CORA Cork Open Research Archive
Cartlann Taighde Oscailte Chorcaí

Title	Is it all bipolar? Differential diagnosis of mood swings in young adulthood
Authors	Nieberler, M.;Appel, M.;Klüpfel, C.;Warrings, W.;Kittel-Schneider, S.
Publication date	2026-04-15
Original Citation	Nieberler, M, Appel, M, Klüpfel, C, Warrings, W & Kittel-Schneider, S 2026, 'Is it all bipolar? Differential diagnosis of mood swings in young adulthood', Nervenarzt, pp. 1-6. https://doi.org/10.1007/s00115-026-01970-7
Type of publication	Article (peer-reviewed)
Link to publisher's version	https://www.scopus.com/pages/publications/105035908662 - 10.1007/s00115-026-01970-7https://www.scopus.com/pages/publications/105035908662?origin=resultslist
Rights	© 2026, the Author(s). Open Access. This article is made available under the CC BY license. - https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Download date	2026-11-10 14:28:10
Item downloaded from	https://hdl.handle.net/10468/18703

UCC
University College Cork, Ireland
Coláiste na hOllscoile Corcaigh

Nervenarzt
https://doi.org/10.1007/s00115-026-01970-7
Eingegangen: 28. Dezember 2025
Angenommen: 25. März 2026

© The Author(s) 2026

Alles bipolar oder was? Differenzialdiagnostische Einordnung von Stimmungsschwankungen im jungen Erwachsenenalter

Matthias Nieberler[1] · Miriam Appel[1] · Catherina Klüpfel[1] · Wiebke Warrings[1] · Sarah Kittel-Schneider[1,2,3,4]

[1] Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; [2] Department of Psychiatry and Neurobehavioural Science, Acute Adult Mental Health Unit, Cork University Hospital, University College Cork, Wilton, Cork, Irland; [3] APC Microbiome, University College of Cork, Cork, Irland; [4] Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Stimmungsschwankungen können im jungen Erwachsenenalter Leitsymptom unterschiedlicher Erkrankungen sein. Aufgrund hoher Symptomüberlappung bestehen in der klinischen Praxis erhebliche diagnostische Unsicherheiten mit der Gefahr von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen.
Ziel der Arbeit: Darstellung qualitativer und quantitativer Charakteristika von Stimmungsschwankungen bei den relevantesten Störungsbildern.
Material und Methoden: Narrative Übersicht auf Basis der International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) und einschlägiger Literatur.
Ergebnisse: Bipolare affektive Störungen zeigen phasenhafte, meist nicht reaktive Schwankungen mit klar abgrenzbaren Episoden. Bei unipolaren Depressionen sind affektive Veränderungen vorwiegend zum depressiven Pol ausgerichtet, teils mit tageszeitlicher Modulation. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch hochfrequente, reaktive und interpersonell getriggerte Affektwechsel, während bei neurobiologischen Entwicklungsstörungen eine situativ ausgelöste, kurzzeitige emotionale Dysregulation dominiert.
Diskussion: Die differenzialdiagnostische Einordnung erfordert eine umfassende Auseinandersetzung mit der Patient:in, ggf. unter Zuhilfenahme von Life Charts, Stimmungskalendern oder psychometrischen Instrumenten. Auch angesichts häufiger Komorbiditäten ist bei Unsicherheit eine longitudinale Diagnostik indiziert.

Schlüsselwörter
Adoleszenz · Bipolare Störung · Depression · Emotional instabile Persönlichkeitsstörung · ADHS

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hintergrund

Die Stimmungslage des Menschen kann als homöostatisches System ähnlich dem Wasserhaushalt und der Thermoregulation betrachtet werden. Die Stimmung hilft dem Menschen, sein Verhalten an Umwelteinflüsse anzupassen und steht in enger wechselseitiger Beziehung zu anderen somatischen Funktionen und psychologischen Domänen, welche auch zu deren Regulation beitragen [14]. Stimmungsschwankungen sind somit physiologisch.

