



---

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

---

Recebido em: 7/2020

Aceito em: 8/2020

Publicado em: 10/2020

---

## Implicações do transtorno disfórico pré menstrual na qualidade de vida das mulheres: uma revisão de literatura

Implications of premenstrual dysphoric disorder in women's quality of life: a literature review

Implicaciones del trastorno disfórico premenstrual en la calidad de vida de las mujeres: una revisión de la literatura

Amanda Rodrigues Rios<sup>1\*</sup>, Danielle Fiorin Ferrari Novais<sup>2</sup>, Amanda Ferreira Emerich Sathler<sup>3</sup>, Ana Luiza Scussulim Florindo Alcure Dias<sup>3</sup>, Bruna Larissa de Oliveira<sup>4</sup>, Diana Freire Pego<sup>3</sup>, Isys Holanda Albuquerque de Vasconcelos<sup>5</sup>, Kelly Cristina Almeida<sup>3</sup>, Letícia Elen Carpenedo Frare<sup>4</sup>, Thiago Willian Moreira Campelo<sup>6</sup>.

---

**Resumo:** Este artigo buscou reunir, avaliar e sintetizar estudos acerca dos sintomas e dos cuidados gerais em mulheres com Transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), bem como a interferência de tais sintomas nos campos de atuações sociais e na qualidade de vida dessas mulheres. O diagnóstico do TDPM é feito com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e caracteriza-se por um grupo de manifestações com exacerbação grave na semana anterior à menstruação. As consequências do TDPM na qualidade de vida das mulheres são, sobretudo, nos quesitos de relacionamentos e trabalho, com possibilidade de desfechos graves, como o suicídio. Os resultados apontam que o TDPM é um distúrbio grave que influencia a vida particular e profissional da paciente e, por isso, deve ser feita entrevista e anamnese precisa a fim de reconhecer o quadro clínico e, por conseguinte, dar seguimento ao tratamento adequado para um melhor prognóstico e bem estar global da paciente.

**Palavras-chave:** Ciclo menstrual, Qualidade de vida, Saúde mental.

---

**Abstract:** This article aimed to gather, evaluate and synthesize studies on symptoms and general care in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD), as well as the interference of such symptoms in the fields of social actions and in the quality of life of these women. The diagnosis of PMDD is based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) and is characterized by a group of manifestations with severe exacerbation in the week prior to menstruation. The consequences of PMDD on the quality of women's lives are, especially in the care of relationships and work, with the possibility of serious outcomes, such as suicide. The results indicate that PMDD is a serious disorder that influences the patient's private and professional life and, therefore, an accurate interview and anamnesis should be conducted in order to recognize the clinical presentation and, therefore, to follow up the appropriate treatment for a better prognosis and overall well-being of the patient.

**Keywords:** Menstrual cycle, Quality of life, Mental health.

---

<sup>1</sup> Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga – MG. \*E-mail: [amandarios17@hotmail.com](mailto:amandarios17@hotmail.com)

<sup>2</sup> Faculdade Multivix de Vitória (Multivix), Vitória – ES.

<sup>3</sup> União Educacional do Vale do Aço (UNIVAÇO), Ipatinga – MG.

<sup>4</sup> Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel – PR.

<sup>5</sup> Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral – CE.

<sup>6</sup> Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus – AM.

**Resumen:** Este artículo trató de reunir, evaluar y sintetizar los estudios sobre los síntomas y el cuidado general de las mujeres con el trastorno disfórico pre menstrual (TDPM), así como la interferencia de dichos síntomas en los campos de la acción social y la calidad de vida de estas mujeres. El diagnóstico de la TDPM se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y se caracteriza por un grupo de manifestaciones con una grave exacerbación en la semana previa a la menstruación. Las consecuencias del TDPM en la calidad de vida de las mujeres son, sobre todo en lo que respecta a las relaciones y el trabajo, con la posibilidad de resultados graves, como el suicidio. Los resultados indican que la TDPM es un trastorno grave que influye en la vida privada y profesional de la paciente, por lo que se debe realizar una entrevista y anamnesis precisa para reconocer el cuadro clínico y, por consiguiente, seguir el tratamiento adecuado para un mejor pronóstico y el bienestar general del paciente.

