

DEPRESSIE EN RELATIE

RELATIONELE NODEN IN KOPPELS MET EEN DEPRESSIE

Van de Voorde Lore

Stamnummer: 01509294

Promotor: Prof. Dr. Gilbert Lemmens

Copromotor: Dr. Nele Van de Velde

Masterproef voorgelegd in het kader tot het behalen van de graad Master of Medicine in de Geneeskunde

Academiejaar: 2019 - 2020



Deze pagina is niet beschikbaar omdat ze persoonsgegevens bevat.
Universiteitsbibliotheek Gent, 2021.

This page is not available because it contains personal information.
Ghent University, Library, 2021.

Voorwoord

Graag wil ik enkele mensen bedanken zonder wie ik mijn thesis niet tot een goed einde had kunnen brengen.

Allereerst zou ik mijn promotor Prof. Dr. Gilbert Lemmens willen bedanken, die mij anderhalf jaar geleden introduceerde tot het onderwerp en steeds uitgebreide antwoorden kon geven op mijn vele vragen. Ook wil ik graag mijn co-promotor Dr. Nele Van de Velde bedanken, die mij begeleidde tijdens het praktisch gedeelte van dit onderzoek en meerdere keren zorgde voor een duidelijke feedback.

Tot slot zou ik ook mijn ouders en zus willen bedanken voor hun steun en betrokkenheid bij deze thesis.

Inhoudstafel

Abstract.....	1
Inleiding.....	3
Depressie: definitie, prevalentie en impact.....	3
Relatie en depressie	4
De zelfdeterminatietheorie (ZDT).....	5
Individueel.....	5
De zelfdeterminatietheorie en relatie	8
De zelfdeterminatietheorie en depressie	10
Vraagstelling.....	11
Methodologie.....	13
Steekproef	13
Procedure	13
Meetinstrumenten	13
Beck Depression Inventory (BDI-II).	13
Dyadic Adjustment Scale (DAS).	14
Behoeftbevrediging/behoeftefrustratie.	14
Communication Patterns Questionnaire (CPQ).	15
Data-analyse.....	16
Resultaten	19
Beschrijvende statistiek	19
Verschil in gemiddelden.....	22
Verschil in gemiddelde BDI-II score.....	22
Verschil in gemiddelde behoeftefrustratie en behoeftesatisfactie tussen patiënt en partner.....	22
Verschil in gemiddelde behoeftefrustratie en behoeftesatisfactie na opname	23
Correlaties	24
Depressieve symptomen en behoeftefrustratie/behoeftesatisfactie	24
Behoeftefrustratie/behoeftesatisfactie en communicatiepatronen of conflictpatronen	28

Behoeftefrustratie/behoefte­­satisfactie en relatietevredenheid.....	35
Meervoudige lineaire regressie	37
Discussie.....	39
Limitaties en verder onderzoek	43
Referentielijst	45
Bijlagen	47
Bijlage 1: Vragenbundel depressie en relatie	47

Abstract

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) bespreekt drie universele en fundamentele psychologische noden voor een optimale psychologische groei, integriteit en welzijn: autonomie, competentie en verbondenheid. De behoefte aan autonomie verwijst naar de nood zich psychologisch vrij te voelen en uit eigen keuze te kunnen handelen. De behoefte aan competentie is de nood om doeltreffend te interageren met de omgeving en het gevoel de capaciteiten te hebben om goed te kunnen functioneren. De behoefte aan verbondenheid beschrijft de behoefte om zich verbonden te voelen met anderen.

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat koppels met een depressieve partner meer relatieontevredenheid rapporteren. Het hoofddoel van deze masterproef was om een mogelijk verband tussen de frustratie en satisfactie van de drie psychologische noden in een relatie en de depressie van één van de partners te onderzoeken. Verder werd ook gekeken naar mogelijke verbanden tussen de frustratie en satisfactie van de drie psychologische noden en de verschillende conflictpatronen binnen de relatie. Tot slot werd ook het verband tussen de relatietevredenheid en de behoeftefrustratie- en satisfactie onderzocht.

De steekproef van deze masterproef bevat op het eerste afnamemoment 26 patiënten en 24 partners. Op het tweede afnamemoment werden er 13 patiënten en 12 partners geïnccludeerd. De data werd verzameld met behulp van een vragenbundel die ingevuld werd door de patiënten en hun respectievelijke partners. De gebruikte vragenlijsten in deze studie waren de *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, de *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*, de *Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale* en de *Communication Patterns Questionnaire (CPQ)*.

De gemiddelde behoeftefrustratie van de patiënten lag op T1 significant hoger dan die van de partners. Omgekeerd lag de gemiddelde behoeftesatisfactie van de patiënten significant lager dan die van hun respectievelijke partners. Na opname was dit niet meer het geval. De variabele 'competentie frustratie' van de patiënt werd op zowel T1 als T2 significant positief gecorreleerd met de BDI-II score van de patiënt. De depressieve symptomen van de patiënten lagen dus significant hoger naarmate er meer frustratie was van de psychologische basisbehoefte competentie. De verschillende variabelen die peilden naar behoeftefrustratie en behoeftesatisfactie bij de patiënt konden de BDI-II score van de patiënt echter niet significant voorspellen, dit bleek uit de meervoudige lineaire regressie. Dit was zowel op T1 als op T2 het geval.

De variabelen 'verbondenheid satisfactie' en 'totale behoeftefrustratie' van patiënt en partner waren zowel op T1 als op T2 respectievelijk significant positief en significant negatief gecorreleerd met de variabele '*mutual constructive communication*'.

