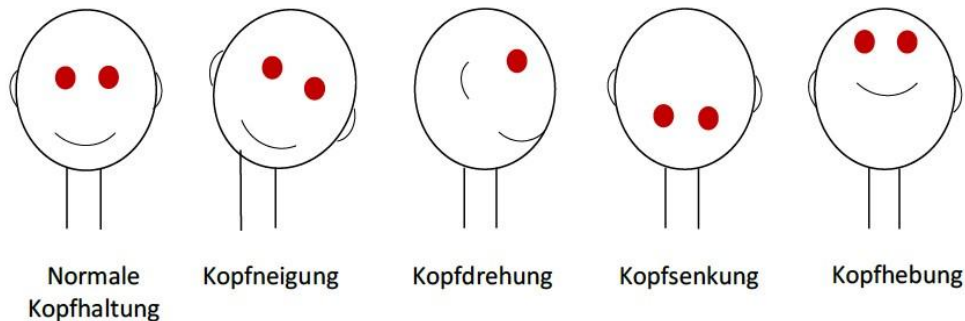


## Anomale Kopfhaltungen

Eine auffällige anomale Kopfhaltung kann diverse Ursachen haben, wie z. B. Wirbelsäulenveränderungen, Muskelveränderungen im Hals- und Nackenbereich, fehlergerichtetete Weiterleitungen von Reizen an die Nerven und Muskeln oder kann auch psychogen bedingt sein. Allerdings kann eine anomale Kopfhaltung auch durch verschiedene Augenerkrankungen verursacht werden. Diese werden als „**Kopfzwangshaltung**“ bezeichnet, anomale Kopfhaltungen anderer Ursache werden „Kopffehlerhaltung“ genannt.

Anomale Kopfhaltungen können als eine Kopfwendung zur Seite, eine Kopfneigung nach rechts oder links und eine Kopfsenkung bzw. -senkung jeweils alleine oder kombiniert auftreten.



Ursachen für eine „augenbedingte“ **Kopfzwangshaltung** können folgende sein:

- **Vermeidung von Doppelbildern:**

Angeborene oder erworbene **Augenbewegungsstörungen** eines oder beider Augen können Doppelsehen verursachen. Teilweise ist es möglich, durch Einnahme einer Kopfzwangshaltung die Augen in einen doppelbildfreien Bereich zu bringen. In Einzelfällen wird der Kopf in einer extremen Position gehalten, so dass das Doppelbild z. B. durch den Nasenrücken, den Brillensteg oder Haare verdeckt wird.

Andere Augenbewegungsstörungen verursachen beim Blick geradeaus sehr eng beieinander stehende Doppelbilder. In diesem Fall ist es für die Patienten sehr schwer, zwischen dem realen Bild und dem Doppelbild zu unterscheiden.

Die Einnahme einer Kopfzwangshaltung, die den **Abstand der Doppelbilder** vergrößert, kann dazu führen, dass es leichter wird, das Doppelbild zu „ignorieren“.

- **Verbesserung der Sehschärfe**

Trägt der Patient eine Brille, deren **Gläser nicht korrekt** bestimmt, angepasst oder eingeschliffen wurden, nimmt dieser unter Umständen ebenfalls eine Kopfzwangshaltung ein, um seine Sehschärfe zu verbessern.

- Leidet ein Patient an einer angeborenen oder erworbenen **Augenmuskellähmung** an seinem sog. „führenden Auge“, wird eine kompensatorische Kopfwangshaltung eingenommen, um eine bessere Sehschärfe zu erreichen und um sich besser im freien Raum orientieren zu können.
- **Gesichtsfelddefekte eines oder beider Augen** im Sinne einer Sehbahn-schädigung sowie organische Erkrankungen des Auges rufen teilweise ebenfalls Kopfwangshaltungen hervor, mit der Absicht, die Sehschärfe damit zu verbessern.
- Bei **frühkindlichem Innenschielen** mit großem Schielwinkel kann man meist eine Kopfwendung zu der Seite des Auges beobachten, mit dem das Kind gerade ein Objekt anschaut. Es können aber auch andere Kopfwangshaltungen auftreten.
- Patienten mit **Augenzittern** (Nystagmus) nutzen eine sog. „Neutralzone“, also den Bereich, in dem die Augen nur noch ganz wenig „zittern“, um ihre Sehschärfe zu verbessern.
- In Fällen von angeborenen oder erworbenen **Lidfehlstellungen** (z. B. hängendes Oberlid) wird ebenfalls eine anomale Kopfhaltung eingenommen, meist im Sinne einer Kinnhebung, um das Sehen mit beiden Augen gleichzeitig zu ermöglichen.

Eine **augenbedingte Kopfwangshaltung** sollte keinesfalls physiotherapeutisch „wegtrainiert“ werden, sondern eine ausführliche augenärztlich-orthoptische Diagnostik erhalten, um dann weiterführend interdisziplinär behandelt werden zu können.