**Palabras clave:** Ciclo menstrual, Calidad de vida, Salud mental.

---

## INTRODUÇÃO

Estima-se que 70% do público feminino em período reprodutivo é acometida pela Síndrome Pré-menstrual (SPM) (MARANHÃO DT, et al., 2020). Para a população leiga, quaisquer sintomas incômodos, sejam eles, físicos, emocionais ou comportamentais, enquadram-se nessa síndrome. Contudo, existe o Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM), que se apresenta como uma exacerbção grave, na semana anterior à menstruação e acomete 3 a 8% das mulheres em idade fértil do mundo inteiro, impactando negativamente na qualidade de vida destas e seus familiares (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015; PEARLSTEIN 2007 apud TIMBY E, et al., 2016).

O TDPM se caracteriza por um grupo de manifestações, principalmente cognitivas, como labilidade emocional durante a fase lútea do ciclo menstrual (TIMBY E, et al., 2016). Para realizar o diagnóstico são observados ao menos 5 sintomas das variáveis apresentações como: irritabilidade, cefaléia, sensibilidade mamária, alterações do sono, entre outros (MARANHÃO DT, et al., 2020).

Ademais, a etiologia do transtorno ainda é desconhecida e se mantém em investigação, a fim de melhor entender o prognóstico, tratamento e comorbidades das pacientes (HARDY C e HARDIE J, 2017). Afinal, o conceito é novo e apenas em 2012 foi inserido no DSM- V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição) como categoria de diagnóstico completo (transtorno depressivo), após discussões entre especialistas internacionais e participação da Associação Americana de Psiquiatria (HANTSOO L e EPPERSON N, 2015). Pelo DSM- V, as manifestações supracitadas devem ocorrer durante a maioria dos ciclos menstruais, por ao menos dois meses subsequentes, com relatório diário das manifestações com o objetivo de excluir outros transtornos psiquiátricos e chegar ao diagnóstico (BOSMAN RC, et al., 2016).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo evidenciar e revisar como o descontrole emocional pode impactar na qualidade de vida das mulheres portadoras de TDPM. Acredita-se que a interferência de tais sintomas pode gerar prejuízos em vários campos de atuação dessas mulheres, como laborais, domésticos e familiares. Ainda é importante salientar que impacta, não apenas por um curto período de tempo, fase lútea do ciclo menstrual, mas também escoa para os demais momentos da vida.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Síndrome Pré-Menstrual, (conhecida como SPM), afeta aproximadamente uma a cada quatro mulheres na idade fértil (BOSMAN RC, et al., 2016). Trata-se de uma desordem cíclica, visto que os sintomas possuem certa periodicidade: têm início na fase lútea e podem durar até o fim da menstruação. As manifestações clínicas são diversas e abrangem tanto sintomas psicossomáticos como sintomas fisiológicos (MARANHÃO DT, et al., 2020). De um modo geral, acredita-se que mais de 150 sintomas diferentes se relacionam com essa síndrome, e, devido a tal amplicidade, as mulheres com SPM podem ter prejuízos nas relações interpessoais e laborais (ISMAILI E, et al., 2016).

Em alguns casos, há uma exacerbção da sintomatologia que antecede a menstruação e, conseqüentemente, maiores prejuízos a qualidade de vida das mulheres afetadas, tal condição clínica é

denominada como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual - TDPM (OWENS SA e MOUL TE, 2019). Os sintomas interferem diretamente na execução das atividades diárias, pois afetam de maneira mais acentuada as habilidades cognitivas e a saúde mental, se comparado à SPM (SHEHADEH JH e MANSOUR AMH, 2018). O quadro clínico é manifestado na fase lútea (período em que há oscilação da progesterona) e nos ciclos menstruais ovulatórios (COMASCO E e POROMAA IS, 2015).

Desde 2013, o TDPM foi realocado do apêndice do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV) para tornar-se um diagnóstico oficial no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V), agora compreendido no capítulo de transtornos depressivos. Alguns dos critérios necessários para uma patologia ser incluída no DSM-V são: ter comorbidade clínica associada, possuir dados epidemiológicos consideráveis e afetar a cognição e o temperamento (CIRILLO CP, et al., 2014). Dessa maneira, torna-se nítido que o TDPM é um distúrbio grave e, por isso, deve ser explorado minuciosamente durante a anamnese médica, a fim de ser diagnosticado e tratado de forma adequada (ALEMU SM, et al., 2017).

