

# Borderlinepersönlichkeitsstörung mit psychotischen Symptomen und Parietallappenstörungen

Peter Lepping<sup>1</sup>  
Mark Swinton<sup>2</sup>

## *Borderline Personality Disorder Associated with Psychotic Symptoms and Parietal Lobe Abnormalities*

### Zusammenfassung

**Anliegen:** Wir berichten eine Kasuistik einer forensischen Patientin mit Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetypus und gleichzeitigen psychotischen Symptomen. Außerdem zeigt diese Patientin Störungen im Parietallappenbereich. **Methode:** Wir beschreiben eine Kasuistik mit den entsprechenden theoretischen Überlegungen zu diesem Fall. **Schlussfolgerungen:** Es gibt schon seit Anfang des 20. Jahrhunderts Überlegungen, wie Patienten mit Persönlichkeitsstörung und psychotischen Symptomen zu klassifizieren sind. Wir zeigen an unserem Beispiel, dass bildgebende Verfahren wie SPECT bei unserer Patientin Parietallappenstörungen beweisen. Wir beschreiben mögliche Zusammenhänge zwischen ihrer Symptomatik und diesem Ergebnis.

### Abstract

**Objective:** We explore a case of a forensic patient with severe personality disorder, borderline type, and additional psychotic symptoms. Furthermore, she showed parietal lobe abnormalities. **Method:** We describe a case report and the relevant theoretical deliberations. **Conclusions:** Attempts to categorize patients with severe borderline personality disorder and psychotic symptoms have been made since the beginning of the 20<sup>th</sup> century. We show that in our patient neuroimaging such as SPECT scan can prove parietal lobe abnormalities. We describe possible links between these findings and her symptoms.

### Einleitung

In unserer Kasuistik beschreiben wir eine forensische Patientin mit schwerstaggresivem Verhalten und gelegentlichen psychotischen Symptomen. Ihr Fall ist repräsentativ für eine Reihe anderer Fälle, wo es Diskussionen über Diagnose und Notwendigkeit zu einer forensischen Einweisung gibt. Bei der beschriebenen Patientin fand sich durch eine SPECT-Untersuchung eine beidseitige Hypoperfusion ihres Parietallappens. Wir beschreiben mögliche Zusammenhänge zwischen ihrer Symptomatik und diesem Ergebnis (Abb.1).

### Fallbeispiel

Frau A. (Name geändert, Erlaubnis der Patientin ist eingeholt worden) wächst in einer nordenglischen Industriestadt auf. Sie kam nach einer Verurteilung wegen schwerer körperlicher Gewalt gegen eine Bekannte zu uns. Die Tat, die auch zur Verurteilung führte, erfolgte ohne Vorwarnung. Es gab keine sexuellen oder finanziellen Motive für die Tat. Frau A. beschrieb zudem, dass sie während ihrer Tat an Halluzinationen litt. Diese hätten sie aber nicht zu der Tat aufgefordert.

Frau A. hatte eine schwierige Kindheit mit mehrfach wechselnden Männern in der Vaterrolle. Sie war über mehrere Jahre Opfer

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Cherrybank Resource Centre Cheshire, Großbritannien  
<sup>2</sup> Ashworth Hospital, Maghull, Liverpool, Großbritannien

### Korrespondenzadresse

Dr. Peter Lepping · Cherrybank Resource Centre · 85 Wellington Road · Ellesmere Port · Cheshire · CH65 0BY · Großbritannien · E-mail: lepping@onetel.net.uk

### Bibliografie

Psychiat Prax 2004; 31: 96–99 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259 · DOI 10.1055/s-2003-814803