Eine fehlregulierte Stimmung kann hingegen als Symptom fast aller psychischer Erkrankungen auftreten, was eine genauere Betrachtung qualitativer und quantita-

Published online: 15 April 2026

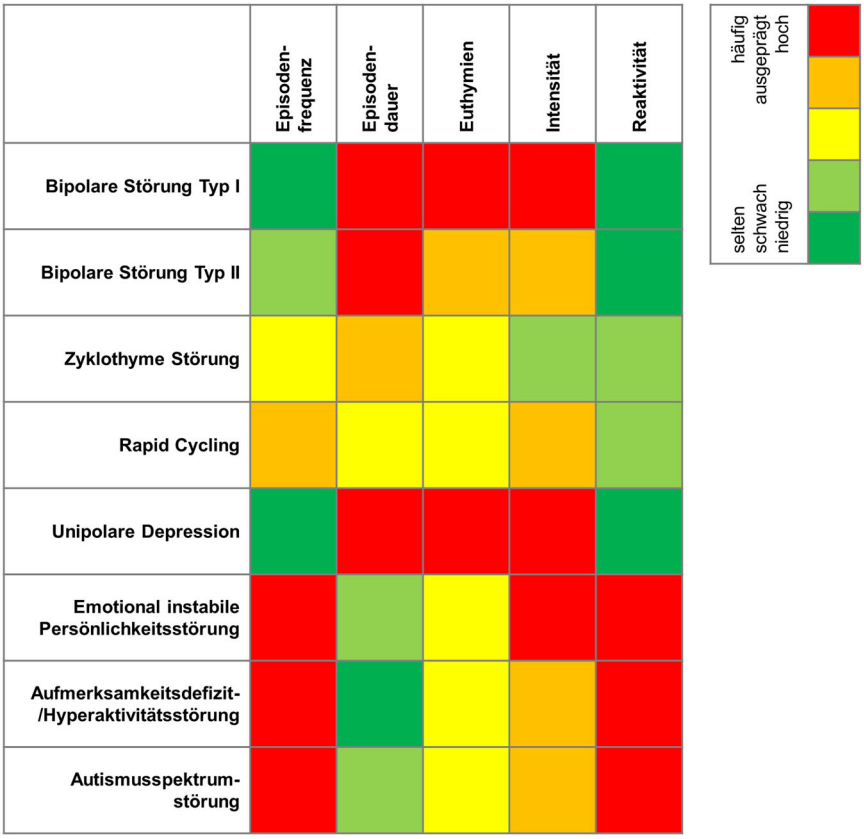


Abb. 1 ▲ Vergleich relevanter Kriterien in der Beurteilung von Stimmungsschwankungen bei den wichtigsten Differenzialdiagnosen. Die im Artikel näher beschriebenen qualitativen und quantitativen Charakteristika von Stimmungsschwankungen wurden in einer Heatmap zusammengefasst

tiver Aspekte von Stimmungsschwankungen erfordert.

Gerade in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter gibt es einige Differenzialdiagnosen, die mit dem Leitsymptom Stimmungsschwankungen einhergehen können. Da dies jedoch auch eine Zeit ist, in der Stimmungsschwankungen physiologischerweise deutlich ausgeprägter auftreten, ist die Rate an Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen in der allgemeinen Versorgung sehr hoch [19].

Stimmungsschwankungen als Leitsymptom

Stellen sich Patient:innen mit dem Leitsymptom Stimmungsschwankungen vor, so sollten diese in einem ausführlichen Anamnesegespräch genauer exploriert werden. Die wichtigsten Aspekte hierzu sind in der ◘ **Infobox 1** zusammengefasst [6, 18, 21, 27, 28]. Eine Gegenüberstellung wichtiger Charakteristika der Stimmungsschwankungen bei den relevantesten Differenzialdiagnosen findet sich in ◘ **Abb. 1**.

Oft fällt es Patient:innen schwer, den Verlauf der Stimmungsschwankungen innerhalb der letzten Monate oder Jahre zu rekonstruieren. Hierbei kann eine grafische Darstellung in Form von Life Charts oder Stimmungskalendern helfen [21]. Neben der Quantifizierung der Stimmungslage können hier z. B. auch die Schlafdauer protokolliert und Stressfaktoren eingetragen werden. Beispiele für prototypische Stimmungskalender sind in ◘ **Abb. 2** dargestellt. Um etwaige Auslöser für Veränderungen der Stimmung zu identifizieren, können außerdem Situations- oder Kettenanalysen eingesetzt werden. Bei häufigen Stimmungswechseln im Tagesverlauf kann eine stündliche Protokollierung mit möglichen Auslösern wegweisend sein.

