

L'APPROCCIO PSICODINAMICO AGLI ATTACCHI DI PANICO. CONSIDERAZIONI TEORICHE E TECNICHE DELLA PSICOTERAPIA

Maurizio Pompili, Iginia Mancinelli, Roberto Tatarelli

**Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica
Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (Direttore: Prof. Roberto
Tatarelli)**

**"INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", n° 44/45, settembre – dicembre 2001
gennaio – aprile 2002, pagg. 66-73, Roma
<http://www.in-psicoterapia.com>**

Introduzione

La nevrosi d'ansia fu per la prima volta descritta da Freud (1895). Nel saggio "Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come << Nevrosi d'angoscia >>", Freud descrisse chiaramente un complesso sintomatologico in gran parte sovrapponibile ai criteri diagnostici del disturbo da attacchi di panico inclusi nel DSM IV. Sebbene nel saggio citato l'eziologia del disturbo venisse ascritta principalmente a cause "attuali" riguardanti il comportamento sessuale, non stupisce che l'interpretazione dell'angoscia fu poi modificata e pochi altri problemi impegnarono Freud così intensamente nel corso di tutta la sua vita. In "Inibizione, sintomo e angoscia" (1926) Freud chiarisce efficacemente come dietro l'angoscia si celi un conflitto inconscio e che la risoluzione dei sintomi è possibile solo lavorando sul conflitto e sui meccanismi di difesa che agiscono intorno ad esso. In molti casi eventi importanti nella vita del soggetto fanno leva su vecchi conflitti irrisolti (Roy-Byrne et al, 1996). L'individuo può interpretare il significato di un evento in diversi modi; molto spesso un dato evento può condurre all'esordio del disturbo da panico in individui predisposti a seconda della reazione psicologica ad uno stressor e al suo significato inconscio (Gabbard, 1992). I sintomi psichici derivano, secondo quanto ipotizzato dalla teoria psicoanalitica, da aspetti della vita mentale che sono totalmente o in parte inconsci. I pazienti con crisi di panico hanno sentimenti aggressivi di cui generalmente non sono consapevoli. Tipicamente questi individui tendono a minimizzare tale sentimento durante le fasi iniziali della terapia, ma nel proseguire l'esplorazione ci si rende conto che la rabbia è un aspetto importante nella psiche di questi pazienti. E' lecito ricondurre l'esordio degli attacchi di panico a questi sentimenti inconsci. Non meno importanti sono le fantasie che solo raramente giungono alla coscienza e che in molti casi costituiscono una sorta di motore per le crisi di panico. Ne deriva che l'aiutare il paziente a prendere coscienza di queste fantasie è un obiettivo da prefiggersi per modificare questi sintomi (Ferro, 1996). Secondo la

teoria freudiana molti aspetti della vita mentale, inclusi i sintomi, i sogni, le fantasie e molti aspetti del carattere sono il risultato della formazione di compromesso. In altre parole la formazione di compromesso permette di unire simbolicamente un desiderio inaccettabile e la difesa verso questo desiderio. Gli attacchi di panico possono essere visti alla luce di questa ipotesi in cui si può riconoscere un compromesso tra i sentimenti di rabbia e la paura/fantasia di abbandono. Inoltre l'attacco di panico è comunque al servizio del principio del piacere perché in ultima analisi la formazione di compromesso e quindi il sintomo angoscioso è senza dubbio meno intenso delle componenti pulsionali che sono alla base del conflitto. Quando i pazienti comprendono che dietro i loro sintomi vi è un significato psicologico connesso a perdite o a separazioni temute, iniziano a comprendere che non sono vittimizzate da forze estranee che si impongono all'improvviso. In questo ambito la farmacoterapia e la psicoterapia possono lavorare sinergicamente. L'una arginando i sintomi, l'altra concentrandosi sulle componenti inconsce che li alimentano (Gabbard, 1992).

