

## Die generalisierte Heiterkeitsstörung

Diagnose – Differentialdiagnose – Therapie

Ulrich Streeck

**The disturbance of generalized cheerfulness.  
Diagnosis – differential diagnosis – therapy**

**Summary.** The disturbance of generalized cheerfulness (serene-calmness disorder) is an illness, which is often recognised very late. It is characterised by a uniformity of psychic experience in the face of circumstances which would otherwise give cause for depressiveness, despair, great anxiety, self-accusations or aggression directed against others. Early diagnosis and specific therapy may decisively improve life-quality of the patients and may also prevent detrimental individual and social long-term consequences.

**Zusammenfassung.** Die generalisierte Heiterkeitsstörung (GHKS) ist eine oft erst spät erkannte seelische Erkrankung, für die eine Gleichförmigkeit des seelischen Erlebens angesichts von Umständen charakteristisch ist, wie sie normalerweise Anlass von depressiver Verstimmung, Verzweiflung, großer Angst, von Selbstanklagen oder gegen andere gerichtete Aggression sind. Eine frühzeitige Diagnose und eine gezielte Behandlung können die Lebensqualität des Betroffenen entscheidend verbessern und nachteilige individuelle und gesellschaftliche Langzeitfolgen verhindern.

---

Heiterkeit ist ein manchmal plötzlich einsetzender, meist aber sich schleichend entwickelnder Gemütszustand, der Stunden oder Tage, manchmal auch Monate anhalten kann; in ausgeprägten Fällen kann Heiterkeit die vorherrschende seelische Verfassung eines davon Betroffenen darstellen. Mit Heiterkeit können gelegentlich körperliche Ausdrucksformen einhergehen, insbesondere ein für

die Umwelt oft nicht nachvollziehbares und manchmal kaum merkliches Lächeln; körperliche Manifestationen sind jedoch nicht pathognomonisch und gehören nicht zu den obligaten Begleiterscheinungen von Heiterkeit. Der Gemütszustand der Heiterkeit wird schon in antiken Schriften beschrieben, beispielsweise in Demokrits Abhandlung „Über die Heiterkeit“ aus dem 5./4. Jahrhundert vor Christus; auch in Senecas Schrift „De tranquillitate animi“ finden wir Beschreibungen dieses Zustands. Im Unterschied zu modernen Erkenntnissen erscheint Heiterkeit dort als ein erstrebenswerter Seelenzustand, der unter Umständen auch mit Hilfsmitteln, beispielsweise mit Hilfe eines „Umtrunks“ – so etwa bei Seneca – im Sinne eines Zustands des Angeheitert-Seins erreicht werden kann. Erste Darstellungen des Krankheitsbilds, das wir heute als generalisierte Heiterkeitsstörung kennen, finden wir im 18./19. Jahrhundert.

Erst indem sich jedoch die moderne Erkenntnis durchgesetzt hat, dass der optimistische Fortschrittsglauben die gesunde, an die Realität angepasste Haltung ist, war die Entdeckung möglich, dass insbesondere der persistierende Zustand der Heiterkeit eine wirklichkeitsunangemessene pathologische seelische Gemütsverfassung darstellt.

Charakteristisch für den Zustand der Heiterkeit ist eine gewisse Gleichförmigkeit des seelischen Erlebens, die selbst angesichts von schwerwiegenden Ereignissen, Schicksalsschlägen oder von Vorkommnissen fort dauert, die normalerweise Anlass zu klagendem Leid, depressiver Verstimmung, Selbstvorwürfen oder gegen andere gerichtete Anklagen sind. Von Heiterkeitszuständen Betroffene sind sich des Abgründigen der Existenz bewusst, verharren aber dennoch in einem heiter-gelassenen Gemütszustand und können sich auch dann, wenn sie mit abgründigen Erfahrungen konfrontiert sind, von ihrem Zustand der Heiterkeit nicht distanzieren oder diesen verändern.