Hypoperfusions-  
gebiet

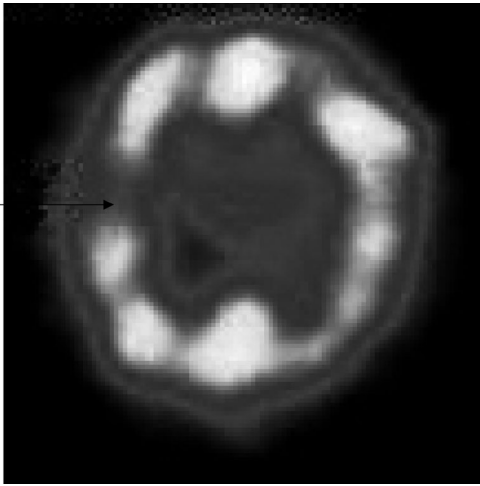


Abb. 1

sowohl körperlichen als auch sexuellen Missbrauchs. Ab ihrem 14. Lebensjahr wurde sie in einem Heim betreut, da ihre Mutter erzieherische Probleme mit ihr hatte. Schon während ihrer Jugend zeigte sie Probleme wie Drogenmissbrauch, aggressives Verhalten und Diebstahlsdelikte. Ihre psychiatrische Anamnese beinhaltet mehrere Suizidversuche durch Überdosis und Autoaggressivität sowie Bulimia nervosa. Sie wurde außerdem mit einer gemischten Störung von Verhalten und Emotionen diagnostiziert und mit Antidepressiva und Psychotherapie behandelt.

Während ihres gerichtlichen Verfahrens wurde sie mehrmals von forensischen Psychiatern begutachtet. Auf der Grundlage ihrer Lebensgeschichte wurde sie übereinstimmend mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp diagnostiziert. Sie hat allerdings konsequent allen Gutachtern gegenüber das Hören von Stimmen erwähnt. Ihre Beschreibungen diesbezüglich waren oft vage und die Episoden von relativ kurzer Dauer. Vor der Tat hat Frau A. ein Tagebuch geführt, welches nicht den Gutachtern, aber später uns vorlag. In diesem beschrieb sie ihre Symptome, die sie niemandem sonst mitteilte. Auf detailliertere Befragung hin beschrieb sie außerdem kurz andauernde visuelle und olfaktorische Halluzinationen. Sie beschrieb, dass sie überzeugt war, andere würden über sie in abfälliger und feindseliger Weise sprechen. Außerdem hatte sie häufiger das Verlangen, gewalttätig zu werden, ohne dass eine Provokation vorlag. Es ergaben sich keine Anzeichen einer negativen Symptomatik. Ihre Affektivität war gelegentlich gesteigert, oftmals zeigte sie hohe Aggressivität als Antwort auf unbedeutende Frustrationen sowie ungewöhnliche Traurigkeit bei minimaler Enttäuschung. Ihr Verhalten auf der Station war gelegentlich von hoher Aggressivität gegen sich selbst und andere gekennzeichnet.

Eine neurologische Untersuchung ergab einen normalen Befund. Gelegentlich wurde eine erhebliche Reduzierung expressiver Gestik bemerkt. EEG und MRI zeigten normale Befunde, dagegen zeigte eine SPECT-Untersuchung eine deutlich reduzierte Perfusion beider Parietallappen.

Im Falle von Frau A. gab es während ihres Aufenthaltes in unserer forensischen Klinik erhebliche Meinungsverschiedenheiten bezüglich ihrer Diagnose. Diejenigen Kliniker, die eine Schizophreniediagnose befürworteten, deuteten auf ihre Halluzinationen

und ihren Verfolgungswahn. Die Befürworter einer Persönlichkeitsstörung als Diagnose verwiesen hingegen darauf, dass ihre Halluzinationen für Schizophrenie untypisch seien, und dass ihr Verfolgungswahn im Kontext ihrer schweren Kindheit durchaus zu verstehen sei. Außerdem erwähnten sie das Fehlen negativer Symptome. Es blieb jedoch schwierig, ihre psychotischen Symptome innerhalb einer Persönlichkeitsstörung zu interpretieren. Es lässt sich sagen, dass Frau A. nicht besonders offensichtlich in eine der beiden Kategorien fiel. Jenseits einer Klassifizierung lässt sich allerdings feststellen, dass sie eine psychotische Symptomatik mit vagen multimodalen Halluzinationen zeigte, sowie wenig bizarre Wahnthemen, impulsives Verhalten und gesteigerter, aber labiler Affektivität ohne klare Halluzinationen, bizarre Wahnthematik oder negative Symptome.

