

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

Allgemeine Psychopathologie

0. Definition Psychopathologie	70
1. Bewusstseinsstörungen	72
2. Orientierungsstörungen	74
3. Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration	74
4. Auffassungsstörungen	74
5. Gedächtnisstörungen	75
6. Intelligenzstörungen	76
7. Denkstörungen	77
8. Zwänge und Befürchtungen	80
9. Wahrnehmungsstörungen	81
10. Störungen des Ich-Erlebens (Ich-Störungen)	83
11. Störungen der Affektivität	84
12. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik	86

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

0. Definition Psychopathologie

In der Psychopathologie werden abnorme Erlebens- und Verhaltensweisen in ihren seelischen, sozialen und biologischen Bezügen beschrieben. Die Störungen werden dabei zunächst beschrieben, benannt und geordnet (*deskriptive oder statistische Psychopathologie*), und dann in ihren inneren Zusammenhängen erklärt und in Beziehungen zu tiefenpsychologischen und zwischenmenschlichen Vorgängen gestellt (*dynamische, verstehende, interaktionelle Psychopathologie*).

- **Deskriptive (beschreibende) oder statistische Psychopathologie:**

Beschreibung abnormer Formen des Erlebens, Entgleisung des Verhaltens. Der Therapeut beobachtet mit naturwissenschaftlicher Haltung, Distanz. Objektive Symptome und das Resultat des Verhaltens des Patienten sind wichtig.

- **Dynamische, verstehende Psychopathologie:**

Beschreibung der Dynamik, der Entwicklung des Krankheitsprozesses. Der Therapeut hat eine prozessorientierte, systemische Sichtweise. Der Zusammenhang mit der Entwicklung beim Patienten ist wichtig.

Bei der Beschreibung der folgenden Symptome sollten wir uns im Klaren darüber sein, dass diese Symptome nicht in jedem Fall als Krankheitszeichen zu bewerten sind, „*und dass sie höchstens typisch, aber nicht spezifisch für bestimmte Krankheitskategorien sind.*“¹ Außerdem lässt sich niemals anhand nur eines Symptoms die zugrunde liegende Erkrankung erkennen; wir müssen also die einzelnen Symptome immer im Kontext mit anderen Symptomen bzw. Auffälligkeiten sehen, bevor wir eine Diagnose stellen können.

Darüber hinaus ist es unseres Erachtens wichtig zu verstehen, dass der Patient nicht irgendwelche Symptome „hat“, sondern dass sein inneres Erleben und das daraus resultierende Verhalten zunächst einmal nur als von der „Norm“ abweichend zu verstehen ist. Scharfetter sagt dazu: „*Nichts von seinem Tun ist schlechthin unsinnig.*“² Was nun die Norm ist, und was außerhalb der Norm liegt, ist vor allem vor dem soziokulturellen Hintergrund des betroffenen Menschen zu sehen³.

Wir sollten uns immer „*auf ein gefühlshaft-empathisches Mitschwingen einlassen, ja auch affektive Betroffenheit und Erschütterung zulassen – und gleichzeitig intellektuell-rational zur Kenntnis nehmen und verarbeiten lernen.*“⁴ Wenn wir mit dieser Grundhaltung unseren Patienten begegnen, wird sich uns seine „Störung“ auf andere, tiefere Weise erschließen, und wir werden ihm besser behilflich sein können, heil zu werden.

„Mit der Erhebung des psychopathologischen Befundes sollen all diejenigen psychischen Symptome erfasst werden, die für Kennzeichnung der aktuellen psychischen Störung bedeutsam sind.“⁵

¹ Christian Scharfetter - Allgemeine Psychopathologie (Thieme 1996), S.2

² Christian Scharfetter - Allgemeine Psychopathologie (Thieme 1996), S.3

³ So kann z.B. in vielen Kulturkreisen ein Mensch, der Kontakt zu „Geistern“ hat, diese sieht und mit ihnen kommuniziert, als Heiliger, Schamane oder ähnliches verehrt werden, und muss in diesem Kontext wahrscheinlich als gesund gelten. Wenn im westlichen Kulturkreis jemand etwas sieht und hört, was andere nicht sehen und hören können, sprechen wir von Halluzinationen und werten diese in der Regel als Symptom einer Erkrankung.

