

SOCIAL ANXIETY IN CHILDHOOD AND YOUTH

SOZIALE ÄNGSTE IM KINDES- UND JUGENDALTER

Bibiana Schuch

Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria

SUMMARY

Social anxiety is very common in children and leads to considerable impairment. Some of the biological and psychosocial risks are well known. The analysis of these factors may help to understand the symptomatology for planning preventive and therapeutic interventions.

Key words: *childhood anxiety disorders - risk factors - peer relations - prevention*

ZUSAMMENFASSUNG

Soziale Ängste im Kindesalter sind häufig und führen zu deutlichen Beeinträchtigungen. Ein Teil der biologischen und psychosozialen Risikofaktoren ist bekannt. Eine Analyse dieser Faktoren soll helfen, die Symptomatologie zu verstehen, um daraus präventive und therapeutische Interventionen abzuleiten.

Schlüsselwörter: *Angststörungen bei Kindern – Risikofaktoren - Peer-Beziehungen - Prävention*

* * * * *

EINLEITUNG

Verlegenheit, Schüchternheit und soziale Vorsicht zählen zu typischen Verhaltensweisen jüngerer Kinder. Wir wissen, welche Ängste altersgebunden auftreten und dass diese üblicherweise von selbst vergehen. Soziale Erfahrungen, vor allem solche außerhalb der Familie, vergrößern seine Eigenständigkeit und ermöglichen es dem Kind, sein Verhalten flexibel der jeweiligen Situation anzupassen. Wenn allerdings die Ängstlichkeit persistiert und aufgrund anspruchsvoller sozialer Anforderungen an Intensität zunimmt, kommt es sukzessive zu Beeinträchtigungen, die die schulischen und sozialen Entfaltungsmöglichkeiten behindern.

Wir kennen den Entwicklungsverlauf von der Schüchternheit des Kleinkindes zum Vollbild einer sozialen Phobie des Jugendlichen. Es gibt ausreichend Studien, die das belegen. Aus diesen Arbeiten lassen sich Schlüsse ziehen: wo, wann und wie im Sinne einer sekundären Prävention interveniert werden kann, um Fehlentwicklungen zu stoppen. Dabei sind vor allem Pädagoginnen gefordert, soziale Hemmung früh zu erfassen und deren Folgen zu begrenzen. Kindergärtnerinnen und Lehrerinnen verfügen über Mittel, die Verhaltenshemmung zu labilisieren; sie sehen vor allem auch das Kind in seiner Gruppe, dessen negative Position, seine Ausgrenzung. Präventive Bemühungen sollten von diesen Gruppen ausgehen.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf jene Betroffenen, die von frühester Kindheit an

sozial gehemmt sind und es auch bleiben. Andere entwickeln erst später soziale Ängste, wodurch bis zur Manifestation einer sozialen Phobie positive Beziehungserfahrungen gemacht werden konnten. Unsere Sorge dient chronischen Entwicklungen.

ERSCHEINUNGSBILD UND VERLAUF SOZIALER ÄNGSTE IM KINDES- UND JUGENDALTER

Soziale Ängste beginnen sehr früh. Im Vorschulalter fällt das Kind zunächst durch seine ausgeprägte Schüchternheit auf, die in allem Unvertrauten - Situationen und Personen - sichtbar wird.

Von Beginn an zieht es sich im Kindergarten zurück, spricht kaum, nimmt fast nie Kontakt zu einem anderen Kind auf, meidet Gruppenaktivitäten. Es spielt bevorzugt alleine und geht, sobald ein anderer sich dazu gesellen möchte. Wenn von Seite der Kindergartenpädagoginnen nicht eingegriffen wird, gerät das gehemmte Kind sehr bald in einsame Isolation; es wird kaum mehr beachtet, übersehen, ignoriert.

Innerhalb der Familie fühlt es sich offensichtlich wohl; die Beziehungen zu den Eltern und Geschwistern sowie zu vertrauten Verwandten oder guten Bekannten sind unauffällig. Kommen allerdings Besucher, die das Kind nicht kennt, wird der Kontakt verweigert, das Kind klammert an die Eltern, versteckt sich oder vermeidet zumindest den Blickkontakt. Dieses Verhalten zeigt das Kind auch, wenn es mit den Eltern unterwegs ist, vor

allem, wenn mit Fremdem gesprochen wird. Das führt dazu, dass außerhäusliche Aktivitäten gefürchtet sind; auch Urlaube machen zunächst Angst. Das Kind ist gern zu Hause, auch allein. Nur hier ist Sicherheit garantiert.

