
Wie oft tut?

7. Qualitätsüberprüfung
Bei der Qualitätsüberprüfung

wiederum ist es sehr wichtig, mit dem Kind, Erwachsenen die erreichten Ziele zu verbalisieren (Tab. 11).

Foto-Dokumentation: Bilder des betroffenen Körperteils oder kurze Filme ermöglichen einen konkreten Vorher-Nachher-Vergleich und zeigen deutlich die Fortschritte auf. Zudem wirken sie sehr motivierend. Bei Kindern kann nach Abschluss des Programms der Spontanverlauf der Zahnstellung weiterhin dokumentiert werden.

8. Abschluss und Belohnung

In der letzten Sitzung wird nach zufriedenstellender Qualitätskontrolle das Anti-Habit-Programm abgeschlossen. Der unter Punkt 5 beschriebene Belohnungswunsch wird ausgepackt bzw. eingelöst.

Besonderheiten einzelner Habits

Generell wird bei den verschiedenen Habits nach dem allgemeinen Rahmenplan vorgegangen und zusätzlich folgende Punkte beachtet (Tab. 12, 13, 16):

Probleme – Fragen – Erläuterungen

Inkonsequente Unterstützung der Bezugsperson(en)

Vor allem bei Kindern ist die konsequente Unterstützung der Eltern Voraussetzung für ein Gelingen. Bei mangelnder Unterstützung kann der Therapeut die Eltern separat zu einem kurzen Gespräch einladen. Ziel dieses Gespräches ist es, herauszufinden, was die Eltern hindert, z. B. Stress, unregelmäßige Arbeitszeiten, Loslösung uvm., und einen Weg zu finden, um die Unterstützung der Eltern zu gewinnen. Sollte kein Konsens gefunden werden oder die Eltern verändern die Abmachung, muss der Vertrag abgebrochen werden. Dabei ist es wichtig, dass für ALLE Beteiligten der Vertrag mit einer win to win Situation aufgelöst wird. Es ist Aufgabe des Therapeuten, das Geschehen aus einer dissoziierten Position außerhalb des direkten Geschehens zu begleiten.



Qualitätsüberprüfung

Woran erkenne ich, dass ich das vereinbarte Ziel erreicht habe

Ist dieses Ziel sichtbar,
hörbar oder
spürbar

Was ist besonders gut angekommen

Was soll noch mehr Platz erhalten

Woran muss ich beim nächsten Schritt denken

Tab. 11

Daumenlutschen	Schnuller
<p><u>Vorbereitung für die Sitzung des Programmstarts:</u></p> <p>Die Bezugsperson bringt als Überraschungsgeschenk eingepackt einen elastischen Verband in der Lieblingsfarbe des Patienten oder einen „Daumenschlafsack“ aus faseriger Wolle mit Bändeln, um den Schlafsack am Handgelenk festzubinden, mit. (Auf Märkten kann man Fingerpuppen aus Wolle kaufen oder selber einen Daumenhut stricken). Diese Hilfsmittel dienen dazu, dass der Patient den Daumen wieder aus dem Mund nimmt, falls er im Schlaf zu lutschen beginnt.</p> <p><u>Elastische Binde:</u> Die Binde wird vor dem Schlafen unter dem Schlafanzug als lockerer „Schildkrötenverband“ vom Ellbogen aus angelegt. So kann beim Schlafen der Daumen zwar in den Mund gesteckt werden. Jedoch beginnt in der Ellenbeuge ein leicht „kräuselndes“ Gefühl, wodurch der Patient den Arm automatisch streckt und den Daumen aus dem Mund nimmt.</p> <p><u>„Daumenschlafsack“:</u> Die faserige Wolle ist im Mund sehr unangenehm, so dass der Patient den Daumen von alleine wieder raus nimmt.</p> <p><u>Kontrolle:</u> Die Mutter kontrolliert das Kind, bevor sie selber ins Bett geht. Ist der Daumen im Mund, so nimmt sie ihn sanft heraus, ohne etwas zu sagen.</p>	<p><u>Vorbereitung für die Sitzung des Programmstarts:</u></p> <p>Das Kind kauft mit der Mutter zusammen neues Geschenkpapier, Bändel und Kleber und überlegt sich, wo es später die eingepackten Schnuller aufhängen möchte – in Sicht – jedoch nicht Reichweite.</p> <p><u>Schnuller als Geschenk einpacken:</u> Das Kind packt selber seine Schnuller ein (evtl. mit therapeutischer Hilfe) wie es sie möchte: alle in ein Paket oder jeden einzeln, als Mobile... Zu Hause werden sie an den zuvor bestimmten Ort getan.</p> <p>Wenn es mit dem Vertrag nicht klappt, wird abgebrochen.</p> <p>Der Schnuller wird dann zum Non-Thema für alle Beteiligten. Zu einem späteren Zeitpunkt (Wochen oder Monate später) kann das Thema aufgegriffen werden, bei einer günstigen Gelegenheit jedoch knapp und klar ohne weitere unterstützende Beruhigungen (z. B. in der Apotheke abgeben etc). Eine Wiederholung des Vertrages könnte alle Beteiligten in eine Endloschleife bringen.</p> <p style="text-align: right;"><i>Tab. 12</i></p>

