



# Lösungsorientierte Funktionsdiagnostik und Hypnose

von Susann Fiedler

## Zusammenfassung:

*Eines der am meisten in der Zahnheilkunde diskutierten Themen ist sicherlich der Bereich der Funktionsdiagnostik. Dieser Artikel stellt eine Zusammenfassung von Erkenntnissen und Beobachtungen der Autorin zu diesem Thema dar.*

- Er soll helfen zu verstehen, wie sich durch das gründliche Studium der vier osteopathischen Grundsätze der Blick weiten kann für einen mehr ganzheitlichen Blick auf das Kiefergelenk.*
- Zudem soll er zeigen, wie durch gutes Hinören und dem Sammeln von Befunden ein lösungsorientierter*

*Ansatz gefunden werden kann, der sich in einer systematischen prothetischen Planung fortsetzt.*

- Er soll den Leser anregen, sich mit den Prinzipien der Osteopathie auseinander zu setzen, deren grundsätzlicher Ansatz darin besteht, über die Wiederherstellung einer freien Beweglichkeit*

*im Gewebe die Voraussetzungen zur Selbstheilung zu schaffen. So kann durch die Zusammenarbeit mit einem gut ausgebildeten und qualifizierten Osteopathen der Fokus in der Funktionsdiagnostik mehr in Richtung Gesundheit und Heilung gelenkt werden.*

*Der folgende Beitrag beschreibt*

- *in einem ersten Teil die Erkenntnisse der Autorin zum Thema Funktionsdiagnostik. Beschrieben wird dabei ein ganzheitlicher Ansatz unter Berücksichtigung der Denkweisen von Sutherland (Osteopathie), Erickson (Hypnose) und Gutowski (Prothetik).*
- *Im zweiten Teil wird die Umsetzung dieser Erkenntnisse in eine Technik der zentrischen Bisslagenbestimmung gezeigt und erklärt.*

*Unter dem Motto:*

*Zentrik – die Kunst nicht zu stören!*

*beschreibt die Autorin, wie durch den Einsatz von hypnotischen Techniken (Pacing, Musterunterbrechung, Defokussierung und posthypnotische Suggestion) auf verbaler und körperlicher Ebene das Anfertigen einer Zentrik schnell, sicher und reproduzierbar möglich ist.*

### **Einleitung:**

Als ich vor fast 25 Jahren meinen späteren Lehrer und Mentor Alexander Gutowski kennen (und teilweise auch fürchten!) lernte, war dies eine Zeit, in der es in Deutschland und den USA durch viele technische Weiterentwicklungen möglich geworden war prothetische Restaurationen ästhetisch und funktionell zu perfektionieren. Große Metallkeramikversorgungen lösten die eher konservative Einzelzahnversorgung ab, Geschiebe- und Teleskoptechnik ersetzten die Stahlmodellgussprothese. Dieser Prothetikboom wurde gefördert durch eine 100%-Bezuschussung der Krankenkassen. Dadurch begünstigt wurde in den zahnärztlichen Praxen immer häufiger die habituelle Bisslage komplett aufgehoben und es war nötig eine Technik der Bisslagenbestimmung zu entwickeln, in der die komplett aufgelöste Occlusion wieder hergestellt werden konnte. Der von Charlie Stuart entwickelte Artikulator und die Pantographie mit ihrer dreidimensionalen Aufzeichnung und individuellen Rekonstruktion der Kiefergelenke waren Versuche, möglichst störungsfreie Rekonstruktionen herzustellen. Schauen Sie heute selbstkritisch auf diese Zeit zurück, gibt es verschiedene positive wie auch negative Aspekte dieser Entwicklungen:

- Positiv zu bewerten aus heutiger Sicht ist dabei die intensive Beschäftigung mit der Occlusion und der Form und Funktion der Kaufläche. Sie stand auch schon damals unter dem Motto:  
„Die größte Kunst ist nicht zu stö-

ren! ...und egal wie sehr du dich bemüht: so gut wie unser Schöpfer es einmal wirklich perfekt gemacht hat, bekommen weder du noch der Zahntechniker oder deine Maschine es hin!“ (Zitat A. Gutowski)