⁴ Scharfetter - Allgemeine Psychopathologie (Thieme 1996), S.1

⁵ Fähndrich, Stieglitz – Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes – Hogrefe, 5. Aufl. 2018, S.13 (Anmerkung: „*Kennzeichnung der aktuellen psychischen*“ Störung meint hier „*Diagnose*“ der Störung, z.B. als Akrophobie =Höhenangst)

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

7. Denkstörungen

Denken manifestiert sich in Sprache und Schrift, wird gesteuert von Wahrnehmung, Assoziationen und Denkzielen. Wesentliche Ich-Funktion, die die Verfügung über Gedächtnisinhalte voraussetzt. Störungen sind in Bezug auf den *formalen Denkvorgang* und auf den *Gedankeninhalt* möglich.

7.1. Formale Denkstörungen

Formale Denkstörungen benennen krankheitsunspezifische Störungen des Denkablaufs. Sie werden vom Patienten subjektiv empfunden und zeigen sich objektiv in den sprachlichen Äußerungen. Wir unterscheiden:

- Denkhemmung/Denkverlangsamung: Wird der Gedankengang vom Patienten als schleppend und mühsam empfunden, spricht man von einer *Denkhemmung*, dagegen ist die *Denkverlangsamung* vom Untersucher bzw. Dritten wahrnehmbar aufgrund einer gewissen Zähigkeit (Viskosität) und fehlenden Initiative (Torpidität) des Sprechens und Reagierens des Patienten. **Leitsymptom von depressiven Störungen!**
- Eingeengtes Denken: Einschränkung des inhaltlichen Denkbereichs. Die Patienten haften an einem oder an wenigen Themen und sind auf einige wenige Ziele fixiert (Verarmung der Themen). Der Patient berichtet oft von einem Nichtloskommen von bestimmten Gedanken. Vorkommen v.a. bei exogenen Psychosen, insbes. Demenz.
- Ständiges Grübeln: Unablässiges Beschäftigtsein mit bestimmten, meist unangenehmen Gedanken, die häufig mit der aktuellen Lebenssituation in Zusammenhang stehen und vom Patienten nicht als fremd erlebt werden. Häufig bei Depression und exogenen Psychosen.
- Perseverierendes Denken: Mechanische Wiederholung gleicher Denkinhalte und Haftenbleiben an vorher verwendeten Worten oder Angaben, die aber nun nicht mehr sinnvoll sind. Zwangsgedanken sind oft perseverierend; Perseverationen finden sich aber ebenso bei exogenen Psychosen (Hirnschädigung durch Tumoren, Traumata, Epilepsie etc., Demenzen...)
- Gedankenaufdrängen: Patienten berichten von automatisch ablaufendem Denken. Sie stehen unter übermäßigem Druck vieler Einfälle oder ständig wiederkehrender Gedanken. Oft bei Manie!
- Gedankensperrung/Gedankenabreißen: Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedankenganges ohne erkennbaren Grund. Häufiges Symptom der Schizophrenie!
- Vorbeireden: Obwohl durch die Situation ersichtlich ist, dass der Patient die Frage verstanden hat, beantwortet er diese nicht (ohne Absicht), sondern bringt etwas inhaltlich ganz anderes vor. Vorkommen z.B. im Rahmen einer sog. Pseudodemenz bei dissoziativen Störungen, Depression
- Umständliches Denken: Im Denkablauf wird Nebensächliches nicht vom Wesentlichen getrennt. Die Hauptaussagen gehen in der Schilderung unwichtiger Details unter. Das Gespräch wird weitschweifig oder pedantisch und kleinkrämerisch. V.a. bei Demenz.
- Ideenflucht (assoziativ gelockertes Denken) Übermäßig einfallsreicher Gedankengang. Durch die vermehrten Assoziationen wechselt das Denkziel laufend. Das Denken wird oberflächlich. Der Patient ist durch äußerliche Reize leicht ablenkbar, gerät vom Hundertsten ins Tausendste, denkt und spricht einen Satz oft nicht zu Ende. **Leitsymptom der Manie (Zyklothymie)!**