Abgrenzung

Das Antihabitprogramm ist eine sehr konkrete, sinnesspezifische und lösungsorientierte Arbeit, die eine Veränderung einer Gewohnheit zum Ziel hat. Sie kann dann in Angriff genommen werden, wenn die Signale des Betroffenen klar gesendet und als solche erkannt werden. Im Zweifelsfalle ist abzuwarten oder eine Überweisung an eine psychologische Fachstelle in Erwägung zu ziehen. Ein Antihabitprogramm ist auch deutlich abzugrenzen von einer Familientherapie. Auftretende Kompensationen sollten vermieden, früh erkannt und gehandelt werden.

Frust und Ärger

Die Auseinandersetzung mit einem persönlichen Habit kann frustrierende Gefühle auslösen. Auch können Spannungen zwischen Patienten und Bezugspersonen entstehen. In solchen Fällen ist es wichtig, dass die Bezugsperson die Rolle des Verantwortlichen an den Therapeuten delegiert, indem sie an den Vertrag erinnert und der „Verursacher“ dieser Situation kontaktiert wird. Es ist dabei darauf zu achten, nicht zum Spielball einer neu entstehenden Familiendynamik zu werden. Es ist Aufgabe des Therapeuten, klärend einzugreifen und zu neutralisieren. Die Bezugsperson übernimmt in einem Antihabitprogramm bei Kindern die Rolle des Trösters.

Nachtprogramm bei Lutschern (Daumen/Schnuller)

Falls der Patient nachts und tagsüber lutscht ist es leichter, mit dem Nachtprogramm zu beginnen. Am Tag ist das Habit kein Thema. Das bedeutet, dass der Patient sein Habit „genießen“ darf, ohne dass ihn eine Bezugsperson darauf anspricht.

Zwischen Nacht- und Tagprogramm werden 2-5 Wochen Pause eingelegt, siehe unter 5. Zeitraum.

Als Beistand während dem Nachtprogramm kann es Kindern helfen, wenn die Bezugsperson in den ersten Nächten am Bett des Kindes bleibt, bis es eingeschlafen ist.

Wichtig ist, dass der Patient ohne zu lutschen einschläft.

Schlaftier: Ein bestimmtes Schlaftier wird zum Helfer ernannt. Es schläft im Arm des Kindes und bewacht am Tag das Kopfkissen mit dem Verband. Evtl. flüstert es dem Kopfkissen den Zielsatz ein. Bitte darauf achten, dass das Schlaftier nicht als Lutschersatz (Ohren, Beine...) verwendet wird.

Tab. 13

1. Sitzung
Bewusst-Werdens-Prozess für Mutter und Kind
z. B. Wie oft ist Daumen draußen, Mund zu etc.
Fokus verändern in Richtung „was will ich“
Hausaufgabe

Schnuller, Flasche

Vorbereitung für 2. Sitzung:
Gemeinsam einkaufen
Papier, „Bändeli“, Kleber
Überlegen, wo man „es“
hinhängen könnte
– In jedem Fall in Sicht – jedoch
nicht Reichweite

2. Sitzung
Hausaufgabe „abfragen“
als Geschenk einpacken
d. h. Kind macht es selbst mit
therap. Unterstützung
Gespräch und dabei vorbereiten der
Durchführung des Vertrages

Daumen, Finger

Vorbereitung für 2. Sitzung:
Mutter soll eine elastische Binde
in der Lieblingsfarbe des Kindes
– als Geschenk verpackt –
mitbringen

2. Sitzung
„Hausaufgabe“ abfragen
Abhängig davon
Weiterer Zwischenschritt
oder
Elastische Binde einführen
Vertrag und Regeln aufstellen

Tab. 14

Nägel beißen, Häutchen zupfen

1. Schritt

Merkst du es, wenn du ...
Wie ist es denn für dich, wenn du Fingernägel beißt, etc...
Willst du „es“ loswerden?
Soll ich dir helfen
Wollen wir heute beginnen
Wenn nicht – bis wann möchtest du dies loswerden
(orientieren an Geburtstag, Schulbeginn, Ferien, ...)

