



Collabryzk



Gangguan suasana hati terkait menstruasi

Gambaran problem psikologis dan intervensinya

Annastasia Ediati

Faculty of Psychology, Universitas Diponegoro, Indonesia

How to cite (APA)

Ediati, A. (2023). Gangguan suasana hati terkait menstruasi: Gambaran problem psikologis dan intervensinya. *Collabryzk Journal for Scientific Studies*, 2(1), 41-51.

Corresponding author

Annastasia Ediati, Ph.D
Fakultas Psikologi Universitas
Diponegoro, Semarang 50275
Email: ediati@lecturer.undip.ac.id

Abstract

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) is a severe mood disorder characterized by emotional and physical symptoms that significantly impair a women's quality of life during the luteal phase of the menstrual cycle. This paper aims to provide a comprehensive overview of the existing literature on PMDD, drawn from leading databases including PubMed, Medline, Scopus, and ScienceDirect. This paper describes what PMDD is, diagnostic criteria for PMDD according to DSM-5 and ICD-11, PMDD assessment instruments, the psychological impact of PMDD and its treatment. Pharmacological interventions, particularly selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), are emerging as the main treatment options, but non-pharmacological approaches such as cognitive-behavioral therapy are also promising. From previous studies it can be concluded that PMDD has a multidimensional impact on women who experience PMDD. Further research is needed, especially regarding psychosocial impacts, development of PMDD assessment instruments, and psychosocial interventions to alleviate PMDD.

Keywords: Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD); premenstrual syndrome (PMS); psychosocial impact; review

Abstrak

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) adalah gangguan suasana hati yang parah yang ditandai dengan gejala emosional dan fisik yang secara signifikan mengganggu kualitas hidup wanita selama fase luteal dari siklus menstruasi. Tulisan ini bertujuan untuk memberikan gambaran menyeluruh dari literatur dari database PubMed, Medline, Scopus, dan ScienceDirect. Penelitian ini mendeskripsikan mengenai apa itu PMDD, kriteria diagnostik menurut DSM-5 dan ICD-11, instrumen asesmen PMDD, dampak psikologis PMDD dan penanganannya. Intervensi farmakologis, khususnya inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI), muncul sebagai pilihan pengobatan utama, tetapi pendekatan non-farmakologis seperti terapi perilaku-kognitif juga efektif. Dari hasil analisis terhadap penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa PMDD berdampak multidimensi pada perempuan yang mengalami PMDD. Diperlukan penelitian lebih lanjut, khususnya mengenai dampak psikososial, pengembangan instrumen asesmen PMDD, dan intervensi psikososial untuk meringankan PMDD.

Kata kunci: *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD); *premenstrual syndrome* (PMS); dampak psikososial; *review*

PENDAHULUAN

Premenstrual syndrome (PMS) adalah fenomena yang jamak ditemui pada perempuan dengan siklus menstruasi. Dalam sebuah survei internasional di 140 negara terhadap 238.114 perempuan berusia 18-55 tahun yang mengalami siklus menstruasi ditemukan bahwa sebagian besar partisipan mengaku mengalami *ngidam* makanan (food craving) sebelum menstruasi (85,28%), perubahan suasana hati (mood swing) atau kecemasan (64,18%), dan kelelahan/keletihan (57,30%). Gejala fisik pun cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, namun perubahan suasana hati dan kecemasan tidak dipengaruhi oleh usia (Hantsoo et al., 2022). Gejala suasana hati dan kecemasan pramenstruasi paling sering dijumpai di Mesir, Lebanon, Brasil, Iran, dan Yordania, dengan 64% atau lebih partisipan melaporkan gejala afektif pramenstruasi setiap siklus menstruasi. Gejala afektif pramenstruasi paling jarang ditemukan di Kamerun, Kongo, Mali, Gabon, dan Togo, dengan kurang dari 28% partisipan melaporkan perubahan suasana hati setiap bulannya (Hantsoo et al., 2022).

