

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Verfahrensdokumentation:

### **AREQ**

### **Affekt-Regulation und Affekt-Wahrnehmung Q-Sort Test**

Westen, D., Shedler, J. & Löffler-Stastka, H. (2009)

Westen, D., Shedler, J. & Löffler-Stastka, H. (2009). AREQ. Affekt-Regulation und Affekt-Wahrnehmung Q-Sort Test [Verfahrensdokumentation, Autorenbeschreibung mit Itemliste]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.  
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4525>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie im Testarchiv unter:  
**<https://www.testarchiv.eu/de/test/9005431>**

---

Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID)

Universitätsring 15  
54296 Trier

[www.leibniz-psychology.org](http://www.leibniz-psychology.org)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzfassung</b> .....	2
Diagnostische Zielsetzung .....	2
Aufbau .....	2
Grundlagen und Konstruktion .....	3
Empirische Prüfung und Gütekriterien .....	3
Reliabilität .....	4
Validität .....	4
Normen .....	4
Items .....	4
Altersbereiche .....	8
Durchführungszeit .....	8
<b>Bewertung</b> .....	8
<b>Literatur</b> .....	8

## Kurzfassung

### Diagnostische Zielsetzung:

Der AREQ wurde als Instrument zur klinischen Persönlichkeitsdiagnostik mittels eines Fremdratings durch erfahrene klinische Psychologen entwickelt. Sein Ziel ist eine Diagnostik des vorherrschenden Affekterlebens und der bevorzugten Affektregulationsmechanismen des Patienten. Aus den im Interview beschriebenen affektiven Erfahrungen und sowohl bedeutsamen als auch belastenden Begegnungen zieht der erfahrene Kliniker Schlüsse über die Coping- und Abwehrstrategien der betreffenden Person. Eine solche Beurteilung ist neben der Forschung besonders im Bereich der Diagnostik und Therapie von großer Bedeutung. Ausgehend davon, dass die Selbstbeurteilungsverfahren in diesem Bereich aufgrund von sozialer Erwünschtheit und Verzerrungen durch eigene Wünsche und Ängste relativ unzuverlässig sind, soll der AREQ eine objektivere und realistischere Einschätzung von Affekten und dem damit einhergehenden Anpassungs- und Vermeidungsverhalten ermöglichen.

### Aufbau:

Maximal 24 Stunden vor dem Rating wird ein etwa 60-80-minütiges narratives klinisches Interview geführt, dessen bedeutsame Inhalte notiert oder auf Band aufgenommen werden. Auf redundante Fragen wird dabei verzichtet. Die grundsätzlichen Fragen sind vorgegeben, können jedoch vom Interviewer für die individuelle Person und Situation angepasst, gekürzt oder erweitert werden. Das Interview ist in 12 Themengebiete mit je einer Hauptfrage und einer unterschiedlichen Anzahl ergänzender Fragen aufgeteilt, welche gestellt werden, sofern sie nicht bereits zuvor beantwortet wurden. Bei den 12 Themengebieten handelt es sich um Informationen zu: (1) sich selbst als Mensch, (2) Beschwerden und psychiatrische Krankengeschichte, (3) Kindheit, (4) Beziehung zur Mutter mit einem Ereignis, (5) Beziehung zum Vater mit einem Ereignis, (6) Verhältnis zu Geschwistern, (7) Freundschaften und Hobbies, (8) Liebesbeziehungen, (9) Arbeitssituation und beruflicher Werdegang, (10) schwierige oder stressreiche Zeiten und der Umgang damit, (11) Kinder und der Umgang damit, wenn sich jemand anderer um diese kümmert, und (12) Stimmungen und Gefühle. Abschließend erhält der Patient die Möglichkeit, sich zum Interview zu äußern, Fragen zu stellen und Ergänzungen vorzunehmen.

