

Emotionalität und Reproduktion^{*,**}

L. Zichella

Erste Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Policlinico Umberto I, Universität von Rom „La Sapienza“, Rom, Italien

Abstract

Three particular characteristics of the reproductive function render psychosomatic research in obstetrics and gynecology quite difficult from a methodological point of view. The most important characteristic of this system is its relative *autonomy*. Reproduction has an automatic character in the human being, which guarantees, within certain limits, the reproductive capacity of the human species, independent of internal (individual) and external (environmental) factors. In particular social, environmental and/or psychological conditions this automatic character can however give way to homeostatic mechanisms belonging to the deeper levels of the animal scala.

The second characteristic of the reproductive function is the existence and interaction of *two emotional programs*, defined by Mac Lean as reproductive emotionality (the preservation of the species drive) and individual emotionality (the self preservation drive), which can influence the function at different levels of integration, by furthering or hindering it. Pregnancy can be considered as a “reproductive agreement” between the mother and the fetal-placental unit (child). The presence at the same time of the two emotional programs can bring about modifications in the psychobiological sequence of the reproductive agreement in particular individual and/or environmental situations.

* Dieser Text, der auf die Rolle und die Bedeutung der Emotionen in der Reproduktion hinweist, hat „historischen“ Charakter. Er ist im Hinblick auf die der Begegnung zwischen Perinatalmedizin und pränataler Psychologie gewidmeten ISPPM-Tagung vom 14. bis 16. Oktober 1994 in Heidelberg verfaßt, quasi als eine Einleitung des Referates, das wir dort halten werden.

** Aus dem Italienischen übersetzt von E. Gsell, Rom.

Correspondence to: Prof. Lucio Zichella, M.D., 1st Chair of Obstetrics and Gynecology, Policlinico Umberto I, Viale del Policlinico 155, 00161 Rome, Italy.

The third important characteristic of the reproductive function is its *high psychosomatic sensitivity/risk* factor, especially in the most critical moments of pregnancy, delivery and lactation, where the situational physiological stress can easily change into pathological stress.

A particularly important phase of reproductive stress is the stress of labor. Our studies have shown that the absolute levels of self-reported labor pain are significantly modified by the anxiety levels determined by the personality structure. The relationship between personality structure, defense mechanisms and symptom-formation has also emerged from transversal personality evaluations of patients suffering from secondary amenorrhoea.

Zusammenfassung

Drei Eigenschaften der reproduktiven Funktion erschweren die psychosomatische Forschung auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie. Die wichtigste Eigenschaft dieser Funktion ist ihr *eigen-gesetzlicher Ablauf* (Autonomie). Zur Gewährleistung der reproduktiven Kapazität der menschlichen Gattung hat die Reproduktion beim Menschen einen von inneren (individuellen) und äußeren (umweltmäßigen) Faktoren unabhängigen Charakter angenommen. In besonderen, sozial, psychologisch oder umweltbedingten Situationen können jedoch, in Abweichung davon, phylogenetisch ältere homeostatische Mechanismen wieder auftreten, die bei auf der taxonomischen Skala tieferliegenden Rassen das reproduktive Verhalten mit der Umwelt integrieren.

Die zweite Eigenschaft der reproduktiven Funktion ist das Vorhandensein von zwei Programmen, die Mac Lean als *reproduktive Emotionalität* (preservation of the species drive) und *individuelle Emotionalität* (self-preservation drive) bezeichnet hat. Diese können in fördernder oder hemmender Weise die Funktion beeinflussen. Die Schwangerschaft kann als ein „reproduktiver Vertrag“ zwischen der Mutter und der föto-plazentaren Einheit (Kind) betrachtet werden. Die gleichzeitige Anwesenheit der zwei emotionalen Programme kann, in besonderen individuellen oder sozialen Situationen, die psychobiologische Sequenz des reproduktiven Vertrages beeinflussen.