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

- Neologismen: Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen und häufig aus anderen Wörtern zusammengezogen oder gebildet werden. Für andere oft nicht unmittelbar verständlich, haben sie für den Erfinder eine Bedeutung. V.a. bei Schizophrenie und Aphasie.
- Inkohärentes (zerfahrenes) Denken: Das Denken hat keinen logischen oder gefühlsmäßig nachvollziehbaren Zusammenhang. Nicht zusammengehörige Denkinhalte werden oft bis zur völligen Unverständlichkeit aneinander gereiht. Bei leichten Formen bleibt der Satzbau zum Teil noch erhalten (Paralogik), während er bei schweren Formen zerstört ist (Paragrammatismus) bis zu unverständlichem, sinnleerem Wort- und Silbengemisch („Wortsalat“, Schizophasie). **Typisch bei Schizophrenie**, aber auch im Delir.

7.2. Inhaltliche Denkstörungen

Inhaltliche Denkstörungen stehen im Zusammenhang mit Störungen des Realitätsurteils. Der Wahn zeigt eine nicht widerlegbare Gewissheit seiner Überzeugung, obwohl sie offensichtlich im Gegensatz zur Realität steht. Weiterhin zeigen Zwangsvorstellungen und -handlungen, Phobien mit ihren Zwangsgedanken, -impulsen und -handlungen auch Störungen des Denkens.

Wahnphänomene können in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichem Inhalt auftreten. Psychosen, die mit einem andauernden und unerschütterlichen Wahnsystem, aber ohne wesentliche andere psychopathologische Störungen und insbesondere ohne Persönlichkeitsdesintegration einhergehen, werden **Paranoia** oder **Wahnentwicklung** genannt.

7.2.1. Wahn

Wahn ist eine feste, unumstößliche Überzeugung der eigenen Lebensrealität und damit für den Betroffenen absolute Wirklichkeit, die keines Beweises bedarf. Der Wahnkranke hat **kein** Krankheitsbewusstsein. Wahn kommt bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen vor; z.B. bei Schizophrenie, paranoiden Störungen, affektiven und exogenen Psychosen.

Wahn im zeitlichen Verlauf

1. *Wahnstimmung*: z.B. das Gefühl von Misstrauen, dass irgendetwas nicht in Ordnung ist; das Gefühl, die Umwelt habe sich irgendwie verändert; siehe auch unter Ich-Störungen: Derealisation).
2. *Wahnvorstellung*: Diese gehört der Vorstellungswelt des Kranken an. Als *Wahneinfall* oder *Wahnidee* wird hier das plötzliche Aufkommen von wahnhaften Überzeugungen bezeichnet (z.B. Verfolgung, Beeinträchtigung, Berufung).
3. *Wahnarbeit*: der Kranke grübelt seinen Wahnideen nach (*Wahngedanken*), sucht nach Bestätigungen, wobei der Wahn sich durch neue Wahnideen, evtl. auch durch Halluzinationen oder Wahnwahrnehmungen mehr und mehr verfestigt. Bei der *Wahnwahrnehmung* wird einer richtigen Sinneswahrnehmung eine abnorme Bedeutung (Eigenbeziehung) beigelegt: ein Gegenstand oder Vorgang wird zwar als das wahrgenommen, wofür ihn auch andere gesunde Menschen übereinstimmend halten, er hat aber eine besondere, nur für den Kranken gültige, also wahnhafte Bedeutung.
4. *Wahnsystem*: am Schluss steht eine komplette, in sich geschlossene Struktur, welche von der *Wahngewissheit* getragen, unverrückbar und unerschütterlich ist.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

5. *Wahnwirklichkeit*: kann jetzt die einzige, oder zumindest die beherrschende Realität sein. Oftmals besteht aber weiterhin die „echte“ Wirklichkeit gleichberechtigt neben der Wahnwirklichkeit („doppelte Buchführung“). Eine weitere Möglichkeit ist, dass Realität und Wahnwirklichkeit nicht mehr unterscheidbar sind, was oftmals zu quälender Ratlosigkeit führt.
6. *Residualwahn*: nach Abklingen einer akuten Manifestation weiterhin bestehender Wahn im Sinne eines Restwahns)

