

Mathias Wirtz

Gerontologe (Master)
Haltestelle Diakonie Berlin-Spandau

Frontotemporale lobäre Degeneration (FTLD) - Die „Stirn-Schläfen-Demenz“

Vortrag anlässlich der Fachtagung „10 Jahre Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus / Spree-Neiße e.V.“ am 20. November 2013 in Cottbus

1. FTLD - Der Begriff

- frühere Begriffe: Morbus Pick / Pick'sche Krankheit, Frontotemporale Demenz
- heute: Frontotemporale lobäre Degeneration (FTLD)
 - Degeneration = Abbau
 - lobär = (Gehirn-) appen betreffend
 - frontal = in der Stirn
 - temporal = in den Schläfen
- ALSO: Demenz durch Abbau in den Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns
- ODER: „Stirn-Schläfen-Demenz“

2. Zur Bedeutung des Frontalhirns: Der Unfall des Bahnarbeiters Phineas Gage im Jahr 1848

- 23. September 1848: Der amerikanische Bahnarbeiter Phineas Gage erleidet bei Sprengarbeiten einen Unfall, bei dem ihm ein Eisenstab unterhalb seines linken Auges in den Schädel dringt, das Frontalhirn durchstößt und oben aus dem Schädel austritt.
- Er überlebt bei vollem Bewusstsein.
- In der Folgezeit verliert er zwar das Auge; ansonsten sind seine körperlichen Fähigkeiten weitgehend wiederhergestellt.
- Er zeigt aber starke Veränderungen seiner Persönlichkeit und seines Verhaltens: Früher ruhig, verantwortungsbewusst und gesellig, ist er nun sprunghaft, reizbar und aggressiv; er entwickelt eine Alkohol- und eine Spielsucht.
- Gage's Unfall und seine Folgen waren ein erster Hinweis auf die Bedeutung des Frontalhirns für das menschliche Verhalten und die menschliche Persönlichkeit.

3. Merkmale einer FTLD

- Eine FTLD ist eine frühe Demenz: Betroffene erkranken durchschnittlich zwischen 50 und 60 Jahren.
- Im Mittelpunkt stehen Veränderungen von Persönlichkeit und (sozialem) Verhalten.
- Die Handlungsfähigkeit der Betroffenen ist eingeschränkt.
- Betroffene zeigen eine gesteigerte Aktivität und zwanghafte Wiederholungen...
- ...aber auch apathische Symptome...
- ... beides auch beim selben Betroffenen, auch am selben Tag.
- Es kommt zu sprachlichen Einschränkungen (Aphasie).
- Die Betroffenen zeigen überwiegend keine Krankheitseinsicht.
- Gedächtnis und Orientierung sind – anders als etwa bei einer Alzheimer-Demenz – lange relativ gut erhalten.
- Auch deshalb werden Betroffene oft lange nicht als dement erkannt.
- Häufig werden Betroffene über Jahre hinweg fehldiagnostiziert. Die FTLD wird verwechselt mit
 - anderen Demenzen
 - psychiatrischen Erkrankungen
 - Suchterkrankungen
 - Partnerschaftsproblemen
- FTLD machen etwa 3-10 % der Demenzen aus; bei den Demenzen, die unter 65 Jahren beginnen, bilden sie die zweithäufigste Gruppe.

4. Formen von FTLD

- Je nach betroffener Hirnregion lassen sich drei Formen unterscheiden:

4.1. Frontotemporale Demenz (FTD)

- Ort: frontal beidseitig und rechts, temporal rechts
- Die Folgen sind:
 - Enthemmung / Nichteinhalten von (sozialen) Regeln (Delinquenz, Verkehr, Sexualisierung, Aggression)
 - Teilnahmslosigkeit, Apathie
 - Emotionale „Erkaltung“, Desinteresse an anderen
 - stereotype Handlungen
 - gesteigertes Ess- und Trinkverhalten (Hyperoralie)
 - Einschränkung der Handlungsfunktionen (ADL)
 - später Sprache betroffen
 - häufigste FTLD

4.2. **Semantische Demenz (SD)**

- Ort: temporal links
- Früher wurde sie als sprachliche Demenz interpretiert, jetzt als Verlust der Fähigkeit Bedeutungen zu erkennen: Worte, Dinge, Klänge, Gerüche, Gesichter, ...
- Die Produktion von Sprache, der Sprachfluss bleibt dabei intakt; es kommt zu „sinnentleertem Sprechen“.
- Es treten ähnliche Änderungen von Persönlichkeit und Verhalten aus wie bei einer FTD, zum Teil noch radikaler.