I meccanismi di difesa

Vari meccanismi di difesa sono tipicamente riconoscibili nel disturbo di attacchi di panico. Secondo Busch e collaboratori (1995) questi pazienti mostrano un marcato uso dei meccanismi di spostamento, formazione reattiva e somatizzazione. In termini generali una caratteristica virtualmente presente nei pazienti con crisi di panico è l'adozione di meccanismi atti a proteggere l'oggetto di cui hanno bisogno. I meccanismi di formazione reattiva, spostamento e annullamento servono a questa specifica esigenza. Infatti la formazione reattiva servirebbe all'economia del paziente incline al panico in due modi: primo per ripudiare la rabbia verso l'oggetto, secondo per mostrare allo stesso tempo sentimenti nobili verso lo stesso oggetto, di cui per inciso si teme la perdita a causa delle componenti aggressive. Ma questo non fa che aumentare la dose di aggressività inconscia (Busch et al, 1999). L'annullamento rappresenterebbe il simbolico fare ammenda per i pensieri o sentimenti negativi alla luce della percezione di un pericolo connesso al legame con l'oggetto da cui il soggetto dipende. Con l'uso dello spostamento l'individuo può ridirigere l'aggressività verso un oggetto con conseguenze sicuramente minori. Il meccanismo di rimozione è senza dubbio quello che in prima istanza confina le componenti pulsionali nell'inconscio. Si ha motivo di ritenere che sia pure in termini generali l'attacco di panico è il fallimento di una rimozione. Una parte dell'energia psichica legata a pensieri dolorosi, impulsi, memorie, desideri libidici inaccettabili, preme per riaffiorare; questo porterebbe allo sviluppo dell'angoscia. Non vanno altresì dimenticati due meccanismi di difesa, la somatizzazione e l'esternalizzazione, coinvolti nell'economia psichica del disturbo da attacchi di panico. Nel primo caso, come si dirà a proposito dell'ipocondria, il paziente ha la tendenza a somatizzare piuttosto che ad elaborare i propri conflitti a livello psichico. Nel secondo caso il paziente è rivolto principalmente alla trattazione di problemi riferibili a persone significative allo scopo di prendere le distanze dal processo di insight (Milrod et al, 1997).

I conflitti e le componenti pulsionali

Le osservazioni cliniche indicano che le fantasie connesse alla separazione e all'indipendenza sono aree comuni di conflitto nei pazienti che soffrono di attacchi di panico. Vari studi epidemiologici indirettamente confermano questa ipotesi (Weissman et al, 1984; Rosenbaum et al, 1988; Leonard e Rapoport 1989). Inoltre questi pazienti hanno particolare difficoltà nel tollerare e modulare i sentimenti e i pensieri aggressivi. Alcuni pazienti riportano che connesse all'attacco di panico vi sono fantasie sadomasochistiche (Milrod, 1995). Il panico può servire come punizione con la quale il paziente espia inconsciamente una colpa per una trasgressione. La comprensione dei conflitti inconsci da cui deriva il panico è il punto cardine dell'approccio psicodinamico. La paura connessa alla separazione e la rabbia sono elementi di primo piano per l'esordio e la persistenza dell'angoscia. Dalle prime fasi della vita gli individui inclini al panico lottano con sentimenti di inadeguatezza e un senso di essere dipendenti dalle figure genitoriali. Questa paura della dipendenza può svilupparsi da un'eccessiva paura di ciò che non è familiare (Rosenbaum et al, 1988; Kagan et al, 1990) e da esperienze traumatiche per perdite e minacce di abbandono. In entrambi i casi il bambino sperimenta una protezione genitoriale inadeguata e perciò diviene aggressivo al manifestarsi di un comportamento di rifiuto e di abbandono. Questa aggressività innesca l'ansia in quanto vi è una paura che tale rabbia conduca ad un'ulteriore lacerazione nella relazione con i genitori, incrementando la paura di dipendenza. Una ripetizione di questo circolo vizioso si verifica nell'età adulta quando fantasie ed esperienze di allontanamento di oggetti significativi sono sperimentati negli eventi della vita (Busch et al, 1999). I meccanismi di difesa di formazione reattiva e annullamento rappresentano uno sforzo per negare l'aggressività e rendere l'attaccamento all'oggetto più intimo tramite sentimenti positivi compensatori. Purtroppo i sentimenti aggressivi che sono quasi interamente inconsci non sono sempre ben controllati dai meccanismi di difesa, quindi tale aggressività può di fatto essere indirizzata verso gli oggetti dai quali si voleva allontanarla, conducendo così all'esordio dell'attacco di panico.

