

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Christian Stiglmayr
Hans Gunia

Ein Manual für die ambulante Therapie



Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Christian Stiglmayr
Hans Gunia

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Ein Manual für die ambulante Therapie

unter Mitarbeit von Martin Bohus, Julia Förster,
Klaus Lieb, Kathlen Priebe und Christian Schmahl

 **hogrefe**

PD Dr. Christian Stiglmayr, geb. 1964. 1987–1994 Studium der Psychologie in Eichstätt und Freiburg. 1994–2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg, Stationspsychologe der ersten DBT-Station in Deutschland. 2002 Promotion. 2001–2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Freien Universität Berlin. 2001 Gründung und seitdem Leiter eines Fortbildungsinstitutes für psychotherapeutische Verfahren (Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin) in Berlin. 2002 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) und seitdem niedergelassen in einer eigenen Praxis in Berlin. 2010 Habilitation und seitdem Privatdozent an der Humboldt-Universität zu Berlin. Als Trainer und Supervisor in DBT sowie als Dozent und Supervisor an zahlreichen VT-Ausbildungsinstituten tätig.

Dipl.-Psych. Hans Gunia, geb. 1956. 1979–1987 Studium der Psychologie in Darmstadt. Seit 1988 Klinischer Psychologe im PKH Philippshospital in Riedstadt. 1993 Abschluss der Verhaltenstherapie-Ausbildung und Beginn der ambulanten Tätigkeit als Verhaltenstherapeut. 1999 Approbation und Niederlassung als Psychologischer Psychotherapeut. 1999 Abschluss einer Supervisorenausbildung beim IFT München. Seit 1999 Lehraufträge an der TU Darmstadt. Vorstandsmitglied in der deutschen Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie (dvt) und im Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie (DBBT), dort Mitglied der Arbeitsgruppe Psychoedukation. Als Lehrtherapeut und Supervisor VT und DBT tätig.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel.: +49 551 999 50 0
Fax: +49 551 999 50 111
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg; www.klausgehrmann.net
Format: PDF

1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2424-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2424-9)

ISBN 978-3-8017-2424-5

<http://doi.org/10.1026/02424-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
-------------------------	---

Teil I: Grundlagen

Kapitel 1: Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	11
1.1 Klinisches Erscheinungsbild	11
1.2 Diagnostische Kriterien	11
1.3 Diagnostische Instrumente	13
1.4 Komorbiditäten und Differenzialdiagnose	13
1.5 Epidemiologie	13
1.6 Kosten der Störung	14
1.7 Verlauf und Prognose	14
Kapitel 2: Ätiologie – Die biosoziale Theorie	15

Teil II: Therapie

Kapitel 3: Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)	23
3.1 Die therapeutischen Grundhaltungen	23
3.2 Therapiestruktur	26
3.2.1 Vorbereitungsphase	27
3.2.2 Erste Therapiephase	28
3.2.3 Zweite Therapiephase	30
3.2.4 Dritte Therapiephase	31
3.3 Therapieelemente	33
3.3.1 Einzeltherapie	33
3.3.2 Fertigkeitentraining in der Gruppe	33
3.3.3 Telefonkontakte	33
3.3.4 Konsultationsteam	34
3.3.5 Supervision	34
3.3.6 Exkurs: Die DBT-PTSD	35
3.4 Das ambulante Netzwerk	37
3.4.1 Installation von ambulanten Netzwerken	38
3.4.2 Arbeiten in einem ambulanten Netzwerk	38
3.4.3 Finanzierung eines ambulanten Netzwerkes	39
3.5 Therapeutische Strategien	39
3.5.1 Strukturelle Strategien (S1 bis S7)	42
3.5.2 Strategien zur Problemerkennung (P1 bis P8)	42
3.5.3 Strategien zur Problemlösung (L1 bis L9)	43
3.5.4 Strategien zum Kontingenzmanagement (M1 bis M5)	44
3.5.5 Expositionsstrategien (E1 und E2)	45
3.5.6 Kognitive Strategien (C1 bis C5)	46