Selbst bei Ereignissen, die das Leben für den Durchschnitt der Bevölkerung außerordentlich schwer machen würden, ändert sich der Zustand der Heiterkeit bei ihnen nicht merklich, sondern scheint sich im Gegenteil noch zu vertiefen. Zu den typischen Merkmalen gehört, dass die betroffene Person das Schwerwiegende entsprechender Ereignisse oder auch deren Tragik durchaus erkennt, ohne darauf jedoch – gemessen an der Durchschnittsnorm der Bevölkerung – adäquat reagieren zu können. In schweren Fällen kann der Zustand der Heiterkeit geradezu einem Genuss der Abgründigkeit der Existenz gleichkommen.<sup>1</sup>

## Diagnostik

Um die Diagnose einer generalisierten Heiterkeitsstörung (GHKS) stellen zu können, müssen nach ICD-10/Q, Version II b) folgende Kriterien erfüllt sein (Tabelle 1).

Wiederholte, mindestens über zwei Tage anhaltende akut oder schleichend einsetzende (akut rezidivierende Verlaufsform) oder chronisch gleichbleibende Heiterkeitszustände (chronische Verlaufsform), die im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung situationsunangemessen und nicht einfühlbar erscheinen, ohne dass der Betroffene jedoch die Unangemessenheit seines Zustands und/oder seines Verhaltens erkennt.

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu ausführlich bei Schmid 1999

**Tabelle 1.** Symptome der generalisierten Heiterkeitsstörung nach ICD 10/Q-Version II b

Mindestens drei der im folgenden genannten Symptome müssen gleichzeitig nachweisbar sein:

- *Psychische Symptome*  
Ausgeglichene Stimmungslage selbst angesichts von belastenden und schwerwiegenden Umständen  
Gefühle des Getröstetseins, ohne dass die betreffende Person Trost von anderen erfährt  
Inadäquat erscheinende Haltung von Vertrauen angesichts der Erfahrung des Abgründigen menschlicher Existenz
- *Verhaltenssymptome*  
Inadäquat erscheinende Gelassenheit angesichts von traurigen oder anderweitig belastenden Ereignissen  
Relativer Mangel an Anspannung unter alltäglichen Belastungen  
Auffälliger Mangel an optimistischem Fortschrittsglauben  
Motorik kann im Vergleich zum Durchschnitt eher verlangsamt sein (nicht obligat)
- *Körperliche Symptome*  
Häufiges, unter Umständen kaum sichtbares Lächeln

In der Diagnostik der generalisierten Heiterkeitsstörung haben sich eine Reihe von testpsychologischen Instrumenten, die in den letzten Jahren entwickelt wurden, gut bewährt. Für den klinischen Gebrauch scheint sich die Serene-Calmness-Scale von Berman (SCS; Berman et al. 1998) als am besten geeignet zu erweisen, da sie für den Patienten unaufwendig und in der Auswertung leicht zu handhaben ist. Allerdings liegen mit der erst seit kurzer Zeit verfügbaren deutschen Fassung des Testinstruments noch keine sehr umfangreichen Erfahrungen vor.

## Epidemiologie

Die generalisierte Heiterkeitsstörung ist eine Erkrankung, die bevorzugt im fortgeschrittenen Lebensalter jenseits des 50. Lebensjahres auftritt, sich gelegentlich jedoch bereits im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt manifestiert. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Epidemiologische Studien sprechen dafür, dass die Krankheit weltweit vorkommt, in den hochtechnisierten westlichen Ländern jedoch seltener als in Agrarländern, und dort wiederum in dicht besiedelten Gebieten, insbesondere in großstädtischen Ballungszentren weniger häufig als in dünn besiedelten, ländlichen Gebieten. In der Kölner Kohortenstudie (Leskamp u. Schole 1995) wurde eine Inzidenz von 2% der Bevölkerung ermittelt; in der holländischen Studie von Verschooren et al. (1998), die die städtischen Bezirke von Nijmegen mit ländlichen Bezirken vergleicht, liegt die Inzidenzrate mit 2,3% bzw. 2,8% in einer vergleichbaren Größenordnung. Dagegen kommen Parker und Parker in ihrer bereits 1993 durchgeführten epidemiologischen Untersuchung der Bewohner von Ealing, eines Londoner Wohnvororts, nur zu einer Rate von 0,9%; allerdings stützen sich die Autoren noch nicht auf die heutige moderne Definition der Erkrankung gemäß ICD; deshalb ist diese Studie mit Zurückhaltung zu betrachten. Die seinerzeit von der

Pittsburger Arbeitsgruppe um Smith (Smith et al. 1996) behauptete Koinzidenz von generalisierter Heiterkeitsstörung und histrionischer Persönlichkeitsstörung konnte in nachfolgenden Studien nicht bestätigt werden; so kommen beispielsweise Berger et al. (1998) nur zu einer Komorbiditätsrate von weniger als 2% (!).