Comorbidità con l'ipocondria

L'ipocondria è spesso associata al disturbo da attacchi di panico. La convinzione che qualcosa di molto grave si verifichi nel corpo indica che la rappresentazione somatica del sé è segnata da una frammentazione. Sia le strutture psichiche sia quelle somatiche non possono essere considerate in grado di contenere il panico e dunque psiche e soma, posti sullo stesso piano, divengono i rappresentanti di conflitti inconsci. L'ipocondria è inoltre un tentativo di concretizzare, razionalizzare e demarcare il vasto processo della frammentazione di sé. I temi inconsci ricorrenti della paura della dipendenza e della perdita sono inclusi nel processo ipocondriaco. Un attento ascolto dei sintomi fisici del paziente è essenziale: come sono insorti, da quanto tempo durano, e quali sono le paure e le fantasie connesse a tali sintomi. In questo modo il paziente si sente ascoltato e compreso da un'altra persona. Infatti piuttosto che rinforzare le preoccupazioni ipocondriache, l'ascolto permette una riduzione dei sintomi ipocondriaci; questo avviene anche grazie al concomitante

sviluppo delle componenti trasferenziali. Inoltre l'interpretazione è possibile solo dopo che le paure e i sintomi sono stati ben compresi. Voler condurre un'interpretazione prematura sui processi psichici può condurre all'allontanamento dal trattamento psicoterapeutico a vantaggio di una nuova ricerca di sicurezze sul piano prettamente medico. Con il miglioramento dei sintomi si osserva una maggiore coesione delle componenti somatiche e di quelle psichiche (Diamond, 1997).

Considerazioni sul periodo edipico

Un importante contributo nel chiarimento delle dinamiche sottostanti l'attacco di panico è ottenibile dall'analisi dei conflitti del periodo edipico. La competizione con il genitore dello stesso sesso durante il periodo edipico è associata a fantasie aggressive del periodo pre-edipico che a loro volta si associano alla paura di veder dissolvere il legame con la figura genitoriale. Allo stesso modo fantasie ed atti sessuali sono associate a desideri aggressivi per primeggiare sul rivale; condizione che innesca un'intensa ansia. La regressione ad una fase di dipendenza e di bisogno permette al paziente di difendersi dal pericolo dell'aggressività, dalle fantasie di competizione, in quanto ci si può aspettare una certa sicurezza di non nuocere ad oggetti importanti. Ma la rabbia è ugualmente generata quando l'oggetto del desiderio sessuale è visto come irresponsabile e non disponibile. I desideri sessuali frustrati divengono allora una fonte di delusione e di ira. Il desiderio regressivo di tornare ad una fase di bisogno, associato con il timore della dipendenza ed un senso di inadeguatezza personale, è spesso legato a fantasie omosessuali. Per la bambina, il bisogno pre-edipico della madre può essere impregnato di desideri erotici. Per il bambino, il bisogno del padre per la protezione e l'assistenza può essere permeato di componenti erotiche che possono intensificare gli istinti omosessuali. Un senso di colpa ed uno stato di ansia circa questi istinti possono essere sperimentati insieme alla sensazione di non essere padroni della propria sessualità. I pazienti che soffrono di attacchi di panico sono praticamente sempre intimoriti dal mostrarsi rivali aggressivi e il panico può servire proprio ad allontanare questi pensieri dalla coscienza. L'attacco di panico presenta dunque il soggetto come bisognoso e fragile piuttosto che pericoloso. Tuttavia, a causa della predominante presentazione del panico sul piano somatico, i conflitti interpersonali di dipendenza e bisogno sono meno identificabili: "Non sono bisognoso di cure, voglio essere solo aiutato a causa di questi sintomi fisici; di solito sono infatti indipendente" (Busch et al, 1999). Lo studio di Milrod (1997) ha messo in evidenza fantasie inconsce di gravidanza in pazienti con attacchi di panico. Sebbene non sia una prerogative esclusiva del disturbo, tali fantasie possono essere ricondotte alle descrizioni fatte in altri tipi di paziente. Si nota l'identificazione pre-edipica con la madre come difesa verso la rabbia (Van Leeuwin, 1966) e la paura di castrazione (Rose, 1961), così pure un desiderio primario pre-edipico e asessuale comune ad entrambi i sessi di essere come la madre e di avere un bambino (Rose, 1961; Evans, 1951) spesso nel tentativo di avvicinarsi di più a lei. In associazione a questa fantasia di gravidanza molti autori hanno identificato la ritenzione di feci come parte integrante di essa (Rose, 1961; Evans, 1951; Eisler, 1921; Barrett, 1939;

Silberer, 1925; Freud, 1911). Queste fantasie potrebbero essere l'elaborazione infantile trasferita nell'età adulta ed inquadrabile nel contesto degli attacchi di panico. In questo ambito le fantasie di gravidanza servirebbero a negare i temi di separazione che nei pazienti che soffrono di attacchi di panico rivestono un'importanza notevole.