Gejala sakit yang menyertai haid telah lama dikenal dan diterapi medis sejak 3800 tahun sebelum Masehi, sebagaimana tertuang dalam naskah kedokteran tertua *Kahun Gynaecological papyrus* (Quirke dalam (Cao et al., 2021). Pada awalnya istilah Premenstrual disorders (PMD) digunakan untuk menggambarkan kondisi distres yang menyertai menstruasi. Pada tahun 1930 istilah *Premenstrual Tension* (PMT) dikenalkan oleh Frank untuk menggambarkan kondisi adanya keterkaitan antara siklus menstruasi dan fungsi ovarium, dengan penekanan pada fase luteal dan aktivitas *corpus luteum* (O'Brien et al., 2011; Paul & Pal, 2022). Istilah premenstrual syndrome (PMS) mulai dipopulerkan pada tahun 1950 dan kondisi buruk dari PMS kemudian disebut dengan late luteal phase *dysphoric disorder* (LLPDD) pada tahun 1987 di DSM-3. Sejak tahun 1994 istilah Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) mulai digunakan di DSM-4 (O'Brien et al., 2011).

International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD) membedakan gangguan Sindrom pramenstruasi (Premenstrual syndrome atau PMS), yaitu penurunan kualitas hidup pada fase luteal yang berulang akibat gejala fisik dan psikiatri yang mengganggu, merupakan kondisi klinis yang khas yang disebabkan oleh respons sistem saraf pusat yang tidak normal terhadap perubahan hormon pada siklus reproduksi wanita. Terdapat tiga kategori PMS berdasarkan keparahan gejala, yakni sindrom prementruasi (PMS) untuk gejala ringan, *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD) dimana

gejala memburuk menjelang haid dan membaik seiring memasuki masa haid dan setelah haid, serta *Premenstrual Exacerbation* (PME) dimana gejala memburuk sepanjang waktu dan makin memburuk ketika menjelang dan memasuki masa menstruasi (Kuehner & Nayman, 2021). Penelitian mengenai PME masih sangat sedikit dan PME belum masuk dalam kriteria diagnostik di DSM-5 TR maupun di ICD-11 R (Eisenlohr-Moul, 2019). Artikel ini akan difokuskan pada pembahasan mengenai PMDD.

METODE

Desain penelitian

Penelitian ini merupakan kajian literatur hasil-hasil riset yang dituangkan dalam bentuk mini review. Peneliti melakukan penelusuran literatur pada database PubMed, Medline, Scopus, dan ScienceDirect dengan menggunakan kata kunci premenstrual dysphoric disorder atau PMDD secara terpisah maupun bersama-sama. Aspek psikologis dari *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD) merupakan topik yang tidak banyak diteliti. Oleh karena itu peneliti melakukan seleksi konten artikel secara manual untuk menjawab pertanyaan penelitian mengenai apa itu PMDD, kriteria diagnostik menurut DSM-5 TR dan ICD-11, instrumen asesmen PMDD, dampak psikologis PMDD dan penanganannya. Hasil penelusuran selanjutnya dideskripsikan secara naratif.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Apa itu Premenstrual Dysphoric Disorder

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) adalah bentuk parah dari sindrom pramenstruasi (PMS) yang memengaruhi 3-8% wanita usia subur di seluruh dunia. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sekitar 90% wanita usia subur dipengaruhi oleh gejala pramenstruasi ringan hingga akut. Sekitar 20-40% mengalami PMS, sementara 2-8% mengalami PMDD. Prevalensi PMDD berbeda tergantung pada budaya dan kelompok etnis. Prevalensi PMDD pada perempuan Korea adalah 2,4%, pada perempuan Bulgaria adalah 3,3%; pada mahasiswa di Yordania sebesar 7,7%; dan pada wanita dewasa muda di Brasil selatan sebesar 17,6%

Pada populasi umum, prevalensi PMS adalah 43% pada perempuan India, 4% untuk PMDD (Dutta & Sharma, 2021), di Brasil, prevalensi PMDD adalah 17,6%. (de Carvalho et al., 2018) di Swiss adalah 10,3%

untuk PMS dan 3,1% untuk PMDD (Tschudin et al., 2010) Di Jerman, 5,8% (prevalensi 12 bulan) hingga 7,4% (prevalensi seumur hidup); dan PMDD stabil selama 48 bulan (Wittchen et al., 2002) . Sebaliknya, prevalensi PMDD yang lebih rendah dilaporkan pada perempuan Korea dengan prevalensi 2,4%. (Hong et al., 2012). Di Cina, prevalensi PMS adalah 21,1% sedangkan PMDD adalah 2,1%. (Qiao et al., 2012) Di Nigeria 3,1%-6,5% tergantung pada kota, sedangkan di Amerika Serikat 2,9%. (Ogebe et al., 2011)

