

WABASKA – Die Kraft aus der Mitte

Die Mitte hat immer etwas mit Balance zu tun, etwas mit Ausgewogenheit und mit der Kunst des Gebens und Nehmens. In den Anfängen meiner Berufszeit wurde in der Rehabilitation das oft weitläufig bekannte Aufzugprinzip, das Fahrstuhlfahren, intensiv trainiert. Es wurde also ein initiales Kommando des Therapeuten als Impuls genutzt, um ein Muskelgeflecht zu aktivieren, das tiefer im Körperinneren verborgen liegt als die meisten anderen Skelettmuskeln – der Beckenboden. Die anatomischen Gegebenheiten über die Muskelfaserzusammensetzung sagen aus, dass ein Großteil der Faseranteile tonisch, also langsam zuckend aktiv sind (Gilpin 1989; Swash 1992; Gosling 1981).

Die Verteilung liegt je nach Bereich des Levator ani bei ca. 80% zu Gunsten der langsam zuckenden Muskulatur. Kann ein Kommando so langsam gedacht werden, dass es eine langsam zuckende Muskelphase anspricht oder sind vielleicht die posturalen Reflexe aus den Gelenkrezeptoren eher dazu in der Lage?

Wenn man die Funktion des Beckenbodens genauer betrachtet, wird über einen Großteil des Tages das Becken gegen Schwerkrafteinflüsse stabilisiert, die Blase mit zunehmender Füllung getragen und eine erhöhte Reaktion gefordert, wenn abdominale Druckspitzen z. B. beim Niesen, Husten, Tragen, Heben und Lachen entstehen. Alle diese Muskelaktivitäten sind getriggert durch die Mechanorezeptoren der Gelenkkapsel in der Beinachse, besonders der Füße und im Bereich des Iliosacralgelenks, der Information aus den verankernden Bändern der Blase und den Ankerligamenten des Muskels selbst.

Wenn ein Fremd- oder Eigenreflex stattfindet, ist er nicht willentlich zu beeinflussen. Die Reaktion aus den Dehnungs- und Zugrezeptoren stellt genau ein solches Prozedere dar. Das Kommando „Ziehen Sie jetzt bitte Ihren Beckenbodenmuskelaufzug in den 3. Stock“, ist aber ein willentlicher Prozess, der in diese Steuerkreise kaum oder gar nicht eingreifen kann. Die Beobachtung der Wahrnehmung, der Anbindung des Beckenbodens, zeigt in den Untersuchungen sogar immer wieder, dass die Patienten zum einen ein solches Kommando nicht umsetzen können, vor allem nicht, wenn sie zu der Gruppe der Inkontinenten zählen. 30% der Frauen können selbst nach sorgfältiger Anleitung nicht korrekt den Beckenboden kontrahieren (Benvenuti et al. 1987, Bø et al. 1988, Bump et al. 1991). 49% konn-

ten nach erster verbaler Aufforderung keine wirkliche Kontraktion hervorrufen. Wie kann der Muskel nun wieder reorganisiert in den Bewegungsplan integriert werden? Eine Wahrnehmung ist dabei sicherlich von Nöten, aber eine wertfreie, die ein Erspüren abverlangt, auf die Schwerkraft und Beinachsenwirkung eingeht und auf eine freilassende Art und Weise den Muskelbereich für die Interessierten erschließt.

Was in meinem Infofilm auf Youtube zum Thema Wahrnehmung gezeigt wird, ist die integrierte Arbeit mit den Sitzbeinknochen (Abb. 1), den „kleinen Füßen“, auf denen wir im Sitz unsere Belastung nach unten übertragen. Ein einfacher Test ist das Erspüren der Balance von beiden Seiten und der Ver-

gleich zu dem Moment, in dem ein Bein sich im Sitz vom Boden löst. In der normalen Sitzposition sollte die Lastenverteilung gleichstark auf beiden Seiten ruhen, die Haltung würde aufrecht sein, um die optimale Vordehnung aus den Muskelspindeln des Beckenbodens zu erreichen, und der Fußkontakt sollte fest auf dem Boden verankert werden.

Im Vergleich mit einem in sich zusammengesunkenem Sitz (Abb. 2) nimmt der Teilnehmer vielleicht schon einen Spannungsunterschied wahr. Es ist aber zu beachten, wie wenig Körpergefühl viele Menschen heutzutage mitbringen, und das noch gepaart mit einer weit verbreiteten Unruhe. Trotz alledem ist es vielen möglich, sich auch über diesen indirekten Weg der Arbeit des Muskels zu nähern, um dann darauf aufbauend über den einseitigen Beinhub auf das Thema eingehen zu können (Abb. 3). Stabilität und Haltung sollten im Vordergrund stehen.

Um auf das bereits erwähnte Geben und Nehmen zurückzukommen: Um die stabilisierenden Einflüsse des Körpers zu aktivieren, braucht es immer einen Hebel und die Schwerkraft. Der Impuls des Gebens stellt den Hebel des sich leicht vom Boden abge-



Abb. 1



Abb. 2

hobene Beines dar. Der Gedanke des Nehmens findet sich in der aktiven Verankerung der Gegenseite wieder. Wenn der Beinhub rechts stattfindet, würde ohne den stabilisierenden Einfluss des Beckenbodens besonders links ein Kontrollverlust durch Anheben des Sitzbeines des angehobenen Beines stattfinden. Der Übungsauftrag sollte demnach darauf aufbauen, das Sitzbein und den Fuß, also die gesamte Beinachse der Gegenseite, so zu verankern, um sich die nötige Stabilität im Becken geben zu können und für eine reaktive Muskularbeit zu sorgen.

