

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Wat doet deze patiënt (met) mij?: De verkorte Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-CS)

Anton Hafkenscheid¹

SAMENVATTING

De Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C) is een meetinstrument dat therapeuten ondersteunt bij de bewustwording van bevels- en betrekkingsoodschappen, die zij ervaren in het therapeutisch contact met patiënten. In dit artikel wordt de oorspronkelijke, minder gebruiksvriendelijke, vorm van de IMI-C empirisch vergeleken met de verkorte vorm, die zowel op papier als via het internet kan worden ingevuld: de IMI-CS. De gebruiksvriendelijke IMI-CS blijkt psychometrisch in geen enkel opzicht onder te doen voor de IMI-C.

INLEIDING

De Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen (*Impact Message Inventory Circumplex* (IMI-C); Kiesler, 1996; Kiesler & Schmidt, 1993, 2006; Schmidt, Wagner & Kiesler, 1999) is een meetinstrument, dat ontwikkeld is om therapeuten bewust te maken van bevels- en betrekkingsoodschappen (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) die zij in de communicatie met patiënten 'opvangen'. De IMI-C is een zogeheten 360°-instrument: de toegevoegde C staat voor 'circumplex', de aanduiding voor de mathematische structuur van de interpersoonlijke cirkel. Het instrument beoogt de aard en de intensiteit van vage, ambigue beïnvloedingsboodschappen, die zich bij de therapeut in het therapeutisch contact vaak aandienen als 'storende gevoelens', te identificeren en te registreren. De intensiteit van verschillende soorten beïnvloedingsboodschappen wordt in subschaalscores samengevat en die subschaalscores worden geprojecteerd op de interpersoonlijke cirkel (de 'Roos van Leary').

¹ Sinai Centrum, Joodse Geestelijke Gezondheidszorg, Polikliniek Amersfoort, Berkenweg 7, 3818 LA AMERSFOORT, E-mail: a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl

Het vertrekpunt van de IMI-C is het concept 'objectieve tegenoverdracht' van Winnicott (1949): ervaren beïnvloedingsboodschappen zoals gemeten met de IMI-C worden verondersteld niet louter bepaald te worden door de unieke persoon en achtergrond van de therapeut (voor zover dat wel het geval zou zijn is het begrip 'subjectieve' tegenoverdracht van toepassing), maar juist in substantiële mate generaliseerbaar te zijn over verschillende therapeuten met verschillende leergeschiedenissen en persoonlijkheidsstijlen.

De IMI-C is een 'transtheoretisch' diagnostisch instrument dat ook cognitief gedragstherapeuten kan helpen om stagnaties, herhalingspatronen of impasses in de behandeling te begrijpen en eventueel te doorbreken. Met name cognitief gedragstherapeuten die met ingewikkelde persoonlijkheidsproblematiek werken, kunnen gebaat zijn bij gebruik van het instrument.

Net als veel andere diagnostische meetinstrumenten is de IMI-C in het predigitale tijdperk ontwikkeld. Minder aantrekkelijk aan het gebruik van de papieren afnamevorm van het instrument is de noodzaak om handmatig subschaalscores te berekenen. Inmiddels is er ook een internetversie van de IMI-C beschikbaar³⁾. Deze internetversie maakt eigen rekenwerk overbodig en voorziet de therapeut onmiddellijk van grafische feedback (zie Bijlage 1 voor een voorbeeld).

Het gebruik van de IMI-C is door de mogelijkheid van afname via het internet veel aantrekkelijker geworden. Toch kost het invullen van de 56 items waaruit het instrument is samengesteld nog altijd vijf tot tien minuten. Met de steeds sterkere toename van de werkdruk in de geestelijke gezondheidszorg is dat een niet te verwaarlozen tijdsinvestering. Daarom werd twee Amerikaanse experts in de *Item Response Theory* (IRT; Embretson & Reise, 2000) recent gevraagd de mogelijkheden te onderzoeken om het instrument in te korten. Voor zowel de papieren afnamevorm als voor de afname van de IMI-C via het internet bleek een verkorte versie met slechts 32 items minimaal dezelfde betrouwbare informatie te bevatten als de volledige IMI-C en deze ingekorte IMI-C bleek evenzeer te voldoen als 360°-maat (Sodano, Tracey & Hafkenscheid, aangeboden ter publicatie). De verkorte IMI-C werd de IMI-CS (de S staat voor 'Short') gedoopt. Het doel van dit artikel is om de equivalentie van de IMI-CS (papieren afname of afname via het internet) ten opzichte van de volledige (papieren of internetafname) IMI-C te onderzoeken op diverse validiteitsaspecten, die in de studie van Sodano et al. (aangeboden ter publicatie) niet zijn onderzocht en waarover ook anderszins niet eerder is gerapporteerd.

METHODE

Instrument

De IMI-C is geen 'pure' zelfbeoordelingsschaal en evenmin louter een observatie- of gedragbeoordelingsschaal. Feitelijk combineert de IMI-C de kenmerken

van beide. De therapeut scoort *eigen* cognities, emoties, gedragsneigingen en ervaren bevelsboodschappen zoals die zich voordoen in de interactie met een *specifieke ander* (de patiënt). Het gaat om cognities, emoties en gedragsneigingen in reactie op de patiënt, die veelal reflexmatig zijn. De therapeut wordt zich er vaak pas van bewust bij het invullen van het instrument. Bij het beantwoorden van de IMI-C gaat het niet zozeer om observeerbaar gedrag van de ander (oftewel: om het inhoudsniveau van haar of zijn communicatieve boodschappen), maar veeleer om diens impliciete communicatieve beïnvloedingsboodschappen (het bevels- of betrekkingniveau). Met de IMI-C kunnen complementaire interactiepatronen tussen patiënt en therapeut in kaart worden gebracht. Therapeuten kunnen de IMI-C dus gebruiken om valkuilen in de communicatie met specifieke patiënten op het spoor te komen. In Tabel 1 zijn vier items uit de IMI-C als voorbeeld opgenomen.

Tabel 1: Vier voorbeelditems van de Beoordelingsschaal beïnvloedingsboodschappen: *Impact Message Inventory Circumplex*-versie (IMI-C)*. Versie: patiënt is man

Als ik bij hem ben geeft hij mij het gevoel...

...door hem gecommandeerd te worden.

...dat ik door hem op afstand wordt gehouden.

