

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

FRONTO-TEMPORALE DEMENZ (MORBUS PICK)

Seltene, aber folgenreiche Demenz-Form: Diagnose – Ursachen – Behandlungsmöglichkeiten

Die Demenz ist nicht umsonst ein allseits gefürchteter „Abschluss unseres Lebens“. Dabei gibt es auch noch verschiedene Formen mit unterschiedlichen Leidens-Schwerpunkten – auch für das jeweilige Umfeld. Eine davon, nämlich die *fronto-temporale Demenz*, früher Morbus Pick genannt, ist in der Allgemeinheit weitgehend unbekannt. Dort geht es nicht so sehr um die geistigen Einbußen, die aber ebenfalls zu ertragen sind, dort irritieren vor allem Sprachstörungen und auffällige Verhaltensweisen. Dabei nicht nur impulsives, unbedachtes oder rücksichtsloses Benehmen, sondern das, was man früher als „Verlust von Manieren und Anstand“ bezeichnete. Kein Wunder, dass eine solche – zuerst einmal lange unerkannte - Krankheit Unverständnis, Erstaunen, schließlich Ärger und entsprechende Gegenreaktionen auslöst. Was alles noch schlimmer macht.

Nachfolgend deshalb eine allerdings eher fach-orientierte Übersicht, aus der jedoch trotzdem die wichtigsten Erkenntnisse für den Alltag ersichtlich sind. Und einige therapeutische Hinweise, notgedrungen begrenzt, aber als Hinweis nutzbar.

Erwähnte Fachbegriffe:

Demenz – fronto-temporale Demenz – Morbus Pick – Pick'sche Krankheit – Alzheimer-Krankheit – vaskuläre Demenz – Parkinson-Demenz – weitere Demenz-Ursachen – frontale Verhaltens-Varianten – primär progressive Aphasien – Stirnhirn-Veränderungen – Frontalhirn-Veränderungen – Schläfenlappen-Veränderungen – Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz – Verhaltensauffälligkeiten bei fronto-temporaler Demenz – Häufigkeit von fronto-temporaler Demenz – Ursachen der fronto-temporalen Demenz – Beschwerdebild der fronto-temporalen Demenz – Apathie bei Demenz – Gefühlslosigkeit bei De-

menz – Haushalts-Vernachlässigung bei Demenz – Körperhygiene bei Demenz – Verlust von Anstand und Manieren bei Demenz – Dishabition bei Demenz – zwanghaft-ritualisierte Verhaltensmuster bei Demenz – orale Automatismen bei Demenz – Handlungs-Rituale bei Demenz – Vermüllungsgefahr bei Demenz – Hyperoralität bei Demenz – abstoßendes Ess-Verhalten bei Demenz – Ess-Orgien bei Demenz – geistige Defizite bei Demenz – sprachliche Auffälligkeiten bei Demenz – progressive nicht-flüssige Aphasie – logopenische progressive Aphasie – semantische Demenz bei einer primär progressiven Aphasie – fronto-temporale Demenz durch andere Krankheiten – Therapie-Empfehlungen bei fronto-temporaler Demenz (Antidepressiva, Antipsychotika, Antioxidanzien, Antikonvulsiva u. a.) – nicht-medikamentöse Behandlungsempfehlungen bei fronto-temporaler Demenz (Aufklärung, logopädische Therapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Wohnungs-Anpassung, Verkehrs-Hinweise, Betreuung u. a.) – u.a.m.

Wir werden immer älter, aber das hat auch seinen Preis. Dieser Satz – eine alte Erkenntnis – findet sich in den Ausführungen dieser Serie mehrfach. Die Gründe sind bekannt. Körperliche, seelische und damit psychosoziale und nicht zuletzt geistige Einbußen: je älter, desto eher. Manche aber auch erstaunlich früh, wobei früh mit den heutigen Maßstäben gemessen wird. Denn noch zu Bismarcks Zeiten, also vor rund hundert Jahren, lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Hälfte der Zeit, die heute zu erwarten ist (d. h. damals etwa 40, heute über 80 Jahre). Was - nebenbei bemerkt - auch mehr oder weniger als selbstverständlich erwartet wird. Doch das hat eben seinen Preis.