Besonders im Bereich des Beckenbodens stellt die Vielseitigkeit der alltäglichen Einflüsse eine besondere Herausforderung dar. Nicht nur die starke Zusammenarbeit mit der Atmung (Rock 1999, 2000), sondern auch die Verankerung kann einen gravierenden Einfluß auf die Muskelaktivität haben. Neben dem Transversus abdomines ist nur der Iliococygeus des Levator ani an einem anderem Muskel und nicht, wie sonst üblich, am Knochen verankert. Somit kann er sich auch nicht auf den stabilen Halt des Knochens verlassen.

Jeder kennt das typische Bild beim Drang der Blase: Die Beinachse wird in die X-Beinstellung gebracht, das gesamte Bein wird übertrieben nach innen rotiert, und die Kniegelenke werden zusammengedrückt. Dieses Manöver verursacht zwangsweise eine Spannungserhöhung im Verbindungs-



Abb. 3



Abb. 4

bereich zwischen M. obteratorius und M. levator ani. Diesem Bereich fällt im Sinne der Beweglichkeitsförderung eine Schlüsselrolle zu. Nicht nur der für die Wahrnehmung so wichtige N. pudendus führt dort vorbei und kann bei Spannungsstörungen des Muskels irritiert werden, sondern auch die Gefäßversorgung für den Beckenbodenmuskulbereich mündet über diesen Kanal in den Beckenboden und kann so zu Mangelversorgung und Leistungseinbruch führen. Die Einflußvarianz ist also aus dem Bereich des Obteratorius internus groß und sollte unbedingt bei einer adäquaten Beckenbodentherapie im Sinne der Beweglichkeitsförderung einfließen (Bort/Martin 2003). Eine Übung, die sich gut bewährt hat, ist das in Rückenlage durchzuführende einseitige nach Innen-fallen-Lassen der angestellten Seite. Nach gut 30–60 Sekunden Verweildauer erleben die Übenden häufig eine Längengefühl der Beine und ein entspanntes Gefühl der Becken-Lenden-Hüftregion (Abb. 4). Viele Ausdauerprobleme wegen mangelnder Blutzirkulation, eingeschränkter Innervation oder ungünstiger Hebelwirkung können so ursächlich angegangen werden.

Wenn dann der Patient bzw. Interessierte diese Hürden genommen hat, ist ein strukturierter Trainingsplan mit den Trainingszielen Ausdauerstabilisierung oder -verbesserung, Schnelligkeitstraining auch und besonders im alltäglichen Umgang beim Niesen, Husten oder Lachen und eine Auswahl an Kraftübungen, die nach einer klar definierten Zeit zu einer subjektiv wahrnehmbaren Anstrengung führen, zu denken. Das Interessante an therapeutischen Aussagen ist die so freilassende Art, Aussagen zu treffen. Ein Trainer würde einem Athleten in der Vorbereitung zur Leistungsver-

besserung für eine Olympiade nie sagen: „Trainiere oft und wann du willst“. Ein Arzt würde eine Packung Antibiotika auch nicht unter der Maßgabe überreichen: „Nehmen Sie die Tabletten bitte zu sich, wie es Ihnen passt“. Die von mir gemachten Erfahrungen fließen in die Trainingsgestaltung mit ein und zielen darauf ab, nach wissenschaftlichen Grundsätzen des präventiven Muskelaufbautrainings zu arbeiten. Ist eine Übung gewählt, in der die Haltedauer kürzer als 2 min möglich ist, so steigt die lokale Spannung über die durchblutungserhaltende Spannung, was zur Folge hat, dass zum Anfang eines Traqiningsprozesses eine Auswahl an Varianten genutzt werden sollte, die länger möglich sind. Der Gedanke, erst einmal die Revaskularisierung und gesteigerte lokale Versorgung neu zu organisieren und mit Übungen zu arbeiten, die mindesten 120 Sekunden möglich sind, kommt dieser Zielsetzung als Trainingsbeginn am nächsten.

Bei dem Modul des Schnelligkeitsgewinns ist der Feldenkrais-Ansatz sehr hilfreich. Eine Bewegung mit den verschiedensten Durchführungsvarianten sich zu erarbeiten, nutzt eine große Bandbreite an Nervenbahnen, die dann im Moment des plötzlichen Einsatzes geschult sind und genutzt werden können.

Als der für mich am spannensten durchzuführende Trainingspart gilt das Krafteraining. Bei Übungen, die 20mal oder öfter nacheinander durchgeführt werden, kann man nicht um von Krafttraining sprechen. Eine Serie, die 3mal durchgeführt werden kann, und immer nach 8 bis 12 Wiederholung zum Erfolg, also zur subjektiv empfundenen Anstrengung führt, ist in der An-

wendung am erfolgsversprechendsten (Bø et al. 2000).

Die Kunst ist es also, aus einer stabilen Mitte heraus zu üben, weiterzuatmen und den Bezug zum Alltag herzustellen. All diese Inhalte habe ich in dem WABASKA®-Vermittlungsprinzip vereint. Die Idee steht dahinter es, durch ein Kunstwort die Abfolge darzustellen, einen Trainingsprozess angehen und begleiten zu können. WABASKA steht hierbei für eine abwechslungsreiche Abfolge, die mit Wahrnehmung, Atmung und Beweglichkeit den Einstieg in das Beckenbodentraining erleichtert und mit den weiteren Inhalten Ausdauer-, Schnelligkeits- und Krafttraining auf eine vielfältige Anregung der Muskulatur des Beckenbodens abzielen und die Integration in den Alltag (Abb. 5) mit einschließt.



Robert Häusler
Stadweg 39
21684 Stade