4.3. **Progrediente nicht-flüssige Aphasie (PNFA)**

- = fortschreitende nicht flüssiger Verlust der Sprechfähigkeit
 - Ort: links temporal vorne und frontal oben
 - Hier ist die Sprachproduktion betroffen, Betroffene könne nicht sprechen, bis hin zum Verstummen (Mutismus).
 - Später kommt es auch zu Verhaltensänderungen.
 - Sehr selten.
- In der letzten Zeit gibt es Hinweise auf weitere Formen.
 - Es wurden Zusammenhänge mit anderen Krankheiten deutlich, insbes. Multiple Sklerose, und ALS (Amyotrophe Lateralsklerose).

5. **Perspektiven - Neuere Erkenntnisse der Wissenschaft**

- In den letzten 20 Jahre gibt es eine sehr dynamische Entwicklung der Forschung, die eine Fülle neuer Erkenntnisse hervorgebracht hat. Diese Erkenntnisse betreffen vor allem
 - die Diagnostik
 - das Verhalten der Betroffenen
 - die Bedürfnisse der Betroffenen und der Umgang mit ihnen
 - die Art der Betreuung
 - medikamentöse Therapien
- Aus diesen Erkenntnissen lassen sich Betreuungsangebote für die Betroffenen und Entlastungsangebote für ihre Angehörigen entwickeln. Bessere Pflege und Betreuung sowie Erleichterungen für Angehörige sind also *im Prinzip* möglich.

5.1. **Diagnostik**

- Neue Diagnoseverfahren machen eine genauere und schnellere Diagnose möglich:
- Neue bildgebende Verfahren machen präzisere Bilder des Gehirns: z.B. Voxel-based Morphometry (dreidimensionale Bilder von Gehirnregionen), Cortical Thickness Imaging (Dichte des Gewebes gemessen)

- Die Messung des Stoffwechsels im Gehirn ermöglicht Hinweise auf geschädigte Regionen.
- Die Kombination beider Verfahren gibt schnelleren Aufschluss über Art der Schädigung und damit die Art der Demenz.
- Eine frühere Diagnose ist möglich.
- Diese frühe Diagnose ist essentiell für die Einrichtung passender Pflege und Betreuung, dies wiederum essentiell für das Wohlergehen der Angehörigen.

5.2. Verhalten

- Das dissoziale Verhalten der Betroffenen ist nun erklärbar:
- Sie können negative Reaktionen auf ihr Verhalten wie Ärger, Ekel oder Abwehr nicht entschlüsseln – im Gegensatz zu positiven oder neutralen Reaktionen.
- Bei Betroffenen ist ein Teil des Gehirns, der für soziale Regulationen verantwortlich ist, geschädigt (Von Economo-Neuron).
- Einmal begonnenes Verhalten können die Betroffenen nicht steuern oder abbrechen. Dies mag auch eine Ursache für ihre stereotyp wiederholten Handlungen sein.
- Eingeschränkt ist auch die Fähigkeit, alltägliche Handlungen auszuführen – und zwar nicht weil Gedächtnis oder Orientierung nicht mehr funktionieren.
- Dies kann eine Begründung für Rückzug und Apathie sein – die Betroffenen wissen nicht mehr, wie sie handeln sollen.
- Für die Angehörigen sind diese Erkenntnisse sehr wichtig: Sie können nun verstehen, warum sich ihr erkranktes Familienmitglied oder Freund so verhält – so wie ein Angehöriger eines Menschen, der an Alzheimer erkrankt ist, verstehen kann, warum ihn dieser nicht wiedererkennt.

5.3. Bedürfnisse und Umgang

- Für Menschen mit FTLD sind Autonomie und Selbstbestimmung besonders wichtig.
- Sie benötigen einen eigenen Raum, dessen Grenzen geachtet werden.
- Sie können nicht viele Reize verarbeiten.
- Deshalb sollte ihre Umgebung nicht viele Aktivierungen bereithalten, also keine handlungsaufforderndes Umfeld (HAU) wie bei Alzheimer.
- Vereinfachung, auch in der Sprache, und klare Strukturierung wirken sich positiv aus.
- Betroffene benötigen Rückzugsmöglichkeiten und die Möglichkeit zur Ruhe.
- Aus all dem folgt, dass sie sich eher nicht in Gruppen wohlfühlen.
- Bewegung und Tätigsein wirkt sich für sie, wie für alle Menschen

mit Demenz, positiv aus.