Einer davon sind die Demenz-Erkrankungen. Die gab es zwar schon immer, aber bei begrenzter Lebenserwartung natürlich auch deutlich seltener als heute. Außerdem unterscheidet die Wissenschaft inzwischen viel genauer zwischen einzelnen Demenz-Formen. Das mag der Allgemeinheit nicht so bedeutsam erscheinen, für die Betroffenen und ihre Angehörigen aber kann das entscheidend sein, nämlich die rechtzeitige Differenzierung: beispielsweise in die bekannteste Demenz-Form, nämlich die Alzheimer-Demenz; aber auch in die Lewy-Körper-Krankheit, die dementielle Entwicklung bei Parkinson sowie bei cerebro-vaskulären Krankheiten verschiedener Ursache (also durchblutungsbedingt). Und die fronto-temporale Demenz, früher Morbus Pick genannt.

Einzelheiten zu diesen Leiden siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Nachfolgend deshalb eine etwas fachlicher gefasste Darstellung jener Demenz-Form, die ggf. noch mehr Aufsehen erregen und Belastungen jeglicher Art auslösen kann wie die übrigen Formen des früheren „Alters-Schwachsinn“. Grundlage ist der Fachartikel: *Fronto-temporale Demenzen* in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 1 (2013) 20 der Professoren Dr. K. Witt, G. Deuschl und T. Bartsch von der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Im Einzelnen:

Begriff

Der *Begriff Demenz* kommt vom lat.: *de* = Wortteil mit der Bedeutung weg, ab, herab sowie *mens* = Denkvermögen, Verstand, Vernunft.

Bei dem Fachbegriff *fronto-temporale Demenz* geht es um die frontalen und temporalen Gehirn-Teile vom lat.: *frontalis* = in diesem Fall das Stirnhirn sowie um lat.: *temporalis* = das Schläfenhirn betreffend.

Definition und Klassifikation

Bei der *Definition* und *Klassifikation* der Demenzen generell handelt es sich um den erworbenen (also nicht angeborenen) Abbau intellektueller Funktionen oder Leistungen. Oder vereinfacht ausgedrückt: ein zunehmendes und im Wesentlichen unaufhaltsames Hirnversagen. Betroffen sind aber nicht die für die vegetativen Funktionen lebensnotwendigen Teile des Gehirns (z. B. Atmung oder Kreislauf), sondern jene Regionen, die die höheren geistigen Funktionen, also verkürzt ausgedrückt: das Denken ausmachen.

Die *Folgen* sind ein fortschreitendes Nachlassen von Gedächtnis, Orientierung, Erkennen, schließlich auch von Erlebnisfähigkeit, Interessen-Umfang, Gefühl, Kritikfähigkeit und zuletzt eine Wesensänderung (z. B. Vergröberung entsprechender Charakter-Eigenschaften). Im Endzustand drohen sogar einschneidende körperliche Behinderungen, z. B. Verlust der Kontrolle über Blasen- und Mastdarmfunktion, neurologische Ausfälle u. a.

Unterteilt werden die Demenzen heute in *primäre* oder *primär degenerative Demenzen*, d. h. die am häufigsten vorkommende Alzheimer-Krankheit sowie die früher so genannte Pick-Krankheit (siehe später). Außerdem in *sekundäre Demenzformen*, die auf verschiedene Grundkrankheiten zurückgehen. Beispiele: Gefäßkrankheiten (vaskuläre Demenz), Parkinson-Krankheit (neurologisches Leiden mit möglichen Demenz-Folgen), Tumore und andere raumfordernde Prozesse, Kopfverletzungen, Autoimmun-Krankheiten, entzündliche Leiden sowie mehrere Dutzend weiterer Krankheits-Ursachen, die eine Demenz nach sich ziehen können.

Die fronto-temporalen Demenzen, um die es hier geht, hießen früher Morbus (lat.: Krankheit) Pick oder Pick'sche Krankheit. Der Neurologe Professor Dr. Arnold Pick beschrieb nämlich 1892 den ersten Fall einer solchen fronto-temporalen Demenz, später von weiteren Kasuistiken gefolgt. Damit wäre also die Pick'sche Krankheit die erste wissenschaftliche Beschreibung, denn erst einige Jahre später folgte Professor Dr. Alois Alzheimer mit der nach ihm benannten Alzheimer-Demenz. Und fast hundert Jahre später, nämlich in den 1980-er Jahre differenzierte man schließlich die fronto-temporale Demenz noch weiter, vor allem durch ein krankhaftes Sprachverhalten charakterisiert.