3.5.7	Validierungsstrategien (V1 bis V7)	46
3.5.8	Kommunikationsstrategien (R1 bis R7; I1 bis I3)	48
3.5.9	Dialektische Strategien (D1 bis D6)	50
3.6	Die therapeutische Beziehungsgestaltung	52
3.7	Fertigkeitentraining in der Gruppe	54
3.8	Die therapeutische Adhärenz in der DBT	57
Kapitel 4: Beschreibung der Therapiedurchführung		59
4.1	Die ersten 1 bis 5 Sitzungen (probatorische Sitzungen)	61
4.2	Sitzung 6 bis 20	77
4.2.1	Der Einsatz des Kontingenzmanagement	98
4.2.2	Die Durchführung eines Konsultationsteams	103
4.2.3	Der Umgang mit Krisen	105
4.2.4	Die Durchführung von Krisentelefonaten	111
4.3	Sitzung 21 bis 40	117
4.3.1	Der Umgang mit ausbleibenden Therapiefortschritten	121
4.4	Sitzung 41 bis 60 (zweites Behandlungsjahr)	126
4.4.1	Die Arbeit mit den Emotionen des Patienten	127
4.4.2	Der Umgang mit Schuld und Scham	136
4.5	Sitzung 61 bis 80 (drittes Behandlungsjahr)	139
4.5.1	Das Therapieende	143
4.6	Der Umgang mit besonderen Situationen	146
4.6.1	Der Umgang mit Schweigen	146
4.6.2	Der Umgang mit Dissoziation	147
4.6.3	Der Umgang mit starker Wut	149
Kapitel 5: Die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)		151
Kapitel 6: Psychopharmakotherapie bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung .		154
Literatur		156
Anhang		165
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM		165

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Einleitung

„Die Dinge sind perfekt, weil sie nicht perfekt sind.“

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren von Marsha Linehan (University of Washington, Seattle, USA) zunächst als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt (Linehan, 1996a, b). Heute gilt die DBT als Prototyp für eine modular konzipierte Psychotherapie. Sie wurde sowohl für zahlreiche psychische Störungen, die mit einer Störung der Emotionsregulation einhergehen, weiterentwickelt als auch an verschiedene Behandlungssettings angepasst.

Wesentliches Behandlungsziel der DBT ist der Aufbau bzw. die Verbesserung von funktionalen Strategien zur Emotionsregulation. Hierfür lernen die Borderline-Patienten in einem ersten Schritt Strategien zur Reduktion extremer Emotionalität sowie dysfunktionaler stimmungsabhängiger Verhaltensweisen; in einem zweiten Schritt werden Strategien vermittelt, dem eigenen Erleben mit mehr Akzeptanz und Vertrauen zu begegnen. Die umfassende und konsequente Anwendung der erlernten Strategien kann schließlich über Selbstakzeptanz, Wertschätzung, Selbstfürsorge und achtsames Mitgefühl zu einem neuen und erfüllten Leben führen. Oder anders formuliert: Aus einem „Zustand des Überlebens“ wird ein „Zustand des Lebens“. Das übergeordnete Behandlungsziel in der DBT ist demnach der Aufbau dialektischer Verhaltensmuster, ein Leben voller Ausgewogenheit, jenseits von dichotomem Denken und Handeln.

Die Autoren dieses Bandes praktizieren DBT seit vielen Jahren: Christian Stiglmayr erlernte die DBT Mitte der 1990er Jahre bei Marsha Linehan, war Stationspsychologe auf der ersten DBT-Station an der Universitätsklinik Freiburg und ist heute Leiter eines Fortbildungsinstitutes für DBT in Berlin (AWP Berlin). Hans Gunia kam mit der DBT erstmals bei einer frühen DBT-Fortbildung in Freiburg in Kontakt und begründete zusammen mit Kollegen Ende der 1990er Jahre das erste DBT-basierte Borderline-Netzwerk in Darmstadt.