De variabele 'verbondenheid frustratie' werd op zowel T1 als T2 significant negatief gecorreleerd met de relatietevredenheid volgens de DAS-score. Dit was het geval bij zowel patiënt als partner.

Het bleek over het algemeen moeilijk om tot een eenduidige conclusie te komen. We vonden tijdens dit onderzoek namelijk verschillende significante resultaten, maar een groot deel van de resultaten verschilden van steekproef tot steekproef, waardoor het moeilijk is om ze te extrapoleren naar de volledige populatie. We kunnen concluderen dat er veel mogelijkheden zijn tot verder onderzoek, aangezien verbanden binnen dit specifiek onderwerp tot nu toe slechts beperkt onderzocht zijn en er in dit onderzoek toch al enkele significante verbanden gevonden werden.

Inleiding

Depressie: definitie, prevalentie en impact

De gemoedstoestand fluctueert spontaan. Verdriet of somberheid wordt door velen sporadisch ervaren ten gevolge van een gebeurtenis die een negatieve invloed heeft op het gemoed. Een sombere stemming wordt pas pathologisch genoemd *“wanneer de intensiteit en de duur niet in verhouding staan tot de aanleiding”* (1). Een depressieve stoornis wordt volgens de DSM-5 criteria gekenmerkt door episoden waarbij de patiënt een sombere stemming of verminderde interesse en plezier ervaart. Deze episoden houden ten minste twee weken aan en kunnen gepaard gaan met andere symptomen als vermoeidheid, concentratieproblemen, veranderingen in de slaap, eetlust of activiteit, gevoelens van waardeloosheid of extreme schuldgevoelens, suïcidegevoelens of suïcidaal gedrag (2).

Depressie is in vele landen één van de meest frequente mentale aandoeningen. De life-time prevalentie ligt rond de 16%. In 2016 schatte de Wereldgezondheidsorganisatie dat 350 miljoen mensen van alle leeftijden aan een depressie lijden. In 2010 vond men dat in België alleen al 700 000 personen aan een depressie leden (3). De 12-maandsprevalentie van een depressieve stoornis ligt in de Verenigde Staten rond de 7%, met duidelijke verschillen tussen de leeftijdsgroepen. Zo ligt de prevalentie bij de 18 – tot 29 – jarigen drie keer hoger dan de prevalentie in de leeftijdsgroep van 60 – jarigen of ouder. Ook ligt de prevalentie bij vrouwen 1.5 tot 3 keer hoger dan bij mannen in het begin van de adolescentie.

Een depressieve stoornis heeft een impact op alle aspecten van iemands leven. Patiënten zijn niet langer in staat hun rol als partner, ouder of werknemer op te nemen. De beperkingen kunnen zo uitgesproken zijn dat het individu niet meer in staat is voor zichzelf te zorgen (2).

Volgens de DSM-5 criteria moeten vijf (of meer) van volgende symptomen aanwezig zijn gedurende dezelfde periode van twee weken om te kunnen spreken van een depressieve episode. De symptomen representeren een verandering in het vroegere functioneren, waarbij minstens één van de symptomen [1] een depressieve stemming of [2] een verlies aan interesse of plezier is.

[1] Een depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

[2] Een gedaalde interesse in alle, of bijna alle, activiteiten en dit gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

[3] Een significant gewichtsverlies zonder dat de patiënt op dieet is, of juist een gewichtstoename. Ook een verminderde eetlust of een toegenomen eetlust kan aanwezig zijn, bijna elke dag.

[4] Insomnia (slapeloosheid) of hypersomnia (overmatige slaperigheid), bijna elke dag.

- [5] Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag.
- [6] Vermoeidheid of een verlies aan energie, bijna elke dag.
- [7] Gevoelens van waardeloosheid of excessieve schuldgevoelens, bijna elke dag.
- [8] Concentratieproblemen of besluiteloosheid, bijna elke dag.
- [9] Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de angst om te sterven), terugkerende suïcidale gedachten of suïcidepogingen (2).

Relatie en depressie

Koppels met een depressieve partner rapporteren meer relatieontevredenheid (4-7). Ook verlopen de communicatiepatronen van deze koppels negatiever dan die van koppels zonder een depressieve partner. Zo is er meer terugtrekkend gedrag en verbale agressie en is er een lager probleemoplossend vermogen (5, 8, 9). Ook gebruiken de partners over het algemeen minder constructieve, meer vermijdende conflictcommunicatie en meer vermijding en passief gedrag (7, 9-11). Een ander communicatiepatroon dat vaker wordt gezien bij deze koppels is eisend-terugtrekkend gedrag (7, 9, 10). In het algemeen vertonen zij meer destructief en minder constructief gedrag bij het oplossen van een relationeel probleem (6, 9). Specifieke vormen van conflictcommunicatie binnen een partnerrelatie kunnen dus gelinkt worden aan depressieve symptomen (4). Verder is het opvallend dat koppels met een depressieve partner problemen niet samen aanpakken, maar eerder als twee individuele personen. Ook lopen de partners meer risico op een relatiebreuk (7).

Koppels met een depressieve partner rapporteerden minder onderlinge affectie en in het algemeen meer specifieke problemen binnen de relatie (6). Positief denken is bij deze koppels vaak afwezig (12).