Nicht alle Patient:innen schildern eine auffällige Stimmung von sich aus als zentrales Symptom: v. a. Phasen gehobener Stimmung können von Patient:innen auch als nichtpathologisch wahrgenommen werden. Sofern möglich sollte daher ein Einbezug von Angehörigen in den diagnostischen Prozess erfolgen [27]. Selbst- und Fremdratinginstrumente für affektive Symptome (z. B. Beck-Depressionsinventar, Young Mania Rating Scale, HCL-32, Mood Disorder Questionnaire) können im Screening eingesetzt werden, eignen sich jedoch allein nicht zur Diagnosestellung [6, 8]. Neben einer strukturierten psychopathologischen Befunderhebung, z. B. nach AMDP [1], sollten auch eine körperliche Untersuchung, laborchemische Befunde sowie ggf. Bildgebung und EEG zur somatischen Ausschlussdiagnostik herangezogen werden [6].

Viele der im Folgenden dargestellten Differenzialdiagnosen sind außerdem als Spektrumerkrankungen zu verstehen, was aufgrund deren Vielgestaltigkeit eine sichere Einordnung weiter verkompliziert. Um Fehldiagnosen zu vermeiden, sollte der diagnostische Prozess bei Unklarheiten longitudinal erfolgen, z. B. im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie oder eines (teil-)stationären Aufenthalts.

Bei allen hier dargestellten Erkrankungsbildern bestehen natürlich weitere mehr oder weniger spezifische Symptome, die eine differenzialdiagnostische Einordnung erleichtern können, auf welche hier jedoch nicht im Detail eingegangen werden soll.

Bipolare affektive Störungen

Bipolare Störungen sind gekennzeichnet durch einen phasenhaften Verlauf mit überdauernden affektiven Episoden, die das Verhalten und die Funktionsfähigkeit der Betroffenen in sämtlichen Teilbereichen stark beeinflussen können. Die Schwankungen reichen von gehobener oder gereizter bis zu tief gedrückter Stimmung und können je nach Subtyp unterschiedlich intensiv und häufig auftreten: Während bei der bipolaren Störung Typ I manische Episoden mit euphorisch-expansiver Stimmung vorliegen, zeichnet sich die bipolare Störung Typ II lediglich durch hypomanische Episoden aus. Diese sind kürzer, in ihrer Intensität weniger stark ausgeprägt und schränken die Funktionsfähigkeit in geringerem Maße ein. Bei guter Kompensation im Alltag kann die Leistungsfähigkeit im Rahmen hypoma-