Der Untersucher trifft anschließend mit Hilfe eines Sets von 98 Karten mit je einer Aussage eine Entscheidung darüber, wie ein Patient im affektiven Bereich psychologisch funktioniert, Affekte wahrnimmt und welche Abwehrmechanismen oder Copingstrategien er verwendet. Auf einem Tisch müssen die Karten auf acht Stapel verteilt werden, die mit "0" bis "7" benannt sind. Das Kriterium der Zuordnung besteht darin, wie sehr die Aussage einer Karte auf den Patienten zutrifft. Je höher die Nummer des Stapels, umso zutreffender sollte die Aussage für den Patienten sein. Stapel 0, welcher ganz links platziert wird, beinhaltet daher Aussagen, welche in keiner Weise zu dem Patienten passen, und Stapel 7, welcher ganz rechts platziert wird, solche, welche die zentralsten Persönlichkeitsaspekte exakt wiedergeben.

Stapel 7 wird anschließend nach der Priorität des Zutreffens der Aussage sortiert. Vier Aussagen müssen auf dem Stapel verbleiben, der Rest wird in Stapel 6 übernommen, der nun gleichfalls auf diese Art sortiert wird, bis lediglich sechs Aussagen verbleiben. Auf diese Weise wird für jeden Stapel von rechts nach links eine Auslese getroffen, bis die in Tabelle 1 angegebene

Anzahl von Karten erreicht ist. Wenn dagegen nicht genug Karten in einem Stapel sind, werden die zutreffendsten vom nächst niedrigeren Stapel gewählt und dazu gelegt, bis der Stapel die benötigte Anzahl enthält.

Bei der Auswertung wird zwischen den zwei Dimensionen Affekterleben und Affektregulation unterschieden. Affekterleben ist aufgeteilt in die drei Faktoren: (A) Sozialisiert negativer Affekt, (B) Positiver Affekt und (C) Intensiv negativer Affekt. Dagegen besteht die Dimension Affektregulation aus den Faktoren: (D) Realitätsfokussierte Antwort, (E) Externalisierende Abwehr und (F) Vermeidende Abwehr. Für jeden der sechs Faktoren wird mittels einer Auflistung von SPSS-Auswertungsbefehlen ein numerischer Wert berechnet.

Tabelle 1

Kartenanzahl der Stapel

Stapelnummer	0	1	2	3	4	5	6	7
Kartenanzahl	30	20	10	10	10	8	6	4

### Grundlagen und Konstruktion:

1994 entwickelte Westen aus evolutionstheoretischen, behavioristischen, kognitiven und insbesondere psychodynamischen Theorien sein "Modell der Affektregulation", wonach Affekte eine zentrale Stellung in der Persönlichkeit einnehmen. Die psychoanalytische Theorie geht davon aus, dass Menschen Informationen über andere und auch sich selbst ihren Wünschen und Ängsten gemäß verdrehen, wodurch objektive Selbstbeurteilungsangaben nicht mehr möglich sind. Mit dem AREQ sollte ein Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt werden, das aufgrund der erfahrenen Anwender und der vorhergehenden intensiven Interviews eine weitestmöglich objektive Beurteilung zulassen soll. Noch im Jahr 1994 begannen Westen und Shedler mit der Konstruktion des Verfahrens. Hierfür wurden Aussagen zum Erleben und zur Regulation von Affekten gesammelt und kategorisiert. Kliniker beurteilten auf dieser Grundlage je drei Patienten und kennzeichneten unklare Items und fehlende Aspekte. Auf dieser Grundlage entstand schließlich das Itemset mit den 98 Karten. Im Jahr 1997 wurde das Verfahren von Westen, Muderrisoglu, Shedler, Fowler und Koren erstmals evaluiert. Erste Studien mit dem AREQ erfolgten für die Diagnosen Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörung, Dysthymie sowie Bulimia nervosa beziehungsweise Anorexia nervosa. Drei Affektverarbeitungsmodi wurden dabei als Prädiktoren für das generelle Funktionsniveau ausgemacht (Westen & Harnden-Fischer, 2001). Eine Übersetzung und Rückübersetzung der Originalversion ins Deutsche wurde von Löffler-Stastka und Tischlinger unabhängig voneinander 2003 durchgeführt. Die ersten Ergebnisse und eine Übersicht über das deutsche Verfahren wurden von Loeffler-Stastka (2005) berichtet.