Men toonde aan dat samenleven met een depressieve partner ook negatieve gevolgen heeft voor de niet-depressieve partner. Individuen die zich in een relatie bevinden met een depressieve partner blijken psychologisch zwaarder belast te zijn in vergelijking met een controlepopulatie (5). Bij personen met depressieve symptomen bleek er minder relationele voldoening te zijn en dit werd ook bij hun respectievelijke partners aangetoond (13). Anderen suggereerden echter dat relationele *distress* ook het gevolg zou kunnen zijn van de depressie (6). De studie van Cramer onderzocht of het verminderen van depressieve symptomen leidde tot meer voldoening binnen een relatie en dit werd bevestigd (14). Ook kunnen relatieproblemen leiden tot een slechtere prognose van het depressieve individu en tot een hoger risico op herval (7).

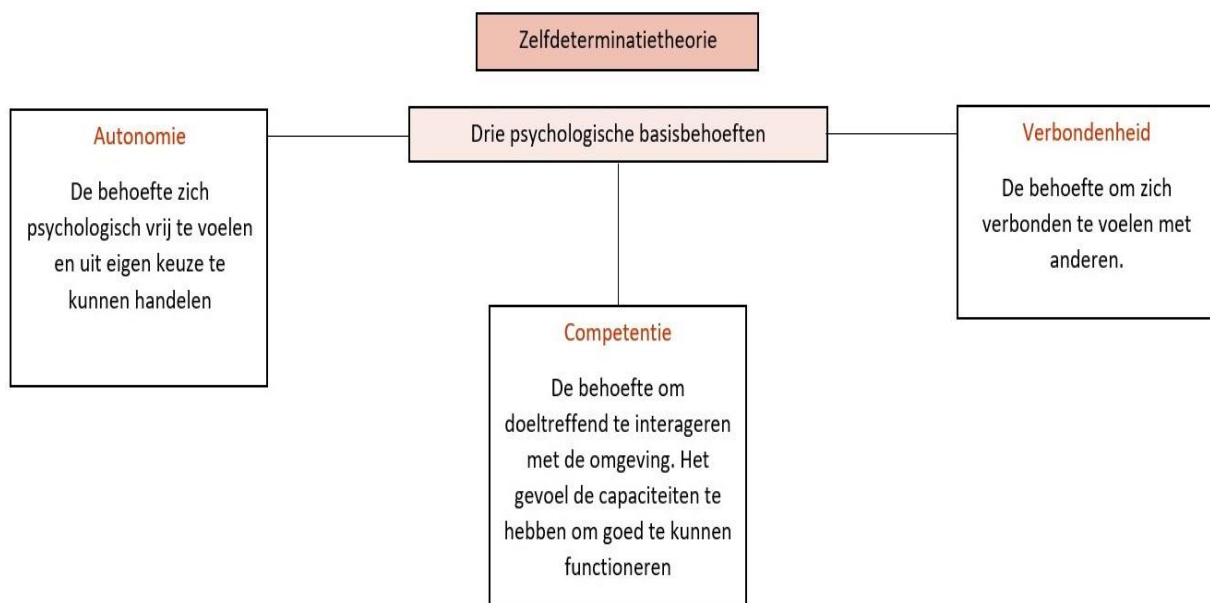
Ook al toonden studies aan dat de aanwezigheid van een depressie bij een partner geassocieerd blijkt te zijn met meer relatieontevredenheid, is de aard van deze associatie complex (6). Het slecht functioneren van een relatie is immers ook geassocieerd met het

ontstaan van een depressie. Relationele *distress* verhoogt het risico op het ontwikkelen van een depressie door de stress binnen een relatie te verhogen en de ondersteuning en coping binnen een relatie te verminderen. Wanneer een individu minder voldoening over zijn of haar relatie ervaart, blijken de depressieve symptomen hoger te liggen (15). Problemen binnen een relatie gaan vaak depressieve episodes vooraf, waardoor er gespeculeerd wordt dat relatieontevredenheid een causale factor zou zijn in de ontwikkeling van een depressie (6). Kortom, het is van belang te benadrukken dat er een bidirectioneel causaal verband is tussen partnerrelatieproblemen en depressie (7).

De zelfdeterminatietheorie (ZDT)

Individueel

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) bespreekt drie universele en fundamentele psychologische basisbehoeften voor een optimale psychologische groei, integriteit en welzijn: autonomie, competentie en verbondenheid (16-18). Deze psychologische behoeften spelen een rol bij het ontstaan van menselijke motivatie (16).



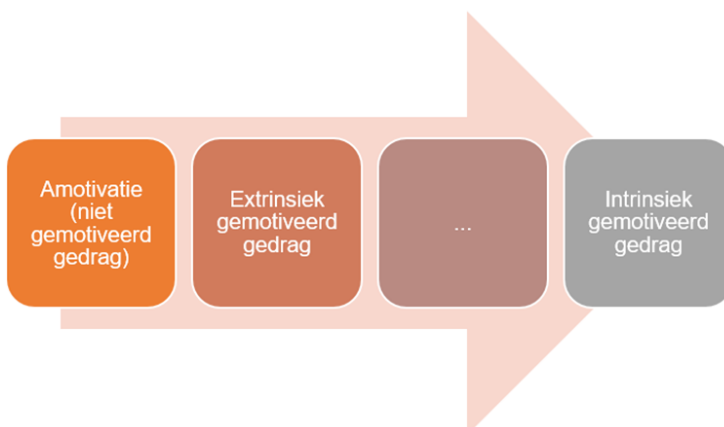
Figuur 1: de drie psychologische basisbehoeften

[1] De behoefte aan autonomie verwijst naar de zelf-initiatie; het psychologisch vrij zijn in zijn of haar gedragingen. Indien deze behoefte vervuld wordt, handelt men dus vrij en uit eigen keuze. Frustratie van deze basisbehoefte ontstaat wanneer iemand zich in een specifieke situatie gecontroleerd of gedwongen voelt door een ander. [2] De behoefte aan competentie wordt vervuld wanneer iemand de gewenste effecten en uitkomsten van een vooropgesteld doel kan bewerkstelligen (19, 20). Bevrediging van deze tweede basisbehoefte zou bijdragen tot meer zelfvertrouwen (21). [3] Tot slot wordt de behoefte aan verbondenheid vervuld door

het vormen van een sterke en stabiele band en het zich verbonden voelen met een ander individu; het zich gekoesterd voelen door een ander individu (19, 20).

