

Die „Myofunktionelle Therapie“ in der Kieferorthopädie, Logopädie und Physiotherapie

Eine interdisziplinäre Betrachtung

Dr. phil. Frank Martin, M. A.

Einführung

Den Grundstein der „Myofunktionellen Therapie“ (MFT) legte 1982 der amerikanische Logopäde Daniel Garliner.¹ Seitdem sind weitere Ansätze und Trainingsprogramme hinzugekommen, welche die Zusammenarbeit von Logopäden, Kieferorthopäden und auch Physiotherapeuten bereichern.² Es handelt sich um ein interdisziplinäres Konzept im orofazialen Bereich zur Prävention und Therapie von Dysfunktionen der primären oralen Funktionen Atmen, Saugen, Kauen und Schlucken und der Sekundärfunktionen Artikulation und Phonation.³ Es wendet sich vor allem an Behandler, die mit dem Phänomen des gemeinsamen Auftretens von Kieferanomalien und Körperfehlhaltungen konfrontiert sind. Idealerweise beginnt die MFT im orofazialen Bereich in der frühkindlichen Entwicklungsphase. Das Ziel einer Behandlung ist, das muskuläre Umfeld so zu beeinflussen, dass eine physiologische Entwicklung ermöglicht und unterstützt wird.⁴

Klientel

Fehlende Saugreize (Flaschenkind), häufiger Schnuller-Einsatz, Lutschgewohnheiten, fehlende körperlich-kognitive Stimulationen und andere mehr sind direkt oder indirekt an einer Fehlentwicklung des Kiefers in Form und Funktion beteiligt. Insofern können ungünstige Muskelkräfte in Kraft und Wirkdauer den genetischen „Bauplan“ des heranwachsenden Kindes stören.⁵ Eine habituelle Mundatmung führt beispielsweise unweigerlich zu inkorrekten Ruhepositionen der Lippen-, Wangen- und Zungenmuskulatur und zu Abweichungen beim Schlucken. Orofaziale Fehlfunktionen beeinflussen

sich nicht nur wechselseitig, sondern können insbesondere bei entsprechender Wirkungsdauer negative Folgen auf die Okklusion (Form) haben. Diese lassen sich jedoch nicht allein auf den orofazialen Bereich begrenzen, sodass häufig gesamtkörperliche Auffälligkeiten wie abnorme Haltung, schlaffer Muskeltonus, Gleichgewichtseinschränkungen und Koordinationsstörungen zu beobachten sind.⁶ Den größten Einsatzbereich und auch Erfolge hat die MFT im Vorschul- und Schulalter. In den meisten Fällen wird mit den Kindern ab 9 Jahren (bei manchen Methoden auch früher) mit dem Übungsprogramm begonnen.

Ziele der „Myofunktionellen Therapie“

Die Grundlagen dieser Therapie sollte der jeweilige Therapeut, trotz seiner Vorkenntnisse, in weiterführenden Fachfortbildungen erwerben (siehe Punkt 2). Logopäden und Physiotherapeuten sollten über ein fundiertes fachliches Wissen verfügen und dieses durch laufende Weiterbildung und interkollegialen Austausch vertiefen. Die vordergründigen Ziele sind Abgewöhnen der Lutschgewohnheiten (Habits), Einhaltung der Zungenruhelage, Stärken der Lippen- und Zungenkraft zur Förderung und Erreichen einer ausgewogenen orofazialen Muskulatur. So



Abbildung 1 zeigt das Messen der Lippenstärke mittels Zugwaage und Lippenknopf.⁷

wird beispielsweise bei Kindern zwischen 7–9 Jahren eine Lippenkraft von 3 Kp angestrebt. Diese kann mittels Zugwaage kontrolliert und auch zur Motivation genutzt werden (siehe Abbildung 1).

Spezielle Aspekte in der Logopädie

Immer schon behandelt der Logopäde neben Störungen der Sprache und des Sprechens auch Funktionsstörungen des Schluckens. Die therapeutische Aufmerksamkeit in der Logopädie ist generell nicht nur auf das motorische, sondern insbesondere auch auf das sensibel-sensorische System ausgerichtet. Dies ist umso mehr bedeutsam, da das gesamte orofaziale System von Hirnnerven innerviert wird, die mit ihren efferenten, sensibel-sensorischen Fasern die entsprechenden Erfolgsorgane versorgen. So wird die Zunge gleich von vier Hirnnerven – motorisch (N. hypoglossus), sensibel (N. glossopharyngeus u. N. lingualis) und sensorisch (N. facialis – Chorda tympani) – versorgt.