### Empirische Prüfung und Gütekriterien:

Um mit dem AREQ valide und reliable Ergebnisse zu erzielen, sollten die Untersucher erfahrene Kliniker sein und eine Einführung vom Forschungslabor an der Emory University in Atlanta bekommen oder ein Interrater-Training absolviert haben. Zudem sorgt ein strukturierter Interviewleitfaden für eine möglichst hohe Durchführungs- und ein vorgegebenes Berechnungsschema für eine möglichst exakte Auswertungsobjektivität. Die

Interpretationsobjektivität verbleibt aufgrund fehlender Normen ungewiss. Westen et al. (1997) erreichten mit .78 bei zwei Beurteilern eine relativ hohe Interrater-Reliabilität und von Löffler-Stastka et al. (2003) wurde eine Interrater-Übereinstimmung von .70 erzielt. Reliabilität: Außer zur Interrater-Reliabilität liegen keine Angaben zur Reliabilität vor. Validität: Hohe Korrelationen werden berichtet von den Skalen "Realitätsfokussierte Antworten" und "Sozialisiert negativer Affekt" mit Außenkriterien wie der Anzahl der Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken und Suizidversuchen, dem GAF-Score sowie dem Funktionsniveau der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg. Zudem zeigten sich betreffs der diskriminanten Validität Unterschiede zwischen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, dem Borderline-Syndrom und der Dysthymie, obgleich sowohl Borderline- als auch die narzisstische Persönlichkeitsstörung demselben Cluster angehören und häufig gemeinsam mit depressiven Störungen auftreten.

Normen: Die angegebenen Werte beziehen sich auf die beschriebenen Studien. Hierbei ist insbesondere die Studie an Patienten mit Bulimia nervosa beziehungsweise Anorexia nervosa zu nennen, bei der drei Affektverarbeitungsmodi als Prädiktoren für das generelle Funktionsniveau ausgemacht wurden (Westen & Harnden-Fischer, 2001). Darüber hinausgehende Normen großer Populationen lagen 2005 nicht vor.

### Items

- 1) neigt dazu, sich zu schämen bzw. sich verlegen oder erniedrigt zu fühlen
- 2) hat Schwierigkeiten, Positives zu erkennen bzw. sich an Positives zu erinnern, wenn er/sie sich schlecht fühlt; wenn irgendwas schlecht ist, ist alles schlecht
- 3) neigt dazu, Angst zu haben
- 4) scheint, einen Sinn für Selbstwert bzw. für moralische Überlegenheit zu entwickeln, indem er/sie sich Vergnügen nicht gönnt
- 5) neigt dazu, etwas zu sagen und dies dann schnell "zurück zu nehmen" bzw. dies verbal oder verhaltensmäßig rückgängig machen
- 6) neigt dazu, manche Personen zu idealisieren, indem diese Personen als „100% gut“ betrachtet werden, wobei gewöhnliche menschliche Defekte ausgeschlossen werden
- 7) erlebt Panikattacken, die von starken physiologischen Reaktionen begleitet werden (z.B. schnell pochendes Herz, Atemnot, usw.)
- 8) scheint, emotionale Konflikte in physische Symptome umzuwandeln (z.B. Kopfweg, Bauchweh, Rückenschmerzen)
- 9) ist imstande, Hilfe und Rat zu nutzen und davon zu profitieren, wenn er/sie Probleme hat (frustriert ist) (Leidensdruck hat)
- 10) unangenehme Erinnerungen bzw. starke Emotionen scheinen aus heiterem Himmel zu kommen und in das Bewusstsein einzudringen
- 11) kann in eine tiefe Verzweiflung abstürzen, die mehrere Wochen andauern kann
- 12) ist imstande, Selbstinstruktionen (Selbstberuhigung) anzuwenden (z.B. "Es wird alles in Ordnung sein", "Es macht eigentlich nichts"), um mit emotionalen Stress wirksam fertig zu werden
- 13) neigt dazu, Drogen oder Alkohol zu sich zu nehmen, um Konfrontationen mit Besorgnis erregenden Gefühlen bzw. Situationen aus dem Weg zu gehen
- 14) neigt dazu, unangenehme Emotionen intensiv zu erleben (Traurigkeit, Angst, Schuld)
- 15) neigt dazu, sich Menschen und Situationen gegenüber angewidert zu fühlen