De term *zelf determinatie* houdt in dat de acties van een individu autonoom en vrij gekozen worden en niet gedwongen worden door externe krachten of interne verwachtingen. In deze definitie wordt het belang van de authenticiteit van keuzes en gedrag benadrukt (22). Gedrag dat meer autonoom gemotiveerd is werd in enkele studies gecorreleerd met een betere gezondheid, betere prestaties en doorzettingsvermogen (23).

Self-determined gedrag staat in verband met de psychologische noden van het individu en hierbij is de sociale omgeving van het individu van groot belang, aangezien deze omgeving de psychologische basisbehoeften van het individu al dan niet kan vervullen. Niet alle acties van een individu worden intrinsiek gereguleerd (gereguleerd door *the true self*). Gedragingen kunnen op een continuüm worden geplaatst, met aan het ene uiteinde het gedrag dat bijna niet intrinsiek gereguleerd wordt en aan het andere uiteinde gedragingen die bijna volledig intrinsiek gereguleerd worden.



Figuur 2: Het motivatie continuüm

[1] Gedrag dat niet gemotiveerd is en dus niet intrinsiek gereguleerd is, is gedrag waarvan de persoon die het uitvoert geen idee heeft waarom hij of zij dit doet. Het individu is dan niet betrokken bij de regulatie van deze acties. [2] Gedrag kan ook extern gemotiveerd zijn wanneer de persoon het gedrag uitvoert om te voldoen aan een externe eis of een sociale verwachting. [3] Het vertonen van intrinsiek gemotiveerd gedrag betekent dat de gedragingen van een persoon ten volste gereguleerd worden door de persoon zelf en niet van buitenaf gestuurd worden (22). Wanneer iemand intrinsiek gemotiveerd is zal hij of zij nieuwsgierig en verkennend zijn. Dit betekent dat de persoon vrijwillig uitgevoerd gedrag vertoont (23).

Sociale situaties, maar ook individuele verschillen, die aanleiding geven tot vervulling van de psychologische basisbehoeften, d.w.z. behoeftebevrediging, zullen intrinsiek gemotiveerd

gedrag in de hand werken, terwijl deze die autonomie, competentie of verbondenheid verhinderen eerder geassocieerd zijn met een slechtere motivatie, prestatie en welzijn (16). De zelfdeterminatietheorie beschouwt mensen als actieve organismen die op groei gericht zijn en die van nature uit uitdagingen in hun omgeving aangaan met als doel hun capaciteiten waar te maken. Bevrediging van elke basisbehoefte draagt bij tot het algemeen welzijn en verschillen in de dagelijkse behoeftebevrediging helpen dan ook dagelijkse fluctuaties in het welzijn te verklaren (24). Individueel welzijn zou volgens deze hypothese dus het gevolg zijn van de bevrediging van de psychologische basisbehoeften. De behoeften worden beschreven als de noodzakelijke voedingsstoffen voor de groei en gezondheid van de mens (20).

Het sociale milieu is een factor die bepaalt of de behoeften vervuld, dan wel gedwarsboemd worden. Het functioneel welzijn kan hierdoor al dan niet belemmerd worden. Een partner die de drie psychologische basisbehoeften van de ander ondersteunt zal proberen de voorkeuren, interesses en perspectieven van zijn of haar partner te begrijpen (autonomie). Ook zal hij of zij duidelijke, redelijke en structurele verwachtingen voorzien (competentie), interesse tonen, betrokken zijn en de persoon het gevoel geven dat hij of zij belangrijk is (verbondenheid). In dit geval spreken we van behoeftebevrediging of behoeftevervulling, wat het optimaal functioneren bevordert. Hiertegenover staat dat wanneer een partner overmatig controlerend is, onredelijke verwachtingen heeft of afwijzend is ten opzichte van de ander, het optimaal functioneren gedwarsboemd wordt. De aan – of afwezigheid van bevrediging van deze behoeften of de belemmering van deze behoeften is cruciaal in elk relationeel kader. Wanneer één van de behoeften in een bepaalde context niet ondersteund wordt, wordt verwacht dat zowel het persoonlijk functioneren als het functioneren binnen die specifieke sociale context belemmerd wordt. Hieruit volgt dat ondersteuning van de psychologische basisbehoeften belangrijke gevolgen heeft voor zowel het persoonlijk welzijn als het dynamisch functioneren binnen een relatie (19).

In de afgelopen jaren kwam ook het onderscheid tussen het niet vervuld zijn van de psychologische basisbehoeften, d.i. *need dissatisfaction*, en behoeftefrustratie naar boven. Het ontbreken van behoeftebevrediging mag dus niet gelijk worden gesteld aan behoeftefrustratie (23, 25, 26). Het niet bevredigen van behoeften houdt in dat een partner passief en achteloos omgaat met de behoeften van diens partner, terwijl behoeftefrustratie impliceert dat er een actieve verhindering is van de partners behoeften. Het is dus zo dat behoeftefrustratie gelijk kan gesteld worden aan *need dissatisfaction*, terwijl het omgekeerde niet noodzakelijk van kracht is (18, 23). Zowel bij de niet-bevrediging van de behoeften als bij behoeftefrustratie kan een slechter gemoed ontstaan en kunnen er symptomen van angst of depressie ervaren worden (25).