Wahnthemen/-inhalte

- Beziehungswahn: Menschen und Dinge der Umwelt werden wahnhaft vom Kranken auf sich selbst bezogen. Vorkommen v.a. bei Schizophrenie.
- Beeinträchtigungswahn: Im Gegensatz zum Beziehungswahn bezieht der Kranke nicht nur alles auf sich, sondern auch gegen sich. Vorkommen v.a. bei Schizophrenie.
- Verfolgungswahn: Dieser stellt einen gesteigerten Beeinträchtigungswahn dar. Harmlose Ereignisse werden als Bedrohung oder Verfolgung empfunden. Vorkommen v.a. bei Schizophrenie.
- Eifersuchtswahn: ganz überwiegend bei Alkoholikern, die in fester Partnerschaft leben („Wahn ehelicher Untreue“); bei Männern 2-3 mal häufiger als bei Frauen. Für den Kranken steht unumstößlich fest, dass er von dem/der Partner/in betrogen oder hintergangen wird. Die Aggressionen sind auf den/die Partner/in fixiert.
- Liebeswahn: Die Patienten (meist Frauen) glauben, von einer bestimmten Person geliebt zu werden, die diese Beziehung jedoch leugnet.
- Größenwahn: Wahnhafte Selbstüberschätzung (gesellschaftliche Bedeutung, eigene Fähigkeiten und Leistungen betreffend) bis hin zur Identifizierung mit berühmten Persönlichkeiten der Vergangenheit und Gegenwart. Vorkommen bei Schizophrenie, Manie und Neurosyphilis.
- Kleinheitswahn: Das Gegenteil des Größenwahns. Der Kranke sieht sich als machtlos, verloren und nichtig. In der schlimmsten Form leugnet der Patient seine Existenz (nihilistischer Wahn). Besonders bei Depression.
- Schuldwahn: Wahnhafte Überzeugung, gegen Gott, die Gebote, eine höhere sittliche Instanz usw. gefehlt zu haben. Typisch bei endogener Depression.
- Verarmungswahn: Unerschütterliche Überzeugung, vom finanziellen Ruin bedroht zu sein. Bei endogener Depression.
- Hypochondrischer Wahn: Wahnhafte Überzeugung, dass die Gesundheit verloren gegangen oder bedroht ist. Jedes „Zipperlein“ ist der Beweis dafür. Bei endogener Depression.
- Querulantenwahn: Die Patientin fühlt sich gekränkt und will dieses Unrecht nicht auf sich beruhen lassen; gekennzeichnet durch einen absolut uneinsichtigen, selbstgerechten Kampf ums Recht (jahrelanges Prozessieren).
- Wahnhafte Dysmorphophobie: Wahnhafte Überzeugung, missgestaltet zu sein.
- Doppelgängerwahn (Capgras-Syndrom): Eine bekannte Person wird nicht wirklich für die bekannte Person, sondern für einen Doppelgänger gehalten.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

7.2.2. überwertige Ideen

Hier wird einer Idee oder einem Einfall eine übertrieben gefühlsmäßige Bedeutung beigemessen, welche das ganze Denken und Handeln prägt, ohne dass dies bewusst empfunden wird. Beispiel: Fanatismus.

Überwertige Ideen sind vor allem von den Wahnideen, aber auch von Zwangsvorstellungen abzugrenzen.

7.2.3. Zwänge und Befürchtungen

Zwänge und Befürchtungen werden auch oft zu den inhaltlichen Denkstörungen gezählt, hier aber gesondert aufgeführt (s.u.)

8. Zwänge und Befürchtungen

8.1. Zwänge

Zwang ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Vorstellungen, Gedanken, Handlungsimpulsen und Handlungen, die als unsinnig und Ich-fremd erlebt werden und nicht zu unterdrücken sind. Eine willentliche Beeinflussung ist nicht möglich! Der Kranke leidet unter dem Erleben; bei Unterdrückung des Zwangs tritt Angst auf. Zwangssymptome haben außerdem die Tendenz, sich auszubreiten. Zwänge sind das Leitsymptom bei Zwangsstörungen (-neurosen), kommen aber auch vor bei depressiven Syndromen, Schizophrenie und exogene Psychosen.