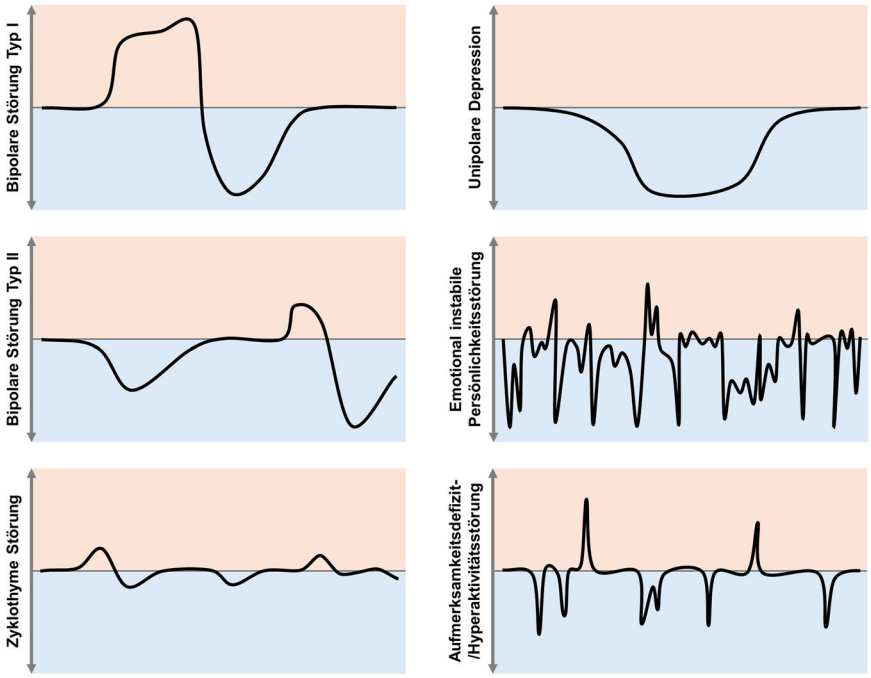


Abb. 2 ▲ Prototypische Stimmungskalender ausgewählter Störungsbilder mit dem Leitsymptom Stimmungsschwankungen. Auf der Abszisse ist die Zeit abgebildet, die Ordinate stellt den Stimmungsverlauf dar, wobei die obere Hälfte den (hypo-)manischen Pol abbildet, die untere Hälfte den depressiven Pol

nischer Episoden in einzelnen Bereichen sogar vorübergehend gesteigert sein [9]. Hypomanien müssen, im Gegensatz zu manischen Episoden, auch vom Umfeld nicht zwangsläufig als pathologisch wahrgenommen werden [6]. Ein subjektives Krankheitsgefühl besteht während der Episoden typischerweise nicht, sodass Hypomanien häufig erst retrospektiv abgegrenzt werden können. Die Dauer einer unbehandelten manischen Episode beträgt durchschnittlich etwa vier Monate [3].

In den allermeisten Fällen treten bei der bipolaren Störung Typ I und II auch depressive Episoden auf, diese sind für die Diagnosestellung nach ICD-11 jedoch nicht zwingend erforderlich [28]. Depressive Episoden entwickeln sich meist langsamer als (hypo-)manische Episoden und halten länger an [3].

Eine besondere diagnostische Herausforderung stellen gemischte Episoden dar, im Rahmen derer sowohl die Kriterien der depressiven als auch der (hypo-)manischen Episode erfüllt sind. Hierbei müssen die gegensätzlichen Symptome nicht zeitgleich vorliegen, sondern können rasch wechselnd auftreten, was hochfrequenten Stimmungsschwankungen bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (EIPS) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stark ähneln kann. Während bei diesen Erkrankungen kurzfristige Stimmungsschwankungen als Reaktion auf ein Umweltereignis häufig sind, zeigt sich bei der bipolaren Störung seltener ein derartiger Auslöser [21].

Der Beginn der Erkrankung liegt frühestens in der Pubertät, häufig im jungen Erwachsenenalter [8, 21]. Statistisch gesehen beginnt die Erkrankung bei Männern häufiger mit manischen Episoden, bei Frauen mit depressiven Episoden [15]. Zwischen den einzelnen Episoden können symptomfreie Intervalle von bis zu vielen Jahren liegen, in welchen die Patient:innen voll leistungsfähig sein können, Episoden können aber auch ineinander übergehen. Vor allem die bipolare Störung Typ II neigt darüber hinaus zu einem chronischen Verlauf mit überwiegend depressiven Episoden und zunehmenden Funktionseinschränkungen [3].

Die Anzahl an Episoden über die Lebensspanne ist hochvariabel und reicht von ein oder zwei bis in den dreistelligen Bereich. Durchschnittlich erleidet eine Patient:in mit einer bipolaren Störung vier bis sechs Episoden innerhalb der ersten zehn Erkrankungsjahre [2].

Von Rapid cycling spricht man, sobald vier unabhängige Episoden in einem Jahr auftreten; es tritt häufiger in Zusammenhang mit bipolaren Störungen Typ II auf [6]. Das Ultra-rapid und Ultra-ultra-rapid cycling ist durch noch schnellere Schwankungen gekennzeichnet, teilweise innerhalb von Tagen oder Stunden [11]. In diesen Verläufen verschwimmen die klassischen Erkrankungsepisoden: Die Stimmung verändert sich nahezu kontinuierlich, was die Abgrenzung beispielsweise zur EIPS oder ADHS deutlich erschwert. Während das Konzept des Rapid cycling auch in der ICD-11 etabliert und akzeptiert ist, bleiben die noch schnelleren Verläufe bipolarer Störungen wissenschaftlich kontrovers diskutiert [5].