1. Sitzung
Bewusst-Werdens-Prozess für Mutter und Kind
z. B. Wie oft ist Daumen draussen, Mund zu etc.
– Fokus verändern in Richtung – „was will ich“ Hausaufgabe,
allenfalls direkt mit Vertrag beginnen

Tab. 15

Altersgrenze bei sehr jungen Kindern
Ein Antihabitprogramm wie beschrieben benötigt eine gewisse Reife des Kindes, d. h. dass in der Regel ab dem vierten Lebensjahr damit begonnen

werden kann. Bei jüngeren Kindern ist die hauptsächliche Aufgabe des Therapeuten eine genaue Information, Aufklärung der Eltern über mögliche Folgen.

Schlussfolgerung

Habits zu erkennen und erfolgreich abzubauen ist eine große Herausforderung für Behandler und beschäftigt verschiedene Berufsgruppen. Habits treten in allen Altersgruppen auf und zeigen sich in vielfältigen Erscheinungsbildern. Nicht erkannt, erweisen sie sich meist als Hindernis für eine erfolgreiche Behandlung oder sind Grund von Rezidiven. Der Abbau von Habits ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung – sei es für eine nachfolgende MFT, logopädische Therapie, Kieferorthopädie u. a. m. Das Vorgehen beim Abbau eines Habits ist individuell für jeden einzelnen Betroffenen, ist auf interdisziplinärer Basis, habitverursachend und ganzheitlich anzugehen. Nach erfolgtem Abbau eines benötigt das gesamte Körpersystem Zeit, um mit der Veränderung umzugehen. So ist es notwendig, dem Körper eine Ruhephase zu gönnen, bevor mit einem weiteren Behandlungsprogramm fortgefahren wird. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist die Einsicht, der Wunsch nach Veränderung verbunden mit einem gewissen Leidensdruck und die konsequente Kooperation der Beteiligten. Mit gezieltem Setting, klaren Strategien, geeigneten pädagogischen Maßnahmen und bei guter Zusammenarbeit zwischen Patient, Therapeut und beteiligtem Umfeld ist ein erfolgreiches

Zähne-Knirschen	Fingernägel beißen (Häutchen zupfen)
<p>Das Pressen und Knirschen mit den Zähnen wird in der Regel nur bei Erwachsenen behandelt. Dazu wird die Muskulatur abends so erschlafft und entspannt, dass im Schlaf keine Kraft zum Pressen oder Knirschen bleibt.</p> <p>Das Programm sollte 10-14 Tage durchgehalten werden, damit der Körper das neue Muster übernehmen kann.</p> <p><u>Warmes Bad:</u> Vor dem Schlafen 20-25 Minuten lang warm baden und dazu etwas Entspannendes trinken, z. B. ein Glas guten Wein, einen warmen Tee usw.</p> <p><u>Muskeln ermüden:</u> Die Backenzähne werden 10 mal für 10 Sekunden fest zusammengebissen. Evtl. kann zusätzlich ein Stuhl hochgehalten werden.</p> <p>Wie bei den anderen Programmen wird das Ziel im Unterbewusstsein verankert, z. B. „Meine Zähne sind die ganze Nacht locker geschlossen.“</p>	<p>Zu Beginn werden alle Fingernägel genau betrachtet und mit Fotos dokumentiert.</p> <p>Ca. 2 „beißfreie“ <u>Finger bestimmen:</u> Der Patient bestimmt, auf welche zwei Finger er als erstes verzichten kann. Es spielt keine Rolle, ob es ein Zeig- und ein Ringfinger oder ob es zwei Finger von der gleichen Hand sind. Evtl. hilft es dem Patienten zu entscheiden, wenn er kurz an allen Nägeln beißt.</p> <p>Evtl. die beißfreien Finger markieren: Mit Nagellack oder Fingerring.</p> <p><u>Sitzung nach ca. 10 Tagen:</u> nach einer Woche sind erste Veränderungen sichtbar. Die wachsenden Nägel werden gelobt, genau betrachtet, mit den ersten Fotos verglichen. Dann werden neue Finger dazu gewählt. Und so weiter.</p> <p>Die wachsenden Fingernägel bringen große Motivation. Tab. 16</p>

Abgewöhnen möglich, wenngleich es sich als therapeutische Knacknuss erweisen kann. Das Erlernen des Anti-habitprogramms zur Durchführung in der Praxis ist integrierter Unterrichtsbestandteil im Schweizer Grundkurs der Ausbildung zum MF-Therapeuten.