Wanneer de besproken psychologische basisbehoeften niet vervuld worden of actief worden tegengewerkt kunnen er twee gevolgen zijn. [1] De gezondheid van de persoon in kwestie kan belemmerd worden. Zo kunnen er depressieve symptomen aanwezig zijn. [2] Wanneer de psychologische basisbehoeften gedurende een lange periode worden tegengewerkt zullen mensen compenserend gedrag vertonen en bepaalde vervangingen voorzien. Zo kan iemand, om te compenseren voor de niet vervulde psychologische basisbehoeften, meer belang gaan hechten aan extrinsieke doelen, zoals het verwerven van een hogere sociale status. Dit kan echter de behoeftefrustratie onderhouden, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat (23).

De zelfdeterminatietheorie en relatie

Onderzoek omtrent psychologische noden en de zelfdeterminatietheorie focuste in het verleden vooral op het individuele welzijn (21). Enkele studies onderzochten de rol van behoeftebevrediging en behoeftefrustratie binnen een relatie. Volgens de zelfdeterminatietheorie moeten de drie psychologische noden (autonomie, competentie en verbondenheid) vervuld worden om tot een intieme relatie van goede kwaliteit te komen (18).

Binnen romantische relaties verwijst de term *zelfdeterminatie* naar de situatie waarbij een individu zijn of haar betrokkenheid in de relatie volledig zelf ondersteunt en zich niet gedwongen voelt en weet waarom hij of zij zich in de relatie bevindt. Wanneer deze zelfdeterminatie aanwezig is, zou er meer eerlijkheid, flexibiliteit en authenticiteit, bewustwording van de noden en ondersteuning van de partner zijn. Het relationeel welzijn wordt hierdoor bevorderd. Volgens de zelfdeterminatietheorie zouden relaties die de autonomie, competentie en verbondenheid van beide partners ondersteunen en relaties die de partners aangaan omwille van meer intrinsieke redenen dus meer open en authentiek zijn. De zelfdeterminatietheorie kan enerzijds het succes van een relatie verklaren en anderzijds waarom relaties stuklopen (22). Men stelde vast dat wanneer iemand een romantische relatie onderhoudt omwille van intrinsieke redenen, dit geassocieerd is met meer adaptief gedrag binnen de relatie, zeker wanneer er zich problemen stellen in de relatie. Dit werd dan weer gelinkt aan een gelukkiger koppel. Ook vond men dat de vervulling van elke afzonderlijke behoefte zowel het individuele welzijn als het welzijn binnen een relatie voorspelt. Opvallend hierbij was dat de factor verbondenheid het zwaarste doorwoog. Verbondenheid bleek dus de sterkste predictor van intrinsieke motivatie binnen een relatie te zijn. Er werd aangetoond dat de behoeftebevrediging van beide partners belangrijk is bij het goed functioneren van en het welzijn binnen een relatie. Verder speelt het een rol in de perceptie van conflict en defensieve reacties op conflict. Men kwam tot de conclusie dat relaties er voordeel uit halen wanneer beide partners meer verbondenheid ervaren. De relatie zou dan intrinsiek meer lonen en een sterkere basis hebben. De partners slagen er op

die manier in de uitdagingen binnen een relatie aan te gaan op een wijze die zowel de relatie als de personen die de relatie vormen ten goede komt (19, 21).

Diegenen die een sterkere mate van behoeftebevrediging ervaren, stellen een betere relationele kwaliteit vast na het hebben van een conflict en dit omwille van de aanwezigheid van meer intrinsieke en autonome redenen die tot de relatie geleid hebben. Zij gebruiken actievere coping mechanismen, zoals discussiëren over problemen en manieren vinden om problemen binnen de relatie constructief aan te pakken (21).

Zoals eerder vermeld zou de factor verbondenheid in de context van romantische relaties en motivatie binnen die relatie van uitzonderlijk belang zijn (18, 21). Zowel mannen als vrouwen rapporteerden meer tevreden te zijn met hun relatie wanneer ze zich gekoesterd voelden (d.w.z., meer verbondenheid) en niet afgewezen (d.w.z., minder frustratie van de nood aan verbondenheid) door hun intieme partner (18).

Naarmate er meer bevrediging is van behoeften binnen een romantische relatie zal het zelfvertrouwen en de levenskracht van de personen binnen de relatie hoger liggen. Hoe meer behoeftebevrediging mensen ervaren in hun romantische relaties, hoe hoger ook hun relatietevredenheid en inzet. (19, 21).

Eén van de kenmerken van de zelfdeterminatietheorie is dat behoeftebevrediging volgt uit bepaalde optimale sociale omstandigheden. Het is dus van groot belang om het verband tussen behoeftebevrediging en relaties te erkennen en te begrijpen. De rol van de behoeftebevrediging bij het afhankelijk zijn van en vertrouwen op anderen werd ook onderzocht. Men vond dat emotionele afhankelijkheid positief geassocieerd was met behoeftebevrediging, met andere woorden, mensen zijn meer geneigd te vertrouwen op iemand die hun nood aan autonomie, competentie en verbondenheid vervult. Zij die emotionele steun zochten bij anderen ervaarden een betere mentale gezondheid omdat ze geneigd waren te vertrouwen op diegenen die hun basis psychologische noden vervulden (21).