Die dritte Eigenschaft der reproduktiven Funktion ist ihre *große psychosomatische Sensibilität bzw. Anfälligkeit*, besonders in den kritischen Momenten der Schwangerschaft, der Entbindung und des Stillens. In diesen Momenten kann ein situationsbedingter physiologischer Streß leicht in einen pathologischen Streß ausarten.

Eine besonders wichtige Phase des reproduktiven Stresses ist der Entbindungsstreß. Diesbezügliche von uns durchgeführte Untersuchungen haben gezeigt, daß die Schmerzempfindung je nach Persönlichkeitsstruktur, und damit verbundener Angstanfälligkeit,

stark variiert. Die Beziehungen zwischen Persönlichkeitsstruktur, Abwehrmechanismen und Symptombildung ergaben sich auch aus transversalen Persönlichkeitswertungen von unter sekundärer Amenorrhoe leidenden Patientinnen.

*

Eine tiefe Emotionalität kennzeichnet die reproduktive Funktion. Diese Emotionalität setzt, auf verschiedenen Integrations- und Bewußtseinsebenen, spezifische Verhaltensmechanismen in Gang, die mit den durch individuelle, soziale, umwelt- und situationsbedingte Faktoren verursachten Emotionen in positiver oder negativer Wechselbeziehung stehen können. Die Interaktion zwischen der Psyche und der Reproduktion ist beim Menschen stark personalisiert. Das Verständnis der Rolle, die die Emotionalität in der Reproduktion spielt, stellt ein wesentliches Entwicklungsstadium der durch den wissenschaftlichen Fortschritt auf den Gebieten der Biochemie, der Endokrinologie und der Psychologie erleichterten psychosomatischen Methodik in der Geburtshilfe und Gynäkologie dar, deren weiterer Fortschritt nur durch ein interdisziplinäres Konzept gewährleistet werden kann.

Jedoch erschweren drei Eigenschaften der reproduktiven Funktion die psychosomatische Forschung auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie.^{1,2,3} Die wichtigste Eigenschaft dieser Funktion ist der *eigengesetzliche* Ablauf (Autonomie), den sie gegenüber den anderen physischen Funktionen und dem Individuum selbst besitzt.

Die Reproduktion und die mit ihr verbundenen Verhaltensweisen, die heute nicht unbedingt mit den sexuellen identisch sein müssen, haben im Menschen einen autonomen Ablauf. Durch diese Eigengesetzlichkeit, die vom Willen des Individuums, besonders in seinem die Reproduktion hemmenden Aspekt (Schwangerschaftsverhütung) unabhängig ist, wird die reproduktive Kapazität der menschlichen Gattung, zumindest in einem gewissen Maße, gewährleistet. Aus diesem Grunde haben sich beim Menschen die reproduktiven Mechanismen, wie zum Beispiel die Ovulation bei der Frau, im Laufe der stammesgeschichtlichen Entwicklung, unter dem Druck der Adaptationsanforderungen, immer mehr vom neuroendokrinen-esterozeptiven System losgelöst, d. h. sie werden immer weniger durch Umweltstimuli in Gang gesetzt. Dadurch wurde der Frau eine automatische, sich regelmäßig nach einem 28-tägigen Rhythmus abwickelnde Ovulation gewährleistet. Dieses automatische rhythmische System scheint den Anforderungen des Arterhaltungsprinzips zu entsprechen, das, obwohl mit zahlreichen Varianten in der biologischen Skala, jeder Spezies zugrunde liegt.