- Negativ dabei war ein zahnärztlicher Dauerfokus auf dem Kiefergelenk, es wurde sozusagen zum Zentrum des zahnärztlichen Interesses. Jedes Knacken bedeutete Pathologie, jede Schliffacetten hatte ein Gefahrenpotential, jeder keilförmige Defekt eine tiefe Bedeutung. Dies musste dem Patienten mitgeteilt werden und führte oft dazu, dass mit dem Mitteilen der Diagnose der Patient plötzlich Beschwerden entwickelte und parallel dazu wir „Kiefergelenk-Spezialisten“ uns auch genötigt sahen, Rekonstruktionen in Zentrik machen zu müssen, die sicherlich nicht minimal invasiv und zudem auch noch forciert retral waren. Zum Glück gab es in der ganzen Zeit stets eine kritische Stimme im Kopf, die immer wieder fragte: „Was treibst du da eigentlich? Warum mache ich eine Funktionsdiagnostik? Was bedeuten, bzw. was für einen Einfluss haben die funktionsdiagnostischen Befunde auf die prothetische Planung?“

Um ganz ehrlich zu sein: diese Fragen konnten mir weder meine Lehrer noch ich mir selbst wirklich zufriedenstellend beantworten. So war ich gezwungen, auf immer tieferen Ebenen über dieses Thema nachzudenken.

## Der Einfluss der Osteopathie

Einen großen Schritt nach vorne brachte mich meine eigene Krankengeschichte und das damit verbundene Kennenlernen der Osteopathie und ihrer sehr ganzheitlichen Betrachtungsweise des menschlichen Körpers.

Die Osteopathie entstand vor über 120 Jahren in Amerika. Der Arzt Andrew Still (1828-1917) hat die Prinzipien der Osteopathie entdeckt und daraus eine neue Medizin entwickelt. Ihre Grundsätze:

Leben zeigt sich in Form von Bewegung. Wo Bewegung verhindert wird, macht sich Krankheit breit. Der Osteopath kann Bewegungseinschränkungen aufspüren und lösen. Ein intensives Studium der Anatomie, Physiologie, Neurologie und Embryologie führt zu einer Betrachtungsweise des Körpers als funktionelle Einheit, in dem alle parietalen, visceralen und cranosacralen Strukturen in ihren anatomischen Zusammenhängen betrachtet werden. Diese Erkenntnisse benutzt der Osteopath, um mit seinen Händen dem Organismus zur Selbstheilung zu verhelfen.

Diese Betrachtungsweise von Gesundheit und Heilung leitet über zu einem philosophischen Gedankengut, das in 4 Schlüsselprinzipien beschrieben werden kann.

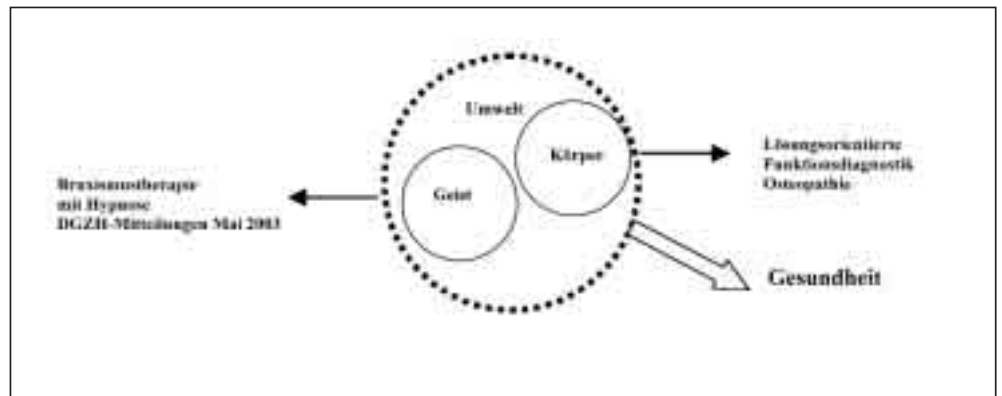
Ich möchte diese Prinzipien nun zunächst vorstellen und diese danach mit meinen Erfahrungen und Erkenntnissen in der Funktionsdiag-

nostik verbinden. Anschließend werde ich Schlussfolgerungen für eine lösungsorientierte Funktionsdiagnostik daraus ziehen.