Ainda baseando nos critérios obtidos da DSM-V, durante grande parte dos ciclos menstruais, a mulher deve ter tido os sintomas referentes ao distúrbio no ano anterior à avaliação para que possa se adequar ao diagnóstico de TDPM (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015). Nesse processo de análise, é necessária a presença de, no mínimo, cinco sintomas dentre os onze seguintes: acentuada labilidade afetiva; irritabilidade ou aumento do número de conflitos nas relações interpessoais; humor deprimido, contendo sentimentos de desesperança e autodepreciativos; excesso de ansiedade e tensão; diminuição no interesse de realizar atividades do dia a dia; experiência subjetiva de dificuldade de concentração; letargia; alterações relevantes no apetite; insônia ou hipersonia; sentimento de esgotamento ou de instabilidade emocional; além de sintomas físicos como inchaço mamário, artralgia, dores musculares e sensação de ganho de peso. Contudo, após o período menstrual devem estar ausentes (MARANHÃO DT, et al., 2020).

Além disso, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (1994), é necessário que a paciente apresente pelo menos um dos sintomas dentre os 5 mínimos para confirmar o diagnóstico: 1. Humor deprimido, desesperança ou ideias autodepreciativas; 2. Ansiedade exacerbada, sensibilidade exagerada; 3. Instabilidade afetiva acentuada; 4. Irritabilidade ou raiva recorrentes e aumento na frequência de conflitos interpessoais.

A fim de que os sintomas sejam corretamente interpretados, faz-se necessário uma entrevista e anamnese precisas, somadas a um diário prospectivo por, no mínimo, dois ciclos menstruais sintomáticos consecutivos (ISMAILI E, et al., 2016). A história clínica pregressa, apesar de suficiente na confirmação do diagnóstico, não dispensa a relevância das avaliações no momento como o calendário de experiências pré-menstruais, o registro diário de gravidade de problemas ou o formulário de avaliação pré-menstrual garantem que as alterações clínicas não sejam provenientes de outras etiologias (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015).

Além disso, estudos relacionando as manifestações do referente transtorno à qualidade de vida da mulher, mostraram que ocorrem alterações durante a fase lútea tardia (QIAO M, et al., 2017). Essa etapa foi caracterizada por uma redução significativa nas condições do bem-estar global da paciente que se somava a apresentação de agravamento dos sintomas. Porém, a intensidade e período que as queixas ocorrem se diferem entre as pacientes, sugerindo a necessidade de uma avaliação cada vez mais individualizada, considerando as experiências pessoais subjetivas para que o processo clínico subsequente ocorra de maneira satisfatória (YAMADA K e KAMAGATA E, 2017).

### **Etiologia do TDPM**

O TDPM não apresenta uma etiologia bem definida, mesmo sendo um tema presente em pesquisas científicas (NOBLES CJ, et al., 2016). Entretanto, alguns estudos analisados correlacionam o Sistema Nervoso Central (SNC), a genética e os hormônios reprodutivos como possíveis causas biológicas para a anormalidade clínica das pacientes. A fase que delimita essa desordem sintomatológica, desde a sua gênese ao término, relaciona-se a uma variação hormonal sendo, portanto, um dos pilares das causas da doença (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015).

Em contrapartida, as pacientes portadoras do TDPM, quando comparadas àquelas que não possuem a doença, não se diferem em seu aspecto hormonal quantitativo. Porém, há alterações importantes em relação à sensibilidade aos estímulos hormonais fisiológicos femininos, sobretudo, quando se trata da atuação do estrogênio e da progesterona, que atuam influenciando no funcionamento do SNC. Além disso, a redução dos níveis de estrogênio está sendo associada à diminuição da expressão do transportador de serotonina (SERT) (SHEHADEH HJ e HAMDAN-MANSOUR MA, 2018). Essa alteração, ocorrendo durante a fase lútea, resulta em modificações tanto no estado de humor, quanto nas funções cognitivas. (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015).