Considerazioni sul transfert

Nel transfert aspetti importanti delle prime relazioni oggettuali sono rivissuti grazie a processi inconsci. Nella pratica clinica il riconoscimento di fantasie connesse alla relazione con il terapeuta sono di grande utilità per l'esplorazione dei conflitti inconsci. Il transfert in se non è un effetto della terapia, ma questa è la metodologia intesa a scoprire e ad analizzare il transfert. Secondo Etchegoyen (1990) il transfert è di per se la malattia: quanto più trasferiamo il passato sul presente e confondiamo il presente con il passato, tanto più siamo malati e il nostro principio di realtà è disturbato. Esiste inoltre il grande problema del transfert e della resistenza. Il transfert interviene come resistenza perchè fa rivivere il ricordo piuttosto che farlo ricordare (Freud, 1912). Nasce dunque la necessità di analizzare il transfert con grande attenzione, considerando che gli attacchi di panico possono presentarsi nel corso della terapia come ripetizione di vecchie esperienze influenzate dal lavoro terapeutico oltre che come sintomi. Infatti Freud (1914) fece osservare che nella prima fase della terapia si osserva una netta diminuzione dei sintomi dovuto alla trasposizione del fenomeno patologico che inizia a manifestarsi nell'ambito della terapia. Inizia la nevrosi di transfert caratterizzata dalla ripetizione che è caratterizzata dalla mancanza di ricordi. L'attacco di panico può essere anche visto quale rielaborazione e ripetizione di esperienze traumatiche passate cariche di angoscia (Lewin, 1952). Nelle nevrosi di transfert è possibile rielaborare il contenuto di questi attacchi e dare al paziente la possibilità di sperimentare il terrore con l'aiuto del terapeuta. Infatti sentimenti particolarmente intensi sono coinvolti nella dinamica della patologia e il panico rappresenta un passato represso e incapsulato nel presente. La comprensione del terapeuta è fondamentale per dare sollievo al paziente. Questa manifestazione empatica crea le condizioni per una relazione transferenziale in cui il terapeuta è visto come potente ed onnipotente, condizioni che danno al paziente elementi importanti di sicurezza e stabilità (Kohut, 1971).

Cenni di tecnica

Freud (1937) ha fatto notare che lo stato ansioso del nevrotico lo conduce all'aspettativa che qualcosa di terribile dovrà accadere, ma in realtà non è del futuro ma dal passato che origina il pericolo. Esperienze lontane nel tempo devono aver terrorizzato l'individuo e la memoria repressa ora tenta di entrare nella coscienza ma ne è impossibilitata. Il terapeuta che riesce a fornire le verbalizzazioni necessarie a chiarire gli avvenimenti che hanno terrorizzato il paziente nei suoi anni infantili, permette di dare un senso all'angoscia del paziente, il quale non è in grado di esprimere a parole esperienze complesse a