## 1. The body is a unity.

Dies bedeutet:

***a) Jeder Mensch ein Teil seiner Umgebung ist und damit natürlich eine somato-viscerale-psychische Einheit.***



***b) Symptom und Problem sind anatomisch nicht automatisch an der gleichen Stelle zu finden.***

### **Erfahrungen und Erkenntnisse für die Funktionsdiagnostik**

Gemeinsame Studien mit Osteopathen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass Patienten mit einem Schmerzgeschehen im Kiefergelenkbereich in ihrer Anamnese häufig ein Schleudertrauma aufwiesen. Fast immer wurde berichtet, dass die Schmerzen sich circa zwei Jahre nach dem Unfall einstellten, vorab

war das Schmerzgeschehen mehr im Hinterhaupt- und Nackenbereich. Hier stellt sich offensichtlich erst Jahre nach dem Trauma ein Symptom am Kiefergelenk ein, das im Nackenbereich seinen Ursprung nahm. Entsprechend der Chronologie des Geschehens löste sich bei diesen Patienten das Symptom im Gelenkbereich sofort auf, sobald eine Wiederherstellung der freien Beweglichkeit in der „eingefrorenen“ Struktur im Nackenbereich erreicht worden war. Dies erforderte bei vielen Patienten

oft nicht mehr als 2-3 osteopathische Behandlungen.

Folgende Fallgeschichte zeigt, dass Symptom und Problem räumlich auch sehr weit auseinander liegen können:

Eine Patientin war 1998 im Rahmen einer Gesamtsanierung in Zentrik beschwerdefrei rekonstruiert worden. Im Sommer 2002 kam Sie mit einer massiven Schmerzsymptomatik in unsere Praxis. Die klinische Untersuchung zeigte eine Mittellinienverschiebung und einen unilateralen offenen Biss. Die chronologische Anamnese ergab, dass bis zum Ende einer Schwangerschaft 2001 keinerlei Probleme vorhanden waren,

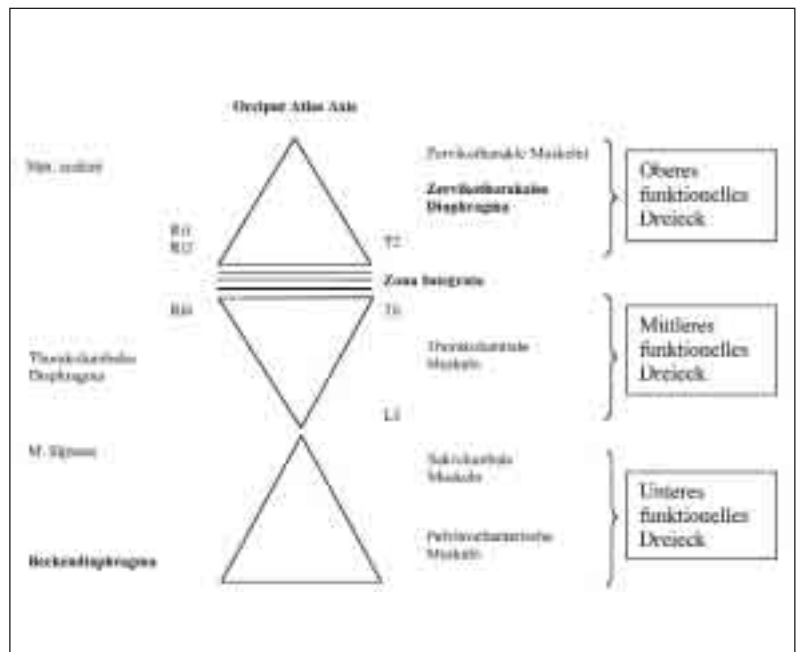
diese aber kurz nach der Entbindung begannen. Osteopatisch ergab sich eine massive Bewegungseinschränkung im Becken und im Bereich L3/L4. Der therapeutische Ansatz war primär eine Wiederherstellung der Beweglichkeit der Strukturen im Beckenbereich. Innerhalb von kürzester Zeit veränderte sich auch die verschobene Bisslage. Die Patientin ist wieder beschwerdefrei und die 1998 eingestellte Occlusion passt wieder Shimstock-genau.

Diese Zusammenhänge, die sich aus den fasziellen Organisationen des menschlichen Körpers in longitudinaler und horizontaler Richtung herleiten lassen, werden in der folgenden Graphik dargestellt. Der Körper kann entsprechend diesem Modell in drei funktionelle Bereiche unterteilt werden. Alle Strukturen innerhalb eines Dreiecks sind funktionell, physiologisch und auch pathologisch eng mit einander verbunden.

## 2. The body always tends to selfregulation

Der Körper hat ein ständiges Streben wieder ins Gleichgewicht zu kommen.

Sehr anschaulich könnten wir jeden Menschen mit einem Steh-auf-Männchen vergleichen. Jeder Schritt, den wir tun, jeder Bissen, den wir essen, verursacht ein Ungleichgewicht im Körper und der Körper reagiert auf jeden Reiz mit einer Gegenreaktion, die einen Ausgleich und ein Zurückkommen zur



Mitte zum Ziel hat. Das Maß an Kompensationsfähigkeit bestimmt unser maximales Vitalpotential. Dieses ist bei jedem Menschen individuell und bestimmt auch seine individuelle physiologische Grenze.