Mit Schulbeginn kommt es zu keiner Verbesserung. Das Kind kommuniziert spärlich, zeigt wenig Freude bei Aktivitäten, die für andere lustvoll sind. Spätestens ab der 3. Klasse steigen die Anforderungen an die sozialen Fertigkeiten, Gruppenzugehörigkeit wird wichtig – zu viel für ein scheues Kind. Die peer group reagiert nun alterstypisch: das Interesse am gehemmten Kind nimmt ab, es wird kaum mehr miteinbezogen, es wird wie immer übersehen und schließlich ausgegrenzt.

Im 9. Lebensjahr kommen neue Ängste dazu. Aufgrund einer Zunahme der kognitiven Entwicklung wird sich das Kind nun bewusst, dass es von anderen bewertet werden kann – eine Erkenntnis, die bis dahin nicht möglich war. Das führt nun zusätzlich zu Befürchtungen, sich peinlich oder dumm zu verhalten, vor anderen zu versagen. Mündliche Beiträge im Unterricht werden vermieden, bei Exposition, wie beim Schreiben an der Tafel, treten körperliche Angstsymptome auf. Auf Fragen der Lehrerin wird oft keine Antwort gegeben, da Gedankenleere sich ausbreitet.

Wenn der Körper schambesetzt ist, wird auch der Turnunterricht zur Qual. Übergewichtige Kinder, Kinder mit Hauterkrankungen oder anderen sichtbaren Auffälligkeiten, schämen sich, wenn der Körper öffentlich wird. Sobald auch noch Langsamkeit oder Ungeschicklichkeit dazu kommen, zählt die Turnstunde zu den gefürchtetsten Abschnitten des schulischen Alltags.

In den Pausen ist das Kind schweigsam. Es wehrt sich nicht, wenn es verspottet wird, lässt Aggressionen zu, wird Opfer. Es teilt oft auch nicht die Interessen der Gleichaltrigen und wird zum uninteressanten Schulkollegen.

Die betroffenen Kinder haben aber auch Freunde, üblicherweise eine Freundin bzw. einen Freund, an denen sie sehr hängen und die sie ungern teilen. Sie sind traurig, wenn diese auch mit anderen kommunizieren, denn das heißt wieder Alleinsein. Manche bevorzugen Gefährten, die ihnen ähnlich sind, ebenfalls sozial gehemmte Kinder. Die Gefahr ist groß, dass nun beide Außenseiter bleiben.

Der Überstieg in die nachfolgende Schule bedeutet die nächste große Hürde. Eingliederung in eine Gruppe, die man kaum oder gar nicht kennt, unbekannte Lehrer, Angst vor diskreten sozialen Regeln, die man nicht begreift – all das überfordert. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen traut sich das Kind auch nicht zu, die Schwierigkeiten zu bewältigen. Es hält sich selbst für unsympathisch und unerwünscht; andere werden als attraktiv, sozial überlegen aber auch überkritisch wahrgenommen. Im Extremfall kommt es bald nach Schulbeginn zur Schulverweigerung („Schulphobie“).

In der Adoleszenz steigen die sozialen Anforderungen im schulischen und außerschulischen Bereich weiter an. Die emotionale Ablösung von den Eltern zugunsten der peer-group gilt als vorrangige Entwicklungsaufgabe, der die Betroffenen nicht gewachsen sind. Durch Rückzugsverhalten und Isolation in den Jahren davor wurden soziale Fertigkeiten nicht ausreichend entwickelt. Der Selbstwert, nicht unabhängig von der Attraktivität für andere, sinkt weiter, das Selbstbild ist noch immer schambesetzt. Bestehende Wünsche nach sozialen Beziehungen sind nach wie vor vorhanden, jedoch ambivalent. Wunsch nach und Angst vor Beziehungen stehen nebeneinander. Der Jugendliche versucht mit Hilfe von alters-typischem Sicherheitsverhalten eine Kontrolle über das Geschehen zu erreichen: Kopfbedeckung oder Frisur sollen helfen, Kontakte zu steuern; diesem Ziel gilt auch der vermeidende, inkonstante Blickkontakt. Manchen gelingt es, Teil der Gleichaltrigengruppe zu werden, andere bleiben einsam. Intime Beziehungen sind für viele unvorstellbar, da sie sich nicht für gut genug halten, auf Dauer von jemandem gemocht zu werden.