Penyebab Premenstrual Dysphoric Disorder

Dari beberapa literatur dapat disimpulkan adanya tiga faktor penyebab PMDD, yakni faktor biologis, psikologis, dan gaya hidup. Banyak yang mengira PMDD disebabkan oleh perubahan hormon atau ketidakseimbangan hormon yang terjadi pada saat perempuan menjelang menstruasi. Namun tidaklah demikian. PMDD terjadi karena hipersensivitas terhadap fluktuasi hormon seks seperti progesteron pada fase luteal (Sundström-Poromaa et al., 2020). Genetika juga dapat berperan dalam PMDD. Dari faktor psikologis, stres, kecemasan, dan depresi juga dapat menyebabkan PMDD. Sedangkan gaya hidup dimana seseorang mengalami kurang tidur, pola makan yang buruk, dan merokok juga dapat meningkatkan risiko PMDD.

Kriteria diagnostik Premenstrual Dysphoric Disorder

Tidak ada tes tunggal untuk PMDD, tetapi dokter dapat mendiagnosis PMDD berdasarkan gejala dan riwayat kesehatan wanita. Jika merujuk pada *International Classification of Diseases* edisi 11 revisi (ICD-11 R), PMDD termasuk dalam kategori salah satu penyakit pada sistem genitourinary yang disebabkan oleh siklus menstruasi (WHO, 2019). Dalam ICD-11 R dijelaskan bahwa PMDD adalah kondisi dimana dalam 1 tahun terakhir, perempuan menunjukkan adanya pola gejala suasana hati (suasana hati yang tertekan, mudah tersinggung), gejala somatik (lesu, nyeri sendi, makan berlebihan), atau gejala kognitif (kesulitan konsentrasi, lupa) yang dimulai beberapa hari sebelum menstruasi, mulai membaik dalam beberapa hari setelah menstruasi, dan kemudian menjadi minimal atau tidak ada sama sekali dalam waktu kurang lebih 1 minggu setelah menstruasi. Gejala-gejala tersebut cukup parah sehingga menyebabkan tekanan yang signifikan atau gangguan yang signifikan dalam fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan, atau bidang fungsi penting lainnya dan bukan merupakan komorbiditas dari gangguan mental (WHO, 2019).

Kriteria diagnostik Premenstrual Dysphoric Disorder menurut DSM-5 TR

Waktu munculnya gejala (*timing of symptoms*):

A) Pada sebagian besar siklus menstruasi, setidaknya 5 gejala harus muncul pada minggu terakhir sebelum menstruasi, mulai membaik dalam beberapa hari setelah menstruasi, dan menjadi minimal atau tidak ada pada minggu setelah menstruasi

Gejala:

B) Satu atau lebih dari gejala-gejala berikut ini harus ada:

- 1) ketidakstabilan afektif yang nyata (misalnya, perubahan suasana hati, perasaan tiba-tiba sedih atau menangis, atau peningkatan kepekaan terhadap penolakan)
- 2) Mudah tersinggung atau marah atau peningkatan konflik interpersonal yang nyata
- 3) Depressive mood yang nyata, perasaan tidak berdaya, atau pikiran yang mencela diri sendiri
- 4) Adanya kecemasan, perasaan tegang/gelisah yang nyata, atau merasa diujung batas

C) Satu (atau lebih) dari gejala-gejala berikut ini juga harus ada untuk mencapai total 5 gejala bila digabungkan dengan gejala-gejala dari kriteria B di atas

- 1) Berkurangnya minat pada aktivitas yang biasa dilakukan
- 2) Kesulitan subyektif dalam konsentrasi
- 3) Kelesuan, mudah lelah, atau kekurangan energi yang nyata
- 4) Perubahan nafsu makan yang nyata; makan berlebihan atau mengidam makanan tertentu
- 5) Hipersomnia atau insomnia
- 6) Perasaan kewalahan atau di luar kendali
- 7) Gejala fisik seperti nyeri payudara atau pembengkakan; nyeri sendi atau otot, sensasi "kembung" atau penambahan berat badan

Keparahan:

D) Gejala-gejala tersebut terkait dengan tekanan atau gangguan yang signifikan secara klinis dengan pekerjaan, sekolah, kegiatan sosial yang biasa dilakukan, atau relasi dengan orang lain.