Ein häufiges Überschreiten dieser physiologischen Grenze bis hin zur anatomischen Grenze, führt allerdings meistens nicht dazu, dass wir unseren Bewegungsspielraum ausdehnen, sondern nach dem Motto: das Maß ist voll, häufig mit einem Bewegungsverlust reagieren. Das beste Beispiel sind oft Leistungssportler am Ende ihrer Karriere. Ein „Nicht-zurückkehren-Können“ zur maximalen Freiheit des Vitalpotentials bezeichnen wir osteopathisch als Dysfunktion.

Die Befreiung der Struktur bewirkt eine selbstregulatorische Heilung des Organismus.

Ein „Über-die-anatomische-Grenze-Hinausgehen“ führt wie z. B. ein Knochenbruch oder auch eine Karies, zu einer Läsion. Hier reichen die Selbstheilungskräfte des Körpers alleine nicht mehr aus, ein Gips oder ein Rosenbohrer sind notwendig, um eine Heilung sicherzustellen.

## Erfahrungen und Erkenntnisse für die Funktionsdiagnostik

Ich erlebe immer wieder, dass im genauen Erheben einer chronologischen Anamnese bei KG-Patienten sehr häufig schon über lange Jahre ein vom Patienten bemerktes Kiefergelenkgeräusch bestand, welches nicht weiter beachtet wurde und auch keinerlei Beschwerden verursachte. Solange der Patient sich frei innerhalb seines maximalen Vitalpotentials bewegen kann, reagiert er beschwerdefrei und reguliert sich selbst.

Ein besonders bemerkenswerter Fall von Selbstregulation scheint mir an dieser Stelle erwähnenswert:

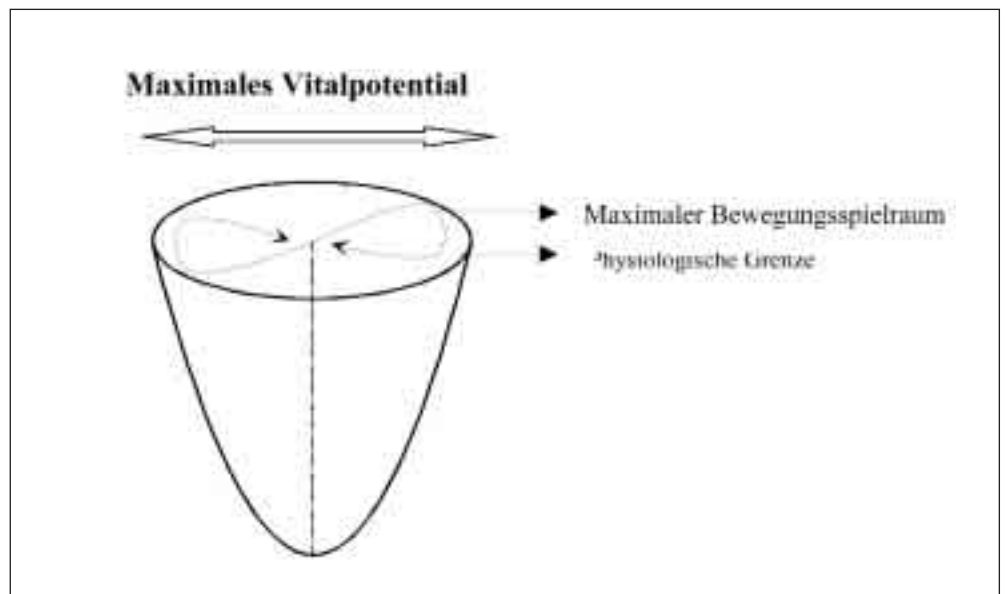
Ein Patient wurde mir zwei Jahre nach einem schweren Trauma (Autounfall mit fast zweijähriger Reha in diversen Kliniken) zur prothetischen Versorgung überwiesen. Es musste im Oberkiefer eine große teleskopierende Brücke, im Unterkiefer eine teleskopierende Kombiarbeit angefertigt werden. Als der Patient nach fast drei Monaten Behandlungszeit zum Eingliedern und Remontieren der prothetischen Arbeit kam, hatte er seine Röntgenbilder für ein berufsgenossenschaftliches Gutachten dabei. Beim Betrachten der gesamten Kopfaufnahmen stellte ich fassungslos fest, dass beide Gelenkköpfchen offensichtlich vor über zwei Jahren frakturiert, nach ventral abgelenkt und jetzt zwei Jahre später fast komplett resorbiert waren. (Mein Fokus war offensichtlich so von den Zahnbefunden gefesselt, die mit diesem Politrauma zusammenhingen, dass ich den Frakturbefund der beiden Coli im OPG übersehen hatte!) Die Zentrik, die im Laufe der Restauration ja diverse Male innerhalb des Rekonstruktionsprozesses genommen werden musste, war jedes Mal reproduzierbar und der Patient hatte „ohne Kiefergelenke“ problemlos leben und essen gelernt. Er war die letzten 9 Jahre komplett beschwerdefrei und die jährliche Remontage ergab keinerlei Anlass für ein korrekatives Einschleifen. Zudem war er komplett schmerz- und symptomfrei.