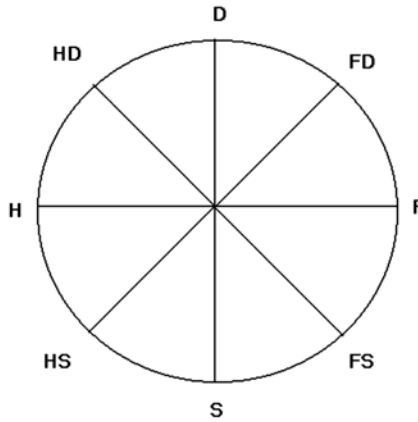
Als ik bij hem lijkt het alsof...

...hij vindt dat iedereen haar of zijn eigen boontjes maar moet doppen.

...hij bij iedereen charmant wil overkomen.

Noten: Scoring: 1 = helemaal niet van toepassing; 2 = een beetje van toepassing; 3 = nogal van toepassing; 4 = sterk van toepassing; *geautoriseerde Nederlandse versie, met schriftelijke toestemming van Donald J. Kiesler, 15 mei 1999.

De 56 items van het instrument worden gelijkelijk verdeeld over de acht segmenten (octanten) van de interpersoonlijke cirkel. De IMI-C is gebaseerd op de twee basisdimensies van de menselijke interactie en communicatie: de dimensie 'Samen-Tegen' (de horizontale as van de interpersoonlijke cirkel) en de dimensie 'Boven-Onder' (de verticale as van de interpersoonlijke cirkel). De namen van die segmenten of subschalen: Dominant (D), Vijandig-Dominant (HD: *Hostile-Dominance*), Vijandig (H), Vijandig-Submissief (HS: *Hostile-Submissive*), Submissief (S), Vriendelijk-Submissief (FS: *Friendly-Submissive*), Vriendelijk (F), Vriendelijk-Dominant (FD)³. De octanten van de interpersoonlijke cirkel zijn weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1: Octantenversie interpersoonlijke cirkel

De Nederlandse versie van de IMI-C is de afgelopen tien jaar uitgebreid psychometrisch gevalideerd: dat geldt zowel voor de papieren afnamevorm, als voor de afnamevorm via het internet. Ondermeer het 360°-karakter van het instrument werd voor beide afnamevormen in grote steekproeven (papieren afname: $N = 350$; afname via het internet: $N = 812$) duidelijk empirisch bevestigd (Hafkenscheid & Rouckhout, 2009, 2013), al was de circumplex-structuur niet helemaal perfect.

In vijf studies (Hafkenscheid, 2003, 2005, 2012a, Hafkenscheid & Kiesler, 2007; Hafkenscheid & Rouckhout, 2009) werden in totaal 350 (papieren afnamevorm) en 168 (afname via het internet) patiënten elk onafhankelijk van elkaar en in de zelfde volgorde met de IMI-C gescoord door twee therapeuten. De onderzoeksgroepen waren breed samengesteld (voor meer gedetailleerde beschrijvingen van de ondergroepsgruppen wordt verwezen naar de oorspronkelijke publicaties). De therapeutenparen behandelden dezelfde patiënten in groepsverband. De mate van samenhang tussen hun scores op de octanten en op de hoofddimensies werd bepaald met behulp van Intra Class-correlaties (ICC; Shrout & Fleiss, 1979): voor elk therapeutenpaar en vervolgens voor de gehele steekproef (geaggregeerd over alle therapeutenparen samen). Als definitie voor klinisch betekenisvolle samenhang (een substantiële mate van intersubjectiviteit) werd de ondergrens op een ICC-waarde ($ICC \geq 0.50$) bepaald. Met opzet is in deze studies een lagere ondergrens aangehouden dan de ondergrens van 0.75 die in eerder onderzoek naar psychiatrische gedrags- en symptoombeoordelingsschalen is gehanteerd (Hafkenscheid, 1991a, 1991b, 1993). Het beoordelen van observeerbare gedragingen en symptomen is betrekkelijk eenduidig en impliceert weinig ambiguïteit. Het scoren van ongereflecteerde en betrekkelijk vage gevoelens, cognities en actietendenties daarentegen vraagt veel meer introspectieve inspanning van de beoordelaar.

Voor de veronderstelde 'objectiviteit' -eigenlijk is de term 'intersubjectiviteit' passender- van beïnvloedingsboodschappen werd in deze studies naar de volledige IMI-C duidelijk steun gevonden, al is de mate van intersubjectiviteit of generaliseerbaarheid verschillend per therapeutenpaar en ook afhankelijk van de specifieke octant.

Procedure

De equivalentie van de volledige IMI-C ten opzichte van de verkorte IMI-C (IMI-CS) wordt in deze studie getoetst op vier validiteitaspecten. In de eerste plaats wordt de IMI-C ten opzichte van de IMI-CS vergeleken op generaliseerbaarheid van beïnvloedingsboodschappen over verschillende therapeuten. Dat gebeurt zowel voor de papieren afnamevorm als voor de afnamevorm via het internet. In de tweede plaats wordt de convergentie tussen therapeutescores enerzijds en door patiënten zelf gerapporteerde interpersoonlijke problemen anderzijds vergeleken voor respectievelijk de papieren IMI-C en de verkorte papieren IMI-C (IMI-CS). In de derde plaats wordt het onderscheidend vermogen tussen diverse DSM-classificaties op As 2 (patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen Cluster B versus patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen Cluster C) vergeleken voor de webversie van de IMI-C ten opzichte van de webversie van de verkorte IMI-C (IMI-CS). In de vierde plaats wordt het onderscheidend vermogen op As 1 (patiënten met een depressieve stoornis versus patiënten met andere As 1-stoornissen) vergeleken voor de webversie van de IMI-C ten opzichte van de webversie van de verkorte IMI-C (IMI-CS). Bij elk van deze vier validiteitaspecten gaat het om de vraag of de verkorte IMI-C (IMI-CS) even goed voldoet als de volledige IMI-C. De statistische kengetallen (gemiddelden, standaarddeviaties) voor dezelfde subschalen (octanten) en hoofddimensionen van de IMI-C en de IMI-CS kunnen rechtstreeks worden vergeleken, omdat de scores gecorrigeerd worden voor (dat wil zeggen: gedeeld worden door) het aantal items binnen de subschalen (7 items per subschaal voor de IMI-C, 4 items per subschaal voor de IMI-CS).

RESULTATEN

'Objectieve tegenoverdracht': intersubjectiviteit van ervaren beïnvloedingsboodschappen

In Tabel 2 worden de nieuw berekende generaliseerbaarheidcoëfficiënten (kolom 2 en kolom 4) voor de verkorte IMI-C (IMI-CS) vergeleken met de eerder berekende coëfficiënten voor de volledige IMI-C (kolom 1 en kolom 3). Die vergelijkingen betreffen zowel de papieren afnamevorm (Hafkenscheid & Rouckhout, 2009) als de afname via het internet (Hafkenscheid, 2012a). De analyses hebben betrekking op de totale steekproeven en zijn dus niet uitgesplitst per therapeutenpaar.