Darüber hinaus muss nicht immer schon eine voll ausgebildete Erkrankung vorliegen, Stimmungsschwankungen können bei jungen Erwachsenen auch ein Symptom von Prodromalzuständen darstellen: affektive Symptome finden sich bei etwa der Hälfte der Personen mit einem klinischen Hochrisikostatus für psychotische oder bipolare Störungen, was Stimmungsschwankungen zu einem prognostisch wichtigen Faktor machen kann [13].

Psychotische Symptome können auch im Rahmen manischer oder depressiver Episoden auftreten. Typisch für die bipolare Störung sind synthyme, ebenfalls phasenhaft verlaufende Wahninhalte [27]. Gehen affektive Symptome mit parathymen Wahninhalten einher oder treten diese außerhalb von Episoden auf, so sollte an die Differenzialdiagnose einer schizoaffektiven Störung gedacht werden. Bei dieser sind Episoden oft weniger klar voneinander abgrenzbar und die Funktionsfähigkeit stärker beeinträchtigt [10].

Die zyklothyme Störung stellt eine subsyndromale Verlaufsform der bipolaren Störung dar, bei der sich hypomanische und depressive Symptome in leichterer Ausprägung abwechseln. Die Stimmung bleibt dauerhaft labil, sodass Euthymien schwer zu erkennen sind [6].

Infobox 1

Leitfragen zur gezielten Anamneseerhebung bei Stimmungsschwankungen

Zeitlicher Verlauf: Häufigkeit der Stimmungswechsel? Dauer von Stimmungszuständen? Vorhandensein von euthymen Phasen? Alter bei Erstmanifestation? Zeitlicher Zusammenhang mit Schwangerschaft/Wochenbett, Menstruationszyklus oder Jahreszeit? Zirkadiane Rhythmik?
Intensität: Schwankungsbreite zwischen Depression und Euphorie in gleichem Ausmaß? Charakterisierung der Stimmung: klassische Dysphorie/Euphorie oder eher Gereiztheit, Wut, Angst?
Funktionsfähigkeit: Einschränkungen in welchen Lebensbereichen: z. B. Alltagsführung, beruflicher Kontext, zwischenmenschliche Beziehungen? Kontrollierbarkeit der Gefühlsäußerungen?
Auslöser: Drogen? Medikamente, insbesondere Dopaminagonisten, Stimulanzien, Antidepressiva, Glukokortikoide oder Hormonpräparate? Reaktivität: besondere Lebensereignisse, interpersonelle Auslöser, Kränkungen, Frustration?
Weitere relevante Aspekte: Symptome somatischer (v. a. neurologischer und endokrinologischer) Erkrankungen? Familienanamnese? Suizidalität? Psychotische Symptome? Spezifische, ggf. sogar pathognomonische Begleitsymptome?

Unipolare Depression

Im Gegensatz zu den entgegengesetzten Stimmungsveränderungen bipolarer Störungen sind diese bei der unipolaren Depression streng zum depressiven Pol gerichtet. Charakteristisch sind ein schleichender Beginn und längere depressive Plateaus in der Stimmungskurve, während abrupte Umschwünge seltener sind. Vielmehr zeigt sich häufig eine tageszeitliche Modulation: Typischerweise besteht ein morgendliches Stimmungstief mit leichter Besserung im Tagesverlauf. Außerdem ist die Reaktivität der Stimmung deutlich reduziert, sodass positive Ereignisse nicht zu einer überdauernden Stimmungsaufhellung führen [4].