Heutige klinische Klassifikation

Heute werden die fronto-temporalen Demenzen vor allem in zwei große Gruppen aufgeteilt:

- Zum einen die *frontale* oder *Verhaltens-Variante* (also insbesondere das auffällige Verhalten beschreibend),
- zum anderen die so genannten *primär progressiven Aphasien* mit Verlust des Sprachvermögens, die in Expertenkreisen noch einmal in eine progressive nicht flüssige Aphasie, eine logopenische progressive Aphasie und eine semantische Demenz unterteilt werden (Einzelheiten siehe später bzw. die entsprechende Fachliteratur).

Eines ist auf jeden Fall schon durch diese Fachbegriffe deutlich geworden: Kern-Symptome sind nicht nur ein schleichender Beginn mit langsamem Vorschreiten der wichtigsten Krankheitszeichen, sondern auffällige Störungen im Bereich des Verhaltens bzw. der Sprache. Dabei gibt es allerdings erhebliche Überschneidungen, und zwar nicht nur beim offensichtlichen Beschwerdebild, sondern auch was die anatomischen Orte der Degeneration (also des Abbaus von Hirngewebe) anbelangt, und zwar frontal (Stirnhirn) und/oder temporal (Schläfenlappen). Und natürlich bei den so genannten histo-pathologischen Merkmalen, d. h. den objektivierbaren krankhaften Gewebestrukturen in der jeweiligen Hirnregion.

Häufigkeit – Geschlecht – Überlebenszeit – Risikofaktoren

Der Begriff „Demenz“ ist inzwischen in unserer Zeit und Gesellschaft zu einem Schreckenswort geworden. Beängstigende seelische Störungen gab es aber schon immer, je nach Zeit und Gesellschaft (d. h. sogar in Mitteleuropa statistisch unterschiedlich). So irritierten beispielsweise in der zweiten Hälfte des vergangenen 20. Jahrhunderts zuerst vor allem die Rauschdrogenwelle, dann die Depressionen, gefolgt von den Angststörungen, derzeit noch immer das Burnout-Syndrom – und heute die Demenz. Dass gerade letztere – rein statistisch gesehen – kein Grund zur Unruhe sein muss, jedenfalls für die meisten älteren Bundesbürger mit ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung, zeigt die Statistik. Denn erst bei den Hochaltrigen, also 90 Jahre und älter, sind es dann in der Tat ein Drittel dieser Altersstufe. Aber dieses Alter muss man auch erst einmal erreichen, um dann doch in der Mehrzahl dieser Fälle keine Demenz – zumindest im fortgeschrittenen Stadium – erdulden zu müssen. Oder um es noch einmal auf einen tröstlichen Punkt zu bringen: In den ersten zehn Jahren nach dem Renten-Eintritt sind 97 bis 99% der Bevölkerung *nicht* bedroht.

- Was die so genannte *Prävalenz (Häufigkeit)* der Demenzen anbelangt, so unterliegen sie großen Schwankungen, je nach Untersuchungsmethode bzw. gar untersuchter Population (z. B. neurologische, psychiatrische, geriatrische

Patienten oder entsprechende Stichproben der Bevölkerung). Deshalb schwanken letztlich auch die Angaben zwischen vier und 15/100.000 Personen. Etwa zwei Drittel dieser Patienten haben die erwähnte Alzheimer-Demenz.

Mit einer fronto-temporalen Demenz sind „nur“ 5 bis 7% aller Demenzformen belastet. Dreiviertel davon aber zeigen einen so genannten präsenilen Beginn mit entsprechender Erst-Symptomatik bereits zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr. Das ist dann allerdings eine ungewöhnliche Belastung, selbst für dementielle Entwicklungen. Und es erklärt auch den Umstand, warum Patienten mit einer fronto-temporalen Demenz deutlich früher in ärztliche Behandlung, ja in Spezial-Sprechstunden kommen als alle anderen Demenz-Betroffenen.

Wie erwähnt unterteilen sich die fronto-temporalen Demenzen, und zwar in 57% der Betroffenen mit Verhaltens-Auffälligkeiten (Fachbegriff: frontale oder Verhaltensvariante) sowie in 43% primär progressive Aphasien.