5.4. **Betreuung**

- Aus den Erkenntnissen über die Bedürfnisse der Betroffenen lassen sich Grundsätze für ihre Betreuung ableiten:
- Pflege und Betreuung sollten weitestmöglich individualisiert sein.
- 1:1-Betreuung sollte bereitgehalten werden.
- Die Teilnahme an Gruppen kann angeboten werden, eine Ablehnung oder ein Rückzug muss akzeptiert werden.
- Eine Möglichkeit besteht darin, dass Menschen mit FTLD neben der Gruppe im selben oder einem angrenzenden Raum sind und teilnehmen, wenn sie wollen.
- Betroffene können eigene Dinge haben (Geschirr, Getränke, Tische usw.).
- Überforderung durch zu viele Reize sollten vermieden werden, also keine Fülle an Dingen, Reizen, Informationen, Menschen.
- Man kann versuchen, mit Tagesplänen eine Struktur zu geben.
- Regelmäßige Bewegung an der frischen Luft und die Möglichkeit, die stereotypen Handlungen auszuagieren, wirken positiv.
- Apathisches Verhalten darf nicht moralisierend als Passivität abgewertet werden.
- Alle diese Grundsätze lassen sich umsetzen, ohne Einrichtungen zu verändern!

5.5. **Mikrobiologie / Genetik: Medikamente**

- Derzeit gibt es keine spezifischen Medikamente für eine FTLD.
- Medikamente, die bei anderen Demenzen und Erkrankungen eingesetzt werden, können lediglich Symptome lindern:
 - Neuere Antidepressiva (SSRI) mildern die Verhaltenssymptome.
 - Sog. *Cognitive Enhancer* (Rivastigmin, Donepezil, Galantamin, Memantin) sind umstritten: z.T. Besserung der Handlungsfähigkeit, z.T. aber schwere Nebenwirkungen und nach Absetzen schlechterer Zustand als vor der Therapie.
 - Neuroleptika sind kontraindiziert!
- Ein Problem sind die geringen Fallzahlen, die Studien zu Medikamenten zugrunde liegen. Inwiefern ist die Aussagekraft der Studien begrenzt.
- Auf eine Verbesserung der Situation lassen Erkenntnisse der Mikrobiologie und der Genetik hoffen: Es lassen sich drei Gruppen von Eiweißablagerungen identifizieren, die bei einer FTLD im Gehirn vorkommen können (Tau, FUS, TDP).
- Diese Ablagerungen sind offenbar genetisch bedingt: Bis zu 44 % der FTLD-Fälle sind erblich bedingt, zum Teil lassen sich einzelne Bereiche auf bestimmten Chromosomen identifizieren, auf denen Mutationen vorliegen (Chromosomenpaare 3, 9, 17).

- Bei den TDP-Ablagerungen lässt sich eine Ursachenkette erkennen: Mutation > Verminderung des Stoffwechsels (betroffen: Progranulin) > Eiweißablagerungen im Gehirn > FTLD.
- Weil der Progranulin-Stoffwechsel auch bei ALS gestört ist und es schon Medikamente gibt, die hier therapeutisch ansetzen, können diese Medikamente nun für Menschen mit FTLD getestet werden. Dies geschieht bereits oder in naher Zukunft (Medikamente: Metylenblau, Amiodaron, Riluzole).
- Wenn die Test erfolgreich wären, versprechen sie die Entwicklung von Medikamenten für FTLD.
- Allerdings muss man davor warnen, zu große Hoffnungen zu hegen: Bis zur Entwicklung eines marktfähigen Medikaments vergehen in der Regel 15 Jahre, so dass dies für die jetzt Betroffenen zu spät kommt. Außerdem ist es offen, ob die Tests erfolgreich sein werden.