- 16) neigt dazu, zornig zu sein bzw. feindselig eingestellt zu sein (egal, ob dies bewusst zugegeben wird)
- 17) neigt dazu, Information und Fachwissen zu suchen, um mit seiner/ihrer Verzweiflung fertig zu werden
- 18) neigt dazu, erregt bzw. "unter Strom" gesetzt zu sein
- 19) reagiert auf eventuell Besorgnis erregende Situationen indem er/sie mit den Personen, die involviert sind, direkt redet
- 20) neigt dazu, angenehme Emotionen intensiv zu erleben (Glück, Freude, Aufregung, usw.)
- 21) neigt dazu, sehr wenig Emotion zu zeigen
- 22) neigt dazu, sich auf Religion oder Gebete zu verlassen, um mit seiner/ihrer Verzweiflung fertig zu werden
- 23) neigt dazu, Schwierigkeiten zu haben, Zorngefühle zuzugeben
- 24) verwendet Methoden des Stressabbaus (z.B. Meditation, Sport, usw.), um mit Verzweiflung wirksam fertig zu werden
- 25) neigt dazu, Schwierigkeiten beim Eingeständnis von Traurigkeit zuzugeben
- 26) neigt dazu, hilfsbedürftig, unselbstständig und anhänglich zu werden, wenn er/sie leidet
- 27) ist imstande, Trost aus der Anteilnahme anderer zu ziehen, wenn er/sie leidet
- 28) neigt dazu, sich in Arbeit zu vertiefen, um Besorgnis erregenden Gefühlen bzw. Situationen aus dem Weg zu gehen
- 29) weigert sich, sich seine/ihre eigenen beträchtlichen psychologischen Probleme einzugestehen
- 30) hat wenig Fähigkeit, Befriedigung hinauszuzögern
- 31) es fällt ihm/ihr schwer, die Perspektive anderer zu erkennen, wenn Emotionen stark werden
- 32) ist imstande, Humor in schwierigen Situationen zu erkennen
- 33) ist imstande, Probleme vorwegzunehmen und realistische Pläne zu entwickeln, um damit umzugehen
- 34) neigt dazu, leicht aufzugeben, wenn er/sie mit frustrierenden Umständen konfrontiert wird
- 35) neigt dazu, Bedauern zu erleben
- 36) neigt dazu, sich schuldig zu fühlen
- 37) ist imstande, eine breite Palette von Emotionen zu erleben
- 38) zeigt Emotionen, die der jeweiligen Situation qualitäts- und intensitätsmäßig angemessen sind
- 39) neigt dazu, das, woran er/sie glaubt, beträchtlich zu verzerren, um der Art zu entsprechen, in der er/sie die Wirklichkeit sehen will
- 40) neigt dazu, sich in die Fantasie zurückzuziehen, um Besorgnis erregende Situationen bzw. Beziehungen zu vermeiden
- 41) vermeidet bewusst und absichtlich das Denken über Besorgnis erregende Wünsche, Gefühle bzw. Erlebnisse
- 42) neigt dazu, Konfrontationen zu vermeiden, auch wenn legitime Klagen bestehen
- 43) neigt dazu, mit Hilflosigkeit bzw. Verzweiflung umzugehen, indem er/sie glaubt, dass er/sie unrealistische Macht bzw. unrealistischen Einfluss hat
- 44) neigt dazu, Verantwortung für seine/ihre eigenen Probleme zu leugnen
- 45) besitzt die Fähigkeit, zu reflektieren und Handlungen aufzuschieben, bis die Emotionen ruhig sind