Tabel 2: Generaliseerbaarheid (Intra Class-correlaties) IMI-scores (IMI-C of IMI-CS) over beoordelaars

Afnamewijze	Papieren versie		Webversie	
	1	2	3	4
Kolom				
	<i>IMI-C</i>	<i>IMI-CS</i>	<i>IMI-C</i>	<i>IMI-CS</i>
D	.56	.57	.62	.65
HD	.52	.52	.59	.53
H	.31	.25	.44	.44
HS	.40	.34	.38	.31
S	.32	.30	.25**	.33
FS	.16*	.15**	.35	.38
F	.24	.23	.39	.41
FD	.36	.35	.53	.54
'Samen-Tegen'	.43	.41	.53	.53
'Boven-Onder'	.52	.53	.61	.60
<i>Twee therapeuten identieke classificatie op niveau...</i>				
...kwadrant	48%	52%	52%	54%
...as 'Samen-Tegen'	67%	70%	68%	70%
...as 'Boven-Onder'	73%	72%	77%	76%

Noten: Papieren versie: N = 350 (Hafkenscheid & Rouckhout, 2009); Webversie: N = 168 (Hafkenscheid, 2012a);

*p < 0.002; **p < 0.001; alle andere Intra Class-correlaties: p < 0.000.

De formules voor de berekening van de scores op de hoofddimensies (Kiesler & Schmidt, 2006):

'Samen-Tegen' = (F - H) + .707(FD + FS) - .707(HD + HS)

'Boven-Onder' = (D - S) + .707(HD + FD) - .707(HS + FS)

Voor beide afnamevormen blijken de generaliseerbaarheidcoëfficiënten die met de volledige IMI-C worden behaald nauwelijks te verschillen van de coëfficiënten die met de verkorte IMI-C worden gevonden. Aanzienlijke inkorting van de IMI-C blijkt dus niet ten koste te gaan van de generaliseerbaarheid van scores over verschillende therapeuten.

Alle coëfficiënten in de tabel zijn statistisch significant (minimaal bij $p = 0.002$), maar de verschillen in generaliseerbaarheid tussen de octanten zijn aanzienlijk. Voor beide afnamevormen (papieren versie versus webversie) en beide lengtes (IMI-C versus IMI-CS) zijn de octanten Dominant (D) en Vijandig-Dominant (HD) veruit het meest generaliseerbaar. Voor de webversie geldt dat ook voor Vriendelijk-Dominant (FD).

De scores op de hoofddimensie 'Boven-Onder' zijn voor beide afnamevormen en beide lengtes substantieel generaliseerbaar. Voor de hoofddimensie 'Samen-Tegen' geldt dat alleen voor de webversie (volledig of verkort).

In het onderste deel van Tabel 2 is de overeenstemming tussen twee therapeuten die dezelfde patiënten onafhankelijk van elkaar beoordeelden nog

eens op andere manier bepaald: classificatie van scores binnen hetzelfde kwadrant en volgens de dichotome indelingen (1) 'Samen' versus 'Tegen' en (2) 'Boven' versus 'Onder'. Ook hier blijkt dat de verkorte IMI-C even goede resultaten oplevert als de volledige IMI-C. Voor beide lengtes en afnamevormen is de kans dat twee therapeuten de ervaren bevels- en betrekkingsoodschappen van de patiënt binnen hetzelfde kwadrant classificeren rond de 50 %, ongeacht de lengte en ongeacht de afnamevorm. Voor de horizontale hoofdas 'Samen-Tegen' is de kans dat beide therapeuten en patiënt als 'Samen' dan wel 'Tegen' ervaren ongeveer 70 %. Voor de verticale hoofdas 'Boven-Onder' is die kans ruim 70 % voor de papieren versie, en ruim 75 % voor de webversie.

Uit deze bevindingen kan worden geconcludeerd dat de meest gebruiksvriendelijke lengte en afnamevorm van de IMI-C, de webversie van de IMI-CS, in termen van generaliseerbaarheid over twee therapeuten niet onderdoet voor de meer omslachtige papieren en/of volledige IMI-C. Ter vergelijking met de resultaten uit de eerdere studies zijn (net als in die studies) in Bijlage 2 de generaliseerbaarheidcoëfficiënten per therapeutenpaar uitgesplitst. Ook bij uitsplitsing per therapeutenpaar komt duidelijk naar voren dat de verkorte webversie van de IMI-C niet inboet aan generaliseerbaarheid ten opzichte van de minder gebruiksvriendelijke lengte en/of afnamevorm.

Convergentie van door therapeuten ervaren beïnvloedingsboodschappen (volledige en verkorte papieren IMI-C) met door patiënten ervaren interpersoonlijke problemen (IIP-C)

Een subgroep van 76 patiënten in psychotherapeutische deeltijdbehandeling (Hafkenscheid & Kiesler, 2007) beantwoordde, gelijktijdig aan de onafhankelijke beoordelingen door twee therapeuten, de gevalideerde Nederlandse versie (IIP-64-NL; Zevalkink et al., 2012) van de *Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex* (IIP-C; Horowitz, 2004). De therapeuten hadden geen inzage in de antwoorden van deze patiënten, en de patiënten kenden de IMI-C-scores van de therapeuten niet. De IIP-C is, net als de IMI-C, gebaseerd op de interpersoonlijke cirkel. Met de IIP-C worden interpersoonlijke problemen die patiënten in hun dagelijks leven ondervinden geïnventariseerd via zelfbeoordelingen. Verwacht mag worden dat de typerende beïnvloedingsboodschappen die therapeuten tijdens de behandelcontacten van patiënten opvangen tot op zekere hoogte gereflecteerd worden in de interpersoonlijke problemen die patiënten in hun eigen leven zeggen te ervaren. In Tabel 3 zijn per therapeut de correlaties tussen vergelijkbare octanten van de (volledige respectievelijk de verkorte papieren) IMI-C en de IIP-C weergegeven.

Tabel 3: Samenhang IMI-scores (PM-correlaties) therapeut (papieren IMI-C of IMI-CS) met IIP-C-scores patiënt

	<i>Therapeut 1</i>		<i>Therapeut 2</i>	
	<i>IMI-C</i>	<i>IMI-CS</i>	<i>IMI-C</i>	<i>IMI-CS</i>
D	.22	.21	.23*	.25*
HD	-.04	-.00	.11	.18
H	.03	.03	-.08	-.07
HS	.09	.12	.06	.02
S	.26*	.26*	.18	.18
FS	.09	.12	.16	.07
F	.08	.07	.02	-.05
FD	-.02	-.03	.10	.10
'Samen-Tegen'	.02	-.02	-.08	-.07
'Boven-Onder'	.44**	.47**	.38**	.38**
<i>Patiënt en therapeut identieke classificatie op niveau...</i>				
...kwadrant	38%	42%	38%	43%
...as 'Samen-Tegen'	54%	55%	53%	58%
...as 'Boven-Onder'	74%	72%	62%	64%

Noten: N=76 (Hafkenscheid & Kiesler, 2007); *p < 0.05, **p < 0.01 (tweezijdig).