Formen des Zwangs

- Zwangsideen/Zwangsgedanken/Zwangsvorstellungen: meist Befürchtungen, es könne anderen etwas passieren, und die Schuld liegt beim Patienten.
- Zwangsimpulse: sich zwanghaft aufdrängende innere Impulse, sinnlose oder gefährliche Handlungen durchzuführen (z. B. jemanden umbringen, aus dem Fenster springen); Zwangsimpulse werden fast nie realisiert!
- Zwangshandlungen: meist aufgrund von Zwangsgedanken; stereotyp wiederholte Handlungen: z. B. Kontrollzwang, Waschzwang, Ordnungszwang.

8.2. Befürchtungen/Phobien

Hier handelt es sich um Befürchtungen, bei denen sich die auftretenden Angstgefühle immer auf bestimmte Objekte oder Situationen beziehen. Eine gewisse Nähe zu den Zwangsgedanken besteht darin, dass den Betroffenen durchaus bewusst ist, dass ihre Ängste unbegründet sind. Die angstausslösenden Situationen werden meist vermieden. Beispiele sind Tierphobien, Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen), soziale Phobien, Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen), Akrophobie (Höhenangst) etc.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

9. Wahrnehmungsstörungen

Unter Wahrnehmung wird ein komplexer Vorgang von Sensibilität, Empfindung und integrativer Verarbeitung von Umwelt- und Körperreizen. Störungen der Wahrnehmung können durch eine Beeinträchtigung der Funktion von Sinnesorganen, Rezeptoren oder Nerven sowie eine Störung der Wahrnehmungsverarbeitung (z.B. bei Halluzination oder Illusion) verursacht werden.

Wahrnehmung kann *quantitativ* gestört sein (z.B. lückenhafte, verminderte, beschleunigte oder intensivierete Wahrnehmung). Qualitative Wahrnehmungsstörungen sind Störungen des Wahrnehmungserlebens bzw. der Wahrnehmungsverarbeitung, ohne dass entsprechende Außenreize vorhanden sind. In der Psychiatrie werden daher vor allem *Halluzinationen* von *Illusionen* unterschieden.

9.1. Halluzinationen

Als Halluzinationen (Trugwahrnehmungen) werden i.d.R. Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechenden Außenreiz bezeichnet, die vom Betroffenen für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. Halluzinationen können auf alle Sinnesgebiete bezogen sein.

Bleibt das kritische Realitätsurteil weitgehend erhalten (die Unwirklichkeit wird erkannt) und werden die Phänomene weniger „leibhaftig“ erlebt, so spricht man von *Pseudohalluzinationen*. Beide sind von Illusionen zu unterscheiden, die nur eine (meist flüchtige) verfälschte Wahrnehmung realer Objekte darstellt.

- Akustische Halluzinationen erscheinen in Form von:

- **Stimmenhören:**

- * *Gedankenlautwerden* (die eigenen Gedanken werden hörbar)
- * Stimmen, die den Betroffenen direkt ansprechen, ihn beschimpfen oder ihm Befehle geben (*imperative/befehlende Stimmen*)
- * Stimmen, die seine Handlungen begleiten (*kommentierende Stimmen*) von
- * Stimmen in Form von Rede und Gegenrede von Dritten empfunden werden (*dialogische Stimmen*).

Diese Halluzinationen lassen sich manchmal aus der Mimik u./o. dem Verhalten des Patienten vermuten, wenn er sich z.B. laut mit den Stimmen unterhält.

- **Akoasmen** sind eher undifferenzierte, zum Teil aber auch konkrete Geräusche, z.B.:

- * Klopfen, Knallen, Knistern
- * Wispern, Rauschen, Zischen,
- * Sirenengeheul, Glockenläuten, Orgelmusik
- * etc.....