Im Gegensatz dazu erlebe ich häufig Patienten, deren chronologische Anamnese schon lange vor der Kiefergelenksproblematik eine lange Liste von Problematiken im gesamten parietalen System aufweist.

- Meist gingen der KG-Problematik Sportunfälle, Autounfälle (spez. Schleudertraumen), aber auch

### 3. Structure and Function are inter-dependent

Die Funktion kreiert die Struktur, die Struktur dirigiert die Funktion. Wichtig dabei ist die Tatsache, dass gegenseitige Einflüsse der Struktur und Funktion bestehen auf



Hüftproblematiken, Bandscheibenvorfälle oder sonstige Wirbelsäulenprobleme zeitlich voran.

Bei diesen Patienten scheinen allein das zweistündige Offenhalten des Mundes während einer Präparation, oder das Eingliedern einer Krone oder Brücke, die nicht hundertprozentig genau von Anfang an passte, deren Selbstregulationsmechanismen überfordert zu haben.

Im Extremfall reicht sogar eine ärztliche Diagnose nach dem Motto: „...Ihnen droht eine Arthrose“ oder ähnliches um einen Dauerschmerz allein über eine mentale Fokussierung der Problematik auszulösen.

- mechanischem Niveau (Gelenke, Muskeln, Knochen)
- membranösem Niveau (fasziale, ligamentäre Beziehungen zwischen Organen und Gewebe)
- zirkulatorischem Niveau (Blut, Lymphe, Hirn- und Rückenmarksflüssigkeiten)
- neurologischem Niveau (periphere und zentrale Nervenbahnen)
- biochemischem, hormonellen und elektrolytischem Niveau .

### Erfahrungen und Erkenntnisse für die Funktionsdiagnostik

Immer wieder erlebe ich in meinen Funktionsdiagnostikkursen, dass das wichtigste diagnostische Mittel zur Beurteilung von Funktion und Struktur nicht genügend Beachtung

des oberen kranialen Dreiecks wiederfinden. So wird z.B. ein Zungenhabit seinen strukturellen Ausdruck nicht nur in Zungenimpressionen zeigen, sondern evtl. auch in einem anterioren oder lateral offenen Biss. Ein geringer Sprechabstand geht häufig mit einem hohen Muskeltonus einher, eine einseitig

### 4. Therapy is based on ratio

Therapie ist rationales Handeln.