Verschillende studies die het verband tussen de psychologische basisbehoeften en relaties onderzochten, toonden aan dat een hogere behoeftebevrediging inderdaad gepaard gaat met een betere relatie. Behoeftbevrediging en behoeftefrustratie dragen respectievelijk positief en negatief bij tot het verklaren van relatietevredenheid (18). De studie van Costa, Ntoumanis en Bartholomew toonde aan dat behoeftefrustratie het slecht functioneren van een relatie beter voorspelde dan *need dissatisfaction* (26).

We kunnen dus stellen dat de vervulling van de psychologische basisbehoeften van groot belang is bij het functioneren van een relatie, waarbij vooral de rol van verbondenheid heel relevant is (18, 21).

Ook hier is het van belang de conflictcommunicatie te bespreken. De studie van Knee & Patrick toonde aan dat er bij de vervulling van de basisbehoefte autonomie binnen een relatie meer wederzijds begrijpen en minder verdedigend gedrag optreedt wanneer er een conflict aan de gang is (27).

De zelfdeterminatietheorie en depressie

Onderzoek dat zich richtte op het verband tussen behoeftebevrediging en behoeftefrustratie binnen een romantische relatie en de link met depressie is zeer gering. Een studie naar de invloed van sociale steun door de partner bij borstkanker overlevenden op depressieve symptomen bevestigde dat de vervulling van de psychologische basisbehoeften binnen romantische relaties een belangrijke predictor was van een lagere prevalentie van depressie onder de borstkanker overlevenden. De resultaten suggereerden dus dat meer behoeftebevrediging door de partner geassocieerd is met minder depressie (28).

Ook zijn er studies die zochten naar het verband tussen behoeftebevrediging of behoeftefrustratie en depressie, maar dit buiten de context van een romantische relatie. Zo werd er in een studie gezocht naar het verband tussen depressieve symptomen in de adolescentie en psychologische controle door de moeder. De ontwikkeling van psychologische autonomie in de adolescentie wordt gezien als cruciaal voor het welzijn van een persoon. Het gebruik van psychologische controle door de moeder, met als gevolg een belemmering van de autonomie van het kind, kan de ontwikkeling van depressieve symptomen bij de adolescent in de hand werken. Dit werd in voorgaand onderzoek bevestigd. Deze bevindingen komen overeen met de zelfdeterminatietheorie die stelt dat de belemmering van de psychologische basisbehoefte autonomie kan leiden tot een verminderd welzijn (29). Ook bij patiënten die bariatrische chirurgie ondergingen, kwam dit op een soortgelijke manier terug. Behoeftfrustratie droeg bij tot negatieve gevolgen zoals een laag zelfvertrouwen, angst en depressie. De studie benadrukte hoe het leven met morbide obesitas het welzijn kan belemmeren en dit door behoeftefrustratie van de drie psychologische basisbehoeften. De ervaring van behoeftefrustratie bij mensen met morbide obesitas was geassocieerd met een gebrek aan motivatie en een verminderd welzijn (25). Zoals vermeld heeft onderzoek omtrent de zelfdeterminatietheorie aangegeven dat de vervulling van de drie psychologische basisbehoeften autonoom gemotiveerd gedrag in de hand werkt en dit leidt dan weer tot een betere gezondheid. In een studie naar behoeftebevrediging en depressieve symptomen bij Franse gehospitaliseerde ouderen toonde men aan dat behoeftebevrediging geassocieerd was met minder depressieve symptomen en omgekeerd leidde een minder goede vervulling van de basisbehoeften (*need dissatisfaction*) tot een stijging van depressieve symptomen (30). In een studie naar behoeftefrustratie en depressieve symptomen bij Syrische vluchtelingen werd vastgesteld

dat vluchtelingen die een hogere graad van behoeftefrustratie ervaren ook meer depressieve symptomen, algemene stress en PTSD (posttraumatische stressstoornis) ontwikkelden. Sociale isolatie, het gevoel machteloos te zijn en de onmogelijkheid om toekomstplannen te maken waren verschillende factoren die zorgden voor meer behoeftefrustratie. Een één week durende interventie die de graad van behoeftebevrediging verhoogde zorgde in deze studie dan ook voor minder depressieve symptomen en algemene stress (17).

Vraagstelling

Onderzoeksvraag 1: Is er een verschil in de gemiddelde behoeftefrustratie- en bevrediging tussen de depressieve patiënt en zijn of haar partner (1a)? Wordt dit verschil kleiner na de opname van de depressieve patiënt (1b)? Is er een verschil in de gemiddelde behoeftefrustratie/behoeftebevrediging bij patiënt en partner voor en na opname (1c)?

Hypothese 1a: De behoeftefrustratie van de drie psychologische noden (autonomie, competentie en verbondenheid) ligt hoger bij de depressieve patiënt in vergelijking met zijn of haar partner. De behoeftebevrediging van de depressieve patiënt ligt lager dan de behoeftebevrediging van de partner.

Hypothese 1b: In de veronderstelling dat er een correlatie is tussen de depressieve symptomen van de patiënt en zijn of haar behoeftefrustratie en behoeftebevrediging zal het verschil in behoeftefrustratie en behoeftebevrediging tussen patiënt en partner kleiner worden na opname en dus bij daling van de depressieve symptomen.