6. Ethik - Zum Klischee des unsozialen Menschen mit FTLD

- Im Umgang mit Menschen mit Demenz hat sich eine personenzentrierte Perspektive durchgesetzt, in der sie nicht als defizitäre Objekte pflegerischen Handelns gesehen werden, sondern als Subjekte, deren Demenz nur ein Teil ihrer Persönlichkeit ist.
- Menschen mit FTLD wird ein solcher wertschätzender Umgang in der Regel verweigert.
- Der Grund dafür liegt in ihrem Verhalten, das soziale Regeln oftmals außer Acht lässt.
- Aus diesem - krankheitsbedingten! - dissozialen Verhalten von Menschen mit FTLD hat sich ein Klischee entwickelt:
- Hier werden alle Menschen mit FTLD ohne Ausnahme als unsoziale oder gar asoziale Egoisten gesehen.
- Die Folge dieses Klischees ist, dass sie nicht als Subjekte behandelt werden, auf deren Meinung und Bedürfnisse eingegangen werden muss.
- Stattdessen werden eben diese Meinung und Bedürfnisse - anders als bei anderen Menschen mit Demenz! - gar nicht erst erfragt.
- Außerdem werden die Menschen mit FTLD pauschal als nicht gruppenfähig oder als nicht zu betreuen bezeichnet und von Betreuungsangeboten ausgeschlossen (Exklusion).
- Dies wiederum schädigt ihr Wohlergehen - und das ihrer Angehörigen, die nun keine Entlastung erleben, etwa wenn der Betroffene in einer Tagespflegeeinrichtung wäre.
- Das Klischee des immer ausnahmslos unsozialen und deshalb unwichtigen Menschen mit FTLD muss in Frage gestellt werden.
 - Stimmt es überhaupt in jedem einzelnen Fall, dass der Betroffene sich nicht sozialverträglich verhält?
 - Welchen Anteil daran hat die Art, in der mit ihm umgegangen wird?
 - Wie könnten Pflege und Betreuung aussehen, damit er in Angebote

- inkludierbar ist?
- Wenn sein Verhalten unsozial ist, so ist es das krankheitsbedingt! Wie könnte man auf das Verhalten so reagieren, dass Pflege und Betreuung möglich sind?
 - Der Ausschluss von Angeboten einer angemessenen Pflege, Therapie und Betreuung sind der UN-Behindertenrechtskonvention zufolge eine Form von Gewalt und damit illegal.
 - Schließlich erscheint es geboten, den zentralen Vorwurf an Menschen mit FTLD – nämlich den, sie verhielten sich enthemmt – differenziert zu betrachten:
 - Enthemmung stellt immer eine gesellschaftliche Bewertung dar; diese Bewertung variiert je nach gesellschaftlicher Dynamik.
 - In westlichen Gesellschaften ist Enthemmung positiv besetzt: Man „versteht es zu feiern“, kann „genießen“ und „sich gehen lassen“, man „sieht alles nicht so eng“ und „lässt auch mal alle fünf gerade sein.“
 - Viele Verhaltensweisen, die an Menschen mit FTLD kritisiert werden, sind in westlichen Gesellschaften gesellschaftsfähig: Exzessives Essen und Trinken von Alkohol, riskantes Verhalten im Straßenverkehr, enthemmtes Sexualverhalten und Urinieren in der Öffentlichkeit.
 - Menschen, die sich krankheitsbedingt so verhalten, werden deshalb stigmatisiert und ausgeschlossen?
 - Damit soll die Belastung, die das Verhalten von Menschen mit FTLD für ihr Umfeld, vor allem für ihre Angehörigen, bedeutet, weder geleugnet noch banalisiert werden: Es ist in vielen Fällen in hohem Maße belastend.
 - Jedoch soll dazu eingeladen werden, dieses Verhalten differenzierter zu sehen.
 - Dazu gehört auch die Frage, wie die Betroffenen die Krankheit und ihre Folgen selbst erleben. Sind sie wirklich immer ohne jede Krankheitseinsicht?
 - Mit FTD verlieren sie die Fähigkeit zu handeln.
 - Mit SD können sie die Welt um sie herum nicht mehr deuten.
 - Mit PFNA wollen sie sprechen, können es aber nicht mehr.
 - Mit allen Formen erleben sie Funktionsverluste, ein permanentes Scheitern.
 - Sie verlieren ihre Arbeit.
 - Sie erleben Ablehnung.
 - Sie werden isoliert.
 - Wie fühlen sie sich? Was wünschen sie sich? Was oder wen brauchen sie?