E) Pertimbangkan Gangguan Kejiwaan Lainnya

Gangguan ini bukan sekedar bentuk parah dari gejala gangguan lain, seperti gangguan depresi mayor, gangguan panik, gangguan depresi persisten (distimia), atau gangguan kepribadian (meskipun gangguan ini dapat terjadi bersamaan dengan gangguan-gangguan tersebut).

Konfirmasi gangguan:

F) Kriteria A harus dikonfirmasi dengan catatan rating harian prospektif (prospective daily ratings) selama setidaknya 2 siklus gejala (meskipun diagnosis sementara dapat dibuat sebelum konfirmasi ini). Kecualikan Penjelasan Medis lainnya

G) Gejala-gejala tersebut tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat (misalnya penyalahgunaan obat, pengobatan atau perawatan lain) atau kondisi medis lain (misalnya hipertiroidisme).

Kriteria diagnostik Premenstrual Dysphoric Disorder menurut ICD-11 R (WHO, 2019)

- Setidaknya satu gejala afektif seperti suasana hati yang tidak stabil, mudah tersinggung, suasana hati yang tertekan, atau kecemasan, dan
- Gejala somatik atau kognitif tambahan seperti kelesuan, nyeri sendi, makan berlebihan, hipersomnia, nyeri payudara, pembengkakan pada ekstremitas, kesulitan konsentrasi, atau pelupa.
- Gejala-gejala tersebut tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik oleh gangguan mental lain (misalnya, Gangguan Suasana Hati, Gangguan Kecemasan atau Gangguan Terkait Ketakutan).
- Gejala-gejala tersebut bukan merupakan manifestasi dari kondisi medis lain (misalnya endometriosis, penyakit ovarium polikistik, gangguan sistem adrenal, dan hiperprolaktinemia) dan bukan disebabkan oleh efek zat atau obat pada sistem saraf pusat (misalnya, pengobatan hormon, alkohol), termasuk efek putus obat (misalnya, dari stimulan).
- Gejala-gejala tersebut mengakibatkan tekanan yang signifikan atau gangguan yang signifikan dalam fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan, atau bidang fungsi penting lainnya.

Premenstrual Dysphoric Disorder dan problem kesehatan mental

Perempuan yang menderita PMDD dilaporkan memiliki pikiran untuk bunuh diri (*suicide ideation*) ataupun melakukan percobaan bunuh diri (*suicide attempts*) dikarenakan pengalaman PMDD namun bukan

karena gangguan kejiwaan (Osborn et al., 2021). *Premenstrual suicide ideation* (PMSI) tidak hanya ditemukan pada perempuan dengan PMDD namun juga pada perempuan dengan PMS. Carlini et al. (2022) menemukan beberapa faktor berikut ini sebagai prediktor PMSI, yakni riwayat diagnosis depresi, tingkat keparahan gejala depresi yang saat ini muncul, dan adanya tiga atau lebih pengalaman masa kecil yang berat (*childhood adverse events*). PMDD umumnya dialami seminggu sebelum haid, namun simtom PMDD dapat pula muncul hingga 3 minggu sebelum haid. Oleh karena itu *timing* ini perlu mendapat perhatian dalam asesmen kejiwaan dan penanganannya terhadap *suicide ideation* dalam kasus PMS maupun PMDD.