In besonderen psychologischen oder sozio-umweltbestimmten Situationen positiven oder negativen Charakters, können jedoch, in Abweichung von diesem Automatismus, im biologischen Gedächtnis gespeicherte homeostatische Mechanismen, fördernder und/oder hemmender Art, möglicherweise wieder auftreten, die bei auf der taxonomischen Skala tieferliegenden Rassen das reproduktive Verhalten mit der Umwelt integrieren. So kann zum Beispiel, ähnlich

einem eingesperrten Tier, das sexuell inaktiv wird, eine Frau in Gefangenschaft eine Amenorrhoe entwickeln. Umgekehrt kann eine emotional bedeutungsvolle Situation erotischen oder sexuellen Charakters, in Abweichung von der Automatisierung, auch bei der Frau, wie bei einigen Tierarten, eine Ovulation verursachen.

Die zweite Eigenschaft der reproduktiven Funktion ist das Vorhandensein von zwei parallel verlaufenden und sich gegenseitig beeinflussenden emotionalen Programmen, die Mac Lean als *reproduktive Emotionalität* (preservation of the species drive) und *individuelle Emotionalität* (self-preservation drive) bezeichnet hat.

Trotz der Evolution wird die Reproduktion beim Menschen immer noch durch diese zwei relativ unterschiedlichen, jedoch miteinander verbundenen, gelegentlich als „instinktiv“ bezeichneten Grundsysteme geregelt, die sich auf die Psychologie und das Verhalten des Individuums auswirken können und von der sozialen und physischen Umwelt beeinflusst werden.

Das erste, als reproduktive Emotionalität (preservation of species drive) bezeichnete System, gestaltet die der Arterhaltung förderlichen Neigungen und Verhalten. Situationen, die die reproduktive Emotionalität auslösen, sind zum Beispiel die Wahl des Sexualpartners, die Schwangerschaft, die Entbindung, das Stillen, die Pflege der Kinder, usw. Die reproduktive Emotionalität aktiviert spezifische, zu diesem Zwecke programmierte limbisch-hypothalamische Wege, die auf koordinierte Weise sowohl das Verhalten (zentrale Aktion) als auch das endokrine System (periphere Aktion) verändern, um die verschiedenen Phasen der Reproduktion zu fördern.

Das zweite, der Selbsterhaltung dienende System der individuellen Emotionalität (self preservation drive), scheint beim Menschen – wahrscheinlich wegen des Einflusses von kortikalen Faktoren, die im reproduktiven Prozeß hemmend, fördernd, oder ambivalent sein können – ein immer komplexeres Entwicklungsmodell zu entwickeln.

Die auf die Selbsterhaltung ausgerichteten emotionalen Reaktionen können sich in verschiedener Weise und Umfang mit den komplexen emotionalen Reaktionen, die die Arterhaltung bezwecken, überschneiden. Die zwei emotionalen Programme sind jedoch, bei normaler äußerer Belastung, aufeinander abgestimmt, wobei beim Menschen ihre Interaktion zum großen Teil von psychosozialen Faktoren bestimmt ist. Je bedeutender die psychosozialen Faktoren in der tierischen Entwicklungsskala werden, desto größer ist die individuelle emotionale Besetzung des reproduktiven Prozesses. Beim Menschen lösen sich die Grenzen zwischen den zwei Emotionalitäten ganz auf.^{1,3,4,5}

Wie bereits früher an anderer Stelle geäußert⁶ bin ich der Meinung, daß man die Schwangerschaft, aus einem psychobiologischen Blickwinkel, als einen „reproduktiven Vertrag“ zwischen der Mutter und der föto-plazentaren Einheit (Kind) betrachten kann. Dieser Vertrag beruht auf feinen homeostatischen Mechanismen, die in programmierter Sequenz aufeinanderfolgen, und auf fördernde und/oder hemmende Weise, gemäß zeitlich geeigneter und/oder ungeeigneter Modalitäten von systeminternen oder -externen Faktoren beeinflusst werden können.