Há relatos também de que a exposição persistente ao estresse seja um fator desencadeante para o surgimento da patologia (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015). Mulheres com ciclos irregulares e índice de Massa Corporal (IMC) menor que 25 são itens estudados e relacionados ao aparecimento de TDPM e SPM (MARANHÃO DT, et al., 2020). Em alguns estudos é relatado que experiências traumáticas vivenciadas pelas mulheres estejam ligadas a maior propensão de desenvolver este distúrbio (WITTCHEN UH, et al., 2003).

Ademais, estudos envolvendo neurologia encontraram que as regiões do cerebelo, giro do hipocampo e parahipocampal esquerdo estariam aumentados em portadoras do transtorno, sendo que estas mudanças estruturais sejam originadas através das alternâncias hormonais que ocorrem em cada ciclo menstrual (COMASCO E e POROMAA IS, 2015). Ainda dentro da temática, o controle inibitório diminuído, propicia a transformação de ideias para o ato suicida e isto se deve a uma redução do desempenho do córtex orbitofrontal medial levando a maior recorrência de emoções negativas. Acrescenta-se que a amígdala (região cerebral relacionada à organização emotiva) demonstra maior resposta a sintomatologia adversa ocasionada pelo distúrbio (OWENS AS e MOUL TE, 2019).

Diante desse cenário, torna-se fundamental descartar distúrbios psiquiátricos e endócrinos. Salienta-se ainda que uma terapia para SPM/TDPM, quando iniciada, necessita de um período de 2 meses para análise da eficiência, caso a paciente não responda ao tratamento, é importante pesquisar outras etiologias (ISMAILI E, et al., 2016).

Portanto, para confirmação do diagnóstico de TDPM, é essencial eliminar todas as situações que possam ocasionar uma alteração hormonal, isto é, em casos de gravidez, amamentação, uso de anticoncepcional ou transtornos psiquiátricos prévios, como fase de luto, história de transtorno de ansiedade ou depressivo e distúrbio cognitivo (SHEHADEH HJ e HAMDAN-MANSOUR MA, 2018).

### **Impacto do TDPM na qualidade de vida das mulheres**

As consequências do TDPM na qualidade de vida das mulheres são inúmeras, sobretudo no quesito de relacionamento e trabalho (CÂMARA RA, et al., 2016). Em relação a este último citado, estudos demonstraram uma conduta compensatória das mulheres, uma vez que se sentiam culpadas durante o período sintomático por considerarem que seu rendimento de trabalho estava insatisfatório. Nesse viés, esse impacto negativo gerado, leva ao sentimento de culpa, estresse, o que fez com que muitas mulheres abandonassem suas carreiras (HARDY C e HARDIE J, 2017).

O reflexo da patologia abordada vai além das áreas já mencionadas, pois impacta diretamente na predisposição de desenvolver outros transtornos ao longo da vida, entre eles pode-se citar: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico com ou sem agorafobia, abuso de álcool e dependência de substâncias, bulimia nervosa e outros distúrbios alimentares, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (SLYEPCHENKO A, et al., 2017). Outrossim, as mulheres com TDPM demonstraram cerca de oito vezes mais probabilidade de desenvolver o transtorno bipolar (SLYEPCHENKO A, et al., 2017).

Tanto as mulheres híginas quanto as portadoras de TDPM apresentam uma qualidade de sono comprometida durante o período pré-menstrual e menstrual. No entanto, mulheres com a doença exibem uma sonolência e fadiga durante o dia mais acentuadas e isto contribui para aumento de ansiedade e estresse, que, por consequência, afetarão várias áreas de suas vidas (OWENS AS e MOUL TE, 2019). Outro ponto em discussão seria os efeitos que a autodepreciação, anedonia, humor deprimido, irritabilidade acentuada, fatores presentes no distúrbio disfórico pré-menstrual, podem gerar uma série de repercussões na vida das

mulheres acometidas. Entre estes efeitos pode-se mencionar o comprometimento de relações com familiares, amigos, colegas de trabalho, parceiros (maior taxa de divórcios) e até mesmo um desfecho mais grave, como o suicídio (OWENS AS e MOUL TE, 2019). Dessa forma, pode-se afirmar que os efeitos dessa patologia se apresentam como uma cascata, podendo até mesmo, ter desfechos irreversíveis como o suicídio (OWENS AS e MOUL TE, 2019).