Perempuan dengan PMDD memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi paska melahirkan (*postpartum depression*) dibanding perempuan normal, meski tidak memiliki riwayat gangguan depresi (Cao et al., 2021). Penelitian terhadap 2.499 perempuan Korea berusia 18-64 tahun menunjukkan bahwa PMDD berkorelasi sangat positif dan signifikan dengan penyalahgunaan/ketergantungan alkohol, gangguan depresi mayor, gangguan stres pascatrauma, fobia sosial, fobia spesifik, gangguan somatoform, insomnia, dan bunuh diri (Hong et al., 2012). Disamping, sebanyak 59,3% partisipan memiliki riwayat minimal satu gangguan kejiwaan, mengalami insomnia, dan pemikiran untuk mengakhiri hidupnya (Hong et al., 2012).

Osborn *et al.* (2020) menggali pengalaman 17 perempuan yang didiagnosis dengan PMDD untuk mengetahui pengalaman hidup mereka dengan PMDD sejak sebelum didiagnosis PMDD hingga setelah menjalani pengobatan untuk PMDD yang mereka alami. Mereka menggambarkan bagaimana *distresful*-nya kehidupan mereka sebelum mengetahui bahwa kondisi yang mereka alami sejak remaja hingga dewasa adalah PMDD. Mereka menggambarkan bagaimana rasanya mengalami *inner battle* di dalam dirinya, antara tubuh dan jiwanya seolah sedang berperang. Sulit menjelaskan perasaan, sakit, dan kebingungan yang mereka hadapi karena emosi yang bercampur aduk dan naik-turun (*roller coaster*) sehingga membuat mereka sering menangis tanpa sebab dan konteks yang jelas. Terkadang dalam diri mereka muncul dorongan untuk melukai diri sendiri dan ketakutan lepas kendali. Emosi sedih, cemas, dan takut yang kuat sering datang silih berganti terkadang dengan serangan panik tanpa sebab yang jelas sehingga terkadang membuat perempuan dengan PMDD merasa seolah dirinya bagaikan memiliki dua persona, yakni pribadinya yang selama ini dikenal dengan baik dan pribadi lain yang tak dikenalnya namun ada dalam dirinya. Sering kali situasi ini membuat mereka ingin melarikan diri (*escape*) namun tak tahu kemana harus pergi (*no where to go*) sehingga membuat mereka merasa frustrasi. Akhirnya beberapa

diantara mereka melarikan diri, sehingga menjadi gangguan makan, kecanduan alkohol atau napza. Keinginan kuat untuk mencari bantuan medis mendorong perempuan dengan PMDD dalam penelitian pergi memeriksakan diri ke dokter, namun mereka didiagnosis gangguan cemas, depresi, gangguan bipolar, yang pada akhirnya membuat mereka merasa terbebani karena dianggap memiliki gangguan kejiwaan yang buruk. Terkadang mereka merasa tidak dimengerti, ketika tenaga kesehatan menganggap mereka malas minum obat antidepresan, sehingga mereka merasa tidak didengarkan dan tidak dimengerti bahkan merasa disalahkan untuk kondisi yang mereka sendiri tidak dapat memahami dan menjelaskannya.

Premenstrual Dysphoric Disorder dan keberfungsian

Salah satu kriteria khas PMDD adalah adanya dampak yang mengganggu keberfungsian perempuan yang mengalami PMDD, bahkan bukan hanya sekedar disfungsi namun dalam taraf *disabling*. Dalam penelitian Hylan dkk (Henshaw, 2007), 8-16% wanita bergejala pernah absen kerja pada tahun sebelumnya karena sindrom pramenstruasi dan 5-8% diantaranya pernah absen lebih dari 14 hari dalam setahun terakhir. Bahkan wanita dengan PMDD yang tidak mencari pengobatan untuk sindrom pramenstruasi tampaknya menggunakan lebih banyak layanan kesehatan secara umum dan lebih sering tidak masuk kerja daripada wanita tanpa PMDD (Henshaw, 2007).

Remaja putri dengan PMDD sering mengalami kesulitan untuk memahami pelajaran di sekolah karena kesulitan dalam berkonsentrasi (Osborn et al., 2020). Wanita dewasa dengan PMDD yang bekerja juga mengalami kesulitan dalam mengerjakan tugas pekerjaan sehari-hari dan terkadang terpaksa tidak masuk kerja sehingga terkadang menyebabkan relasi kurang harmonis dengan atasan dan rekan kerja, bahkan mereka kehilangan kesempatan untuk mendapat promosi kenaikan pangkat.