- 46) neigt dazu, zu versuchen, andere beherrschen zu wollen, wenn er/sie Probleme hat (frustriert ist) (Leidensdruck hat)
- 47) drückt Emotion auf übertriebene bzw. theatralische Art aus
- 48) verhält sich offenkundig selbstzerstörerisch, wenn er/sie angespannt und aufgeregt ist (z.B. schnelles Autofahren, Selbstverletzung durch Schneiden in das Handgelenk)
- 49) neigt dazu, Beziehungen abstrakt oder allgemein zu beschreiben, ohne nähere Details mitzuteilen, bzw. nicht übereinstimmende Details zu erzählen
- 50) emotionaler Ausdruck erscheint seltsam, unangemessen oder stimmt mit dem Inhalt der Kommunikation nicht überein
- 51) neigt dazu, alltägliche Dinge bzw. eine gewöhnliche Situation zu vermeiden, weil diese Dinge bzw. diese Situation mit Angst verbunden worden ist (d.h. hat eine Phobie, die das normale menschliche Verhalten stört)
- 52) neigt dazu, Unbehagen zu vermeiden, indem er/sie von anderen Personen Abstand hält
- 53) neigt dazu, die eigenen nicht akzeptablen Gefühle bzw. Impulse bei anderen zu sehen, anstatt bei sich selbst
- 54) neigt dazu, auf herausfordernde bzw. auch angespannte Situationen flexibel zu reagieren
- 55) neigt dazu, beim Eingeständnis, dass er/sie sich ängstlich fühlt, Schwierigkeiten zu haben
- 56) neigt dazu, zu dissoziieren (z.B. sich zu fühlen, als ob er/sie seinen/ihren Körper verlassen hat bzw., dass seine/ihre Emotionen irgendwo anders sind), wenn er/sie Probleme hat
- 57) scheint übermäßig viel zu schlafen, um Problemen zu entkommen
- 58) neigt dazu, sich schlecht oder unwürdig zu fühlen, anstatt angemessen zornig auf andere zu reagieren
- 59) ist unfähig, Fehler oder Unvollkommenheit zuzugeben
- 60) scheint sich zu überessen bzw. Essanfälle zu erleben, um Problemen zu entkommen
- 61) neigt dazu, die Einnahme von Lebensmittel einzuschränken, um emotionales Leiden zu begrenzen
- 62) neigt dazu, manche Personen, die als "ganz schlecht" betrachtet werden, abzuwerten, wobei irgendwelche Tugenden ausgeschlossen werden
- 63) neigt dazu, ängstlich zu werden, wenn die tägliche Routine geändert wird
- 64) neigt dazu, Humor defensiv zu verwenden, um unangenehme Gefühle zu vermeiden
- 65) neigt dazu, angesichts besorgniserregender Umstände in impressionistischer und oberflächlicher Weise zu denken
- 66) neigt dazu, unentschlossen und schwankend zu sein, wenn eine Auswahl getroffen werden muss
- 67) neigt dazu, sich traurig oder unglücklich zu fühlen
- 68) kann an störende Ideen bzw. Erinnerungen denken, spürt jedoch die begleitende Emotion nicht
- 69) die eigenen Wünsche, Bedürfnisse oder Gefühle sind ihm/ihr oft nicht bewusst
- 70) ist imstande, Impulse auf eine Art und Weise, die gesellschaftlich akzeptabel bzw. wünschenswert ist, auszudrücken
- 71) neigt dazu, zuhause zu bleiben bzw. Reisen einzuschränken, um Problemen zu entkommen
- 72) die Gefühle haben die Tendenz, sich rasch von Augenblick zu Augenblick zu ändern
- 73) neigt dazu, Probleme zu haben, wenn er/sie sich an besorgniserregende Ereignisse erinnert, bzw. hat Schwierigkeiten bei der Verdrängung unangenehmer Erlebnisse