Handelt es sich um die generalisierte Form der Sozialphobie ist auch die Ausbildung gefährdet; die Leistungen liegen seit jeher unter der eigentlichen Kompetenz. Endgültige Schulabbrüche sind nicht selten eine Konsequenz sozialer Überforderung.

Soziale Ängste, die früh beginnen, beeinflussen nachhaltig alle Lebensbereiche. Sie sind für alle sichtbar, die professionell mit den Kindern zu tun haben, aber auch für die Familie.

Weniger ausgeprägte Unsicherheiten und subklinische Ängste fallen oft nicht auf; ruhige Kinder sind für viele Erwachsene angenehme Kinder. Sie werden von den Lehrern nicht

kritisiert, allerdings auch nicht ausreichend wahrgenommen, da sie eben unauffällig sind. Die Kinder selbst berichten ungern über ihre Belastung: den Spott, dem sie ausgesetzt sind, die Bedeutungslosigkeit für andere. Manche erzählen den Eltern, viele Freunde zu haben, in der Klasse gut integriert zu sein. Sie schämen sich für ihre soziale Position. Es bedarf der Hilfe Erwachsener, die tatsächlichen Probleme festzustellen, einzuordnen, Hilfe zu mobilisieren.

DAS SPEKTRUM SOZIALER ÄNGSTE AUS KLINISCHER SICHT

„Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ und „Soziale Phobie“ sind die in den Klassifikationsschemata verankerten sozialen Angststörungen bei Kindern. Die Diagnose „ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung“ wird – wie andere Persönlichkeitsstörungen - im Kindesalter kaum vergeben. Auf eine diesbezügliche Auseinandersetzung wird deshalb in diesem Rahmen verzichtet.

- Im ICD-10 wird, im Gegensatz zum DSM-IV, die „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ von der Sozialphobie abgegrenzt. Es handelt sich um Auffälligkeiten, die vor dem 6. Lebensjahr beginnen.

Die Kriterien (zusammengefasst):

- eine anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen, auch Gleichaltrige, trifft, mit vermeidendem Verhalten;
- Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des Verhaltens Fremden gegenüber;
- Es bestehen befriedigende soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen;

Im Unterschied zur Sozialphobie beschränkt sich die „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ ausschließlich auf eine Furcht vor Fremden. Eine besondere Nähe findet sich damit zur „Schüchternheit“.

- Die soziale Phobie

Diese Störung findet sich sowohl im ICD-10 (Dilling et al. 1992) als auch DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

Für das Kindesalter gelten die üblichen Diagnose-Kriterien – mit folgenden Zusätzen:

- das betroffene Kind/der Jugendliche hat altersentsprechende Beziehungen (zu Kindern und Erwachsenen);
- die Angst bezieht sich auch auf Gleichaltrige, nicht nur auf Erwachsene;
- Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen sind als (kindliche) Angstsymptome zu werten;
- Es ist kein notwendiges Kriterium, dass das Kind seine Angst als übertrieben bewertet (aufgrund altersbedingter Einschränkungen der Selbstwahrnehmung).

Die Diagnose einer sozialen Phobie – entsprechend dem Kriterium der Angst vor einer kritischen Bewertung durch andere - wird im früheren Kindesalter kaum zu stellen sein. Vor dem 9. Lebensjahr erlebt das Kind zwar Ängste vor anderen Menschen, jedoch noch nicht vor deren prüfender Beurteilung. Dafür sind, wie schon erwähnt, kognitive Voraussetzungen notwendig, die erst im Verlauf des Grundschulalters entwickelt werden.

Die Häufigkeit der sozialen Phobie liegt im Kindesalter zwischen 1 und 3% und ist bei Jugendlichen höher. Das Vollbild manifestiert sich üblicherweise zwischen 11 und 13 Jahren, tritt allerdings auch schon bei 8-Jährigen auf. Soziale Phobien, die früh beginnen, sind häufig der generalisierten Form (vgl. DSM-IV) zuzuordnen.

Komorbid finden sich gehäuft Angststörungen und depressive Entwicklungen.