Em suma, caso essas mulheres diagnosticadas não sejam tratadas, os sintomas associados podem perdurar até a menopausa e, por consequência, provocar a redução da qualidade de vida em até 3 anos. (YAMADA K e KAMAGATA E, 2017). Nesse sentido, o reconhecimento do quadro clínico e, por conseguinte, o seguimento de tratamento adequado, são indispensáveis para um melhor prognóstico e bem estar global de cada paciente. (BOSMAN RC, et al., 2016).

### **Tratamento do TDPM**

O tratamento de primeira linha proposto para amenizar os sintomas do TDPM são os antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). O seu uso é pautado na teoria de que há uma variação desse neurotransmissor no ciclo menstrual que causaria os sintomas psicossomáticos e, assim, seria necessário o aumento da disponibilidade de serotonina na fenda sináptica (JACKSON, et al., 2015). Os benefícios desse tratamento estão associados ao rápido início de ação dos ISRS, pois essa característica viabiliza a dosagem apenas na fase lútea. No entanto, efeitos adversos como a disfunção sexual podem levar ao abandono do tratamento e, por isso, o médico deve orientar a paciente sobre as implicações envolvidas na medicação (HANTSOO L e EPPERSON N, 2015).

Quanto às intervenções não farmacológicas, destaca-se a terapia comportamental dialética. Essa estratégia é válida, uma vez que ensinam as pacientes a enfrentarem de maneira diligente com emoções negativas, melhorar as relações sociais e evitar crises (OWENS AS e MOUL TE, 2019). Os tratamentos alternativos, tais como: ioga, realização de atividade física regular (principalmente exercícios aeróbicos) e dieta específica, suplementando com alimentos como ervas, ácidos graxos ômega-3, óleo de ginkgo biloba, açafraão sativus ou primula, entretanto, estas recomendações demonstram eficácia ainda restrita em relação ao transtorno de acordo com os estudos já realizados (HANTSOO L e EPPERSON N, 2015).

Todavia, em alguns casos, quando não há uma resposta adequada aos métodos não medicamentosos e ao uso de ISRS, a supressão da ovulação é considerada e pode ser realizada. Um exemplo deste método é o uso de estrogênio (adesivo transdérmico de estradiol) que possui eficácia nos sintomas do TDPM, porém devido ao risco endometrial de estrogênio sem oposição, aquelas que não fizeram histerectomia precisarão de progesterona, podendo causar sintomas do transtorno. Dessa forma, através da histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral (por ser um tratamento permanente é estabelecido como último recurso). Ademais, o uso de análogos do GnRH também pode ser considerado como uma opção terapêutica quando não há resposta a nenhum método de tratamento para o transtorno moderado a grave com diagnóstico confirmado, porém as pacientes devem ser orientadas sobre os riscos e benefícios deste medicamento, uma vez que é uma indicação não licenciada (ISMAILI E, et al., 2016).

### **Desafios do TDPM**

Alguns desafios são encontrados quando se trata da construção cultural e social que engloba o TDPM. As pacientes que sofrem com a síndrome, geralmente, não procuram atendimento especializado ao perceberem os sintomas, pois durante a consulta, é comum que as queixas não sejam avaliadas com a atenção que o caso exige. Tal fato é endossado pela estimativa de que é necessário aproximadamente um período de cinco anos de busca pelo auxílio médico para que se estabeleça o diagnóstico. Além disso, existe certa inconformidade acerca da caracterização desse transtorno como uma doença em meio à sociedade de profissionais da área de saúde. Por isso, o transtorno é, por muitas vezes, subdiagnosticado, permitindo que essas pacientes permaneçam por um maior período sem receberem auxílio médico (FERNANDÉZ DM, et al., 2019).

Diante do exposto, é importante ressaltar que o assunto ainda é pouco explorado na literatura e na abordagem prática. Dessa forma, protocolos e consensos sobre o manejo desta patologia são necessários

tanto no âmbito da Ginecologia, quanto na Psiquiatria no intuito de desmistificar o transtorno (BOSMAN RC, et al., 2016). Nesse sentido, estudos correlacionando o estresse e sua influência com a susceptibilidade genética para distúrbios comportamentais e afetivos são imprescindíveis para o sucesso de tais protocolos e consensos (HANTSOO L e EPPERSON CN, 2015).