Gerade die agitierte Depression kann von einer starken Affektlabilität begleitet werden [18]. Die fluktuierende affektive Erregung kann hierbei auch zu einer kurzzeitigen, jedoch hoch instabilen Stimmungsaufhellung führen. Vor allem die gemischte Episode einer bipolaren Störung ist im Querschnitt kaum von einer agitierten Depression zu unterscheiden [26]. Wichtig ist zu beachten, dass die Schwankungen bei der unipolaren Depression situationsabhängig bleiben und sich keine echte Euphorie ausbildet, sondern sich die Grundstimmung innerhalb eines engen depressiven Bereichs bewegt [18]. Unter antidepressiver Behandlung kann es darüber hinaus zu hypomanischen Nachschwankungen kommen, welche differenzialdiagnostisch relevant sind. Während diese in der ICD-10 nicht als Beleg für eine bipolare Störung gewertet wurden, erkennt die ICD-11 solche Episoden als Ausdruck einer bipolaren Störung an, sofern sie klar über das unmittelbare Wirkprofil der Medikation hinausgehen [23, 28].

Die saisonale Depression als Sonderform der unipolaren Depression zeigt ein wiederkehrendes Muster mit im Herbst oder Winter einsetzenden Episoden, oft verbunden mit Hypersomnie, gesteigertem Appetit und reduzierter Energie. Im Vergleich zur unipolaren Depression verlaufen die affektiven Veränderungen hierbei typischerweise kürzer und orientieren sich periodisch am Jahresverlauf [7]. Analog treten affektive Symptome bei der prämenstruellen dysphorischen Störung ebenso zyklisch und zeitlich begrenzt in der Lutealphase auf [29]. Da Patientinnen diesen Zusammenhang jedoch häufig nicht selbst herstellen können, muss gezielt danach gefragt werden. Qualitativ dominiert meist eine Gereiztheit, die mit dem Einsetzen der Menstruation abrupt remittiert und der typisch depressiven Traurigkeit entgegensteht [29]. Auch die postpartale Depression geht mit hormonell bedingten affektiven Symptomen einher und ist durch intensive Affektlabilität, Gereiztheit und Angst geprägt [16].

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Stimmungsschwankungen stellen eines der zentralen Merkmale der EIPS dar. Als Kriterium des Borderline-Musters ist das Vorliegen emotionaler Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität erforderlich [28]. Es gibt hierbei in den gängigen Diagnosesystemen keine quantitative Vorgabe zu Frequenz und Dauer der Stimmungsschwankungen, diese sind jedoch typischerweise kurz anhaltend, abrupt und unvorhersehbar, wodurch sie den klar abgrenzbaren, zyklischen Stimmungszuständen affektiver Störungen entgegenstehen. Die als chronisch instabil und subjektiv sehr intensiv erlebten Stimmungsschwankungen sind somit eher als Symptom der emotionalen Dysregulation zu werten [17]. Im Langzeitverlauf zeigt sich bei Patient:innen mit Borderline-Muster für gewöhnlich eine Abnahme der Spitzen der Stimmungsschwankungen bis zum mittleren Lebensalter [17].

Die reaktive Komponente der Stimmungsschwankungen bezieht sich häufig auf das verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder subjektiv empfundenes Verlassenwerden zu vermeiden, weshalb auslösende Stimuli meist im zwischenmenschlichen Kontakt oder auf kognitiver Ebene in der Befürchtung dessen liegen [12]. Die affektiven Veränderungen tendieren deshalb auch eher von euthymer Stimmungslage hin zu Wut und Angst oder auch einem ausgeprägten Leeregefühl, während sich bei Patient:innen mit uni- oder bipolarer Depression Veränderungen von der Euthymie hin zu traurig-gedrückter Stimmung zeigen [12].

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Autismusspektrumstörung

Stimmungsschwankungen im Rahmen einer ADHS treten in der Regel nicht episodisch, sondern kurz anhaltend und durch situative Reize ausgelöst auf [20].