cui si è dovuto sottomettere. Le intense emozioni coinvolte nell'attacco di panico sono governate dalla confusione e il panico è il primo tentativo di metterle in ordine. Si può verosimilmente riconoscere una coazione a ripetere che conduce il soggetto alla rielaborazione di eventi irrisolti. Quando le verbalizzazioni del terapeuta possono riorganizzare questi eventi ed emozioni il paziente sperimenta un senso di miglioramento. Inoltre è nel transfert che queste fantasie inconsce prendono vita e desideri omicidi nonché erotici possono a questo punto emergere. Si comprende bene come i sintomi di depersonalizzazione ed irrealtà possano verificarsi anche nel corso della terapia come protezione per prendere le distanze da questi intensi sentimenti. Il rassicurare il paziente e la sua famiglia spiegando che i sintomi non nascondono alcuna grave patologia è di fondamentale importanza per assicurare una valida alleanza terapeutica (Gabbard, 1992). Ogni paziente attribuisce un significato tutto particolare ai propri sintomi con emozioni consce ed inconsce durante lo stato di panico. I conflitti che ne sono alla base sono spesso incentrati sui temi della separazione, dell'indipendenza, dell'espressione dell'aggressività e della sessualità. Nel primo periodo di terapia è necessario valutare nei dettagli l'insorgenza e la frequenza degli attacchi di panico, nonché le circostanze e gli eventi precipitanti il disturbo. Nel periodo successivo le dinamiche transferenziali rivestono un ruolo di primo piano. Un miglioramento delle relazioni interpersonali, dell'ansia di separazione unito ad una riduzione dell'aggressività inconscia e del timore dell'eccitamento sessuale dovrebbero essere osservabili in questo periodo. Nella fase terminale della terapia il paziente ha la possibilità di trovarsi di fronte ai vecchi conflitti nel dover affrontare la separazione dal terapeuta e nel ripetere nel transfert i sintomi aggressivi primordiali. Una nuova indipendenza dovrebbe essere uno dei risultati attesi. Secondo alcune correnti di pensiero l'approccio psicodinamico al disturbo da attacchi di panico dovrebbe essere riservato solo a coloro che presentano la capacità di verbalizzare le emozioni, di interpretazione e la curiosità circa le motivazioni del disturbo. Sebbene queste attitudini possano facilitare il trattamento va evidenziato che molti pazienti presentano carenze proprio nelle aree menzionate a causa dello sperimentare intensi affetti e fantasie nell'ambito somatico piuttosto che contenuti verbalizzabili. Vi sono prove che le carenze nelle citate aree non influenzano il trattamento psicodinamico del disturbo. (Busch et al, 1999).

Conclusioni

Nonostante la carenza di studi sperimentali che testimoniano l'efficacia dell'approccio psicodinamico agli attacchi di panico, esistono numerose testimonianze circa l'importanza della vita psichica inconscia nell'alimentare i sintomi che caratterizzano il panico. Le esperienze traumatiche rimosse nell'inconscio non cessano di esistere bensì influenzano la vita dell'individuo minacciandolo di irrompere nella coscienza. Il segnale che ne emerge è l'ansia fino allo stato di panico. Oltre alla rimozione gli individui inclini all'attacco di panico utilizzano con più frequenza i meccanismi di formazione reattiva,

spostamento, annullamento, somatizzazione ed esternalizzazione. Dietro di essi si celano potenti componenti pulsionali di tipo aggressivo molto spesso dirette verso oggetti da cui l'individuo è dipendente. Da ciò deriva la necessità di annullare, spostare e sostituire con sentimenti benevoli tali componenti distruttive altrimenti il pericolo di perdita dell'oggetto da cui si dipende potrebbe trasformarsi in realtà. Di frequente riscontro tra questi pazienti è la presenza di sintomi ipocondriaci che trovano una verosimile collocazione nella dinamica del disturbo. Un importante contributo per comprendere a pieno l'attacco di panico è riferito al periodo edipico. In tale fase dello sviluppo il doversi confrontare con componenti aggressive contro il genitore dello stesso sesso innesca a scopo di difesa una regressione a fasi pre-edipiche con l'attivazione di fantasie omosessuali anch'esse importanti nella genesi degli attacchi di panico. Nel corso della psicoterapia il transfert assume un ruolo primario. In esso vi è la ripetizione dei vecchi conflitti tra cui la gestione delle componenti aggressive e del desiderio di indipendenza. Un'ottimizzazione di questo fenomeno deve condurre ad una costante interpretazione delle componenti trasferenziali per penetrare efficacemente i conflitti e ridurre la resistenza di cui il transfert è anche un rappresentante. La tecnica della psicoterapia psicodinamica applicata agli attacchi di panico pur mantenendo i criteri classici si avvale della programmazione di tre fasi. La prima fase viene dedicata alla comprensione di come l'attacco di panico si manifesta nonché delle fantasie o pensieri ad esso connessi; questo è fondamentale per aprire la strada alle successive interpretazioni. La seconda fase la terapia è governata dalle componenti trasferenziali in cui si estrinseca la ripetizione dei vecchi conflitti irrisolti. Mentre nella terza fase, quella dell'epilogo, il paziente si trova di nuovo di fronte in termini pratici alla condizione di inadeguatezza per la conclusione della cura vista come ambiente protetto e a contatto con il senso di dipendenza e alla paura di venir abbandonato come temeva nell'infanzia.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4a ed.* (DSM IV). APA, Washington, D.C., 1994
- Barret WC. *Penis envy and urinary pregnancy fantasies and constipation: episodes in the life of a girl.* Psychoanal Q 1939;8:211-218
- Busch FN, Milrod BL, Rudden M, Shapiro T, Singer M, Aronson A, Rouphe J. *Oedipal dynamic in panic disorder.* J Am Psychoanal Assoc 1999;47(3):773-90
- Busch FN, Milrod BL, Singer MB. *Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder.* J Psychother Pract Res 1999;8:234-42
- Busch FN, Milrod BL. *Psychodynamic treatment of panic disorder.* Psychiatric Times 1997;Vol. XIV, Issue 3
- Busch FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC. *An empirical study of defence mechanisms in Panic disorder.* J Nerv Ment Dis 1995;183:299-303
- Diamond DB. *Psychotherapeutic approaches to the treatment of panic attacks, hypochondriasis and agoraphobia.* Br J Med Psychol 1987;60:79-84
- Eisler MJ. *A man's unconscious phantasy of pregnancy in the guise of traumatic hysteria.* Int J Psycho-Anal 1921;2:255-86