Die Aufgabe des Logopäden ist es, durch eine ausführliche Befundaufnahme mögliche Auffälligkeiten und Ursachen von Sprach-, Stimm- und Sprechstörungen zu ermitteln und durch individuell angepasste Therapie die Kommunikationskompetenz zu optimieren oder zu regulieren. Um dieser Vielfaltigkeit und Komplexität gerecht zu werden, werden neben muskelstimulierenden (motorischen) Übungen auch Fähigkeiten gefördert, um das sensorische und sensible Erleben und deren Kompetenz in diesem Bereich zu ver-

bessern. Der Logopäde nimmt die Zunge in ihrer Funktion als Sinnesorgan (sowohl als Tast-, Geschmacks- und Schwingungskörper) wahr. Im therapeutischen Prozedere werden z. B. thermische Reize, Geschmacksreize, v. a. sauer (beispielsweise Brause etc.), eingesetzt, um dadurch die Selbstwahrnehmung des Patienten für dieses hochdifferenziert arbeitende „Organ“ zu schulen. Auch sogenannte „unterstützende Bewegungen“ spielen in der Logopädie eine große Rolle. Hierbei wird sowohl durch Körperübungen (z. B. Fersensitz zur Unterstützung und Hebung der Hinterzunge) als auch durch feinmotorische Übungen der Hand gezielt die Feinmotorik der Zunge unterstützt, d. h., Zungenübungen werden gleichzeitig mit Spielen, die die Feinmotorik fördern, ausgeführt. So sollen durch diese Kombination von Sprechen und Bewegung nachhaltige Verknüpfungen gefördert werden, damit neue Bewegungsmuster „angebahnt“ werden.⁸ In der Logopädie wird das nutritive Saugen an der Brust nicht nur aufgrund der wertvollen Zusammensetzung der Muttermilch, sondern auch wegen des funktionellen Aspektes empfohlen. Das infantile Saugmuster ist die Grundlage für die Entwicklung eines reifen Schluckens.

Spezielle Aspekte in der Physiotherapie

Hilfreich in der vorbereitenden Behandlung von Patienten mit orofazialen Dyskinesien kann eine Funktionsanalyse im kranio-mandibulären System sein. Eine besondere Stärke in der Physiotherapie ist die Palpation der kontraktiven Strukturen (Untersuchen der orofazialen Weichteilfunktionen, wie Druckdolenzen oder fasziale Spannungen).

So können z. B. Funktionsstörungen des Kiefergelenkes, Bruxismus-induzierte Spannungen, muskuläre Abweichungen, wie Deviation oder Deflexion (Abweichung des Unterkiefers aus der Mittellinie beim Öffnen), oder eine instabile Ruhelage des Unterkiefers (häu-

fig verbunden mit einer dynamischen Okklusionsstörung) von der Physiotherapie erkannt und behandelt werden. Auch die Körperwahrnehmung der Patienten ist häufig gestört (insuffiziente Haltung, „Floppy“). Aufrichtende Übungen, Kinästhesie und Kontrolle von Positionen können in Vorbereitung der MFT hilfreich sein. So ist es sinnvoll, eine anteriore Kopfhaltung vor Durchführung der MFT unbedingt zu korrigieren, da diese wesentlichen Einfluss auf die Kiefer- und Zungenposition ausübt. Bei mit Engstand der Gebissstrukturen zur Behandlung kommenden Kindern sind auch häufig mandibuläre Retrognathien vorzufinden. Im Zusammenhang mit der anterioren Kopfhaltung sind die Schluckmuskeln daher häufig verkürzt. Hier kann ein regelmäßiges korrekatives Dehnen der Schluck- und vorderen Nackenmuskulatur nützlich sein, um eine muskuläre Balance zu fördern. Auch die Wirbelsäule und die HWS im Besonderen sollte in eine vorbereitende Betrachtung mitaufgenommen werden. Hier ist bei Kindern nicht selten ein muskulärer Hypertonus im atlantookzipitalen Übergang zu finden, welcher sich aus dem insuffizienten Haltungsbild erklärt.

Zusammenfassung

Myofunktionelle Therapie im orofazialen Bereich umfasst die Prävention, Diagnostik und Therapie orofazialer Dysfunktionen. Für sinnvolle präventive Maßnahmen und für eine effiziente Behandlung ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kieferorthopädie, Logopädie, Physiotherapeut, ggf. auch HNO und Pädiatrie unumgänglich. Im Bereich der Prävention sind Empfehlungen für das Saugen an der Brust und für das Vermeiden von Lutschgewohnheiten bzw. für einen vernünftigen Umgang mit Trinksaugern und Schnullern von großer Bedeutung. Vor Beginn jeder MFT-Behandlung müssen alle ungünstigen Habits bzw. Parafunktionen (Schnuller,

Daumenlutschen etc.) abtrainiert worden sein, wobei anzumerken ist, dass die MFT dieses Management bereits einbindet.