- - Andere Ängste des Kindesalters scheinen eine Nähe zur Sozialen Phobie aufzuweisen oder sind Teil dieser. So plädieren manche Autoren dafür, den selektiven Mutismus (Unfähigkeit, in bestimmten sozialen Situationen zu sprechen) als Extrem-Variante der sozialen Phobie zu betrachten (Black & Uhde 1992). Ein weiteres Phänomen sind Prüfungsängste, die als spezifische Phobie, Teil einer generalisierten Angststörung oder einer sozialen Phobie klassifiziert werden (vgl. Federer 2004).

Schüchternheit als Verhaltensmerkmal

Schüchternheit gilt als eine leichte Form sozialer Ängstlichkeit. Trotz der weiten Verbreitung dieses Verhaltens fehlt bis heute eine

einheitliche Definition. Als Merkmale gelten ein nicht befriedigtes Kontaktbedürfnis, Angst in neuen sozialen Situationen, kommunikative Zurückhaltung, überhöhte Selbstaufmerksamkeit.

Schüchternheit findet sich nur bei einem Teil der Menschen mit sozialer Phobie, ist somit zwar ein Risikofaktor, keineswegs jedoch ein unabdingbarer Teil des ganzen.

DAS STÖRUNGSMODELL - BIOPSYCHOSOZIALE FAKTOREN

Als Prädispositionen (Risikofaktoren) gelten:

- die elterliche Psychopathologie: soziale Angststörungen der Eltern stellen ein spezifisches Risiko für die Entwicklung einer Sozialphobie bei ihren Kindern dar (Fyer et al. 1993, Lieb et al. 2000).

Neben genetischen Einflüssen sind vor allem elterliche Modellwirkungen (sozial ängstliches Verhalten, Rückzug), und deren Erziehungsstil (z.B. eine übermäßige Betonung sozial adäquaten Verhaltens und deren Wirkung nach außen) zu berücksichtigen.

Einen weiteren Hinweis auf den Weg der Transmission elterlicher Verhaltensmerkmale auf das Kind bieten die Ergebnisse der Forschung zum sozialen Referenzieren (Feinmann et al. 1983, 1992). Soziales Referenzieren („soziale Rückversicherung“) bezeichnet das Verhalten von Säuglingen in neuen Situationen, indem diese sich an den Affekten der Bezugsperson orientieren, um die Situation „einzuschätzen“. Eine emotional positive Reaktion der Bezugspersonen bewertet die Situation als positiv, negative Reaktionen negativ. Diese Bewertungen werden vom Kind übernommen. In einer eindrucksvollen Studie konnten De Rosnay et al. (2006) zeigen, wie mütterliche soziale Angst auf das Kleinkind durch den Prozess des sozialen Referenzierens indirekt, d.h. nonverbal, übertragen wird und beim Kind Furcht vor Fremden konditioniert.

Das Temperament

Unter „Temperament“ werden konstitutionell verankerte Reaktionsbereitschaften subsumiert, wie Antrieb, Aktivität, Emotionalität, Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit. Es gilt sowohl biologisch fundiert als auch durch Lernerfahrungen modifizierbar. Unter verschiedenen aktuellen Temperamentskonzepten hat in Zusammenhang

mit kindlichen Angststörungen der Temperamentsfaktor „behaviorale Inhibition“ (Kagan 1988) besondere Bedeutung. „Behaviorale Inhibition“ ist charakterisiert durch extreme Hemmung und Schüchternheit in neuen - nicht nur sozialen - Situationen und deren Vermeidung. Die Häufigkeit liegt bei Kleinkindern um 10%; Mädchen sind mehr betroffen. Behaviorale Inhibition gilt als Risikofaktor für die Entstehung sozialer Ängste, speziell der sozialen Phobie. So haben zum Beispiel Kinder mit behavioraler Inhibition im Alter von 4 - 6 Jahren ein drei- bis vierfaches Risiko, in der mittleren Kindheit eine Sozialphobie zu entwickeln (Hirshfeld-Becker et al. 2007). Der Vollständigkeit halber soll darauf hingewiesen werden, dass eine Reihe von Patienten mit sozialer Phobie keine Verhaltenshemmung aufweisen.

Behaviorale Inhibition kann nicht nur prädisponierend sondern auch aufrechterhaltender wirken und sollte im Interventionskonzept (präventiv, psychotherapeutisch) mitberücksichtigt werden. Spezifische Studien (Rapee & Jacobs, 2001; Kennedy et al. 2009) konnten zeigen, dass eine Reduktion der Verhaltenshemmung durch relativ kurze Behandlungen erreicht werden kann.