Asesmen Premenstrual Dysphoric Disorder

Salah satu instrumen yang paling mudah digunakan dalam setting klinis adalah Kalender Pengalaman Menstruasi (*Calendar of Premenstrual Experiences*/COPE). Perempuan menilai 22 item (fisik dan perilaku) pada skala empat poin (0, gejala tidak ada; 4, gejala parah). Alat ini memiliki reliabilitas tes-retes yang tinggi, yang berguna dalam pengukuran prospektif. Validitas kriterianya dinilai dalam

sampel klinis dan komunitas dan dengan tepat mengidentifikasi wanita dalam kelompok sindrom pramenstruasi. Instrumen ini mudah digunakan dan juga dalam hal skoring (Henshaw, 2007).

Instrumen lain yang bisa digunakan adalah *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST), yakni Kuesioner singkat dengan 19 item pertanyaan yang menyajikan kriteria diagnostik DSM-IV untuk PMDD dalam bentuk skala penilaian laporan diri. Untuk setiap item, perempuan diminta untuk memilih satu dari empat tingkat keparahan ("Tidak sama sekali", "Ringan", "Sedang", dan "Parah") dan diagnosis dinilai dengan membandingkan respons terhadap kriteria DSM-IV (O'Brien et al., 2011; Osborn et al., 2020). Sejauh ini, belum ada instrumen asesmen PMDD dalam Bahasa Indonesia.

Treatment Premenstrual Dysphoric Disorder

Ada berbagai pilihan pengobatan yang tersedia untuk PMDD, termasuk obat-obatan, seperti antidepresan atau terapi hormonal, psikoterapi, seperti terapi perilaku-kognitif atau terapi interpersonal, perubahan gaya hidup, seperti tidur yang cukup, makan makanan yang sehat, dan berolahraga secara teratur. Intervensi farmakologis, khususnya inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI), muncul sebagai pilihan pengobatan utama, tetapi pendekatan non-farmakologis seperti terapi perilaku-kognitif juga efektif.

International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD) merekomendasikan penggunaan *cognitive behavior therapy* (CBT) dan DBT untuk psikoterapi pada perempuan dengan PMDD. CBT adalah metode yang berguna untuk mengurangi gangguan fungsional yang berkaitan dengan gejala emosional pada berbagai gangguan, dan beberapa bukti menunjukkan bahwa metode ini dapat membantu pasien dengan PMDD secara khusus. DBT efektif untuk mencegah perilaku bunuh diri, hasil yang umum terjadi pada kasus PMDD yang parah. Namun demikian, Eisenlohr-Moul (2019) berpendapat masih sangat minim psikolog yang terlibat/dilibatkan dalam penanganan perempuan dengan PMDD. Riset mengenai efektivitas CBT pada kasus PMDD masih inconclusive. Oleh karena itu direkomendasikan kepada para psikolog untuk mendapatkan training mengenai aspek klinis PMDD agar lebih banyak psikolog bisa terlibat dan dilibatkan untuk membantu perempuan dengan PMDD yang membutuhkan psikoterapi.

Simpulan

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) adalah gangguan suasana hati yang parah yang ditandai dengan gejala emosional dan fisik yang secara signifikan mengganggu kualitas hidup wanita selama fase luteal dari siklus menstruasi. PMDD mungkin tidak banyak dikenal masyarakat atau keliru diartikan sebagai PMS seperti pada umumnya. Bagi pembaca yang mungkin menderita PMDD, segera kunjungi tenaga kesehatan, baik dokter maupun psikolog, untuk memastikan diagnosis dari keluhan yang dirasakan. Hindari mendiagnosis diri sendiri. Diperlukan lebih banyak penelitian untuk memahami penyebab PMDD dan untuk mengembangkan intervensi yang lebih efektif.