In dieser Interaktion zwischen der Mutter und dem Fötus, auf die sich der „reproduktive Vertrag“ stützt, spielt die gleichzeitige Anwesenheit von den zwei Emotionalitäten, der individuellen und der reproduktiven, eine wichtige Rolle. Ein gutes Gleichgewicht zwischen den zwei Emotionalitäten, das durch affektive, kulturelle und anthropologische Faktoren bedingt ist, ist für eine erfolgreiche Reproduktion – d. h. Aufrechterhaltung der Schwangerschaft, Stillen und Mutter-Kind-Beziehung – wesentlich. Angesichts der Komplexität der fraglichen Mechanismen könnte die Lösung des Problems recht schwierig sein, da sie möglicherweise in der algebraischen Summe der mit den zwei Emotionalitäten verbundenen positiven und negativen Faktoren besteht.

Die dritte wichtige und charakteristische Eigenschaft der reproduktiven Funktion ist die *große psychosomatische Sensibilität bzw. Anfälligkeit*, die vor allem in den kritischen Momenten der Schwangerschaft, der Entbindung und des Stillens auftreten. Die funktionelle und physische Natur des reproduktiven Systems und die emotionale Atmosphäre, von dem es umgeben ist, verursachen einen situationsbedingten physiologischen Streß. Biologische, emotionale und funktionelle Faktoren können diesen in einen pathologischen Streß ausarten lassen. Eine besonders wichtige und heikle Phase des reproduktiven Stresses, der größte Aufmerksamkeit zu schenken ist, ist der Entbindungsstreß. Unsere Forschungsgruppe hat auf diesem Gebiet verschiedene Untersuchungen durchgeführt, deren Ergebnisse ich in der Folge kurz schildern möchte.

Es muß vorausgesetzt werden, daß gemäß psychosomatischem Modell^{7,8} von Pancheri, die Schmerzempfindung nicht nur von der objektiven Intensität des schmerzhaften Reizes, sondern auch von der subjektiven Bedeutung, die ihm zugemessen wird, von den Erwartungen in bezug auf die Intensität des Reizes, sowie vom emotionalen Zustand und der Persönlichkeit abhängt. In der klinischen Situation ist die Angst (anxiety) eine der wichtigsten die Schmerzempfindung beeinflussende Variablen.

Auch aus unseren Untersuchungen über den Entbindungsstreß hat sich eine Beziehung zwischen Persönlichkeitsstruktur und Angstreaktionen, sowie zwischen Schmerzintensität, Angstniveau und Persönlichkeitsstruktur ergeben^{9,10,11,12}.

Diese Untersuchungen zeigten, daß die während der Wehenperiode seriell gemessene Schmerzempfindung je nach Persönlichkeitsstruktur subjektiv stark variieren kann. Obwohl die Angst und die Schmerzempfindungen bei Frauen jeder Persönlichkeitsart während der Wehen auf signifikante Weise zunehmen, kann die absolute Angst- und Schmerzempfindungsintensität durch die Persönlichkeitsstruktur des Einzelsubjektes bedeutend verändert und beeinflußt werden. Bei der Schmerzempfindung scheint die Persönlichkeitsstruktur jedoch keine absolute, sondern nur eine relative Rolle zu spielen, und zwar in Abhängigkeit von der Angstanfälligkeit der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur.

In diesem Zusammenhang ist hypothetisiert worden, daß solche Variablen wie die Einstellung gegenüber der Mutterschaft oder psychische Störungen während der Schwangerschaft mit dem Schmerz insofern korreliert sein könnten, als sie eine Zunahme der State-Angst bewirken. Aus den oben erwähnten Arbeiten ergibt sich auch, daß es aufgrund von Datenbögen zur Persönlichkeits-

struktur möglich erscheint, sogar vor Beginn der Wehentätigkeit, jene Patientinnen zu erkennen, für welche die Angst eine wichtige Rolle in bezug auf die Beeinflussung der während der Wehen erlebten Schmerzintensität spielt.