- Spezifische (Bindungs-)Erfahrungen mit Erwachsenen (Schmidt & Strauss, 1996) und Gleichaltrigen, die mit Spott, Beschämung und Zurückweisung einhergehen, sind ebenfalls als Risikofaktoren zu werten.

AUSLÖSER

Als Auslöser für die Entstehung einer sozialen Phobie gelten spezifische Situationen bzw. steigende soziale Anforderungen, denen das Kind bzw. der Jugendliche nicht gewachsen ist. Die Bedeutung der Entwicklungsaufgaben ist dabei besonders zu betonen. Unmittelbare situative Auslöser sind bevorzugt im schulischen Bereich zu finden (Beidel & Morris 1995); dabei werden sowohl informelle Interaktionen mit Gleichaltrigen (z.B. in der Pause) als auch Expositionen während des Unterrichtes (z.B. Prüfungen) als besonders belastend erlebt. Außerhalb der Schule verunsichern all jene Situationen, die wir von Erwachsenen kennen: Essen und Trinken in der Öffentlichkeit, Paruresis, Feste. Die Angst zu telefonieren behindert in Zeiten des Mobiltelefons stärker als früher.

AUFRECHTERHALTENDE BEDINGUNGEN

Als aufrechterhaltende Faktoren stehen – wie bei allen Angststörungen - Flucht und Vermeidung an erster Stelle. Rückzugsverhalten ist bei Kindern und Jugendlichen als besonders gefährdend einzustufen, da in dieser Altersspanne in einer relativ kurzen Zeit eine umfangreiche Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind, die unter eingeschränkten Bedingungen sehr rasch einen beträchtlichen Erfahrungsmangel und somit soziale Kompetenzdefizite zur Folge haben.

Erschwerend sind belastende Interaktionen sozial-ängstlicher Kinder mit der peer group. Bereits im Kindergarten werden schüchterne Kinder weniger beachtet, sie sind in der Schule unbeliebt (Verduin & Kendall, 2008), und werden immer mehr zu Opfern von Viktimisierung (Erath et al. 2007). Die Freunde sozial ängstlicher Kinder sind gehäuft sozial ängstlich und ebenfalls Schikanen ausgesetzt (Rubin et al. 2006).

Interventionsmöglichkeiten

Die Bedeutung sozialer Ängste für die weitere Entwicklung eines Kindes wird vielfach unterschätzt und bagatellisiert. Schüchterne Kinder werden oft erst vorgestellt, wenn augenscheinliche Beeinträchtigungen, vor allem im schulischen Bereich, auftreten (Schuch, 1998) und deshalb Behandlungsbedürftigkeit von den Eltern akzeptiert wird.

Therapie

Für manifeste soziale Phobien ist Psychotherapie die Methode der Wahl

Kinder benötigen Hilfe im Familiensetting, je nach Alter auch im Einzelsetting. Auf den Transfer der in der Therapie erarbeiteten sozialen Kompetenzen in die Realsituation wird größter Wert gelegt.

Jugendliche bevorzugen oft ausschließlich die Einzeltherapie; es wird individuell zu entscheiden sein, ob auf eine Arbeit mit den Eltern verzichtet werden kann.

Eine Therapie in der Gruppe ist erfahrungsgemäß der Einzeltherapie überlegen. Die Angst vor sozialen Situationen ist jedoch Teil der Symptomatik und verhindert zunächst diese Möglichkeit. Bei vielen Kindern und Jugendlichen

ist die Teilnahme an einer Gruppe ein relevantes Ziel der Einzeltherapie.

Besondere Rücksicht ist in jedem Setting auf die besondere Verletzbarkeit der Betroffenen zu nehmen. Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung benötigen sehr viel Geduld und Feinfühligkeit. Bisherige Erfahrungen mit anderen Menschen waren nicht dazu angetan, Unbekannten, und dazu zählt auch der Therapeut, einen großen Vertrauensvorschuss entgegenzubringen. Geringe Selbstwirksamkeitserwartungen dämpfen zudem den Optimismus, eine tatsächliche Veränderung zu erreichen.

Präventive Interventionen

Das Wissen um Frühsymptome und Entwicklungsverläufe eröffnet präventiven Maßnahmen Möglichkeiten mit weit reichenden Auswirkungen:

Früherkennung von behavioraler Inhibition und Schüchternheit von Seiten der Kindergartenpädagoginnen und all jener, die professionell mit dem Kind zu tun haben. Die Symptomatik zeigt sich am deutlichsten in Gruppen, deshalb sind Elternbeobachtungen nicht ausreichend.