Wir glauben, dass dieses Fallbeispiel nicht selten ist, besonders in forensischem Kontext. Auch die aufkommenden Argumente bezüglich der diagnostischen Probleme sind nicht neu. Eine Lösung lässt sich zumeist nicht ohne weiteres finden. Wir haben hier pragmatisch die vorhandenen Symptome innerhalb einer Borderlinepersönlichkeitsstörung mit psychotischen Symptomen beschrieben, obgleich eine solche Beschreibung nicht vollständig befriedigend ist und in ICD-10 nicht existiert.

### Diskussion

Patienten mit schweren emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp sind mitunter die am schwierigsten zu behandelnden Patienten im psychiatrischen Bereich. Kompliziert wird dies zusätzlich bei denjenigen Patienten, welche gleichzeitig über psychotische Symptome klagen. In ICD-10 werden diese gar nicht als Teil der Borderlinepersönlichkeitsstörung akzeptiert. In DSM-IV werden allenfalls temporäre Episoden von Depersonalisation und Derealisation akzeptiert sowie Paranoia ohne Wahnintensität, aber nicht persistierende Halluzinationen. Die Diagnosen im psychiatrischen Bereich sind noch mehr als anderswo von der Symptombeobachtung über einen längeren Zeitraum abhängig. Zweifel an der Diagnose entstehen oftmals dann, wenn der Patientenbeschreibung der eigenen Symptome nicht wirklich Glauben geschenkt wird. Die Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen basiert dagegen darüber hinaus auf Interpretationen von beobachtetem Verhalten. Wir haben unsere Untersuchungen im forensischen Bereich gemacht (in der forensischen Hochsicherheitsklinik Ashworth in Liverpool, England), da mehr als 50% der in forensisch-psychiatrischen Kliniken behandelten Frauen eine Konsensdiagnose von Borderline Personality Disorder haben [1], aber gleichzeitig häufig über temporär auftretende psychotische Symptome klagen. Mehrere Autoren beschrieben psychotische Symptome im Zusammenhang mit Borderlinestörungen [2–4]. Die Psychopathologie, die sie beschreiben, wird oft nicht besonders herausgestellt. Sie weisen zudem häufig eine gewisse Fluktuation in ihrer Psychopathologie auf, welche geradezu periodisch wirkt. Die Patientinnen sind allerdings nie wirklich gesund. Sie beschreiben gelegentlich Stimmen, aber die Halluzinationen sind zumeist von geringer Intensität. Häufig sind auch Halluzinationen in anderen Modalitäten. Sie beschreiben Beziehungswahn, bizarre Wahnthemen kommen selten vor. Sie haben keine markante akzessorische (negative) Symptomatik, ihr Affekt ist häufig sogar temporär gesteigert.

gert mit kurzen Phasen der Anspannung und Antriebssteigerung, in denen sie oft ungewöhnliches Verhalten zeigen. Sie haben andere Phasen deutlich verminderter Aktivität. Auffallend sind zudem häufige Konsultationen anderer Ärzte wegen körperlicher Beschwerden sowie krampfanfallartige Episoden ohne eine Epilepsiediagnose. Besonders wichtig erscheint uns, dass diese Patientengruppe eine auffallende Akinesie zeigt. Außerdem kommt es häufig zu eigen- und fremdgefährdendem Verhalten mit zumeist sinnentfremdeter Aggressivität. Häufig berichten diese Patientinnen von unfreiwilligen aggressiven Gedanken, die wir „intrusive aggressive thoughts“ genannt haben. Sie kommen vor, ohne absichtlich hervorgerufen zu werden. Der Inhalt ist zumeist sowohl akustisch als auch visuell sehr real. Sie sind nicht mit Wut oder anderen akuten Affektsituationen assoziiert und haben nicht den Charakter von obsessiven Gedanken. Oftmals werden sie durchaus als angenehm empfunden.