Ook uit deze analyses komt naar voren dat de verkorte (papieren) versie van de IMI-C vrijwel dezelfde correlaties oplevert als de volledige (papieren) versie. De tabel maakt zichtbaar dat de correlaties vrijwel allemaal onbeduidend zijn. Er is dus nauwelijks convergentie tussen de interpersoonlijke problemen zoals de therapeut die in het directe contact met de patiënt ervaart enerzijds, en de interpersoonlijke moeilijkheden zoals de patiënt die in haar of zijn eigen leven ervaart anderzijds. Voor de horizontale hoofddimensie 'Samen-Tegen' is die convergentie er evenmin. Voor de verticale hoofddimensie 'Boven-Onder' blijkt er, zowel voor de volledige als voor de verkorte IMI-C, wel een tamelijk sterke en statistisch significante convergentie. Op dezelfde manier als in Tabel 2 werd gekeken naar identieke indelingen in kwadranten en tweedelingen van de hoofddimensies ('Samen' versus 'Tegen' en 'Boven' versus 'Onder'), maar nu voor de scores (op de IMI-C) van een van beide therapeuten ten opzichte van de scores (op de IIP-C) van de patiënt zelf. In grofweg 40 % van de gevallen scoren patiënt en therapeut binnen hetzelfde kwadrant. In grofweg 55 % scoren patiënt en therapeut aan dezelfde kant van het nulpunt voor de horizontale hoofddimensie 'Samen-Tegen' en in 62-74 % van de gevallen scoren patiënt en therapeut beiden 'Boven' of beiden 'Onder'.

Onderscheidend vermogen tussen Cluster B- en Cluster c persoonlijkheidsproblematiek

Voor de webafname van de IMI-C konden DSM-IV-TR classificaties per patiënt rechtstreeks worden gekoppeld aan scores op de IMI-C. Van de 812 met de webversie beoordeelde patiënten (Hafkenscheid & Rouckhout, 2013) kregen er 343 (42.2%) tenminste een DSM-IV-TR persoonlijkheidsstoornis (As 2) toegekend: 9 binnen Cluster A, 109 binnen Cluster B en 66 binnen Cluster c. Bij 159 patiënten werd een 'Niet Anders Omschreven' (NOS) persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd en bij 180 patiënten werd een As-2-classificatie uitgesteld. De IMI-C scoreprofielen voor patiënten met een persoonlijkheidsclassificatie binnen Cluster B (met een meer externaliserende interpersoonlijke problematiek: antisociale, theatrale, borderline of narcistische persoonlijkheidsstoornis) werden afgezet tegen de IMI-C scoreprofielen voor patiënten met een persoonlijkheidsclassificatie binnen Cluster c (met een meer internaliserende interpersoonlijke problematiek: ontwijkende, afhankelijke, of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis). In Tabel 4 staan de gemiddelde scores en de spreidingen (standaarddeviaties) per cluster weergegeven: voor de volledige en de verkorte IMI-C webversie.

Tabel 4: Gemiddelde IMI-scores (IMI-C en IMI-CS webversie) voor patiënten met een DSM IV-R Cluster B- versus Cluster c-persoonlijkheidsstoornis (t-toetsen voor onafhankelijke waarnemingen)

	Cluster B		Cluster c		t-waarden	
	IMI-C m (sd)	IMI-CS m (sd)	IMI-C m (sd)	IMI-CS m (sd)	t _{IMI-C}	t _{IMI-CS}
D	2.18 (.69)	2.21 (.77)	1.41 (.42)	1.40 (.49)	<u>8.2**</u>	<u>7.7**</u>
HD	2.15 (.59)	2.28 (.62)	1.73 (.50)	1.80 (.55)	<u>4.8**</u>	<u>5.3**</u>
H	1.90 (.60)	2.09 (.64)	1.98 (.62)	2.18 (.65)	-8	-8
HS	1.88 (.57)	1.92 (.66)	2.49 (.65)	2.50 (.72)	<u>-6.5**</u>	<u>-5.5**</u>
S	2.05 (.45)	1.96 (.53)	2.48 (.52)	2.56 (.61)	<u>-5.8**</u>	<u>-6.9**</u>
FS	1.79 (.62)	2.03 (.67)	2.16 (.66)	2.37 (.63)	<u>-3.8**</u>	<u>-3.3*</u>
F	2.05 (.65)	2.19 (.78)	2.14 (.56)	2.23 (.66)	-1.0	-4
FD	2.05 (.53)	2.17 (.62)	1.67 (.42)	1.96 (.60)	<u>4.9**</u>	2.3 ¹⁾
'Samen-Tegen'	.01 (1.82)	.10 (2.06)	-.11 (1.77)	.08 (2.00)	.4	.1
'Boven-Onder'	.50 (1.77)	.60 (1.88)	-1.95 (1.50)	-1.97 (1.64)	<u>9.4**</u>	<u>9.2**</u>

Indeling in kwadrant..

1. 'Boven-Samen'	24.3%	27.8%	4.5%	4.7%
2. 'Boven-Tegen'	35.5%	33.3%	4.5%	6.3%
3. 'Onder-Tegen'	16.8%	13.8%	43.9%	42.2%
4. 'Onder-Samen'	23.4%	25.0%	46.9%	46.9%

χ^2 IMI-C = 44.1 (d.f. = 3; p < 0.000); χ^2 IMI-CS = 42.8 (d.f. = 3; p < 0.000)

Noten: Cluster B: N = 109; Cluster C: N = 66 (Hafkenscheid & Rouckhout, 2013);¹⁾ p < 0.05, * p < 0.001, ** p < 0.000 (tweezijdig); d.f. = 173; t-waarden onderstreept met ononderbroken lijntjes: d > 0.80 ('groot effect'); t-waarden onderstreept met stippelijntjes: 0.50 < d < 0.80 ('middelgroot effect').

Net als bij beide vorige analyses komen de resultaten voor de volledige (webversie van de) IMI-C grotendeels overeen met de resultaten voor de verkorte (webversie van de) IMI-C.