Eine Untersuchung⁹ hat insbesondere gezeigt, daß die von Streßreizen verursachte State-Angst durch das Zurückgreifen auf psychologische Abwehrmechanismen verändert werden kann. So konnten die Unterschiede in der State-Angst, die in den vier Gruppen beobachtet wurden (Abb. 1 und 2), auf die – persönlichkeitsbedingt – verschieden stark ausgeprägten Abwehrmechanismen gegen Angst zurückgeführt werden. Die als „hysterisch“ bezeichnete Gruppe, zum Beispiel, griff zur Bewältigung von Streßsituationen auf die Abwehrmechanismen der Verleugnung und der Konversion zurück. Erstere verzerrt die Wahrnehmung der schmerzhaften Reize, bei letzterer wird die Angst nicht über das Verhalten sondern über somatische Kanäle abreagiert. Die „schizoide“ und die „depressive“ Gruppe machten dagegen weniger von angstmindernden Abwehrmechanismen Gebrauch und erlebten daher die Angst mehr auf der Bewußtseinssebene.

Die Beziehung zwischen Persönlichkeitsstruktur, Abwehrmechanismen und Symptombildung ergab sich auch aus transversalen Persönlichkeitswertungen von unter sekundärer Amenorrhoe leidenden Patientinnen^{13,14}. In diesen Studien wurden die Patientinnen, aufgrund des Blut-Prolaktin gehaltes, in verschiedene Gruppen eingeteilt. Es erwies sich, daß die Gruppe der Patientinnen mit ernsthafteren endokrinen Störungen eine normalere Persönlichkeitsstruktur hatten als die Gruppe mit keiner auffälligen Änderung des neuroendokrinen Systems.

Dieses Ergebnis mag paradox erscheinen, da im allgemeinen die funktionellen Änderungen des neuroendokrinen Systems mit verschiedengradigen Verhaltensstörungen verbunden sind. Es kann jedoch wiederum anhand des oben erwähnten psychosomatischen Interpretationsmodells^{7,8} erklärt werden, demzufolge sich Verhaltens- und somatische Störungen gegenseitig im Gleichgewicht halten.

Dieses Modell geht davon aus, daß die Emotionen sich in bestimmten Verhaltensweisen äußern bzw. durch physiologische Korrelate ausdrücken und hypothetisiert, daß je nach Abwehrmechanismus, auf den die Person zur Bewältigung innerer oder äußerer Konflikte zurückgreift, Verhaltensänderungen oder somatische Reaktionen vorwiegen werden. Genetische Faktoren und frühe Kindheitserfahrungen (imprinting) bestimmen den psychophysiologischen Stil der emotionalen Antwort des Kindes. Dieser Antwortstil wird sich jedes Mal wiederholen, wenn intrapsychische Faktoren (Konflikte) oder Umwelteinflüsse (Stressoren) intensive emotionelle Reaktionen hervorrufen. Das systematische Zurückgreifen auf die Mechanismen der Verdrängung und der Verleugnung zur Bewältigung dieser emotionalen Reaktionen fördert den Ausdruck der Emotionen auf physiologischem Niveau und umgekehrt. Die qualitative Form dieses Ausdrucks ist durch die Art der Jugenderfahrungen, durch deren Intensität und vor allem durch das Stadium der psychophysiologischen Entwicklung, in der sie sich ereigneten, bestimmt.

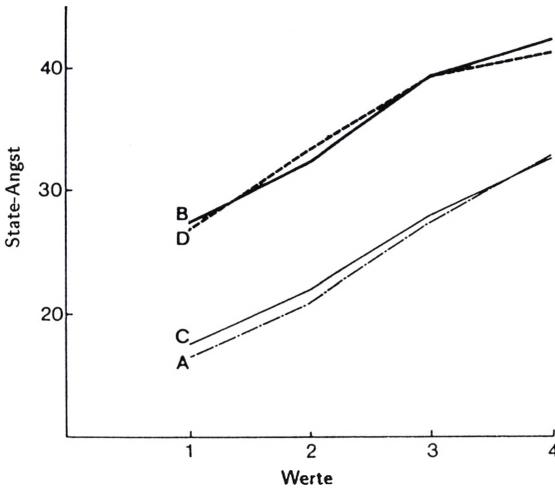


Abb. 1. State-Angst-Kurven während der Wehenperiode für die 4 Persönlichkeitsgruppen.