Das vorliegende Therapiemanual beschreibt das konkrete therapeutische Vorgehen innerhalb der ambulanten DBT erstmals in aller Ausführlichkeit. Das Buch untergliedert sich in zwei Abschnitte: Teil 1 liefert eine Beschreibung des Störungsbildes, informiert über diagnostische Verfahren und geht auf die Ätiologie der Störung ein. In Teil 2 folgt eine Darstellung der theoretischen Grundlagen der DBT und eine ausführliche Beschreibung des therapeutischen Vorgehens – konkretisiert anhand eines Fallbeispiels. Die einzelnen Sitzungen werden inhaltlich wie auch methodisch detailliert beschrieben. Zahlreiche beispielhafte Therapiesequenzen erleichtern die Nachvollziehbarkeit. Eine Besonderheit dieses Therapiemanuals ist, dass die zur Anwendung kommenden DBT-Strategien jeweils gekennzeichnet sind (Adhärenz-Ratings). Mit diesem Vorgehen wird gewährleistet, dass die DBT in ihrer Anwendung für den Leser jederzeit transparent ist. Wir gehen davon aus, dass dadurch zudem der Transfer in die Praxis deutlich erleichtert wird. Sehr konkrete Handlungsanweisungen zu Beginn eines jeden Therapieabschnitts wie auch in spezifischen Therapiesituationen erhöhen die praktische Umsetzbarkeit. Auf schwierige Therapiesituationen, wie z. B. krisenhaftes Verhalten, Dissoziation, Wut auf den Therapeuten, wird ebenfalls eingegangen.

Sicherlich ist ein Buch über ein bereits bestehendes Therapieverfahren auch immer ein Stück individuelle Weiterentwicklung desselben. Diese hängt maßgeblich von persönlichen Vorlieben und gerade aktuellen Interessen der Autoren ab. Dennoch haben wir uns bemüht, die Wesensmerkmale und Besonderheiten der DBT darzustellen, so wie sie von der Urheberin Marsha Linehan entwickelt wurden. Wir haben uns aber auch erlaubt, bestimmte Aspekte, die uns in unserer täglichen therapeutischen Arbeit als besonders wichtig erscheinen, herauszustellen. Konzeptuelle und inhaltliche Fortführungen sowie Neuinterpretationen von Linehans Leistungen sind hierbei zwangsläufig. Die individuellen Ausformungen sind sicherlich zum Teil auch der deutschen Adaptation der DBT geschuldet. Damit kann ein Buch, wie Sie es jetzt in der Hand halten, immer nur eine Momentaufnahme darstellen. Ähnlich einer geliebten Speise, die aufgrund ihrer jeweils leicht unterschiedlichen Zusammensetzung niemals genau gleich schmecken wird.

Zentrale Weiterentwicklungen, die in diesem Buch zur Sprache kommen, betreffen vor allem die Neugestaltung der dynamischen Behandlungshierarchie, die Inkludierung von therapeutischen Strategien aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Eifert, 2011) sowie die Behandlung einer komorbiden schweren Posttraumatischen Belastungsstörung (DBT-PTSD; Bohus et al., 2011). Wegweisenden Einfluss hat auch das Konzept des achtsamen Selbstmitgefühls (Mindful Self-Compassion, MSC; Germer 2012) genommen; wir sind allerdings der Überzeugung, dass wesentliche Merkmale dieses Programms bereits Bestandteil der DBT sind. Sie wurden von Marsha Linehan nur nicht explizit formuliert. Ein von uns gesetzter Fokus liegt außerdem auf der Emotionsarbeit. Auch dies wird von Linehan so deutlich nicht herausgestellt, kann aus dem Grundverständnis der DBT allerdings durchaus abgeleitet werden.

Da die Emotionsarbeit im Rahmen der DBT eine zentrale Stelle einnimmt, wird diesem Thema ein eigenes Kapitel gewidmet. Bei der Erstellung dieses Kapitels haben wir uns durch das sehr empfehlenswerte Buch von Kelly Koerner (2013) inspirieren lassen und haben auf die Arbeiten von Leslie Greenberg (2002), dem Begründer der emotionsfokussierten Therapie, zurückgegriffen. Wir haben nicht den Anspruch, dass dieses Kapitel einen endgültigen Stand abbildet, vielmehr erhoffen wir, für eine Weiterentwicklung der konkreten Emotionsarbeit innerhalb der DBT hilfreiche Impulse geben zu können.