Voor zowel de volledige als de verkorte webversie van de IMI-C worden op tenminste vier octanten uitgesproken verschillen in de verwachte richting gevonden tussen de scoreprofielen van patiënten met een Cluster B persoonlijkheidsstoornis ten opzichte van patiënten met een Cluster C persoonlijkheidsstoornis: eerstgenoemde groep scoort significant hoger op Dominantie (D), Vijandige-Dominantie (HD) en significant lager op Vijandig-Submissief (HS) en op Submissief (S). De gemiddelde scoreverschillen zijn in termen van Cohen's d-maat voor Effect Grootte als 'groot' ($d > 0.80$) te kwalificeren. Een statistisch significant en 'groot' verschil wordt eveneens gevonden voor de scores op de verticale hoofddimensie 'Boven-Onder': patiënten met Cluster B persoonlijkheidsproblematiek scoren aanzienlijk meer in de richting van 'Boven' dan patiënten die met een Cluster C persoonlijkheidsstoornis zijn geïdentificeerd. Voor de horizontale hoofddimensie 'Samen-Tegen' wordt geen verschil tussen beide clusters gevonden.

Pregnante verschillen komen naar voren bij de indeling in kwadranten en die verschillen worden vooral verklaard door de verticale hoofddimensie. Rond de 60 % van de Cluster B patiënten wordt geplaatst binnen het kwadrant 'Boven-Samen' of 'Boven-Tegen', terwijl dat slechts voor ongeveer 10 % van de Cluster C patiënten het geval is. De verschillen in kwadrantenindeling tussen beide clusters is in overtuigende mate statistisch significant.

Onderscheidend vermogen tussen depressieve stoornissen en andere As 1-stoornissen

Diverse klinische onderzoekers naar de diagnostiek en therapie bij depressies (bijvoorbeeld: McCullough, 2006; Grosse Holtforth, Altenstein, Ansell, Schneider, & Caspar, 2012) hebben met name 'vijandige-submissiviteit' (op octantniveau en binnen het kwadrant 'Onder-Tegen') in verband gebracht met de interpersoonlijke dynamiek van depressieve patiënten. Uit de steekproef van 812 met de webversie van de IMI-C beoordeelde patiënten (Hafkenscheid & Rouckhout, 2013) werden twee substeekproeven samengesteld ter onderlinge vergelijking: patiënten met een depressieve stoornis, eventueel met comorbiditeit op As 1, ten opzichte van patiënten met een angststoornis, somatoforme stoornis of dissociatieve stoornis op As 1, zonder comorbiditeit. Om 'vervuiling' van de analyses te voorkomen werden patiënten met een classificatie op As 2 in geen van beide substeekproeven opgenomen. In Tabel 5 zijn de gemiddelde scores voor depressieve en 'andere' patiënten per octant en voor beide hoofddimensies weergegeven.

Tabel 5: Gemiddelde IMI-scores (IMI-C en IMI-CS webversie) voor patiënten met een DSM IV-R depressieve stoornis versus andere As 1-stoornis (t-toetsen voor onafhankelijke waarnemingen)

	<i>Depressie</i>		<i>Andere stoornis</i>		<i>t-waarden</i>	
	<i>IMI-C</i> m (sd)	<i>IMI-CS</i> m (sd)	<i>IMI-C</i> m (sd)	<i>IMI-CS</i> m (sd)	t_{IMI-C}	t_{IMI-CS}
As 1-stoornis:						
D	1.66 (.67)	1.66 (.76)	1.61 (.57)	1.61 (.66)	.6	.6
HD	1.85 (.63)	1.93 (.65)	1.65 (.44)	1.74 (.51)	-2.8**	-2.6**
H	1.88 (.62)	2.05 (.66)	1.78 (.65)	1.92 (.68)	1.3	1.5
HS	2.18 (.64)	2.26 (.69)	2.09 (.63)	2.19 (.71)	1.2	.8
S	2.17 (.48)	2.21 (.56)	2.10 (.47)	2.12 (.54)	1.2	1.4
FS	1.96 (.62)	2.22 (.69)	2.01 (.54)	2.26 (.59)	.6	.5
F	2.16 (.61)	2.28 (.69)	2.31 (.60)	2.46 (.70)	2.0*	2.2*
FD	1.85 (.55)	2.07 (.65)	1.97 (.51)	2.24 (.61)	1.7	2.2*
'Samen-Tegen'	.15 (.99)	.17 (.98)	.45 (.91)	.44 (.90)	2.6*	2.3*
'Boven-Onder'	-.41 (.91)	-.41 (.91)	-.43 (.91)	-.47 (.89)	.2	.6
<i>Indeling in kwadrant..</i>						
1. 'Boven-Samen'	12%	12.5%	17.6%	15.6%		
2. 'Boven-Tegen'	17.1%	17.7%	11.0%	11.1%		
3. 'Onder-Tegen'	25.2%	23.7%	16.5%	16.7%		
4. 'Onder-Samen'	45.7%	46.1%	54.9%	56.7%		
$\chi^2_{IMI-C} = 6.5$ (d.f. = 3; $p = 0.09$); $\chi^2_{IMI-CS} = 5.2$ (d.f. = 3; $p = 0.16$)						

Noten: Depressieve stoornis, zonder persoonlijkheidsclassificatie: N = 237;

Andere stoornis (Angststoornis, Somatoforme stoornis of Dissociatieve stoornis), zonder andere As 1-stoornis en zonder persoonlijkheidsclassificatie: N = 91 (Hafkenscheid & Rouckhout, 2013);

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ (tweezijdig); d.f. = 326.

Wederom wijken de bevindingen voor de volledige IMI-C webversie niet noemenswaardig af van die voor de verkorte webversie.

Op octantniveau wordt met de volledige IMI-C webversie voor twee octanten een statistisch significant verschil gevonden, en voor de verkorte webversie voor drie octanten: patiënten met een depressieve stoornissen worden als meer vijandig-dominant (HD) en als minder vriendelijk (F) ervaren dan patiënten met een angststoornis, somatoforme of dissociatieve stoornis; voor de verkorte webversie ook nog eens als minder vriendelijk-dominant (FD). Op de hoofddimensie 'Samen-Tegen' scoren therapeuten depressieve patiënten significant lager in de richting van 'Samen' dan de patiënten in de contrastgroep. Geen van de statistisch significante verschillen is in termen van Cohen's Effect Grootte overigens betekenisvol.