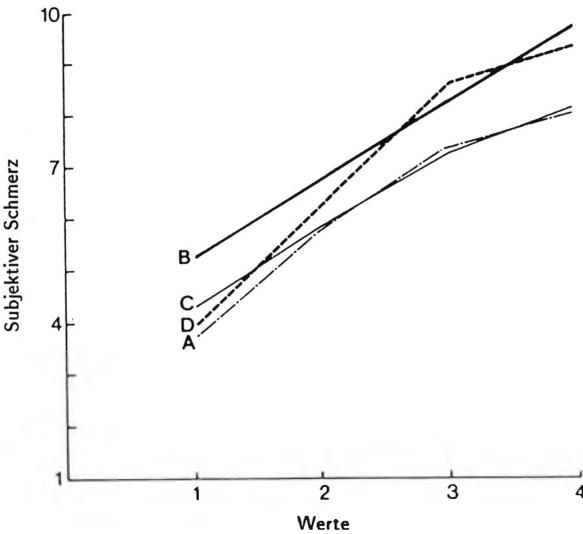


Abb. 2. Kurven für selbstbewerten Schmerz für die 4 Persönlichkeitsgruppen.

In Bestätigung früherer Studien haben auch die beiden obengenannten von uns durchgeführten Untersuchungen erwiesen, daß die unter sekundärer Amenorrhoe leidenden Patientinnen tiefe, oft mit Sexualität verbundene emotionale Konflikte, durch das systematische Zurückgreifen auf die Abwehrmechanismen der Verleugnung und der Verdrängung zu bewältigen versuchen. Aufgrund des obenerwähnten Modells wird daher verständlich, daß die Patientinnen, die die Emotionen verdrängen oder verleugnen, eine größere psychopatho-

logische Normalität aufweisen können da sie die Emotionen über einen somatischen Kanal abregieren.

Es erscheint mir in diesem Zusammenhang noch erwähnenswert, daß die dem Kliniker bekannten psychosomatischen Probleme im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie erneut die Zusammenhänge zwischen der Psychologie und der zyklischen und reproduktiven Funktion der Frau bestätigen, auf die schon im XI. Jh. die Schule von Salerno hingewiesen hatte. Bei der Interpretation der Zusammenhänge zwischen Psyche und Soma, besonders in der Psychoneuroendokrinologie, haben wir heute jedoch die intuitive Phase längst überwunden. Der Fortschritt in der Biochemie und in der Physiologie der Neurotransmitter und der Neurohormone hält uns immer mehr dazu an, die Emotionalität als Induktor und die Persönlichkeit als Transduktor der emotionalen Einflüsse auf die Physiologie und die Pathophysiologie der menschlichen endokrinen Funktion zu verstehen. Was die Reproduktion betrifft, so müssen wir die psychologischen Ausdrucksformen dieser Funktion immer besser und gründlicher erfassen. Dies gilt insbesondere für die emotionalen und verhaltensmäßigen Aspekte einiger wichtigen Phasen dieser Funktion, wie die Pubertät, die Menstruation, die Schwangerschaft, die Entbindung, das Stillen und das Klimakterium.