**Differentialdiagnostik**

Differentialdiagnostisch muss in erster Linie eine organische Erkrankung ausgeschlossen werden, bevor man aufgrund der klinischen Symptomatik die Diagnose einer generalisierten Heiterkeitsstörung stellt. Häufige Ausschlussdiagnosen sind leichtere Formen einer akuten oder chronischen Alkoholintoxikation (alkoholtoxisches Heiterkeitssyndrom), drogeninduzierte Veränderungen der Stimmungslage und hirnorganische Erkrankungen, insbesondere zerebralsklero-tische Veränderungen. Verwechslungen mit einer Cannabisintoxikation sind vermeidbar, da hier im Unterschied zur Heiterkeitsstörung vegetative Symptome wie Tachykardie oder Mundtrockenheit sowie eine psychomotorische Unruhe im Vordergrund stehen. In Zweifelsfällen führt ein Drogenscreening auf die richtige Spur.

Die generalisierte Heiterkeitsstörung muss auch gegen andere seelische Erkrankungen abgegrenzt werden, in erster Linie gegen eine manische Episode. Die bei der manischen Verstimmung häufige Gereiztheit tritt in Zusammenhang mit einer generalisierten Heiterkeitsstörung allerdings so gut wie nie auf. Auch das bei der Manie selten fehlende übersteigerte Selbstwertgefühl, Größenideen,

**Tabelle 2.** Zur Differentialdiagnose der generalisierten Heiterkeitsstörung

	Generalisierte Heiterkeitsstörung	Alkohol-/ Drogenintoxikation	Manie
ausgeglichene Stimmungslage trotz belastender Umstände	+++	++	eher gereizt
Mangel an ängstlicher Besorgtheit	+++	+++	+++
Vertrauen angesichts von Abgründigkeit	+++	eher kritiklos	kritiklos
Gelassenheit bei traurigen und/oder belastenden Ereignissen	++	-	-
Defizite im optimistischen Fortschrittsglauben	+++	(+) -	Größenideen
Mangel an Anspannung unter alltäglichen Belastungen	+++	++	-
Lächeln	++ (nicht obligat)	(+)	eher überschäumend, unechte Freude

übermäßige Betriebsamkeit oder Rededrang sind bei der generalisierten Heiterkeitsstörung nur ausnahmsweise zu beobachten.

Generalisierte Heiterkeitsstörung und manische Episode können in Ausnahmefällen zusammen auftreten; ihr gemeinsames Vorkommen ist jedoch selten.

Tendenziell geht die Heiterkeitsstörung eher mit einer gewissen Resistenz gegenüber anderen gravierenderen affektiven Störungen einher. Nicht verwechselt werden darf die generalisierte Heiterkeitsstörung auch mit dem sog. positive-thinking-Syndrom. Dabei handelt es sich nicht um eine Störung, sondern um die als Folge einer darauf abzielenden psychotherapeutischen Maßnahme (z.B. Peschikerie 1992) erreichte Fähigkeit, auf Kritik zu verzichten, Mitmenschen als nur gut anzusehen und Böses außer acht zu lassen, aggressive Affekte zu unterdrücken und den steten Fortschritt in allen Bereichen des sozialen, wirtschaftlichen und technischen Lebens zu erkennen.

### **Neurobiologische Grundlagen**

Nicht mehr zweifelhaft ist heute, dass bei der Entstehung der Heiterkeitsstörung die Aktivierung spezifischer Kern- und Projektionssysteme im Gehirn beteiligt ist. Untersuchungen mittels bildgebender Verfahren sprechen dafür, dass eine Störung in den subkortikalen Regelsystemen der Thalamus-Amygdala-Verschaltungen ursächlich an der generalisierten Heiterkeitsstörung beteiligt ist.