Bij de indeling van de scores in kwadranten wordt weliswaar een trendverschil zichtbaar, maar die trend is niet statistisch significant. De indeling volgens de verticale hoofddimensie 'Boven-Onder' verschilt nauwelijks tussen de

substeekproeven: ongeveer 70 % van de patiënten met een depressieve stoornis scoort 'Onder' ('Onder-Samen' of 'Onder-Tegen') en die schatting geldt net zozeer voor de andere patiënten. Het niet geheel te verwaarlozen verschil in kwadrantindeling komt dus vooral voor rekening van de horizontale dimensie 'Samen-Tegen': ruim 40 % van de depressieve patiënten scoort 'Tegen' ('Boven-Tegen' of 'Onder-Tegen'), terwijl dat voor nog geen 30 % van de patiënten met een angststoornis, somatoforme stoornis of dissociatieve stoornis geldt.

DISCUSSIE

Op alle vier onderzochte validiteitsaspecten blijkt de verkorte IMI-C (IMI-CS) even goed te voldoen als het volledige instrument. Dat is verheugend omdat zeker de webvorm van de IMI-CS uitermate gebruiksvriendelijk is voor druk bezette klinici, die ondanks hun werkdruk systematisch in kaart willen brengen wat patiënten (met) hen doen in het directe therapeutische contact. Recent werd met behulp van IRT-analyses vastgesteld dat de IMI-CS minstens zoveel betrouwbare informatie bevat als de volledige versie (Sodano et al., aangeboden ter publicatie). Uit de nieuwe analyses in onderhavig artikel blijkt dat de IMI-CS evenmin voor de volledige IMI-C onder doet (a) in generaliseerbaarheid van beïnvloedingsboodschappen over verschillende therapeuten, (b) in de samenhang van scores met zelfbeoordelingen van patiënten en (c) in onderscheidend vermogen tussen diverse DSM-classificaties op As 2 (patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen Cluster B versus patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen Cluster C) of op As 1 (patiënten met een depressieve stoornis versus patiënten met andere As 1-stoornissen).

Net als voor de volledige IMI-C blijkt voor de IMI-CS de generaliseerbaarheid (intersubjectiviteit) van beïnvloedingsboodschappen op octantniveau niet voor elke octant even goed. De octanten verschillen dus in de mate waarin zij de 'objectieve' component van tegenoverdracht meten. Toch kunnen therapeuten op grond van de bevindingen in deze en vorige publicaties er behoorlijk op vertrouwen dat hun scores op de IMI-C niet simpelweg idiosyncratisch zijn. De door hen ervaren beïnvloedingboodschappen verwijzen op zijn minst ten dele naar wat de patiënt op betrekkingniveau met de therapeut doet, en niet alleen maar naar specifieke (over)gevoeligheden van een specifieke therapeut. Op kwadrantniveau en op het niveau van beide hoofddimensies is de generaliseerbaarheid van beïnvloedingboodschappen onmiskenbaar.

De generaliseerbaarheid van beïnvloedingboodschappen werd in alle eerdere studies getoetst in de gewone klinische praktijk. Deze werkwijze maximaliseert de ecologische validiteit van het onderzoek naar de IMI-C, maar garandeert geen optimale generaliseerbaarheidscoëfficiënten. Om de 'objectieve' tegenoverdrachtscomponent te toetsen gebruikten Schwartz, Smith en Chopko (2007) in een Amerikaanse studie videofragmenten van twee patiënten: een met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een met een schizo-

frene stoornis. De videofragmenten werden door observatoren met de IMI-C beoordeeld. Zoals te verwachten viel bleken observatoren zich onder andere meer gedomineerd te voelen bij het bekijken van de video met de antisociale patiënt. Soortgelijk onderzoek is in voorbereiding met de Nederlandse IMI-C, met als doel de generaliseerbaarheid van beïnvloedingboodschappen nog eens te meten in meer gestandaardiseerde en gecontroleerde omstandigheden.

Binnen het *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP; McCullough, 2006; Swan & Hull, 2007) is de IMI-C al standaard opgenomen om de casusconceptualisering in de diagnostiek en behandeling van chronisch depressieve patiënten te ondersteunen. Er is echter geen enkele reden om het gebruik van de IMI-C, en dan vooral de meest gebruiksvriendelijke verkorte webversie (IMI-CS), te beperken tot depressieve patiënten of tot een specifiek therapiesysteem zoals het CBASP.

De (verkorte webversie van de) IMI-C leent zich niet alleen voor casusconceptualisering voorafgaand aan de eigenlijke behandeling, maar net zo goed voor het monitoren van het therapeutisch proces (Hafkenscheid, 2010, 2012b), alsmede voor ondersteuning van supervisies in de opleidingssituatie (Veeninga & Hafkenscheid, 2009).

SUMMARY

Psychometric properties of the IMI-CS

The Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C) is intended to support therapists in the identification of command and relationship messages, experienced during their interactions with patients. This article empirically compares the full, less user-friendly, IMI-C with a short form of this assessment tool, the IMI-CS. Psychometrically, the user-friendly web-version of the IMI-CS turns out to be as good as the original instrument.

Keywords: IMI-CS, user-friendly, assessment tool

LITERATUUR

- Embretson, S.E., & Reise, S.P. (2000). *Item Response Theory for psychologists*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Grosse Holtforth, M., Altenstein, D., Ansell, E., Schneider, C., & Caspar, F. (2012). Impact messages of depressed outpatients as perceived by their significant others: profiles, therapeutic change, and relationship to outcome. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 319-333.
- Hafkenscheid, A. (1991a). Psychometric evaluation of the Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*, 46-52.
- Hafkenscheid, A. (1991b). Psychometric evaluation of a standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 294-300.