### Erfahrungen und Erkenntnisse für die Funktionsdiagnostik

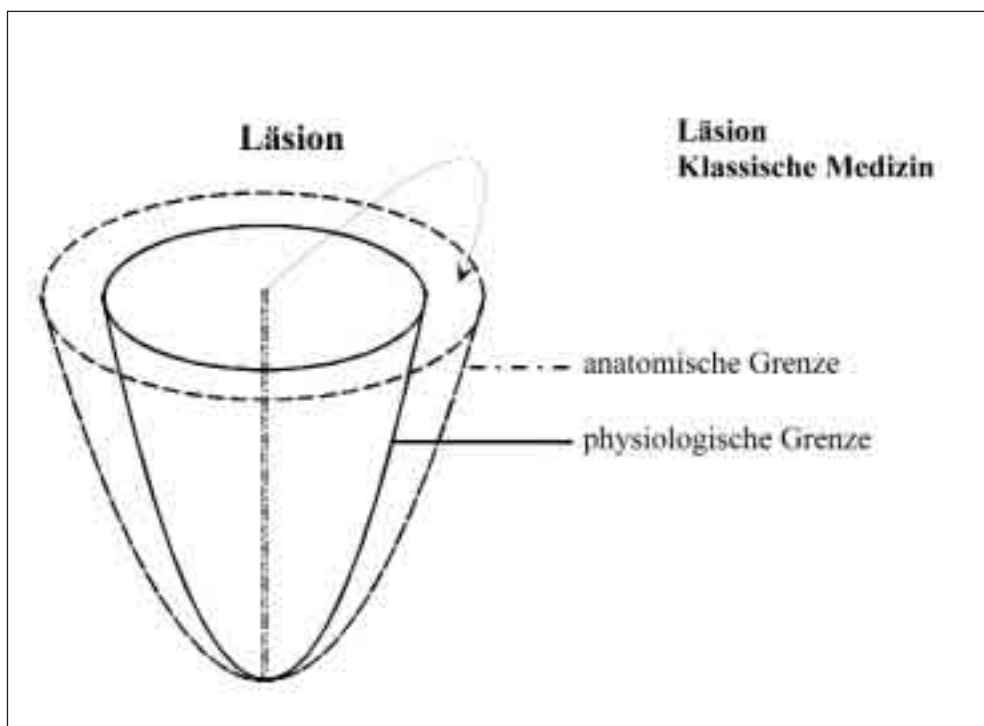
Eine Kollegin, die im Z5 – Kurs sich netterweise als Demo-Patientin zum Thema hypnotherapeutischer Umgang mit Bruxismus zur Verfügung stellte, brachte sehr schöne, dimensionsgenaue und mit Superhartgips ausgegossene Situationsmodelle zum Kurs mit. Wie in den DGZH-Mitteilungen vom Mai 2003 beschrieben, sollte ja vor jeder hypnotherapeutischen Myoarthropathiebehandlung eine klinische und instrumentelle Funktionsdiagnostik stehen.

Die Kollegin litt unter massiven Schmerzen im gesamten oberen funktionellen Dreieck. Eine kurze klinische Untersuchung der habituellen Occlusion ergab gleichmäßige Kontakte im Bereich aller Molaren und Prämolaren. Sie selbst führte ihr Beschwerdebild auf Bruxismus zurück.

Die unter Punkt 3 angesprochene Modellanalyse ergab deutliche Abrasions- und Schlißflächen an den Eckzähnen und in der Front. Eigenartigerweise ließen sich diese aus der momentanen Situation in keiner Weise erklären.

Die chronologische Anamnese ergab folgende Krankengeschichte:

Die Patientin war auf Grund von Schmerzen nach einer Funktionsdiagnostik in der habituellen Occlusion eingeschliffen worden. Danach



findet. Die Kaufläche selbst mit ihren Schlißfacetten, Abrasionen und allen sonstigen strukturellen Veränderungen spiegelt ein exakt nachzuvollziehendes Muster, sozusagen eine sichtbare Gravur der Funktion des gesamten Kausystems wieder. (Diese Befundung der Funktion erfordert natürlich sorgsam erstellte dimensionsgenaue Modelle). Gleichzeitig sollten sich die in der Occlusion gefundenen Funktionsflächen in den Strukturen der umliegenden Gewebe

eingeschränkte Laterotrusion ist oft ganz einfach mit einer Elongation eines Zahnes auf der kontralateralen Seite zu erklären.

Werden nun alle 3 vorab dargestellten und besprochenen Schlüsselprinzipien respektiert, ergibt sich daraus der 4. osteopathische Grundsatz:

war sie symptom- und beschwerdefrei. Anschließend wurde eine neue prothetische Planung durchgeführt, die in jedem Quadrant einige Zähne zur Neuversorgung vorsah. Die Zuordnung der Oberkiefer- und Unterkiefermodelle erfolgte in zentrischer Relation. Da aber die habituelle Bisslage auf Grund der prothetischen Planung überhaupt nicht aufgehoben war, kam es bei der Eingliederung der Kronen zu einer massiven Bisslagenverschiebung, die Kronen waren durchwegs zu hoch und mussten daraufhin im Mund massiv eingeschliffen werden.