Aufgrund der schlechten – insbesondere ambulanten – Versorgungssituation werden die Chancen einer erfolgreichen Behandlung von Patienten mit einer BPS als ungenügend bewertet. Dies ist nach wie vor der Fall, obwohl die Auseinandersetzung mit der BPS und deren Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Nur etwa jeder 1 000. Borderline-Patient kommt derzeit in Deutschland in den Genuss einer störungsspezifischen, evidenzbasierten Behandlung. Wir hoffen und wünschen uns, dass mit dem vorliegenden Behandlungsmanual die Verbreitung der DBT als effektives Therapieverfahren zur Behandlung einer BPS weiter befördert wird. Wir haben uns um eine transparente und sehr klare Beschreibung der einzelnen therapeutischen Schritte bemüht, um so auch für junge Kolleginnen und Kollegen ein praktikables Buch zu erstellen. Wir sind uns aber sicher, dass auch für erfahrene Praktiker zahlreiche Anregungen vorhanden sind.

Ohne die Anregungen und Hilfestellungen zahlreicher Kolleginnen und Kollegen und uns wichtiger Menschen hätte das vorliegende Buch niemals die von uns angestrebte Qualität erreichen können. Wir danken Herrn Dr. Gerhard Zarbock für die Auseinandersetzung über den Aufbau und die praktische Umsetzung von Verhaltens- und Kettenanalysen. Frau Arve Thürmann als MSC-Expertin und Berliner Praxiskollegin sorgte mit ihren stets feinfühligem Rückmeldungen für die Integration wesentlicher Strategien zum achtsamen Mitgefühl. Frau Susanne Burda half in ihrer Funktion als ausgesprochen kompetente Sozialarbeiterin an einer DBT-Tagesklinik bei der korrekten Darstellung von Möglichkeiten und Grenzen rund um das Thema Arbeit und Beruf. Frau Kathlen Priebe bereicherte das vorliegende Buch mit einem Beitrag zur DBT-PTSD, Prof. Dr. Christian Schmahl mit einem Beitrag zur Neurobiologie, Prof. Dr. Martin Bohus sowie Prof. Dr. Klaus Lieb mit einem Beitrag zur Pharmakotherapie bei der BPS. Unser Dank gilt Kathlen Priebe, Christian Schmahl, Martin Bohus und Klaus Lieb nicht nur für deren literarischen Beitrag, sondern auch für die langjährige, immer kollegiale Begleitung. Die DBT, wie sie von uns in diesem Buch beschrieben ist, ist damit auch deren Werk. Unser besonderer Dank gilt Frau Julia Förster. Julia Förster ist eine der wenigen deutschsprachigen Expertinnen für das Raten der DBT-Adhärenz und war verantwortlich für die Überprüfung der gerateten DBT-Strategien. Bedanken möchten wir uns schließlich beim Hogrefe Verlag für die Möglichkeit, dieses Buch zu verfassen. Susanne Weidinger als unserer Lektorin wollen wir für ihre Geduld und ihre hohe Kompetenz danken.

Unser ganz persönlicher Dank gilt Carola Stiglmayr und Anette Fecher für die fortwährende Inspiration und das Übernehmen alltäglicher Aufgaben, die eigentlich die unsrigen gewesen wären. Anton und Justus Stiglmayr möchten wir danken für ihre durchweg bereichernde Existenz, ohne die viele Qualitäten dieses Buches nicht denkbar gewesen wären.