- Hafkenscheid, A. (1993). Reliability of a standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale: a replication study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*, 305-310.
- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: do patients' interpersonal impacts generalise across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*, 31-40.
- Hafkenscheid, A. (2005). The Impact Message Inventory (IMI-C): Generalisability of patients' command and relationship messages across psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*, 325-332.
- Hafkenscheid, A. (2010). Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ-Psychologie*, *2*, 12-17.
- Hafkenscheid, A. (2012a). Assessing 'objective' countertransference with a computer-delivered Impact Message Inventory (IMI-C). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*, 37-45.
- Hafkenscheid, A. (2012b). Monitoren van het therapeutische proces: het perspectief van de therapeut. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, *50*, 339-356.
- Hafkenscheid, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing *objective* countertransference: a comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, *17*, 393-403.
- Hafkenscheid A., & Roukhout, D. (2009). Circumplex structure of the Impact Message Inventory (IMI-C): An empirical test with the Dutch version. *Journal of Personality Assessment*, *91*, 187-194.
- Hafkenscheid, A., & Roukhout, D. (2013). The Impact Message Inventory (IMI-C): a replication study of its circumplex structure in a Dutch sample. *Journal of Personality Assessment*.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington: American Psychological Association.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kiesler, D.J., & Schmidt, J.A. (1993). *The Impact Message Inventory: Form IIA Octant Scale Version*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Kiesler, D.J., & Schmidt, J.A. (2006). *The Impact Message Inventory – Circumplex (IMI-C) Manual: sampler set, manual, test booklet, scoring key, work sheets*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Lambert, M.J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, *17*, 1-14.
- McCullough, J.P. (2006). *Treating chronic depression with disciplined personal involvement: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Springer.
- Schmidt, J.A., Wagner, Chr. C., & Kiesler, D.J. (1999). Psychometric and circumplex properties of the octant scale Impact Message Inventory (IMI-C): a structural evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, *46*, 325-334.
- Schwartz, R.C., Smith, S.D., & Chopko, B. (2007). Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: an empirical test of theory. *American Journal of Psychotherapy*, *61*, 375-393.
- Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass Correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, *86*, 420-428.
- Sodano, S.M., Tracey, T.J.G., & Hafkenscheid, A. (aangeboden ter publicatie). A Brief Dutch Language Impact Message Inventory–Circumplex (IMI–C Short) Using Non-Parametric Item Response Theory.
- Swan, J.S., & Hull, A.M. (2007). The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: a new psychotherapy for chronic depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, *13*, 458-469.
- Veeninga, A., & Hafkenscheid, A. (2009). Persoonsgerichte supervisie in de psychotherapieopleiding. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *36*, 108-119.
- Verheul, W. (2007). Het volgen van de voortgang van cliënten in psychotherapie: eerste ervaringen met monitoring. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, *45*, 51-61.

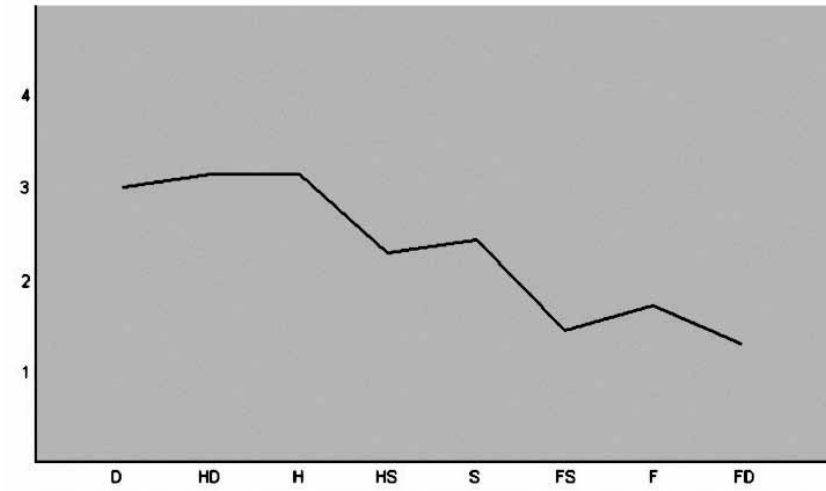
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-75.
- Zevalkink, J., De Geus, J., Hoek, W., Berghout, C.C., Brouwer, D., Riksen-Walraven, M., & Kooiman, K. (2012). *Handleiding IIP-64-NL: Inventory of Intepersonal Problems: Nederlandse versie*. Amsterdam: intern rapport Nederlands Psychoanalytisch Instituut.

NOTEN

- 2 De link van de webversie van de (verkorte) IMI-C: www.research.imi-c.org. De webversie kan kosteloos worden gebruikt door professionals in de geestelijke gezondheidszorg na registratie. Gebruik van de webversie draagt bij aan doorlopende verdere validering van het instrument. Gebruikers die de IMI-C willen opnemen in eigen wetenschappelijk onderzoek kunnen uiteraard beschikken over de door hen aangeleverde data.
- 3 Bij de vertaling van de octantnamen is met opzet gekozen om zo dicht mogelijk bij de Engelse namen en afkortingen aan te sluiten. De adjectieven waarmee de octanten van de interpersoonlijke cirkel worden aangeduid zijn altijd tot op zekere hoogte arbitrair. 'Vijandig' bijvoorbeeld heeft een duidelijk andere emotionele en morele connotatie dan 'Afstandelijk' of als 'Zelfgenoegzaam'; en 'Submissief' is gevoelsmatig zeker niet hetzelfde als 'Meegaand'. Bij de interpersoonlijke cirkel gaat het echter om de onderlinge samenhang van de gemeten constructen (octanten en hoofdimensies) en dan zijn de precieze aanduidingen van elk octant afzonderlijk minder van belang.

BIJLAGE 1

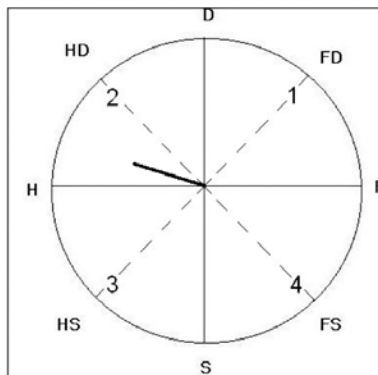
Figuur 2 geeft een voorbeeld van een grafiek voor scores op de acht afzonderlijke segmenten.



Figuur 2: voorbeeld grafische feedback IMI-C op octantenniveau

Noten: Van links naar rechts: Dominant (D), Vijandig-Dominant (HD), Vijandig (H), Vijandig-Submissief (HS), Submissief (S), Vriendelijk-Submissief (FS), Vriendelijk (F), Vriendelijk-Dominant (FD).

Toelichting: de therapeut ervaart deze patiënt vooral als Dominant, Vijandig-Dominant en Vijandig. In Figuur 3 wordt het scorepatroon samengevat in een vector op de interpersoonlijke cirkel.



Figuur 3: Voorbeeld grafische feedback IMI-C op vectorniveau

Noot: 1: 'Boven-Samen'; 2: 'Boven-Tegen'; 3: 'Onder-Tegen'; 4: 'Onder-Samen'

De vectorscore geeft het meest gecondenseerd en pregnant weer hoe de therapeut de patiënt ervaart. De verbale samenvatting van de vectorrichting wordt meestal uitgedrukt in de termen 'Boven-Samen' (kwadrant 1), 'Boven-Tegen' (kwadrant 2), 'Onder-Tegen' (kwadrant 3) en 'Onder-Samen' (kwadrant 4). Samenvattend worden de beïnvloedingsboodschappen van de patiënt uit Figuur 3 als 'Boven-Tegen' ervaren.