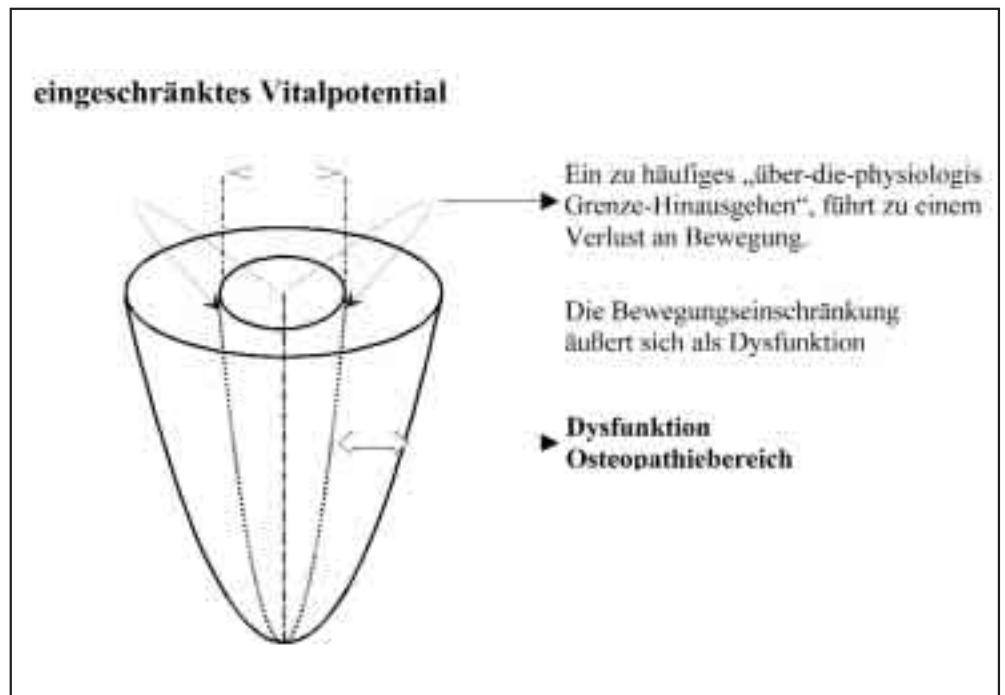
Dieser Fallbericht soll verdeutlichen, dass auch ganz am Ende einer Kette von richtig aufgenommenen Befunden ein „Denkfehler“ in der zahnärztlichen Planung eine massive Symptomatik auslösen kann.

Bringe ich alle diese Beobachtungen zusammen, so ergeben sich für mich daraus einige grundsätzliche Erkenntnisse für eine

### **lösungsorientierte Funktionsdiagnostik**

- Chronologische Anamnese, klinische und instrumentelle Befunderhebung müssen wertungsfrei, „nicht-manipulativ“ erfasst werden.

Sie müssen innerhalb der physiologischen Grenze des Patienten erhoben werden und stellen damit eine Befundung seines ihm zum Zeitpunkt der Untersuchung verfügbaren Vitalpotentials dar. Unter diesem Aspekt ist eine manuelle Funktionsdiagnostik kritisch zu bewerten, die mit manipulativen Handgriffen den Patienten in Extrempositionen zwingt. Sie unterliegt zudem einem



nicht wirklich messbaren Druck, den der Behandler ausübt und der vom Untersucher und nicht vom Patienten abhängt. Ich persönlich bevorzuge heute immer noch ein modifiziertes Befundblatt nach Krough-Paulsen, das es mir ermöglicht, alle möglichen objektiv gemessenen Bewegungsparameter wie Öffnungs-, Protrusions-, und Laterotrusionswerte zusammenzusetzen mit sanft palperten Muskelbefunden des gesamten Kopf-Schulter-Nackensbereiches. Zudem werden in diesem Befundbogen viele strukturbeeinflussende Parameter erhoben, z.B. Schliffacetten, Sprechabstand, Zungenhabits etc. .

- Die erhobenen Befunde sollten unter dem Grundsatz der gegenseitigen Beeinflussung von Struktur und Funktion rational erklärbar sein.

Das objektive Zusammensetzen aller Befunde muss einen logisch-rationa-

len Struktur-Funktions-Zusammenhang ergeben. Dieser kann dem Patienten sehr gut erklärt und demonstriert werden. So sitzt der Patient zur Auswertung der klinischen und instrumentellen FAL neben mir und ich erkläre ihm seine Problematik aus einer Gesamtschau seiner multifaktorellen Befunde heraus. Dieses Verstehen führt in der Regel beim Patienten nicht nur zu einer Defokussierung und damit zur Schmerzreduktion, sondern auch zu einer hohen Compliance für alle folgenden therapeutischen Schritte.

- Die funktionsdiagnostisch erhobenen Befunde sollten sich zusammen mit dem vorhandenen Zahnbefund und den Wünschen des Patienten in einer konkreten prothetischen Planung widerspiegeln.