- Beide *Geschlechter* scheinen gleich häufig betroffen zu sein.
- Die durchschnittliche *Überlebenszeit* bei der frontalen bzw. Verhaltens-Variante liegt zwischen zwei bis 20 Jahren (Durchschnitt: acht Jahre), bei der sprach-belasteten Form zwischen drei und 15 Jahren.
- Jeder Zweite dieser Patienten hat eine so genannte *positive Familien-Anamnese*, d. h. einen entsprechenden Fall im direkten erblichen Umfeld.
- *Weitere Risikofaktoren* ließen sich für diese Krankheit bisher nicht eindeutig identifizieren.

So die Experten K. Witt, G. Deuschl und C. Bartsch von der Universität Kiel.

Ursachen

Über die erbliche Belastung hinaus werden die Ursachen (Fachbegriffe: Ätiologie, Pathophysiologie und Histopathologie) mit den heutigen modernen Möglichkeiten vor allem histologisch (fein-geweblich) und auf der Ebene der Neurotransmitter (Botenstoffe) gesucht. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur, wobei allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Dies gilt auch für die Genetik, die Vererblichkeitslehre auf chromosomaler Basis.

Beschwerdebild

Bei dem Krankheitsbild der fronto-temporalen Demenz handelt es sich - wie bei allen anderen Demenz-Formen auch - um ein Belastungs-Phänomen, das nicht nur den Betroffenen, sondern auch sein Umfeld erheblich beeinträchtigen kann. Das geht nicht nur aus den verschiedenen Beiträgen in dieser Serie

hervor, sondern wird auch bei der nachfolgenden Symptom-Schilderung deutlich. So etwas nennt man zwar in der Fachsprache eine „Verhaltens-Variante“, aber die Konsequenzen für die nähere und sogar weitere Umgebung sind dann bisweilen schon recht bitter. Im Einzelnen:

Erste klinische Veränderungen bestehen in einer so genannten Alteration der Persönlichkeit, wie das die Experten nennen. Oder konkret: Einer Störung in der sozialen Interaktion, die sich durch einen schleichenden Beginn und ein langsames, aber unaufhaltbares Fortschreiten auszeichnet.

In der Früh-Phase, und die kann sich lange hinziehen, weiß man oftmals nicht, was man denken soll. Die Irritation greift zwar immer mehr um sich, aber auch das „Prinzip Hoffnung“ und vielerlei Erklärungs-Versuche, Beschönigungen, Nachsichtigkeit, natürlich auch Hilflosigkeit und am Schluss vielleicht sogar Hoffnungslosigkeit, und zwar nicht zuletzt seitens der Angehörigen. Einzelheiten dazu siehe die Beiträge über Demenz-Erkrankungen und vor allem Demenz-Betreuung in dieser Serie. Zum Thema fronto-temporale Demenz im speziellen aber wie folgt:

- **Verhaltens-Variante einer fronto-temporalen Demenz**

Bei der so genannten Verhaltens-Variante einer fronto-temporalen Demenz gibt es zwar eine ganze Reihe von Auffälligkeiten, doch sollte man nicht erwarten, dass dies den Patienten selber zu einem Arztbesuch oder entsprechenden Kontakten anregt oder gar zwingt. Entscheidend ist hier das Problem der *fehlenden Krankheits-Einsicht*, die eine halbwegs objektive Reaktion des Betroffenen gar nicht zulässt. Deshalb werden entsprechende Klagen wohl vor allem von den Angehörigen kommen.

- Das häufigste und meist schon zu Beginn irritierende Symptom ist eine *Apathie*, oder konkret: Der Verlust an Interesse und Motivation für zumindest früher vorhandene Aktivitäten, jetzt aber insbesondere ein zunehmender sozialer Rückzug.
- In diesem Zusammenhang fällt vor allem eine wachsende *Emotionslosigkeit* auf, d. h. der Patient wirkt gemütsmäßig abgeflacht, manchmal sogar als „roboter-artig“ beschrieben. Dieser relativ früh auftretende Verlust von Sympathie oder gar Empathie (Einfühlungsvermögen) ist ein oft sehr schmerzhaftes Phänomen für das Umfeld. Konkret äußert er sich in einer verminderten Anteilnahme an den Nöten oder auch nur Gefühlen anderer Menschen, an reduzierter zwischenmenschlicher Zuneigung oder gar fehlendem Interesse an jeglichem Sozialkontakt.
- Parallel dazu irritiert dann noch eine immer ärgerlicher werdende *Vernachlässigung* des Haushalts oder entsprechender Pflichten, ja sogar der Körperhygiene.