„Gewohnheiten kann man nicht einfach zum Fenster hinauswerfen – man muss sie Stufe für Stufe hinunterlocken“

(M. Twain)

Die Autorinnen



dipl. Logopädin, zert. MF-Therapeutin Ausbilderin in MFT, Craniosacraltherapeutin und NLP-Trainerin (body work, health, special education), entwickelte das Konzept der körperorientierten Sprachtherapie

k-o-s-t®; Miterfinderin ballovent®; wissenschaftliche Assistentin in der Abt. Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Basel, private Logopädische Praxis in der Nähe von Basel; Lehrbeauftragte; Publikationen in Fachzeitschriften und -büchern

Susanne Codoni

Langmartweg 1, CH-4123 Allschwil
E-Mail: info@scodoni.ch
www.scodoni.ch



dipl. Logopädin, arbeitet seit 2005 am Logopädischen Dienst Wohlen, AG, Schweiz;
Tätigkeitsfeld im Vorschul- und Schulbereich

Ausbildung zur MFT-Therapeutin, zert. k-o-s-t®-Therapeutin

Noémie Hostettler

Kannenfeldstraße 34, CH-4056 Basel,
E-Mail: noho@bluewin.ch

Literaturhinweise

- Codoni, S.: Dyskinesien, Habits und myofunktionelle Therapie bei Erwachsenen – ein Stiefkind, GZM 10. Jg. 4/2005, S. 13, 12 -15
- Schmidt-Tanger: Veränderungscoaching, Paderborn 1998, S. 23
- Hahn, V. Ein Beitrag zur kieferorthopädischen Prophylaxe – Prävention und Frühbehandlung orofazialer Dyskinesien, GZM 2002, 7; S. 16-20

Weiterführende Publikationen

- Codoni, S. ergänzende Ansätze zur myofunktionellen Therapie. SSG 1997, 4/21: 192-199.
- Codoni, S. (Hrsg.): HABITS – eine interdisziplinäre Annäherung: Ätiologie und Genese von orofazialen Dyskinesien – Schriftreihe des Arbeitskreises für myofunktionelle Therapie, Basel 2000
- Codoni, S.: Orofaziale Dyskinesien im Kindesalter – GZM 4. Jg 4/2004 S.2-8

- Codoni, S., Von Lisplern, Lutschwergen und dem aufrechten Gang, päd.praxis 65, 15-24 7 2004, Hans Marseille Verlag München
- Hahn, H. und V., Schneider, Ch.: Schauplatz Mund – das orofaziale System als sensomotorische Einheit, Eigenverlag des Arbeitskreises für myofunktionelle Therapie e.V., München 1991
- Kaufmann, M.: Dyskinesien aus neuropädiatrischer Sicht in Habits. 53-55, Hg Codoni: Schriftreihe des Arbeitskreises für myofunktionelle Therapie, Basel 2000: 53-55. □

MFT für Zahnärzte und zahnärztliches Personal – Grundkurs (3 Module) – 2009	k-o-s-t® – Grundkurs für myofunktionelle Therapeuten, Zahnärzte und Logopäden – Grundkurs 2008 (4 Module)
Kursleitung: S. Codoni Logopädin, zert. MF-Therapeutin, Ausbilderin.	Kursleitung: S. Codoni im Team mit Ärzten und Therapeuten
Kursort: Hotel Bildungszentrum 21, Basel	Kursort: Worms
Daten: 06. 03. 09/07. 03. 09 (1) 19. 06. 09/20. 06. 09 (2) 11. 09. 09/12. 09. 09 (3) Die Inhalte der einzelnen Module erscheinen auf der homepage www.scodoni.ch	Daten: 27. 06. 08/28. 06. 08 (1) 11. 09. 08/12. 09. 08 (2) 04. 12. 08/06. 12. 08 (3) 13. 02. 09/14. 02. 09 (4) Die Inhalte der einzelnen Module erscheinen auf der homepage www.scodoni.ch
Org.: A. Schneider, Kugelweg 20, CH 4222 Zwingen Tel.: ++41 61 761 75 81 buero.schneider@bluewin.ch	Org.: St. Lorenz-Seel, Rheinstraße 1, Worms, Praxis für Logopädie, Tel.: ++49 6241 2098504 stefan.seel@logo-worms.de