Nach der Befundung lassen sich aus der Einschätzung der Gesamtsituation z.B. folgende Fragen eindeutig beantworten:

- Rekonstruktion in habitueller oder in zentrischer Relation?
- Schiene ja oder nein?
- Kann ich zahnärztlich beginnen oder muss der Patient erst osteopathisch vorbehandelt werden?

Dabei hat meine intensive Zusammenarbeit mit Osteopathen gezeigt, dass bei einem schmerzhaften Befund des Kiefergelenkes die Diskrepanz zwischen habitueller Bisslage und Zentrik als Maß für die Kompensationsfähigkeit des Patienten dienen kann. Viele gemeinsam behandelte Patientenfälle zeigten immer wieder:

Patienten mit einer großen Diskrepanz zeigten schnellen und zügigen Heilungsverlauf, in dem oft nur 2 - 3 osteopathische Behandlungen nötig waren. Patienten, die nur eine sehr kleine Diskrepanz aufwiesen, erforderten einen wesentlich größeren und umfassenderen therapeutischen Ansatz.

- Zentrik wird maßgeblich bestimmt durch die myofasziale Spannung im oberen funktionellen Dreieck.

Damit können Rekonstruktionen in Zentrik immer dann prothetisch erfolgreich durchgeführt werden, wenn der Patient muskulär entspannt ist und keine fixierten fascialen Züge Einfluss auf das Kiefergelenk haben. Unter diesen Umständen ist eine Zentrik auch reproduzierbar. Werden die Bewegungseinschränkungen vor einer prothetischen Restauration in Zentrik nicht gelöst, besteht die Gefahr, dass die zahnärztliche Restauration über die Occlusion die Dysfunktion manifestiert und der Patient trotz osteopathischer Behandlung nicht mehr aus

seiner Dysfunktion = Bewegungseinschränkung herausfindet.

### Der Einfluss der Hypnose

Mit dem Kennenlernen der osteopathischen Grundideen kam ich immer wieder direkt oder indirekt in Kontakt mit zentralen Erickson'schen Ideen und Grundprinzipien der Hypnose.

- Osteopathen fühlen mit ihren Händen und scheinen dann an ihren Händen „Augen und Ohren“ zu bekommen.
- Sie legen großen Wert auf eine chronologische Anamnese.
- Sie hören „wertungsfrei“ zu und sie lassen sich nicht auf eine „Diagnose“ festlegen, sondern sie erheben Befunde und setzen diese in einen individuellen Kontext.
- Sie helfen dem Körper seine freie Beweglichkeit wieder zu finden, folgen mit ihren Händen den Spannungen und Restriktionen. Hypnotisch gesprochen machen Sie ein perfektes „Pacing“ des Körpers, je besser ihr „Pacing“ ist, umso schneller finden Sie den Ort der Bewegungseinschränkung. Dort angekommen verweilen sie und warten entweder auf „minimal cues“ zur Befreiung der Struktur, oder machen ein kleines „Leading“ in die freie Richtung.

### Zusammenfassung

Bringe ich nun die vorab entwickelten Gedankenansätze zusammen mit dem was ich von meinen drei großen Lehrern (Erickson, Sutherland und Gutowski) gelernt habe: Sutherland (Osteopathie) und Erik-

kson (Hypnose) gehen davon aus, dass die Lösung im Patienten liegt: im Körper (Sutherland) oder im Inneren, im Unbewussten (Erickson). Beide gehen davon aus, dass

- der Patient einen Therapeuten nur als Werkzeug braucht, um sich wieder selbst zu regulieren.
- Dabei hilft der Therapeut umso besser, je weniger er stört.
- Ein perfektes, wertungsfreies PACING erlaubt dem Patienten schnell seine Mitte zu finden.
- Hat er sich in seiner Mitte gefunden, ist dieser Zustand, solange keine störenden körperlichen Einflüsse da sind, verankerbar und durch die Tendenz, immer wieder in die Mitte zurück zukommen, damit auch reproduzierbar.

Prothetische Rekonstruktionen sollten deshalb ebenfalls dem Anspruch genügen „nicht zu stören“. Das Konzept von Alexander Gutowski bietet dafür eine solide Basis. Es kann besonders gut verwandt werden, wenn man es mit einem wirklichen Verständnis kombiniert, wann und wie eine nicht manipulativ genommene Zentrik in einer prothetischen Restauration eingesetzt werden sollte.

Die folgende Photodokumentation zeigt, wie eine Kombination von hypnotischen Techniken zusammen mit einem Entspannungsgriff am os frontale eine schnelle und reproduzierbare Zentriknahme erlaubt.