Der Erkrankungsbeginn liegt in der Kindheit, im Langzeitverlauf lässt sich dann eine Reduktion des hyperaktiven und externalisierenden Verhaltens hin zu einer stärkeren Beeinträchtigung des Affekts beobachten [24]. Typische Auslöser für impulsiv wechselnde Stimmungen bei der ADHS liegen in der Frustration oder Überstimulation, aber auch in dem Gefühl, anders oder weniger leistungsfähig zu sein [20]. Klinisch können positive Auslöser, wie beispielsweise eine neue berufliche Beschäftigung, auch zu länger andauernden Hochphasen führen, welche aber nach wenigen Wochen spontan remittieren. Das Vorhandensein eines klaren Auslösers, die gezielte Fokussierung („Hyperfokus") aller Energie auf das neue Projekt und das Fehlen risikoreichen Ver-

haltens können zur Abgrenzung einer hypomanischen Episode beitragen.

Im Gegensatz zur EIPS fehlt in der Reaktivität häufig die zwischenmenschliche Dimension, und im Gegensatz zur Depression bleibt das affektive Grundniveau trotz der hochfrequenten, ungebremsten Stimmungswechsel relativ stabil [24].

Die Stimmungsschwankungen bei der ADHS können denen bei Autismusspektrumstörung (ASS) stark ähneln: Bei der ASS führen Defizite in Emotionswahrnehmung und -ausdruck zu plötzlichen und intensiven Reaktionen [25]. Abweichungen von Routinen, sensorische Reizüberflutung oder Kommunikationsschwierigkeiten sind typische Auslöser für Zustände, die hypomanischen Episoden ähneln können [25], diese bleiben bei der ASS jedoch kurz, reaktiv und situationsspezifisch, sodass sie, wie auch bei der ADHS, eher eine emotionale Dysregulation widerspiegeln und sich so von den Stimmungsschwankungen bei affektiven Störungen gut unterscheiden lassen.

Weitere Erkrankungen

Neben den ausführlich dargestellten Störungsbildern sind noch einige weitere mit Stimmungsschwankungen assoziiert, v. a. organisch bedingte psychische Störungen, psychotische Störungen oder auch Substanzkonsumstörungen [6]. Insbesondere Letztere treten als häufige Komorbidität anderer Erkrankungen auf, wenn durch den Konsum versucht wird, Stimmungsschwankungen eigenständig zu behandeln. Insgesamt sind Komorbiditäten unter den in diesem Artikel erwähnten Erkrankungen sehr häufig [22], was die differenzialdiagnostische Einordnung nach den hier erläuterten qualitativen und quantitativen Charakteristika weiter verkompliziert.

Fazit für die Praxis

- **Stimmungsschwankungen im jungen Erwachsenenalter sind häufig, jedoch nicht zwingend pathologisch und erfordern eine sorgfältige Exploration zu zeitlichem Verlauf, Intensität, Reaktivität und Situationsbezug.**
- **Bipolare affektive Störungen sind typischerweise gekennzeichnet durch phasenhafte, nicht reaktive Schwankungen mit deutlichen Episodengrenzen, während die emotionale Instabilität der EIPS kurz, reaktiv und interpersonell getriggert ist.**
- **Bei unipolaren Depressionen überwiegen anhaltende, streng depressiv ausgerichtete, teils tageszeitlich modulierte Stimmungstiefs; bei ADHS und ASS finden sich situativ ausgelöste, kurzfristige emotionale Dysregulationen.**
- **Life Charts, Stimmungskalender, Fremdanamnesen sowie ggf. auch eine longitudinale Beurteilung können in der differenzialdiagnostischen Einordnung unterstützen.**

Abstract

Is it all bipolar? Differential diagnosis of mood swings in young adulthood

Background: Mood swings can represent a key symptom of various psychiatric disorders in young adulthood. Due to substantial symptom overlap, clinicians often face diagnostic uncertainty, increasing the risk of misdiagnosis and inappropriate treatment.
Objectives: Description of qualitative and quantitative characteristics of mood swings in the most relevant psychiatric disorders.
Materials and Methods: Narrative review based on the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) and pertinent literature.
Results: Bipolar affective disorders exhibit episodic, mostly non-reactive mood swings in clearly defined temporary episodes. In unipolar depression, affective changes are predominantly downward-directed and may show diurnal variation. Emotionally unstable personality disorder is characterized by high-frequency, reactive, and interpersonally triggered affective states, whereas neurodevelopmental disorders typically present with situationally induced, short-lived emotional dysregulation.
Conclusions: Differential diagnostic evaluation requires a comprehensive clinical assessment, possibly supported by life charts, mood diaries, or psychometric instruments. Given the frequent comorbidities and symptom overlap, a longitudinal diagnostic approach is recommended in cases of uncertainty.