- Wird dies schon als schlimm genug empfunden, so droht ggf. noch mehr Belastung, und zwar durch wachsende *Impulsivität*, *taktlose Reaktionen* und *soziales Fehlverhalten*. Oder konkret: Gesellschaftlich unangemessenes, auf jeden Fall unbedachtes oder gar rücksichtsloses Auftreten bzw. noch kürzer: Verlust von Anstand und Manieren. Die Experten nennen dies eine „Disinhibition“, die vor allem bei Patienten mit einer rechts-frontalen und -temporalen Atrophie auftritt (auf Deutsch: Gewebeschwund von Stirn- und Schläfenhirn rechts).
- Aber damit noch nicht genug: Schon früh irritieren so genannte perseverative, stereotype oder zwanghaft-ritualisierte *Verhaltensmuster*, und zwar sowohl in Mimik, Gestik und Sprache. Beispiele: ständige orale Automatismen (Mundbewegungen), Reiben der Hände, Wippen der Beine u.a.m. Dieses krankhafte Phänomen findet sich bei Dreiviertel dieser Patienten.
- Dazu gehören auch komplexere *Handlungs-Rituale*, z. B. das wiederholte Abschreiten immer gleicher Wege. Aber auch was Beginn, Abschluss, Planung und Ausführung verschiedener Handlungen anbelangt, vor allem des täglichen Lebens, was früher klaglos funktionierte. Beispiele: Desorganisation finanzieller Anliegen in der Haushaltsführung, was zusammen mit der vernachlässigten Körperhygiene und der erwähnten fehlenden Krankheits-Einsicht im schwersten Fall zu einer Vermüllung führen kann (Fachbegriff: Diogenes-Syndrom, siehe der entsprechende Beitrag über das Vermüllungs-Syndrom in dieser Serie).
- Ganz besonders verwirrend bis abstoßend kann eine so genannte Hyperoralität werden, vor allem Veränderungen im *Ess-Verhalten*. Das äußert sich beispielsweise in Ess-Orgien, aber auch vermehrtem Konsum von Alkohol oder Zigaretten. Und völlig unverständlich wird es bei einem so genannten oralen Explorations-Verhalten oder gar Einnahme nicht essbarer Objekte, wie es die Fachwelt nennt. So etwas erinnert dann an Kleinkinder, denen man ständig Nicht-Genießbares aus der Hand nehmen muss (wobei diese Form aber der Erkundung des Umfeldes dient und damit ein normales Entwicklungs-Phänomen ist).

Die ungewohnten Ess-Gewohnheiten der Patienten mit fronto-temporalen Demenz sind im Übrigen noch oft gekennzeichnet durch leichte Ablenkbarkeit bzw. ständige Änderungen ihrer Nahrungs-Vorlieben und einer deutlichen Gewichtszunahme.

- Und wie steht es bei den – bei Demenzen ansonsten führenden – *geistigen Defiziten*? Hier gibt es dann interessante Unterschiede, z. B. zur Alzheimer-Demenz. Denn obwohl so genannte mnestiche Störungen (vom griech.: mnesis = das Erinnern) beklagt werden und leichtere Störungen im episodischen Gedächtnis selbst in der Frühphase bei diesen Patienten testpsychologisch objektivierbar sind, sind es gerade die Gedächtnis-Störungen, die im kli-

nischen Bild nicht besonders auffallen, jedenfalls im Verhältnis zu den irritierenden Verhaltensstörungen. Und wenn, dann sind es so genannte Störungen in der exekutiven Leistung, d. h. bei komplexeren kognitiven Fertigkeiten wie Altgedächtnis, Planen, Regeln, Problem-Lösen und geistige Flexibilität. Interessant auch die letztlich relativ(!) ausreichenden Leistungen im episodischen Gedächtnis und bei der Prüfung so genannter visuo-konstruktiver Fertigkeiten, wie es die Experten nennen (siehe Fachliteratur).