So fanden van der Gilb et al. (1997) bei sechs Patienten mit GHKS, die im Zustand akuter Heiterkeit mittels MRT untersucht wurden, umschriebene hyperämische Bezirke im Bereich der für die Heiterkeitssteuerung verantwortlichen rechtsseitigen medialen Thalamusregion, was auf eine Überaktivität in dieser Region hinweist. Gegenwärtige Forschungsbemühungen konzentrieren sich auf die Frage der Beteiligung des noradrenergen (NE), serotonergen (SE) und des GABAergen Systems. Der Locus coeruleus als wichtigstes Kerngebiet noradrenerger (NE) Neurone ist aller Wahrscheinlichkeit nach durch ein erniedrigtes NE-turnover an der Entstehung von übermäßiger Heiterkeit beteiligt; tierexperimentelle Untersuchungen lassen darauf schließen, dass auch eine verminderte Ausschüttung von Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) im Hypothalamus eine wichtige Rolle spielt. Der Einsatz von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern hat zu der – eher zufällig gewonnenen – Erkenntnis geführt, dass diesem System eine sowohl heiterkeitsstimulierende wie heiterkeitsinhibitorische Funktion zukommt; bei einigen Patienten führte die Gabe von SSRI zu Symptomen, die denen der generalisierten Heiterkeitsstörung ähnlich waren. Die Konzentration von 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIAA), der Hauptmetabolit von Serotonin (5-HAT), ist bislang vorliegenden Befunden zufolge im Liquor von Patienten mit generalisierter Heiterkeitsstörung erniedrigt; dies würde für eine Unterstimulation der Amygdala sowie eine Imbalance noradrenerger/serotonerger Neurone in diesen Gebieten sprechen. Die Arbeitsgruppe um Blinton an der Universität von Illinois kam – ebenfalls aufgrund tierexperimenteller Befunde – zu der Vermutung (vgl. Blinton 1998), dass auch GABA (Gamma-Aminobuttersäure) als wahrscheinlich wichtigster inhibitorischer Transmitter im Gehirn an der Entstehung von übermäßiger Heiterkeit beteiligt ist.

## Therapie

Vorrangiges Ziel jeder Behandlung muss die Wiederherstellung eines seelischen Zustands sein, der ausreichende Funktionsfähigkeit und Realitätsorientierung gewährleistet. Dazu ist in erster Linie die Senkung des Heiterkeitsniveaus erforderlich sowie die Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Realitätsprüfung, insbesondere des Erkennens der „aufklärerischen Kräfte des Positiven und der treibenden Kräfte des gesetzmäßigen Fortschritts mithilfe von Wissenschaft und Technik“ (Schmid 1999). Für die Behandlung der generalisierten Heiterkeitsstörung<sup>2</sup> hat eine Kombinationsbehandlung von Benzodiazepinen und Verhaltenstherapie in mehreren randomisierten Studien (z.B. Hermann 1996; Klabunde u. Tucher 1996; Sartini 1998; Wasilowski u. Klein 1999) die besten Resultate erzielen können. Die Langzeiteffekte der Kombinationsbehandlung fallen – gemessen mit der Bermanschen Serene-Calmness-Scale – deutlich besser aus als eine Behandlung mit Benzodiazepinen bzw. Verhaltenstherapie alleine. In zwei katamnestischen Studien einer Gruppe von Patienten ( $n = 178$ ), die über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg mit einer Dosis von Diazepam morgens und abends je 10 mg und einem verhaltensmedizinischen, heiterkeitsinhibitorischen Trainingsprogramm behandelt worden waren, liess sich auch noch nach 5 Jahren bei 67% (!) der Probanden eine deutliche Senkung des SCS-Werte messen (Whing 1998). Kürzlich wurde von Eriam (1999) eine manualgeleitete fünf-stündige psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung entwickelt. Wieweit damit bessere Ergebnisse zu erzielen sind als mit der Kombinationsbehandlung, bleibt abzuwarten.