Keywords
Adolescence · Bipolar disorder · Depression · Emotionally unstable personality disorder · ADHD

Korrespondenzadresse

Dr. med. Matthias Nieberler
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg
Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg, Deutschland
nieberler_m@ukw.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Kittel-Schneider hat in den letzten 3 Jahren Vortragshonorare von Takeda, Janssen und Medice Arzneimittel Pütter GmbH und Co. KG erhalten. M. Nieberler, M. Appel, C. Klüpfel und W. Warrings geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Literatur

1. AMDP (ed) (2023) Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 11 edn. Hogrefe
2. Angst J, Gamma A, Sellaro R et al (2003) Recurrence of bipolar disorders and major depression. A lifelong perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 253:236–240

3. Angst J, Sellaro R (2000) Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry 48:445–457
4. Bylsma LM, Morris BH, Rottenberg J (2008) A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. Clin Psychol Rev 28:676–691
5. Carvalho AF, Dimellis D, Gonda X et al (2014) Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. J Clin Psychiatry 75:e578–586
6. DGBS e. V., DGPPN e. V. (2019) S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen.
7. Galima SV, Vogel SR, Kowalski AW (2020) Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers. Am Fam Physician 102:668–672
8. Grande I, Berk M, Birmaher B et al (2016) Bipolar disorder. Lancet 387:1561–1572
9. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ et al (2005) Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 62:1322–1330
10. Kotov R, Leong SH, Mojtabai R et al (2013) Boundaries of schizoaffective disorder: revisiting Kraepelin. JAMA Psychiatry 70:1276–1286
11. Kramlinger KG, Post RM (1996) Ultra-rapid and ultradian cycling in bipolar affective illness. Br J Psychiatry 168:314–323
12. Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York, NY, US
13. Miklowitz D, Addington J, Denenny D et al (2026) Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Comparison with Youth at Risk for Bipolar Disorder.
14. Nettle D, Bateson M (2012) The evolutionary origins of mood and its disorders. Curr Biol 22:R712–721
15. Nivoli AM, Pacchiarotti I, Rosa AR et al (2011) Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. J Affect Disord 133:443–449
16. O'Hara MW, McCabe JE (2013) Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol 9:379–407
17. Paris J, Black DW (2015) Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? J Nerv Ment Dis 203:3–7
18. Perlis RH, Brown E, Baker RW et al (2006) Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. Am J Psychiatry 163:225–231
19. Phillips ML, Kupfer DJ (2013) Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. Lancet 381:1663–1671
20. Schiweck C, Arteaga-Henriquez G, Aichholzer M et al (2021) Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 124:100–123
21. Schmidt FM, Steinberg H, Himmerich H (2015) Differential diagnosis of bipolar disorder: historical and clinical implications and perspectives. Fortschr Neurol Psychiatr 83:74–82
22. Sengupta G, Jena S (2022) Psychiatric comorbidity and quality of life in patients with bipolar disorder. Ind Psychiatry J 31:318–324
23. Severus E, Bauer M (2020) Diagnosing bipolar disorders: ICD-11 and beyond. Int J Bipolar Disord 8:4
24. Shaw P, Stringaris A, Nigg J et al (2014) Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 171:276–293
25. Vasconcelos-Moreno MP, Prates-Baldez D, Santos-Terra J et al. (2025) Clinical Interplay Between Autism Spectrum Disorder and Bipolar Disorder: A Narrative Review. Trends Psychiatry Psychother. Online ahead of print
26. Vazquez GH, Lolich M, Cabrera C et al (2018) Mixed symptoms in major depressive and bipolar disorders: A systematic review. J Affect Disord 225:756–760
27. Vieta E, Berk M, Schulze TG et al (2018) Bipolar disorders. Nat Rev Dis Primers 4:18008
28. World Health Organization (2019/2021) International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11).
29. Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E (2008) Premenstrual syndrome. Lancet 371:1200–1210

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.