- Evans WN. *Simulated pregnancy in a male*. Psychoanal Q 1951;20:165-78
- Ferro A. *Carla's panic attacks: insight and transformation*. Int J Psycho-Anal 1996;77:997-1011
- Freud S *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914). In: Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi. OSF Vol. 7. Torino, Bollati Boringhieri, 1968-80
- Freud S. *Costruzioni nell'analisi* (1937) OSF Vol. 11. Torino, Bollati Boringhieri, 1968-80
- Freud S. *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926) OSF Vol. 10. Torino, Bollati Boringhieri, 1968-80
- Freud S. *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1895) OSF Vol. 2. Torino, Bollati Boringhieri, 1968
- Freud S. *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)* (1911) OSF Vol. 6. Torino, Bollati Boringhieri 1968-80
- Freud S. *Tecnica della psicoanalisi: dinamica della traslazione* (1912). OSF Vol. 6. Torino, Bollati Boringhieri, 1968-80
- Gabbard GO. *Psychodynamics of panic disorder and social phobia*. Bull Menninger Clin 1992;56(suppl A):a3-a13
- Kagal J, Reznick JS, Snidman N, et al. *Origin of panic disorder*. In: Ballanger J (ed.). Neurobiology of panic disorder. New York, Wiley, 1990, pp 71-87
- Kohut H. *The analysis of the self*. New York, International Universities Press, 1971
- Leonard HL, Rapoport JL. *Anxiety disorders in childhood and adolescence*. In: Tasman A, Hales RE, Frances AJ (eds.). American psychiatric press review of psychiatry – Vol. 8. Washington DC, American Psychiatric Press 1989, pp 162-79
- Lewin BD. *Phobic symptoms and dream interpretation*. Psychoanal Q 1952;21:295-322
- Milrod B, Busch F, Cooper A, Shapiro T. *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997
- Milrod B, Shear MK. *Dynamic treatment of panic disorder: a review*. J Ment Nerv Dis 1991;179:741-3
- Milrod B. *The continued usefulness of psychoanalysis in the treatment armamentarium for panic disorder*. J Am Psychoanal Assoc 1995;43(1):151-62
- Milrod B. *Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder*. J Am Psychoanal Ass 1998;46(3):673-90
- Rose GJ. *Pregenital aspects of pregnancy fantasies*. Int J Psycho-Anal 1961;35:544-9
- Rosenbaum JF, Biederman J, Gerstein M, et al. *Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia*. Arch Gen Psychiatry 1988;45:463-70
- Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. *Life events and the onset of panic disorder*. Am J Psychiatry 1986;143:1424-7
- Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. *A psychodynamic model of panic disorder*. Am J Psychiatry 1993;150:859-66

Silber A. *Panic attacks facilitating recall and mastery: implications for psychoanalytic technique.* J Am Psychoanal Assoc 1989;37(2):337-64
Silberer H. *A pregnancy fantasy in a man.* Psychoanal Rev 1925;12:377-96
Van Leeuwen K. *Pregnancy envy in the male.* Int J Psycho-Anal 1966;47:319-24
Weissman MM, Leckman JF, Merikengas KR, et al. *Depression and anxiety disorders in parents and children.* Arch Gen Psychiatry 1984;41:845-52