Viele dieser Patienten präsentieren sich nicht selten mit aggressivem Verhalten und chaotischem Lebenswandel. Sie werden zumeist mit wenig Erfolg psychotherapeutisch behandelt, obgleich ihre Störung einem akuten oder länger andauernden Kindheits-trauma zugeschrieben wird. Die Präsentationen und Verhaltensweisen der Patienten werden als Wiederholen des erlebten Traumas [5] interpretiert. Häufig werden in der Realität psychotische Symptome als Manipulationsversuch von Seiten der Patienten betrachtet, sie werden daher viel zu oft nicht weiterverfolgt. Die Taten, weswegen die Patientinnen in einer forensischen Klinik sind, erscheinen häufig sinn- und motivationslos. Außerdem zeigen diese Frauen eine hohe Frequenz an Gewalt gegen sich selbst und andere und kommen häufig aus schwierigen Familienverhältnissen. Oft haben sie jahrelange Misshandlung hinter sich, was, wie schon erwähnt, den psychotherapeutischen Ansatz erklärt. Die Psychopathologie, die viele dieser Patientinnen aufweisen, wird dabei häufig weniger beachtet.

Sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum wurde schon früh der Versuch gemacht, eine Kategorie zwischen Psychosen und Neurosen zu erstellen. Viele namenhafte Autoren wiesen auf Patienten hin, die stark persönlichkeitsgestört sind, aber auch psychotische Symptome aufweisen [6–12]. Chesterman u. Boast beschrieben 1994, wie im englischsprachigen Raum die multimodalen Halluzinationen dieser Patientengruppe allmählich nicht mehr als psychiatrische Symptome, sondern als Teil eines manipulativen und hysterischen Symptomkomplexes gesehen wurden, obwohl keine objektiven Kriterien diese Änderung gerechtfertigt hätten [13]. Steinert verdeutlichte 1995 anhand von Patientenkasustiken, die unserer Patientengruppe ähneln, dass diagnostische Probleme bei Komorbidität von Borderlinestörung und Schizophrenie weiter bestehen und eine angemessene diagnostische Beurteilung mit den gegebenen Kategorien von ICD-10 und DSM-IV nicht möglich ist [14,15].

Frau A. hat zwei Symptomkomplexe, die im Besonderen darauf hinweisen, dass die kortikale Lokalisation ihrer Symptome im Parietallappen liegen könnte. Wie viele andere ähnliche Patienten dieser Patientengruppe auch beschreibt sie Halluzinationen in mehreren sensorischen Modalitäten. Die kortikalen Empfangsareale der Primärsinne sind weit verstreut. Sie schließen den Frontallappen (Tasten), den Okzipitallappen (Sehen), den medialen Temporallappen (Hören), den inferioren Temporallap-

pen (Schmecken) und den anterioren Parietallappen (Fühlen) mit ein. Bei einem Krankheitsprozess, der ein oder mehrere dieser Areale involviert, sollte man ein hohes Maß an kognitiver Probleme erwarten. Dieses ist bei unseren Patienten aber nicht der Fall.

Der inferiore Parietallappen besteht aus dem supramarginalen und dem angularen Gyrus (Brodmann-Areale 39 und 40). Es ist bewiesen, dass hier unter anderem die Integration primärer sensorischer Impulse erfolgt [16]. Auf dieser Grundlage ist es durchaus plausibel anzunehmen, dass multimodale Halluzinationen ihren Ursprung im inferioren Parietallappen und nicht in den primären kortikalen Empfangszentren haben. Außerdem zeigte Frau A. eine signifikante Reduzierung ihrer expressiven Gestik. Dieses Symptom wird nicht unbedingt immer dokumentiert und ist bislang, soweit uns bekannt, auch nicht systematisch untersucht worden. Wir glauben allerdings, dass es ein gemeinsames Symptom der von uns beschriebenen Patientengruppe ist. Leonhard beschreibt dieses Symptom mit dem Begriff der „expressiven Akinesie“ [12,17]. Expressive Gestik ist im inferioren oder im posterioren Parietallappen lokalisiert [18]. Die Resultate der SPECT von Frau A. mit beidseitiger reduzierter Perfusion der Parietallappen könnte, obgleich zum Zeitpunkt der Untersuchung unerwartet, diese Akinesie erklären [19].

Die vorhandene Literatur zu funktionalen MRI-Studien in Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp zeigt eine leichte Beeinträchtigung der Frontallappenfunktion, einschließlich der verwandten subkortikalen Strukturen, die speziell in funktionalen Tests und in Tests mit Vergleichsgruppen deutlich wird [20,21]. Dieses entspricht dem Resultat eines normalen MRI bei Frau A. Es gibt zurzeit keine Veröffentlichungen bezüglich SPECT bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp mit gleichzeitigen psychotischen Symptomen.