7. Pflegende Angehörige

- Pflegende Angehörige von Menschen mit FTLD sind extrem belastet.
- Sie haben ein mehr als zweimal so hohes Risiko, eine Depression zu entwickeln wie Angehörige von Menschen mit Alzheimer (57 % bzw. 24

- %), Mioshi et al. 2009).
- Besonders betroffen sind die Kinder der relativ jungen Erkrankten. In einer Studie zeigten 92 % der Kinder psychische Erkrankungen (Luscombe et al. 1998).
 - Die Belastung ist so groß, dass Bewältigungsmuster nicht funktionieren, die ansonsten für pflegende Angehörige gelten: Diese schätzen normalerweise sich selbst und ihre Pflege dann gut ein, wenn sich zutrauen, die Pflege zu bewältigen (*sense of competence*). Auf Angehörige von Menschen mit FTLD trifft das nicht zu (Riedijk et al. 2008 und 2009).
 - Hier gibt es nur einen negativen Zusammenhang: Wenn sie das Gefühl haben sich aufzuopfern und kein eigenes Leben zu haben, dann entwickeln sie das Gefühl, die Pflege nicht zu bewältigen.
 - Das illustriert die Wichtigkeit von Lebensbereichen jenseits der Pflege.

7.1. Gründe für die Belastung

- Der frühe Beginn der Demenz ist für die Angehörigen sehr belastend: In den 50er Jahren rechnet man nicht mit einer Demenz. Diese mittlere Lebensphase ist gekennzeichnet durch mehrfache Belastungen – Kindererziehung, Karriere, Altersvorsorge, finanzielle Verpflichtungen wie Hausbau etc. - , zu denen nun die Demenz hinzukommt.
- Die oft jahrelangen Fehldiagnosen belasten die Angehörigen schwer: Durchschnittlich vier Jahre bis zur richtigen Diagnose bedeuten Unsicherheit, Scheitern bei der Pflege und das Fehlen passender Betreuungsformen.
- Die oft rapiden Veränderungen der Betroffenen führen dazu, dass die Angehörigen ihren Verwandten oder Freund schnell verlieren. Zumal wenn Betroffene teilnahmslos werden und keine Krankheitseinsicht zeigen, leiden Angehörigen unter einem Verlust der emotionalen Bindung zum Betroffenen. Besonders belastend ist für sie das enthemmte Verhalten, für das sie sich schämen. Ebenso ist es für sie sehr schwierig, apathisches Verhalten zu ertragen.
- Weil Pflege- und Betreuungsangebote für Betroffene fehlen oder sie von bestehenden Angeboten ausgeschlossen werden, fehlt den Angehörigen die Möglichkeit der Entlastung: Sie sind an den Betroffenen und damit an die Häuslichkeit gebunden und erleben Isolation.
- Dieses Gefühl der Isolation wird noch verstärkt durch einen Mangel an Information und Verständnis: Zumal da die FTLD meist nicht bekannt ist, reagiert die Umwelt, mitunter selbst nächste Verwandte, mit Unverständnis und Rückzug auf die Demenz des Betroffenen.

7.2. Wünsche der Angehörigen

- In einer mündlichen Befragung von Angehörigen wurde genauer nach ihren Vorstellungen und Wünschen gefragt.
- Dabei ging es insbesondere um den Bereich außerhalb der Pflege, dem wichtigen Bereich des eigenen Lebens.
- Befragt wurden im Jahr 2012 10 Teilnehmer, davon 8 Frauen und 2 Männer, 9 (Ehe-) Partner und 1 Tochter.
- Die Angehörigen wünschten sich energisch mehr Angebote der Betreuung und Pflege, um so Zeit für sich und zur Entlastung zu haben.
- Sie wünschten sich mehr Kontakte.
- Sie äußerten, dass sie Achtung und Respekt für sich und ihre Situation vermissten.
- Alle Angehörigen waren der Ansicht, dass die Öffentlichkeit über die noch unbekanntes FTLD informiert sein sollte.
- Alle Angehörigen artikulierten einen Bedarf an psychosozialer Betreuung, und zwar unterhalb einer längerfristigen Psychotherapie. Sie wollten die Gelegenheit haben, schnell über ihre psychische Situation zu sprechen.
- Alle Angehörigen hatten den Wunsch danach, ein eigenes Leben außerhalb der Pflege zu leben und äußerten, dass das schwierig sei. Alle Angehörigen verwirklichten diesen Wunsch aber schon in zumindest geringem Maße (Beispiel: Ehemann, der gerne draußen ist und nachts, wenn seine Frau schläft, spazieren geht). Hier ist eine Ressource, bei der man ansetzen kann, um die Situation der Angehörigen zu verbessern.
- Eine weitere Ressource bildet die Berufstätigkeit der Angehörigen. Sie stellt eine Gegenwelt zur Pflege dar: Hier erleben Angehörige Stärke, Kompetenz, Tätigsein, biographische Kontinuität, soziale Kontakte und Anerkennung. Umso wichtiger ist es, dass Angehörige möglichst lange berufstätig sein können, was wiederum den Zugang zu Pflege- und Betreuungsangeboten für die Betroffenen voraussetzt.