Konflik kepentingan

Tidak ada

Referensi

- Cao, S., Jones, M., Tooth, L., & Mishra, G.** (2021). Does premenstrual syndrome before pregnancy increase the risk of postpartum depression? Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Journal of Affective Disorders*, 279, 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.130>
- Carlini, S. V., Weiss, S. J., Mordukhaev, L., Jacob, S., Flynn, H. A., & Deligiannidis, K. M.** (2022). Clinical correlates of women endorsing premenstrual suicidal ideation: A cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 16(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13030-022-00252-3>
- de Carvalho, A. B., Cardoso, T. A., Mondin, T. C., da Silva, R. A., Souza, L. D. M., Magalhães, P. V. S., & Jansen, K.** (2018). Prevalence and factors associated with premenstrual dysphoric disorder a community sample of young adult women. *Psychiatry Research*, 268(October), 42–45. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.005>
- Dutta, A., & Sharma, A.** (2021). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in India: A systematic review and meta-analysis. *Health Promotion Perspectives*, 11(2), 161–170. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.20>
- Eisenlohr-Moul, T.** (2019). *Premenstrual Disorders: A Primer and Research Agenda for Psychologists*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/tw4bd>
- Hantsoo, L., Rangaswamy, S., Voegtline, K., Salimgaraev, R., Zhaunova, L., & Payne, J. L.** (2022). Premenstrual symptoms across the lifespan in an international sample: Data from a mobile application. *Archives of Women's Mental Health*, 25(5), 903–910. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01261-5>
- Henshaw, C. A.** (2007). PMS: Diagnosis, aetiology, assessment and management: Revisiting... Premenstrual syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 139–146. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003392>
- Hong, J. P., Park, S., Wang, H.-R., Chang, S. M., Sohn, J. H., Jeon, H. J., Lee, H. W., Cho, S.-J., Kim, B.-S., Bae, J. N., & Cho, M. J.** (2012). Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder

- in a nationwide sample of Korean women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 1937–1945. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0509-6>
- Kuehner, C., & Nayman, S.** (2021). Premenstrual Exacerbations of Mood Disorders: Findings and Knowledge Gaps. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 78. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01286-0>
- O'Brien, P. M. S., Bäckström, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J., Epperson, C. N., Eriksson, E., Freeman, E., Halbreich, U., Ismail, K. M. K., Panay, N., Pearlstein, T., Rapkin, A., Reid, R., Schmidt, P., Steiner, M., Studd, J., & Yonkers, K.** (2011). Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: The ISPMO Montreal consensus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 13–21. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0201-3>
- Ogebe, O., Abdulmalik, J., Bello-Mojeed, M., Holder, N., Jones, H. A., Ogun, O. O., & Omigbodun.** (2011). A Comparison of the Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder and Comorbidities among Adolescents in the United States of America and Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 24(6), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2011.07.009>
- Osborn, E., Brooks, J., O'Brien, P. M. S., & Wittkowski, A.** (2021). Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: A systematic literature review. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 173–184. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01054-8>
- Osborn, E., Wittkowski, A., Brooks, J., Briggs, P. E., & O'Brien, P. M. S.** (2020). Women's experiences of receiving a diagnosis of premenstrual dysphoric disorder: A qualitative investigation. *BMC Women's Health*, 20(1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01100-8>
- Paul, S., & Pal, A.** (2022). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Review of their History with an Eye on Future. *Annals of Indian Psychiatry*, 6(4), 393. https://doi.org/10.4103/aip.aip_16_22
- Qiao, M., Zhang, H., Liu, H., Luo, S., Wang, T., Zhang, J., & Ji, L.** (2012). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 162(1), 83–86. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.01.017>
- Sundström-Poromaa, I., Comasco, E., Sumner, R., & Luders, E.** (2020). Progesterone – Friend or foe? *Frontiers in Neuroendocrinology*, 59, 100856. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100856>
- Tschudin, S., Berteau, P. C., & Zemp, E.** (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population based sample. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 485–494. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0165-3>
- Wittchen, H.-U., Becker, E., Lieb, R., & Krause, P.** (2002). Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychological Medicine*, 32(1), 119–132. <https://doi.org/10.1017/S00332917010049>
- World Health Organization.** (2019). GA34.41 Premenstrual dysphoric disorder. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <http://id.who.int/icd/entity/1526774088>