Berlin und Darmstadt, im Juni 2016

Christian Stiglmayr und Hans Gunia

Teil I: Grundlagen

Kapitel 1

Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.1 Klinisches Erscheinungsbild

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwere, chronische psychische Erkrankung, welche zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt wird. Im DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) wie auch im vorausgegangenen DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) ist die Störung durch neun Kriterien gekennzeichnet. Diese können drei psychopathologischen Dimensionen zugeordnet werden: (1) Störungen der Affektregulation, (2) Störungen der Identität und (3) Störungen der sozialen Interaktion.

Zentrale Kennzeichen von Störungen der Affektregulation sind sehr schnell auslösbare, übermäßig starke und lang anhaltende emotionale Zustände. Je nach Ausmaß können diese emotionalen Zustände von den Betroffenen nicht mehr differenziert wahrgenommen werden, werden als unkontrollierbar erlebt. Distinkte Emotionen weichen zunehmend einem diffusen Gefühl innerer Anspannung; dissoziatives Erleben wird häufig zusätzlich berichtet (Stiglmayr et al., 2005). Diese als höchst unangenehm erlebten Spannungs- und dissoziativen Zustände werden mithilfe schnell wirksamer, aber langfristig dysfunktionaler Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen oder Suizidversuchen alsbald zu beenden versucht (Kleindienst & Bohus, 2009). Impulsives Verhalten in Form von erhöhtem Alkohol- oder Drogenkonsum, Essattacken oder Hochrisikoverhalten (z. B. auf Bahngleisen spazieren gehen oder auf Hochhäusern balancieren) können ebenfalls Folge einer gestörten Affektregulation sein. Bei manchen Betroffenen sind zusätzlich heftige Wutausbrüche zu beobachten; anderen hingegen ist ein Gefühl von Wut auf andere Personen völlig fremd, richten diese stattdessen gegen sich selbst.

Störungen der Identität zeichnen sich bei Borderline-Patienten durch vier unterschiedliche Kategorien aus (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000):

- ein vollständiges Aufgehen in einer einzigen sozialen Rolle (Rollen-Absorption);
- dem Gefühl der „inneren Zerrissenheit“ (schmerzhafte Inkohärenz);

- einer, in Abhängigkeit von der jeweiligen Bezugsperson, ständig wechselnden Identität (schmerzhafte Inkonsistenz);
- Schwierigkeiten, eine soziale Rolle in all ihren Anforderungen anzunehmen, ohne das Gefühl zu entwickeln, sich darin zu „verlieren“ (fehlende Rollenakzeptanz).

Aufgrund der instabilen Identität findet sich häufig ein chronisches Gefühl der inneren Leere, was von vielen Betroffenen als ausgesprochen quälend empfunden wird.

Störungen der sozialen Interaktion sind vor allem durch einen permanenten und sehr schnellen Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung des Gegenübers gekennzeichnet. Damit einher geht eine unangemessene Nähe-Distanz-Regulation. Das Beziehungsverhalten von Borderline-Patienten ähnelt in vielen Fällen denen von Pubertierenden. Aus diesem Grund bezeichnet Martin Bohus Borderline-Patienten als „chronisch Pubertierende auf hohem Niveau“.

1.2 Diagnostische Kriterien

Eine erste typologische Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erschien 1980 im DSM-III (APA, 1980). Der Begriff „Borderline“ fand erstmalig 1938 bei dem Psychoanalytiker Adolf Stern Erwähnung. Er versuchte mit diesem Begriff Phänomene zu beschreiben, welche sich im Übergangsbereich von Neurose und Psychose befanden. Die entsprechenden Patienten waren offenbar „zu krank“ für die klassische Psychoanalyse, interpretierten jedoch nicht, wie die psychotischen Patienten, die reale Welt ständig falsch. Im Unterschied hierzu beschrieben Hoch und Polantin (1949) als Anhänger der psychiatrischen Tradition von ihnen als „borderline cases“ bezeichnete Patienten mit einer Reihe formaler und inhaltlicher Denkstörungen und entwickelten das Konzept der pseudoneurotischen Schizophrenie. Auf der Grundlage dieser Beschreibungen führte Knight (1953) schließlich den Begriff der Borderline-Störung ein. Erst durch die Arbeiten