Hypothese 1c: De behoeftefrustratie na opname ligt lager bij zowel de patiënt als zijn of haar partner. De behoeftebevrediging ligt hoger na opname. In de veronderstelling dat de depressieve symptomen van de patiënt meer gecorreleerd zijn met de psychologische noden van de patiënt zelf dan die van de partner, zal het verschil in behoeftefrustratie en behoeftebevrediging voor en na opname bij de patiënt groter zijn dan bij de partner.

Onderzoeksvraag 2: Is er een verband tussen de depressieve symptomen van de patiënt en zijn of haar mate van behoeftefrustratie/behoeftebevrediging (2a)? Hebben de depressieve symptomen van de patiënt ook een invloed op de mate van behoeftefrustratie/behoeftebevrediging van zijn of haar partner (2b)?

Hypothese 2a: Er is een positieve correlatie tussen de depressieve symptomen van de patiënt en de behoeftefrustratie van de drie psychologische noden bij de patiënt. Met andere woorden, de depressieve symptomen liggen hoger naarmate er meer

behoeftefrustratie is. Omgekeerd is er een negatieve correlatie tussen de depressieve symptomen van de patiënt en de behoeftesatisfactie van de drie psychologische noden bij de patiënt.

Hypothese 2b: Er is een positieve correlatie tussen de depressieve symptomen van de patiënt en de behoeftefrustratie bij de partner. Omgekeerd is er een negatieve correlatie tussen de depressieve symptomen van de patiënt en de behoeftesatisfactie bij de partner. Deze correlaties zijn minder sterk dan bij de patiënt zelf.

Onderzoeksvraag 3: Is er een verband tussen de mate van behoeftefrustratie/behoeftebevrediging van zowel de depressieve patiënt als partner en het soort conflictcommunicatie dat gehanteerd wordt door deze koppels?

Hypothese 3: Naarmate er meer behoeftefrustratie is, is er minder constructieve (en dus meer destructieve) communicatie, meer eisend-terugtrekkend gedrag en meer vermijdend gedrag. Omgekeerd is er meer constructieve communicatie, minder eisend-terugtrekkend gedrag en minder vermijdend gedrag bij een hogere behoeftesatisfactie.

Onderzoeksvraag 4: Is er een verband tussen de behoeftefrustratie/behoeftebevrediging en de relatietevredenheid volgens de DAS-score bij koppels met een depressieve partner?

Hypothese 4: De gerapporteerde relatietevredenheid ligt lager bij een hogere behoeftefrustratie en hoger bij een hogere behoeftesatisfactie. De relatietevredenheid is dus positief gecorreleerd met de behoeftesatisfactie en negatief gecorreleerd met de behoeftefrustratie.

Methodologie

Steekproef

Het inclusiecriteria betreft individuen met een vaste relatie (een relatieduur van minstens 6 maanden) die gehospitaliseerd zijn met een depressie en hun respectievelijke partners. De koppels werden gerekruteerd uit de opgenomen patiënten van de afdeling depressie en angst van het UZ Gent. Men beschikt hier over 40 bedden en de gemiddelde opnameduur bedraagt 8 weken. Van de 40 opgenomen patiënten waren er telkens een vijftal die in aanmerking kwamen voor het onderzoek. De uiteindelijke steekproef bevatte op het eerste afnamemoment, dit is bij opname van de patiënt, 26 geïnccludeerde patiënten en 24 geïnccludeerde partners. De steekproef na opname van de patiënt was veel kleiner, met 13 geïnccludeerde patiënten en 12 geïnccludeerde partners. Er vielen dus heel wat koppels weg na de opname van de patiënt. Dit omwille van lost to follow-up of omdat de vragenlijsten voor dit onderzoek niet op tijd ingevuld werden, aangezien de studie ook na deze masterproef verderloopt.

De demografische statistieken van de inclusies werden in tabel 5 weergegeven.

Procedure

Na het geven van informed consent werd aan beide partners gevraagd de vragenbundel in te vullen, hetgeen ongeveer 45 minuten in beslag nam. Dit gebeurde steeds op vrijwillige basis. Om praktische redenen werd voor het invullen van de vragenbundels pen en papier gebruikt. Ook bij ontslag (8 weken later) werden de vragenlijsten ingevuld door beide partners. De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité.

Meetinstrumenten

Beck Depression Inventory (BDI-II). De mate van depressie werd gemeten aan de hand van de BDI-II. Deze vragenlijst bestaat uit 21 rijtjes uitspraken. Uit elk rijtje moet één uitspraak worden gekozen die het best beschrijft hoe het individu zich de afgelopen twee weken met inbegrip van vandaag (de dag waarop de vragenlijst ingevuld wordt) gevoeld heeft. De uitspraken worden gescoord op een vierpuntschaal van 0 tot 3. Als meerdere uitspraken in een rijtje even goed van toepassing zijn, moet het hokje met het hoogste cijfer in het rijtje worden aangeduid. De aangeduide cijfers bij de bijhorende uitspraken worden opgeteld zodat een totaalscore bekomen wordt, met als maximum score 63. Met behulp van deze totaalscore kunnen de patiënten ingedeeld worden op basis van de ernst van de depressie (31). De Cronbach's alpha werd voor de huidige studie vier maal berekend om de interne consistentie van de stellingen te bepalen. Zoals te zien in tabel 1, is de interne consistentie van de BDI-II zeer goed in alle uitgevoerde steekproeven.