Die in dieser Arbeit vorgetragenen Angaben, die sich im Laufe der Jahre aus unserer individuellen oder Gruppen-Arbeit ergeben haben, veranlaßten uns, die verschiedenen Probleme auch aus dem Blickwinkel der Sozialmedizin, der Präventivmedizin und der Therapie zu behandeln. Aus diesem Grunde ist in unserer Klinik ein Dienst für klinische Psychologie tätig, der klinische Psychologie und medizinische Klinik im Rahmen eines folgende Bereiche einschließenden Arbeitsprogramms integriert:

- Gruppenanalytische Ausbildung des Personals.
- Differenzierte, aufgrund von Gesprächen und psychometrischen Untersuchungen formulierte Anamnese als Vorstufe zu einer medizinischen bzw. psychologischen Therapie.
- Hypnotherapie und Gruppenanalyse für die Geburtsvorbereitung.
- Allgemeine psychoanalytische Therapie für die Behandlung von Symptomen und Störungen psychosomatischen Ursprunges während der Schwangerschaft, Pubertät, Menopause.
- Psychologische Vorbereitung für chirurgische Eingriffe.
- Präventionsprogramme unter besonderer Berücksichtigung der intrauterinen Beziehung und der Bedeutung der fötalen Kommunikation.

Literatur

1. Zichella, L. (1979). Introductory Remarks. In: Zichella, L. and Pancheri, P. (eds.) *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Elsevier/North-Holland Biomedical Press
2. Zichella, L. (1979). Preface. In: *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Academic Press, London
3. Pancheri, P. and Zichella, L. (1979). Methodology in Psychosomatic Research: Present Status and Future Perspective. In: *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Academic Press, London

4. Pancheri, P. (1989). *Stress, emozioni e malattia*. Biblioteca dell' Est
5. Pancheri, P. and Bressa, G. (o.J.). *Ansia e Dolore*. Wyeth
6. Zichella, L. (1992). Preterm Labour: Disruption of a Reproductive Agreement. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Studies* 4 No. 1/2, 53-59
7. Pancheri, P. (1989). *Stress, emozioni e malattia*. Biblioteca dell' Est
8. Pancheri, P. (1978). Stress, Personality and Interacting Variables: An Interpretative Model for Psychoneuroendocrine Disorders. In: *Clinical Psychoneuroendocrinology in Reproduction. Proceedings of the Sero Symposia*, vol. 22. Academic Press, London
9. Connolly, A.M., Pancheri, P., Lucchetti, A., Salmaggi, L., Guerrieri, D., Francalancia, M., Bartoleschi, A., and Zichella, L. (1978). Labor as a Psychosomatic Condition: Study on the Influence of Personality on Self-Reported Anxiety and Pain. In: *Clinical Psychoneuroendocrinology in Reproduction. Proceedings of the Sero Symposia*, vol. 22. Academic Press, London
10. Pancheri, P. and Zichella, L. (o.J.). Unveröffentlichte Daten
11. Pancheri, P., Ermini, M., Fiore, V., Lucchetti, A., Marchione, L., Mosticoni, S., Perrone, G., Pietrobbattista, P., Santoro, A., and Zichella, L. (1979). Psychoneuroendocrine Correlations in Labour. In: Zichella, L. and Pancheri, P. (eds.) *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Elsevier/North-Holland Biomedical Press
13. Zichella, L., Lucchetti, A., Salmaggi, D., Bartoleschi, A., Sprecavisciolo, M., Vinci-guerra, M., Pietrobbattista, P., Pancheri, P., Connolly, A., and Sacchetti, O. (1979). Psychological and Psychoneuroendocrine Correlates of Normal Labour. In: *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Academic Press, London
13. Ermini, M., Maniglio, D., Zichella, L., Pancheri, P., Pancheri, L., and Bellaterra, M. (1978). Psychoneuroendocrine Aspects of Secondary Amenorrhoea. In: *Clinical Psychoneuroendocrinology in Reproduction. Proceedings of the Sero Symposia*, vol. 22. Academic Press, London
14. Ermini, M., Pancheri, P., Maniglio, D., Bellaterra, M., Pergolini, M., Pancheri, L., and Zichella, L. (1979). A Psychoendocrine Study of 24 Cases of 'Psychogenic' Secondary Amenorrhoea. In: *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Academic Press, London