In der unterschiedlichen Herangehensweise der Logo- und Physiotherapeuten während oder nach der „MFT-Basistherapie“ liegen individuelle Stärken, die im interdisziplinären Austausch, in Zusammenarbeit mit dem Kieferorthopäden genutzt werden können.

Der orofaziale Bereich ist ausschließlich ein von Hirnnerven gesteuertes System und daher nicht nur psycho-motorisch, sondern auch sensibel-sensorisch getriggert, induziert und beeinflusst. Diesen Umstand sollten sich die beiden Therapeutengruppen zunutze machen. Da der Physiotherapeut vorzugsweise auf das muskuläre System ausgerichtet ist, sollte er diese individuellen Stärken einbringen. Störungen im

orofazialen Bereich sind häufig mit muskulären Dysbalancen im Kiefer- und Kauesystem vergesellschaftet und können auch die Haltungssituation ungünstig beeinflussen. Hier kann eine Vor- oder Begleitbehandlung durch einen speziell ausgebildeten Physiotherapeuten hilfreich sein.

Das sensibel-sensorische System in die Therapie einzubinden, ist die Stärke des Logopäden. Die Schulung der Selbstwahrnehmung, kombiniert mit feinmotorischen Übungen, dient zur Anbahnung neuer Bewegungsmuster. In der Therapie oraler Dysfunktionen (offene Mundhaltung, Schluckfehlfunktionen, Kaustörungen, Aussprachestörungen) wird besonders auf die Interaktivität der Funktionslogen Nase, Lippen und Mundraum Rücksicht genommen. Weiterführendes Therapiemanagement zur Verbes-

serung der Kommunikationskompetenz ist, nach erfolgter MFT-Basistherapie, ebenfalls Aufgabe des Logopäden.

Trotz fehlender Studien zur Wirksamkeit der Myofunktionellen Therapie im orofazialen Bereich zeigen Erfahrungen aus der interdisziplinären Zusammenarbeit von Logopädie, Physiotherapie und Kieferorthopädie, dass die MFT eine wichtige Rolle im kieferorthopädischen Behandlungssystem übernommen hat.⁹

Fußnoten

¹ Garliner D.: Myofunktionelle Therapie in der Praxis. 1. Aufl. V. Zahnärztlich-medizinisches Schrifttum, München: 1982

² Padovan-Methode, Garliner-Methode, MFT nach A. Kittel, Neurofunktionstherapie nach E. Rogge, u. a.

³ Interdisziplinäre Interessengemeinschaft Myofunktionelle Therapie Schweiz. IIG MFT Schweiz 2011, 3. Auflage

⁴ Myofunktionelle Therapie (MFT) im orofazialen Bereich – praktische und kritische Aspekte aus logopädischer Sicht. M. Furtenbach, W. Wallner. G. Thieme Verlag 2009

⁵ Furtenbach M.; Wallner W.: Myofunktionelle Therapie (MFT) Inf Orthod Kieferorthop 2009; 41: 259–264

⁶ Bender A.: Sprachtherapieaktuell: Forschung – Wissen – Transfer e2017-09

⁷ Helms. P.: Mit Muskeltraining zu dauerhaften kieferorthopädischen und prothetischen Therapieerfolgen. Myofunktionelle Therapie. GZM-Praxis und Wissenschaft. 7 Jg. 1/2002.

⁸ Stingel M.: Fachgespräch am 30.4.2020 mit freundlichem Dank.

⁹ Furtenbach M.; Wallner W.: Myofunktionelle Therapie (MFT) Inf Orthod Kieferorthop 2009; 41: 259–264



Autor

Dr. phil. Frank Martin, M. A.
Im Wallgraben 38
79761 Waldshut-Tiengen
www.naturheilpraxis-waldshut.de

- 1988 Staatsexamen-Abschluss zum Physiotherapeuten seit 1991 Freiberuflich tätig in eigener Praxis in Waldshut (Süddeutschland)
- 2000 Manualtherapeut der deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DAMT-FAC)
- 2004 Spezialisierung „Craniofaciale Therapie“
- 2006 Zusatzqualifikation „Myofunktionelle Therapie“
- 2010 – 2011 Ausbildung zum Heilpraktiker (Allgemein)
- 2012 – 2014 Masterstudiengang an der Europa Universität Viadrina für Kulturwissenschaften und Komplementäre Medizin in Frankfurt/Oder
- 2016 Promotion an der Universität Viadrina, Fakultät: Transkulturelle Gesundheitswissenschaften

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.