8. Schlussfolgerungen - 7 Forderungen

- Als Fazit lassen sich sieben Forderungen zur Situation von Menschen mit FTLD und ihren Angehörigen aufstellen:
 - 1 Zugang zu Diagnostik: Betroffene müssen einen Zugang zu einer schnellen präzisen Diagnostik haben – und zwar überall, auch in ländlichen Gebieten, nicht nur in Großstädten.
 - 2 Zugang zur Angeboten: Sie müssen einen Zugang haben zu bestehenden Angeboten von Pflege, Betreuung und Therapie und dürfen hier keinesfalls exkludiert werden. Auf der Grundlage der Erkenntnisse über Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen müssen neue passgenaue Angebote entwickelt und umgesetzt

werden.

- 3 Servicepaket für Angehörige: Die Angehörigen von Menschen mit FTLD benötigen umfassende Services: Information, Beratung, Schulung, psychosoziale Betreuung, Entlastung, Prävention, Rehabilitation und Urlaub. Services müssen zugehender Natur sein und die Diversität der Angehörigen in den Blick nehmen. Dabei kann auf Ressourcen zurückgegriffen werden: Angehörige sind häufig gut informiert, beobachten genau und sie sind im mittleren Lebensalter versiert im Umgang mit neuen Medien.
- 4 Schulungen für Professionelle: Professionelle Akteure des Pflege- und Gesundheitswesens müssen zu FTLD geschult werden. Die Infrastruktur für solche Schulungen existiert (Fortbildungsträger, Alzheimer-Gesellschaften usw.).
- 5 Öffentlichkeitsarbeit: Es sollte eine Öffentlichkeitskampagne zu FTLD geben, damit die Krankheit bekannt ist, so wie es Alzheimer heute ist. Auch hier steht die Infrastruktur zur Verfügung; zudem hat FTLD Potential, Interesse zu wecken – wenn sich jemand anders verhält, ist das spannend.
- 6 Persönliches Budget: Es müssen neue passgenaue Möglichkeiten der Finanzierung von Pflege und Betreuung entwickelt werden, die auf ein Persönliches Budget wie für Menschen mit Behinderungen hinauslaufen: Wenn etwa Gelder für Tagespflege nicht genutzt werden können, weil Betroffene Gruppen ablehnen, können diese in andere Posten verschoben werden, z.B. zu niedrigschwelligen Betreuungsleistungen.
- 7 Perspektivwechsel: Ganzheitlicher Blick auf Betroffene und Angehörige: Zentral ist ein veränderter, ganzheitlicher Blick auf Betroffene und Angehörige: Betroffene sind keine unsozialen Egoisten, deren Perspektive nicht zählt, sondern Subjekte, für die man versuchen muss, Angebote in Pflege, Betreuung und Therapie zu entwickeln. Angehörige sind keine Anhängsel an den Pflegebedürftigen, sondern ebenfalls Subjekte, deren Bedürfnisse und Wünsche – vor allem auch außerhalb der Pflege – aber auch deren Kompetenzen, kurz: deren Perspektive ernst genommen werden müssen. Mit einem solchen veränderten Blick lassen sich die Schwierigkeiten und Probleme, die eine FTLD verursacht, nicht vermeiden; es lässt sich aber besser mit ihnen umgehen, als das derzeit der Fall ist.

9. Literaturangaben

- **Luscombe, G.; Brodaty, H.; Freeth, S. (1998):** Younger People with Dementia: Diagnostic Issues, Effects on Carers and Use of Services. International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 5 (1998), 323-330
- **Mioshi, E.; Bristow, M; Cook, R.; Hodges, J. R. (2009):** Factors Underlying Caregiver Stress in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's

- Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27, 1 (2009), 76-81
- **Riedijk, S.R.; Duivenvoorden, H.J.; Swieten, J. v.; Niermeijer, M.; Tibben, A. (2009):** Sense of Competence in a Dutch Sample of Informal Caregivers of Frontotemporal Dementia Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27, 4 (2009), 337-343
 - **Riedijk, S. R.; Duivenvoorden, H. J.; Rosso, S.; Swieten, J. v.; Niermeijer, M.; Tibben, A. (2008):** Frontotemporal dementia: change of familiar caregiver burden and partner relation in a Dutch cohort of 63 patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 5 (2008), 398-406

© Mathias Wirtz