- 74) hat manische Episoden (eine mäßige Platzierung bei dieser Nummer schließt eine Hypomanie ein, d. h., dass die Zustände nicht stark genug sind, um die klinischen Kriterien für eine Manie zu erfüllen)
- 75) ist imstande, zielorientiert zu bleiben, auch wenn die Umstände besorgniserregend sind
- 76) neigt dazu, auf andere einzuschlagen, wenn er/sie Probleme hat, frustriert oder zornig ist
- 77) neigt dazu, eine all zu sehr optimistische Meinung von sich, von anderen, von der Welt, und von der Zukunft aufrecht zu halten
- 78) neigt dazu, sich glücklich zu fühlen
- 79) neigt dazu, zu rationalisieren oder unnatürliche Logik zu verwenden, um sich zu überzeugen, dass negative Ergebnisse bzw. Handlungen akzeptabel oder sogar positiv sind
- 80) besitzt eine beschränkte Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu erkennen, identifizieren oder zu benennen.
- 81) neigt dazu, Feindseligkeit auf passive und indirekte Weise auszudrücken (z.B. Aufschieben, das "Vergessen" von Daten oder Verantwortungen, mürrisch werden)
- 82) neigt dazu, zwischen dem Anklammern an anderen Personen und dem Wegstoßen anderer hin und her zu schwanken
- 83) neigt dazu, bestimmte Zwangsvorstellungen und innere Zwänge zu zeigen, wenn er Probleme hat (unter Druck steht)
- 84) neigt dazu, sich neidig zu fühlen
- 85) neigt dazu, unakzeptable Wünsche oder Gefühle zu verdrehen, indem er/sie diese in das Gegenteil verwandelt (kann übermäßige Betroffenheit oder Zuneigung ausdrücken, während Zeichen der nicht zugegebenen Feindseligkeit gezeigt werden bzw. Abscheu vor sexuellen Angelegenheiten, während Zeichen des Interesses bzw. Erregung gezeigt werden, usw.)
- 86) neigt dazu, von Emotionen überwältigt zu werden bzw. desorganisiert zu werden
- 87) neigt dazu, anderen die Schuld für eigene Fehler bzw. Missetaten zu geben
- 88) neigt dazu, sich gelangweilt zu fühlen
- 89) neigt dazu, zu prahlen bzw. eigene Erfolge zu erörtern, um sich selbst zu beruhigen bzw. um das eigene Selbstwertgefühl zu stärken
- 90) neigt dazu, über Angelegenheiten zu grübeln bzw. beim Thema dieser Angelegenheiten zu verharren, wenn er/sie Probleme hat
- 91) neigt dazu, mit störenden Fakten umzugehen, indem er/sie deren Existenz leugnet
- 92) neigt zu Wutanfällen und zu Zorn-Ausbrüchen, wenn seine/ihre Pläne vereitelt werden bzw. wenn er/sie frustriert ist
- 93) neigt dazu, angesichts von Konflikten bzw. Problemen passiv zu bleiben; er/sie vermeidet es, zu handeln, um mit schwierigen Situationen fertig zu werden
- 94) neigt dazu, abstrakt bzw. intellektualisierend zu denken, wenn er/sie Probleme hat
- 95) ist imstande, Fantasie und Tagträume auf angemessene und bereichernde Weise zu verwenden
- 96) neigt dazu, Selbstmordversuche bzw. Selbstmorddrohungen zu machen, wenn er/sie Probleme hat
- 97) neigt dazu, bestimmte Wünsche bzw. Impulse durch seine/ihre Handlungen auszudrücken, während er/sie überhaupt nicht bemerkt, was er/sie tut (eine extreme Platzierung dieses Items lässt oft auf Dissoziation schließen)
- 98) versucht, unangenehme Gefühle wegzuschieben, indem er/sie lächelt bzw. lacht