- Und was die *sprachlichen Veränderungen* anbelangt, so finden sich hier weniger aphasische Hinweise, wie sie bei den anderen Formen auffallen. Eher die erwähnten Stereotypien (z. B. Räuspern oder Summen) und ein beeinträchtigter Sprachfluss mit stereotypem Wortgebrauch, wenn nicht gar einer Echolalie (d. h. dem mechanischen Nachsprechen von Worten und Sätzen).
- Bei der *testpsychologischen Untersuchung* mit entsprechendem Screening-Verfahren gibt es außerdem charakteristische Hinweise auf neuropsychiatrischer Ebene, die aber zur Deutung den Spezialisten vorbehalten bleiben. Auffällig sind allerdings auch für den Laien bestimmte Defizite, z. B. beim Benennen und Erklären von Unterschieden.
- Schließlich finden sich bei der *neurologischen Untersuchung* in einem gewissen Prozentsatz der Fälle muskuläre Auffälligkeiten (in Fachbegriffen: Faszikulationen, Muskelatrophien, leichte Muskelschwächen).

Dies als kurze Übersicht zu den diagnostischen Hinweisen bei der Verhaltens-Variante einer fronto-temporalen Demenz nach K. Witt, G. Deuschl und T. Bartsch vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel.

● **Primär progressive Aphasie einer fronto-temporalen Demenz**

Wie aber steht es nun um die charakteristischen Symptome einer primär progressiven Aphasie, ggf. noch unterteilt in die erwähnten progressiven nicht-flüssigen, logopenischen progressiven Aphasien und die semantische Demenz?

Dazu nur einige fachliche Stichworte, denn hier wird es noch komplizierter. Dabei geht es beispielsweise bei der

- *progressiven nicht-flüssigen Aphasie* (in Fachbegriffen) um Agrammatismus, angestregtes und stockendes Sprechen mit folgewidriger Prosodie und sprachlichen Entstellungen (so genannte Sprech-Apraxie), um Sprachverständnis-Störungen bei Sätzen mit komplexer Syntax u. a.
- Bei der *logopenischen progressiven Aphasie* fällt vor allem ein gestörter Abruf von Wörtern in der Spontansprache und beim Benennen sowie ein gestörtes Nachsprechen von Sätzen und Satzgliedern auf.

- Und bei der *semantischen Demenz einer primär progressiven Aphasie* irritieren beispielsweise das gestörte Benennen (Anomia), ferner Wortfindungsstörungen, ein gestörtes Sprachverständnis einzelner Wörter und ein gestörtes Objekt-Wissen, insbesondere von Wörtern, die selten benutzt werden oder eine geringere Vertrautheit besitzen. Und im Weiteren Dyslexie oder Dysgraphie.

Und nicht zuletzt entsprechende Hinweise durch die so genannte bildgebende Diagnostik, also MRT, SPECT- oder PET-Untersuchungen sowie ggf. histopathologische Befunde.

Dies alles aber nur als fach-spezifische Interpretations-Möglichkeiten, die bei entsprechendem Interesse vom Experten erklärt werden muss.

Differentialdiagnose: Was könnte es sonst noch sein?

Was allerdings auch die Allgemeinheit, vor allem das nähere Umfeld des Patienten bewegen könnte, ist die Frage: Was könnte es sonst noch sein?

Leider gibt es auch hier wieder ein breites Feld der Unsicherheit. Denn die so genannte klinische Differentialdiagnose schließt fasst alle neurodegenerativen Erkrankungen mit einer Raumforderung von Stirn- und Schläfenhirn mit ein. Und einige psychische Erkrankungen dazu.

Zu letzteren gehören beispielsweise der Alkoholismus (siehe Verhaltensstörungen), die Depression (siehe Unfähigkeitsgefühle, Pessimismus, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Rückzug und Isolationsneigung, was zumindest im Anfangsstadium einer fronto-temporalen Demenz zu Unterscheidungsschwierigkeiten führen könnte). Und sogar die manische Hochstimmung, wenn sich der Patient „daneben benimmt“.

Bei den dementiellen Entwicklungen, die eine fundierte Zuordnung erschweren, wird man auch ein atypisches Parkinson-Syndrom diskutieren müssen. Außerdem die vaskulären Demenz-Formen und natürlich die häufigste, nämlich die Alzheimer-Demenz. Selbst ein Vitamin B12-Mangel kann gelegentlich die Symptome einer fronto-temporalen Demenz imitieren. Kurz: Hier braucht es den versierten Facharzt, also Nervenarzt bzw. schließlich spezialisierten Neurologen.