## Schlussfolgerungen

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass wir glauben, dass es zunehmend Beweise aus dem bildgebenden Bereich (besonders SPECT) und dem neuropsychiatrischen Bereich gibt, die eine alternative Interpretation der genannten Symptomatik als ein, zumindest zum Teil, organisch-biologisches Phänomen nahe legen, welches behandelbar ist [22–25]. Eine alternative Kategorisierung dieser Patientengruppe hat zugegebenermaßen erhebliche Auswirkungen auf Behandlung und Forschung. Unsere wissenschaftlichen Grundlagen sind bislang noch zu schwach, um eine grundsätzliche Richtungsänderung zu fordern, es erscheint uns jedoch, dass sie zumindest überzeugend genug sind, um vermehrte Forschung in diesem Bereich anzustreben, sowohl mit Neuroleptika als auch in Bezug auf bildgebende Verfahren.

## Literatur

- Coid J, Kahtan N, Gault S et al. Women admitted to secure forensic psychiatry services. Comparison of women and men. *Journal of Forensic Psychiatry* 2000; 11: 275–290
- Miller FT, Abrams T, Dulit R et al. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent axis I disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 59–61

- <sup>3</sup> Chopra HD, Beatson JA. Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 1605–1607
- <sup>4</sup> Dowson JH, Sussams P, Grounds A et al. Association of self-reported past „psychotic“ phenomena with features of personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41: 42–48
- <sup>5</sup> Zuleata F de. Borderline personality disorder as seen from an attachment perspective; a review. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1999; 9: 237–253
- <sup>6</sup> Hoch PH, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 1949; 23: 248–253
- <sup>7</sup> Jackson M, Tarnopolsky A. Borderline personality. In: Bluglass R, Bowden P (eds): *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1990: 427–435
- <sup>8</sup> Nyman GE, Nyman AK, Nylander BI. Non-regressive schizophrenia: A comparative study of clinical picture, social prognosis, and heredity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1978; 57: 165–192
- <sup>9</sup> Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke, 1911
- <sup>10</sup> Kraepelin E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 8. Aufl. Leipzig: Barth, 1909/1915
- <sup>11</sup> Tölle R. *Psychiatrie*, 9. Auflage. 1991: 209. Tölle R, Windgassen K: „Psychiatrie“, 13. Auflage, 2001: 210–211
- <sup>12</sup> Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie, 7. Auflage. 1995: 86–118
- <sup>13</sup> Chesterman LP, Boast N. Multi-Modal Hallucinations. *Psychopathology* 1994; 27: 273–280
- <sup>14</sup> Steinert T, Schmidt-Michel PO. Borderline-Störung und Schizophrenie – immer noch ein diagnostisches Problem. *Nervenarzt* 1995; 66: 858–863
- <sup>15</sup> Steinert T, Asshauer I. Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung. *Psycho* 2002; 28: 374–378
- <sup>16</sup> Luria AR. *The working brain*. Middlesex: Penguin, 1973
- <sup>17</sup> Beckmann H, Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie, 7. Auflage. 1995/1957: I–XIII
- <sup>18</sup> Driessen M, Herrmann J, Stahl K et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 1115–1122
- <sup>19</sup> Swinton M. The role of the parietal lobe in borderline personality disorder. *Medical Hypotheses* 2003; 60: 263–267
- <sup>20</sup> Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry* 2001; 50: 292–298
- <sup>21</sup> Lyoo IK, Han MH, Cho DY. A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50: 235–243
- <sup>22</sup> Chengappa KNR, Ebeling T, Kang JS. Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60: 477–484
- <sup>23</sup> Benedetti F, Sforzini L, Colombo C et al. Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 103–107
- <sup>24</sup> Frankenburg FR, Zanarini MC. Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34: 402–405
- <sup>25</sup> Swinton M. Clozapine in severe Borderline Personality Disorder. *Journal of Forensic Psychiatry* 2001; 12: 580–591