## Altersbereiche

Der Affekt-Regulation und Affekt-Wahrnehmung Q-Sort Test (AREQ; Westen, Shedler & Löffler-Stastka, 2004) eignet sich zur Persönlichkeitsdiagnostik bei Erwachsenen jeden Alters.

## Durchführungszeit

Das narrative Interview dauert in etwa 60-80 Minuten. Hinzu kommt die Zeit für das Sortieren der Karten, also das Rating, welche bei geübten Klinikern circa 20 Minuten beträgt. Das Rating muss dabei innerhalb von 24 Stunden auf das Interview erfolgen. Anschließend findet abhängig von den Kalkulationshilfen eine 10-50-minütige Auswertung statt.

## Bewertung

Beim "Affektregulierung und Affekterleben Q-Sort Verfahren" handelt es sich um ein Instrument zur klinischen Persönlichkeitsdiagnostik mittels eines Fremdratings. Aufgrund der benötigten Erfahrungen und des Vorwissens ist es ausschließlich für klinisch erfahrene Psychologen, Therapeuten und Psychiater geeignet. Ausgehend davon, dass durch soziale Erwünschtheit und Verzerrungen aufgrund eigener Wünsche und Ängste die Selbstbeurteilungsverfahren in dem Bereich der Coping- und Abwehrmanöver sowie Affekte relativ unzuverlässig sind, ermöglicht der AREQ als Fremdbeurteilungsverfahren eine objektivere und realistischere Einschätzung. Da noch keine größeren Stichproben untersucht wurden, existierten 2005 noch keine Normen. Auch bezüglich der Testgütekriterien und dabei insbesondere der Reliabilität wären weitere Studien und Untersuchungen wünschenswert. Um die Ökonomie und den diagnostischen Wert des Verfahrens sinnvoll beurteilen zu können, wäre ein Vergleich mit einer entsprechenden Diagnose eines Therapeuten, die ausschließlich aufgrund der Ergebnisse von Therapiesitzungen getroffen wurde, sinnvoll. Abgesehen von dem gegenüber einer herkömmlichen klinischen Diagnose erhöhten, jedoch für das Verfahren unumgehbaren Aufwand ist der AREQ benutzerfreundlich gestaltet. Die Kärtchen sind druckerfreundlich vorgearbeitet und auch die Befehle für die Auswertung mit SPSS sind bereits mit angegeben.

Als Ergänzung für Selbstbeurteilungsverfahren ist der AREQ in jedem Fall eine Bereicherung in der Diagnostik und Therapievorbereitung und kann erfahrenen Klinikern somit empfohlen werden.

## Literatur

Löffler-Stastka, H. (2005). AREQ. Affect Regulation and Experience Q-Sort. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 38-42). Göttingen: Hogrefe.

Löffler-Stastka, H., Hämmerle, M. K. & Tischlinger, A. (2003). *Affektregulierung und Affekterleben Q-Sort Verfahren [Manual, Affektregulationsinterview, Itemliste]*. Wien: Medizinische Universität Wien.

Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: Applications to social-psychological research. *Journal of Personality*, 62, 641-667.

- Westen, D. & Harnden-Fischer, J. L. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J., & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 429-439.
- Westen, D. & Shedler, J. (1994). Affect Regulation and Experience Q-Sort (AREQ) [unpublished manual]. Cambridge, Massachusetts: Harvard Medical School, Cambridge Hospital.