Was kann man tun?

Also drängt sich bei allem die Frage auf: Wenn schon so früh als möglich die zutreffende Diagnose gestellt werden konnte, was sollte danach therapeutisch geschehen? Die Antwort ist ernüchternd und hört sich fachlich wie folgt an:

„Die S3-Leitlinie Demenzen“ zieht die Bilanz, dass keine überzeugende Evidenz zur Behandlung kognitiver Symptome oder Verhaltens-Symptome bei Patienten mit fronto-temporaler Demenz existiert.“ Oder kurz: Konkret gibt es keine Möglichkeit, das Krankheitsbild kausal erfolgreich zu behandeln. Kausal heißt die Ursachen gezielt anzugehen.

Somit bleibt letztlich nur noch die symptomatische Therapie übrig, die „lediglich“ die Krankheitszeichen und ihre seelischen, geistigen und psychosozialen Konsequenzen mildert. Dazu gibt es dann allerdings eine größere Zahl von Empfehlungen, insbesondere zur

• **Pharmakotherapie der fronto-temporalen Demenz**

Zur *Pharmakotherapie der fronto-temporalen Demenz* gehören beispielsweise Antidepressiva (vor allem die so genannten SSRI-Antidepressiva), von denen man sich insbesondere eine Wirkung auf sogenannte neuro-psychiatrische Symptome erwartet. Beispiele: Verhaltensauffälligkeiten, Impulsivität, Ess-Störungen u. a. Hier wird man sich entscheiden müssen, ob man antidepressiv und antriebssteigernd oder stimmungsaufhellend und dämpfend vorgehen will bzw. muss.

- Langfristige Stimmungsschwankungen können durch sogenannte Rezidiv-Prophylaktika gemildert werden, also Arzneimittel, die man bei immer wieder auftretenden Depressionen (mit oder ohne manische Hochstimmung) einsetzt, dort zumeist mit Erfolg, hier möglicherweise in engeren Grenzen.

- Eine weitere, in der Psychiatrie viel und erfolgreich genutzte Medikamenten-Gruppe sind die Antipsychotika, die - wie der Name schon sagt - vor allem gegen Psychosen eingesetzt werden (klassisches Beispiel: Schizophrenie). Bei der fronto-temporalen Demenz sollen sie dann insbesondere aggressive Durchbrüche und Verhaltens-Auffälligkeiten einschränken. Auch hier gibt es eine ganze Reihe von älteren und neueren Arzneimitteln mit unterschiedlichem Ansatz und Erfolg, je nach Einzelfall. Dabei müssen allerdings die Nebenwirkungen generell und im höheren Alter noch sorgfältiger beobachtet und mit der entsprechenden Dosierung abgewogen werden.

- Die dritte Gruppe sind Arzneimittel, die gegen praktisch alle Demenz-Formen empfohlen werden (Fachbegriff: Antidementiva), wobei sich aber bei der fronto-temporalen Demenz der Erfolg noch mehr in Grenzen hält.

- In speziellen Fällen diskutiert man auch Antioxidanzien, z. B. Vitamin E. Und bei den Parkinson-Symptomen ggf. eine spezifische Parkinson-Behandlung. Auch so genannte Antikonvulsiva gegen Epilepsie, von denen einige als so genannte Stimmungs-Stabilisatoren gegen immer wiederkehrende Depressionen (mit und ohne manische Hochstimmung) wirksam sind, werden biswei-

len in Erwägung gezogen. Kurz: Man lässt nichts unversucht und hat bisweilen in dieser oder jener Lebens-Situation durchaus Erfolg.