Portanto, é notório que há a necessidade da elaboração de grupos de apoio nos variados contextos sociais da mulher, como por exemplo, no ambiente educacional, profissional e familiar (VICTOR FF, et al., 2019). O objetivo seria disseminar o conhecimento através de ambientes de debate com a participação de especialistas no assunto minimizando os preconceitos relacionados ao tema (SLYEPCHENKO A, et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise bibliográfica ficam evidentes as consequências que esse distúrbio gera na vida das mulheres portadoras, influenciando em sua vida particular e profissional. Além disso, essa patologia provoca sinais de alerta que podem apresentar relação com o surgimento de outros transtornos, podendo evoluir para desfechos irreversíveis, contribuindo com o aumento no índice de suicídio. Apesar de a assistência da equipe oferecer estratégias para melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, faz-se necessário maior empenho científico para auxiliar a abordagem prática dessa afecção, visando a importância do diagnóstico correto, diferenciando uma Síndrome pré-menstrual de um Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, de forma a direcionar tratamentos específicos mais eficazes, evitando consequências indesejáveis.

---

## REFERÊNCIAS

1. ALEMU SM, et al. Mental and Reproductive Health Correlates of Academic Performance among Debre Berhan University Female Students, Ethiopia: The Case of Premenstrual Dysphoric Disorder. *BioMed Research International*, 2017.
1. 2.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV. São Paulo: Manole, 1994.
2. BOSMAN RC, et al. Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 2016; 43-53.
3. CÂMARA RA et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2017; 39:140–146.
4. CIRILLO CP, et al. Will the DSM-5 changes in criteria for pré-menstrual dysphoric disorder impact clinical practice? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014;36.
5. COMASCO E, POROMAA IS. Neuroimaging the Menstrual Cycle and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2015; 17: 77.
6. FERNANDÉZ DM, et al. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *Plos One*, 2019; 14(3).
7. HARDY C, HARDIE J. Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2017, 38(4): 292-300.
8. HANTSOO L, EPPERSON CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. New York, 2015, 17(11): 86.
9. ISMAILI E, et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMDD): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. *Arch Womens Ment Health*, 2016; 19:953–958.
10. JACKSON C, et al. Double-blind, placebo-controlled pilot study of adjunctive quetiapine SR in the treatment of PMS/PMDD. *Human psychopharmacology*, 2015.
11. MARANHÃO DT, et al. Fatores associados à síndrome pré-menstrual e ao transtorno disfórico pré-menstrual nos estudantes da área de saúde. *Femina*, 2020; 48(8): 228-232.
12. NOBLES CJ, et al. Association of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder with Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder in a Nationally Representative Epidemiological Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 2016; 49:7 641–650.
13. OWENS SA, MOUL TE. Suicide Risk and the Menstrual Cycle: A Review of Candidate RDoC Mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 2019; 20(11): 106.

14. QIAO M, et al. Epidemiological Distribution and Subtype Analysis of Premenstrual Dysphoric Disorder Syndromes and Symptoms Based on TCM Theories. *BioMed Research International*, 2017.
15. SHEHADEH JH, MANSOUR AMH. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2018;54:176–184.
16. SLYEPCHENKO A, et al. Increased illness burden in women with comorbid bipolar and premenstrual dysphoric disorder: data from 1 099 women from STEP-BD study. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 2017.
17. TIMBY E, et al. Women with premenstrual dysphoric disorder have altered sensitivity to allopregnanolone over the menstrual cycle compared to controls—a pilot study. *Psychopharmacology*, 2016, 233(11): 2109-2117.
18. VICTOR FF, et al. Quality of Life among University Students with Premenstrual Syndrome. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2019, 41:312–317.
19. WITTCHEN UH, et al. Trauma and PTSD – An overlooked pathogenic pathway for Premenstrual Dysphoric Disorder? *Archives Womens Mental Health*, 2003.
20. YAMADA K, KAMAGATA E. Reduction of quality-adjusted life years (QALYs) in patients with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Quality of Life Research*, 2017; 26: 3069–3073.