Psychotherapeutische Langzeitbehandlungen, insbesondere die Psychoanalyse, sind weder unter medizinischen noch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Behandlungsmethode heute noch zu vertreten; die wenigen gründlichen katamnestischen Einzelfallstudien sprechen zudem dafür, dass psychoanalytische Langzeitbehandlungen den Zustand der Heiterkeit eher noch fördern und fixieren. Eine vergleichsweise kleine Gruppe von Patienten hat sich allen genannten Behandlungsmethoden gegenüber als ausgesprochen therapieresistent erwiesen; auch bei einer Erhöhung der Therapiedosis konnten keine Veränderungen des Zustands in die gewünschte Richtung erzielt werden. In diesen Fällen kann u.U. eine stationäre psychiatrische Behandlung unumgänglich sein, die dann meist zu einer raschen Absenkung des Heiterkeitsniveaus führt.

## Fazit für die Praxis

Die generalisierte Heiterkeitsstörung (GHKS) ist eine ernst zu nehmende, häufig erst spät erkannte seelische Erkrankung, für die eine mehr oder minder ausgeprägte Gleichförmigkeit des seelischen Erlebens charakteristisch ist, die auch angesichts von Umständen aufrechterhalten wird, die für den Durchschnitt der Bevölkerung Anlass von depressiver Verstimmung, Verzweiflung, großer Angst, Selbstanklagen oder gegen andere gerichtete Wut ist.

Eine genaue und frühzeitige Diagnose und Differentialdiagnose und eine gezielte, an den dafür formulierten Leitlinien ausgerichtete Behandlung kann die

---

<sup>2</sup> Zur Therapie vgl. auch die soeben veröffentlichte „Leitlinie GHKS“, die auch über das Internet über die Webseite der AWMF abgerufen werden kann

Lebensqualität des Betroffenen, vor allem aber die der Umgebung wirksam verbessern und nachteilige individuelle und gesellschaftliche Langzeitfolgen verhindern.

## Literatur

- Berger O, Fox J, Schamrow P (1998) Coincidence of generalized cheerfulness and histrionic personality disorder. *Am J Pers Disorders* 8:78–83
- Berman SK, Ganhus P, Grosser O, Pline FD (1998) The Serene-Calmness-Scale (SCS). *J Appl Psychol* 34:347–360
- Blinton SL (1998) Induktion affektinhibitorischer Effekte im GABAergen System. *Fortschr Neurol Psych* 48:23–59
- Eriam WI (1999) A manual for a five hour short-term-psychotherapy for patients with generalized serene-calmness disorder. *Psychol Iss* 17:87–134
- Hermann P (1996) Eine effektive Kombinationsbehandlung bei GHKS. In: ders. (Hrsg) *Moderne Methoden effektiver Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 182–186
- Klabunde A, Tucher J (1996) Zur heiterkeitsinhibitorischen Wirkung von Benzodiazapinen und Verhaltenstraining. *Nerven Psych* 22:166–173
- Leskamp G, Schole LU (1995) Zur Häufigkeit der generalisierten Heiterkeitsstörung in einer westdeutschen Großstadt – die Kölner Kohortenstudie. *Empirische Psychotherapieforschung* 13:35–71
- Parker PO, Parker L (1993) *Pathology of joy*. Univ Press, Oxford
- Peschikerie OH (1992) *Positives Denken – ein Weg zur Gesundheit*. Selbstverlag, Hanau
- Sartini E (1998) Treatment of Serene-Calmness-Disorder. *Psychopharmacological and Behavioral Approaches*. *J Psych Psychother* 20:27–45
- Schmid W (1999) Heiterkeit. Rehabilitierung eines philosophischen Begriffs. *DIE ZEIT* 41:51
- Smith R, Ginther UJ, Dust H, Poller A (1996) Generalized serene-calmness disorder and histrionic personality disorder. *Am J Pers Disorders* 6:44–76
- van der Gilb B, Verpoorten OJE, Bette H, Fischer A (1997) Some empirical results of MRT-studies of patients with Generalized Serene-Calmness Disorder (GSCD). *J Experim Psychol* 16:96–107
- Verschooren S, Peter S, Zandraus K, Liebert I, Kolb T (1998) Incidence of generalized serene-calmness disorder in the Netherlands. In: Haren G (ed) *Epidemiological studies in psychiatry*. Vanske Publ, Amsterdam, pp 425–469
- Wasilowski J, Klein C (1999) Zur Effektivität der GHKS-Behandlung. *Z Psychother Med* 7:1–9
- Whing B (1998) A 5-year follow-up study of treatment of GSC-disorder. *J Psych Psychol* 31:82–110