- **Nicht-medikamentöse Behandlungs-Empfehlungen**

Bei den *nicht-medikamentösen Behandlungs-Empfehlungen* geht es vor allem um Aufklärung, Beratung und ggf. konkrete Hilfestellung, insbesondere für das Umfeld. Im Einzelnen nach K. Witt, G. Deuschl und T. Bartsch von der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel:

- Bei der *Aufklärung* hilft dem oft gestressten Angehörigen die vielleicht bittere, aber dann doch entlastende Erkenntnis, dass es sich hier nicht um eine „absichtliche“ Verhaltensweise handelt, sondern um Krankheitszeichen auf hirn-organischer Grundlage. Das ändert zwar nichts an der Belastung, lässt sie aber dann doch bisweilen leichter ertragen.
- Auch *gesprächs-therapeutische Verfahren* können zu einer Verbesserung der sozialen Kompetenz beitragen. Selbst eine regelmäßige *logopädische Therapie* kann sinnvoll sein, genauso wie *Ergotherapie* und *Physiotherapie*. Allerdings jeweils in Abhängigkeit von der individuellen Krankheitslage und einem dann doch objektivierbaren Therapie-Effekt, falls gegeben.
- Natürlich sollte die *Wohnungs-Umgebung* entsprechend aufgeklärt und tolerant sein, insbesondere was Verhaltensstörungen, Zwänge und andere Symptome anbelangt, die dann schon auffällig, irritierend und belastend werden können - mit allen zu erwartenden Reaktionen des Umfeldes.
- In diesem Zusammenhang muss auch auf einen kritischen Punkt aufmerksam gemacht werden, der mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung immer häufiger diskutiert wird. Gemeint ist die aktive *Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr*. Wer diesen Ausführungen bisher gefolgt ist, wird rasch erkennen, dass nicht wenige Patienten mit einer fronto-temporalen Demenz ggf. häufiger einem aggressiven und risiko-freudigen Fahrstil erliegen können. Dabei fallen nach und nach dann doch die immer öfter irritierenden Übertretungen der Verkehrsregeln auf, mit allen Konsequenzen. Das Problem eskaliert dann, wenn diese Patienten absolut nicht einsehen wollen bzw. können, das Autofahren aufzugeben. Oft ist es dann erst die behördliche Entscheidung, die diese ggf. folgenreiche Entwicklung „regelt“.
- Problematisch ist auch das unter Umständen eingeschränkte Urteils-Vermögen bezüglich *fremd-gefährdender Reaktionen*, zuletzt auch *selbst-gefährlich*. Das heißt natürlich dann konkret: Einschränkung des Handlungsspielraumes, unter Umständen sogar *Einrichtung einer Betreuung*.
- So kann man sich denken, was es für die Angehörigen und sogar das weitere Umfeld bedeutet, sich ständig mit entsprechenden Krisensituationen aus-

einandersetzen zu müssen. Hier braucht es deshalb eine *professionelle Beratung* und *konkrete Hilfestellung*, d.h. psychologische Begleitung, Austausch in Selbsthilfegruppen (z. B. über Internet-Foren), Verordnung von Hilfsmitteln, Einrichtung einer Pflegestufe u.a.m.

- Und was den erwähnten *medikamentösen Therapie-Effekt* anbelangt, den man von den oben zitierten Arzneimitteln erhofft, so ist ebenfalls die Hilfe des Nervenarztes, Psychiaters oder informierten Hausarztes unerlässlich. Diese werden dann mit den Angehörigen zusammen entscheiden, was helfen könnte, ggf. wenigstens mildert oder keine Aussicht auf Erfolg hat.

Und dies durch Prüfung folgender Parameter: Stimmung, Aktivitäten im Alltag, Urteilsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, körperliche Aktivität, Ausmaß sozialer Kontakte, Pflege- und Ernährungs-Status und - nicht zuletzt - Verhaltens-Auffälligkeiten, (Hyper-)Aktivität, Aggressivität usw.

So nach dem informativen Fachbeitrag über fronto-temporale Demenzen der Experten K. Witt, G. Deuschl und T. Bartsch von der Klinik für Neurologie der Universität Kiel.

LITERATUR

Wichtiges Thema, was die Demenzen generell und ihre immer besser differenzierbaren Untergruppen im Speziellen anbelangt. In der Allgemeinheit noch weitgehend unbekannt sind die fronto-temporalen Demenzen, obgleich mit besonders problematischen Symptomen und ihren sozialen Konsequenzen belastet. Hier allerdings zieht die Forschung an und vermittelt vor allem spezifische Fachbeiträge, überwiegend englisch. Grundlage vorliegender Ausführungen ist die Publikation:

*K. Witt, D. Deuschl, T. Bartsch: **Fronto-temporale Demenzen.** Der Nervenarzt 1 (2013) 20.*

Dort auch ausführliche (überwiegend englisch-sprachige) Literaturhinweise.