Akustische Halluzinationen kommen besonders bei der **Schizophrenie** (v.a. kommentierende oder befehlende Stimmen) vor, sowie beim **Alkoholismus** (v.a. dialogische Stimmen)

- Optische Halluzinationen (Photopsie, „Gesichtswahn“): mit der Wahrnehmung meist kleiner Gegenstände, Tiere oder Figuren, ganzer Bilder und Szenen (z.B. weiße Mäuse). Geformte bewegte Situationen in schwarz-weiß, ungeformte meist in Farben.

Sie kommen besonders beim **Alkoholdelir**, aber auch bei der **Schizophrenie** (hier mehr szenischer Charakter) vor. Menschen mit schweren **psychotischen Depressionen** können Schatten, Skelette oder Fratzen sehen.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Allgemeine Psychopathologie

© Thomas Wiebke

- Olfaktorische und gustatorische Halluzinationen (Geruchs- und Geschmacks-halluzinationen): sind meist unangenehmer Art und oftmals besonders quälend; Beispiele:
 - ekelhafter Geruch von Gas, Benzin, Schwefel, Teer, verwestem Fleisch, der manchmal aus bestimmten Richtungen oder von bestimmten Objekten zu kommen scheint;
 - fauliger oder metallischer Geschmack; Geschmack von Seifenlauge, Kloake etc.Geruchs- und Geschmackshalluzinationen treten oft gemeinsam auf, z.B. vor epileptischen Krampfanfällen (**epileptische Aura**), bei **Tumoren** in entsprechenden Hirnarealen, sowie bei **Schizophrenie** (hier dann oft gemeinsam mit anderen Halluzinationen und einem Verfolgungs- bzw. Vergiftungswahn).
- haptische und taktile Halluzinationen (Tast- oder Berührungshalluzinationen): Sinnestäuschungen im Bereich der Oberflächensensibilität, also Wahrnehmungen im Bereich der Haut und Schleimhaut; Beispiele:
 - Zerren, Kribbeln,
 - Stechen, Bohren, Sägen,
 - Sengen, Brennen,
 - Wahrnehmungen von Kälte oder Hitze (thermische Halluzinationen) oder von Feuchtigkeit (hygrische Halluzinationen);
 - Vorkommen insgesamt v.a. bei **hirnorganischen Erkrankungen** und bei **Schizophrenie**. Dermatozoen- und Enterozoenwahn kommen insbesondere bei hirnorganischen Erkrankungen vor, z.B. beim Delir oder seniler Demenz.
 - chronische taktile Halluzinationen sind oft kombiniert mit der wahnhaften Überzeugung, kleine Tiere seien in der Haut (Dermatozoenwahn) oder im Körperinneren (Enterozoenwahn), welche v.a. bei seniler Demenz auftreten;
- Zoenästhesien¹³ sind typischerweise bizarre Körperwahrnehmungen bzw. Störungen des Körpergefühls; Beispiele
 - das Gefühl, innerer Organe würden angefressen oder angefasst werden,
 - Gefühl zu schweben, fortgetragen zu werden,
 - Gefühl, übergroße Arme oder Beine zu haben,
 - Gefühl von Reißen an den Samensträngen oder Eierstöcken, Gefühl von elektrischen Strömen, die durch die Genitalien fließen.
 - Vorkommen v.a. bei **Schizophrenie**, z.T. aber auch bei Hypochondrie
- Leibhalluzinationen¹⁴ haben den Charakter des von außen Gemachten; sie gehen oft mit den oben genannten haptischen, taktilen und auch zoenästhetischen Halluzinationen einher:
 - Gefühl vom Wind fortbewegt zu werden,
 - Gefühl angefasst, festgehalten oder angepustet zu werden,
 - Gefühl von Elektrisierung oder magnetischer Bestrahlung („ich werde von Engeln bestrahlt“).
 - Vorkommen v.a. **Schizophrenie** und **organischen Psychosen**.

¹³ Der Begriff Zoenästhesie wird in der Literatur leider nicht einheitlich verwendet. Der Psyhyrembel definiert Zoenästhesie ganz allgemein als „qualitativ abnorme, diffuse Leibempfindung..., bei der der Körper als fremd und anders wahrgenommen wird“.

¹⁴ Zwischen Leibhalluzinationen, Zoenästhesien sowie haptischen und taktilen Halluzinationen bestehen teilweise fließende Übergänge.