Frühe Interventionen gegen die Verhaltenshemmung: Ermutigung des Kindes, sich unvertrauten Situationen auszusetzen (Abbau des Vermeidungsverhaltens). Kreatives Spiel und Sport bieten die Möglichkeit, Spontanverhalten zu fördern. Von professioneller Seite kann zusätzlich auf bestehende Interventionskonzepte zugegriffen werden.

Verstärkte Anstrengungen von Seiten der Kindergartenpädagoginnen und Lehrer, die Ausgrenzung des Kindes aus der Gruppe zu verhindern.

LITERATUR

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington D.C. (1994).
2. Beidel D C., Morris T L: *Social phobia*. In March J S. (Ed.): *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York. Guilford Press (1995) 181 – 211.
3. Black B., Uhde, T W.: *Elective mutism as a variant of social phobia*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, (1992) 1090 – 1094.

4. De Rosnay M., Cooper P J., Tsigaras N., Murray L.: *Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. Behavior Research and Therapy*, 44, (2006) 1165 – 1175.
5. Dilling H., Mombour W., Schmidt MH.: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern (1992).*
6. Erath, S A., Flanagan, K S., Bierman, K L.: *Social Anxiety and Peer Relations in Early Adolescence: Behavioral and Cognitive Factors. J. Abn. Child Psychol.*, 356 (2007) 405 – 416.
7. Federer M.: *Prüfungsangst. In: Schneider S.: Angststörungen bei Kindern. Springer, Berlin (2004) 345 – 369.*
8. Feinmann S., Lewis M.: *Social referencing at ten months: A second- order effect on infants response to strangers. Child development*, 54, (1983) 878-887.
9. Feinmann S., Roberts D., Hsieh K F., Sawyer D., Swanson D.: *A critical review of social referencing in infancy. In Feinmann S.: Social referencing and the social construction of reality in infancy. New York, Plenum Press (1992) 15 – 54.*
10. Fyer A J., Mannuzza S., Chapman T F., Liebowitz M R., Klein D F.: *A direct interview family study of social phobia. Archives of General Psychiatry*, 50, (1993) 286-293.
11. Hirshfeld-Becker D R., Biederman J., Henin A., Faraone S V., Davis S., Harrington K., Rosenbaum J F.: *Behavioral Inhibition in Preschool Children At Risk Is a Specific Predictor of Middle Childhood Social Anxiety: A Five Year Follow-up. J. Dev. Behav. Pediatr.* 28, (2007) 225 – 233.
12. Kagan J., Reznick J S., Snidman N.: *The biological basis of childhood shyness. Science*, 4849 (1988) 167-171.
13. Kennedy S., Rapee R., Edwards S.: *A Selective Intervention Program for Inhibited Preschool-Aged Children of Parents With an Anxiety Disorder: Effects on Current Anxiety Disorders and Temperament. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (2009), 602-609.
14. Lieb R., Wittchen H U., Höfler M., Fuetsch M., Stein M B., Merikangas, K R.: *Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. Archives of General Psychiatry*, 57, (2000) 859-866.
15. Rapee R M., Jacobs D.: *The reduction of temperamental risk for anxiety in withdrawn preschoolers: a pilot study. Sydney: Macquarie University (2001).*
16. Rubin K H.; Wojslawowicz J C., Rose-Krasnor L., Booth-LaForce C., Burgess K B.: *The best friendships of shy/withdrawn children: prevalence, stability, and relation quality. J Abn. Child Psychol*, 34, (2006) 143-157.
17. Schmidt S., & Strauss B.: *Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil I: Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. Psychotherapeut* 41 (1996) 139-150.
18. Schuch B.: *Psychotherapie sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter. In: Katschnig H., Demal, U., Windhaber, J.: Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird. Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie. Facultas, Wien, 1998.*
19. Verduin, T L., Kendall, P S.: *Peer Perceptions and Liking of Children with Anxiety Disorders. J. Abn. Child Psychol*, 36 (2008), 459 – 469.

Correspondence:

Dr. Bibiana Schuch

Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Medizinische Universität Wien

Währingergürtel 18 – 20, 1090 Wien, Austria

E-mail: bibiana.schuch@meduniwien.ac.at