De samenvatting in een enkele vector is verhelderend als de therapeut bij eenzelfde patiënt tegenstrijdige bevels- en betrekkingboodschappen ervaart. Bijvoorbeeld: zowel Vriendelijk-Dominante als Vriendelijk-Submissieve. Dat komt regelmatig voor, omdat patiënten binnen de therapie heel tegenstrijdig gedrag kunnen vertonen, afhankelijk van ondermeer het gespreksonderwerp. De vector 'corrigeert' voor de relatieve sterkte van tegenstrijdige beïnvloedingsboodschappen.

Tabel 6: Suggesties aan de therapeut op basis van vectorscore op de IMI-C(s)

Door therapeut ervaren voorkeurspositie patiënt:	Waarschijnlijke complementaire inwendige reacties therapeut:	Mogelijke valkuil therapeut:	Overweeg te investeren in:
1. 'Boven-Samen'	'Onder-Samen'	te volgend, te harmonieus (te conflictvermijgend)	meer sturing en/of meer confrontatie
2. 'Boven-Tegen'	'Onder-Tegen'	te volgend, te conflictueus	meer sturing en/of meer samenwerking
3. 'Onder-Tegen'	'Boven-Tegen'	te sturend, te conflictueus	meer volgen en/of meer samenwerking
4. 'Onder-Samen'	'Boven-Samen'	te sturend, te harmonieus (te conflictvermijgend)	meer volgen en/of meer confrontatie

Tabel 6 laat zien welke complementaire, disfunctionele inwendige reacties bij de therapeut op grond van deze vectorscore te verwachten zijn en welke suggesties aan de therapeut gedaan kunnen worden om deze disfunctionele cognities, emoties maar vooral actietendities te door- of onderbreken (Kiesler, 1996). Net als bij andere automatische feedbacksystemen (Lambert, 2007; Verheul, 2007) kunnen deze suggesties niet anders dan globaal en betrekkelijk algemeen zijn en zullen ze door de therapeut zelf naar de unieke situatie met de beoordeelde patiënt moeten worden vertaald.

BIJLAGE 2

Generaliseerbaarheid (Intra Class-correlaties) IMI-CS-scores (webafname) over beoordelaars

Nummer therapeutenpaar ↓											percentages* octanten ICC ≥ 0.50 ↓	
	n =	D	HD	H	HS	S	FS	F	FD	ICC	S-T	B-O
1	16	<u>.76</u>	<u>.82</u>	<u>.75</u>	.40	.27	<u>.62</u>	<u>.52</u>	<u>.72</u>	75 (88)	<u>.76</u>	<u>.67</u>
2	10	<u>.73</u>	<u>.81</u>	<u>.75</u>	<u>.60</u>	.40	<u>.57</u>	<u>.55</u>	<u>.85</u>	88 (75)	<u>.78</u>	<u>.72</u>
3	6	<u>.67</u>	<u>.90</u>	<u>.78</u>	-.09	.33	<u>.91</u>	<u>.54</u>	<u>.82</u>	75 (75)	<u>.83</u>	.43
4	8	<u>.73</u>	<u>.83</u>	<u>.72</u>	.05	<u>.88</u>	.34	-.58	<u>.90</u>	63 (63)	<u>.60</u>	<u>.83</u>
5	4	.06	.41	-.29	-.12	.27	-.55	-.21	<u>.52</u>	13 (13)	-.27	.48
6	12	<u>.64</u>	<u>.64</u>	<u>.81</u>	<u>.57</u>	.48	.39	<u>.67</u>	<u>.59</u>	75 (75)	<u>.80</u>	.43
7	5	<u>.78</u>	<u>.95</u>	-.36	.26	-.61	.43	.45	.49	25 (50)	.46	.26
8	6	<u>.91</u>	<u>.56</u>	.45	.49	<u>.52</u>	<u>.82</u>	.49	.39	50 (88)	<u>.67</u>	<u>.87</u>
9	8	<u>.88</u>	.13	-.54	.09	<u>.75</u>	.30	-.08	.41	25 (25)	-.39	<u>.87</u>
10	9	<u>.68</u>	-.03	.30	.20	<u>.63</u>	<u>.55</u>	<u>.77</u>	.29	50 (50)	.38	<u>.71</u>
11	4	-.69	.00	<u>.69</u>	.35	.17	.33	.00	-.52	13 (13)	.27	<u>.50</u>
12	10	.48	<u>.82</u>	.34	-.49	.27	.34	.45	<u>.71</u>	25 (25)	<u>.60</u>	<u>.61</u>
13	7	<u>.75</u>	<u>.73</u>	.04	-.33	<u>.79</u>	.23	-.38	.39	38 (38)	-.24	<u>.73</u>
14	5	<u>.67</u>	.34	.16	.32	-.28	.44	.04	.35	13 (25)	.18	<u>.66</u>
15	7	<u>.84</u>	-.08	.15	.49	.12	-.10	.07	.41	13 (25)	-.33	.44
16	8	<u>.66</u>	.41	.21	.00	<u>.64</u>	<u>.87</u>	<u>.50</u>	.49	50 (75)	<u>.64</u>	<u>.85</u>
17	5	<u>.58</u>	.31	<u>.89</u>	.42	<u>.51</u>	.12	<u>.93</u>	<u>.76</u>	63 (38)	<u>.95</u>	.27
18	8	<u>.87</u>	-.62	<u>.65</u>	<u>.71</u>	<u>.57</u>	<u>.55</u>	.37	<u>.68</u>	75 (63)	<u>.54</u>	<u>.87</u>
19	7	-.13	<u>.53</u>	.00	.07	.40	.38	.07	.24	13 (25)	<u>.64</u>	.05
20	9	<u>.91</u>	<u>.63</u>	.47	<u>.75</u>	.48	<u>.76</u>	<u>.63</u>	<u>.91</u>	75 (88)	<u>.75</u>	<u>.81</u>
21	6	<u>.98</u>	<u>.75</u>	-.02	-.21	.22	-.03	.43	.24	25 (25)	<u>.90</u>	<u>.59</u>
22	8	.40	.26	.12	-.24	.25	-.30	.42	.44	0 (0)	.16	.35
percentages paren*:												
icc ≥ .50		77 (68)	55 (59)	36 (45)	18 (32)	36 (36)	36 (36)	36 (41)	45 (59)		59 (64)	64 (59)
Totaal	168	<u>.65</u> [.62]	<u>.53</u> [.59]	.44 [.44]	.31 [.38]	.33 [.25]	.38 [.35]	.41 [.39]	<u>.54</u> [.53]		<u>.53</u> [.53]	<u>.60</u> [.61]

Noten: S-T: 'Samen-Tegen', B-O: 'Boven-Onder'; Onderstreept: ICC ≥ 0.50; (...): percentages voor de volledige (56-item) webversie; [...]: ICC-waarden voor de volledige (56-item) webversie; *: Percentages afgerond.