Tabel 1: Cronbach's alpha waarden BDI-schaal

Patiënt T1	.88	Patiënt T2	.95
Partner T1	.93	Partner T2	.71

Dyadic Adjustment Scale (DAS). De Dyadic Adjustment Scale is een schaal die gebruikt wordt om de kwaliteit van een partnerrelatie te meten. De schaal bestaat uit 32 items en is ontwikkeld voor zowel getrouwde koppels als samenwonende koppels. Er moet bij elke stelling worden aangeduid in welke mate het individu het op dat vlak eens of oneens is met zijn of haar partner. De DAS-schaal kan ingedeeld worden in vier subschalen: 'dyadic consensus', 'dyadic satisfaction', 'affectional expression' en 'dyadic cohesion' (32). Deze subschalen hebben een maximale score van respectievelijk 65, 50, 12 en 24. Dit maakt dat de maximale totaalscore op de DAS-schaal 151 is.

De Cronbach's alpha waarden voor elk van de subschalen én de totaalscore werden voor de huidige studie opnieuw vier maal berekend om de interne consistentie van de stellingen te bepalen. De interne consistentie van de totaalscore op de DAS-schaal was in elk van de vier steekproeven zeer goed, met waarden die steeds boven de .90 lagen. Alleen de interne consistentie van de subschaal 'affectional expression' bleek niet goed te zijn. De Cronbach's alpha waarden van de DAS-schaal werden in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2: Cronbach's alpha waarden DAS-schaal

Patiënt T1	Partner T1	Patiënt T2	Partner T2
Totaalscore DAS	.92	Totaalscore DAS	.96
Dyadic consensus	.93	Dyadic consensus	.93
Dyadic satisfaction	.76	Dyadic satisfaction	.90
Affectional expression	.57	Affectional expression	.79
Dyadic cohesion	.73	Dyadic cohesion	.89
Totaalscore DAS		Totaalscore DAS	.94
Dyadic consensus		Dyadic consensus	.93
Dyadic satisfaction		Dyadic satisfaction	.86
Affectional expression		Affectional expression	.62
Dyadic cohesion		Dyadic cohesion	.67
Totaalscore DAS		Totaalscore DAS	.93
Dyadic consensus		Dyadic consensus	.89
Dyadic satisfaction		Dyadic satisfaction	.87
Affectional expression		Affectional expression	.66
Dyadic cohesion		Dyadic cohesion	.82

Behoeftbevredering/behoeftefrustratie. Om de mate van behoeftebevredering en behoeftefrustratie te bepalen, werden drie subschalen van de *Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS)* gebruikt (33), die aangepast werd voor gebruik binnen intieme relaties. De koppels gaven aan de hand van 24 stellingen aan in welke mate hun behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid ondersteund worden door hun partner. De stellingen werden gescoord aan de hand van een vijf-punt Likertschaal gaande van 'helemaal niet' (1) tot 'helemaal wel' (5). De 24 stellingen vormen drie satisfactie schalen

(behoeftebevrediging, positief geformuleerde stellingen) en drie frustratie schalen (behoeftefrustratie, negatief geformuleerde stellingen). Op deze manier worden de drie basisbehoeften gemeten. Zo is er de behoefte aan autonomie (vb. “in de relatie met mijn partner voel ik dat mijn beslissingen weerspiegelen wat ik echt wil”), de behoefte aan verbondenheid (vb. “in de relatie met mijn partner voel ik dat hij/zij afstandelijk is tegen mij) en de behoefte aan competentie (vb. “in de relatie met mijn partner voel ik me bekwaam in wat ik doe”).

Er wordt een totaalscore berekend van zowel de mate van behoeftebevrediging als de mate van behoeftefrustratie. Hoe hoger de totaalscore van de mate van behoeftebevrediging, hoe meer de drie psychologische basisbehoeften ondersteund worden in de partnerrelatie. Hoe hoger de totaalscore van de mate van behoeftefrustratie, hoe meer behoeftefrustratie van de drie psychologische basisbehoeften er aanwezig is in de partnerrelatie.

De interne consistentie van de verschillende subschalen werd bepaald met behulp van de Cronbach's alpha. Aangezien dit voor elk van de vier steekproeven werd gedaan, moesten alle Cronbach's alpha waarden vier maal berekend worden. Over het algemeen bleek de interne consistentie heel goed, met als uitzondering de interne consistentie van de subschaal competentie satisfactie bij de partner op T2 ($\alpha = .38$). De Cronbach's alpha waarden werden weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Cronbach's alpha waarden BPNSFS-schaal

Patiënt T1	Partner T1	Patiënt T2	Partner T2
Autonomie frustratie	.73	Autonomie frustratie	.87
Autonomie satisfactie	.68	Autonomie satisfactie	.84
Competentie frustratie	.82	Competentie frustratie	.91
Competentie satisfactie	.71	Competentie satisfactie	.95
Verbondenheid frustratie	.75	Verbondenheid frustratie	.81
Verbondenheid satisfactie	.83	Verbondenheid satisfactie	.95
Totale behoeftefrustratie	.81	Totale behoeftefrustratie	.94
Totale behoeftesatisfactie	.81	Totale behoeftesatisfactie	.94

Communication Patterns Questionnaire (CPQ). Om na te gaan welke conflictpatronen de koppels binnen de studie hanteerden, werd gebruikt gemaakt van de *Communication Patterns Questionnaire* (34). Deze schaal bestaat uit 35 items die gescoord

worden van 1 tot 9. Op basis van deze items konden we vijf subschalen berekenen: (1) *mutual constructive communication*, (2) *total demand withdraw communication*, (3) *man demand / woman withdraw*, (4) *woman demand / man withdraw* en (5) *avoidance and withholding*. De maximumscores voor deze subschalen zijn respectievelijk 23, 54, 27, 27 en 27. Er werd dus gepeild naar de mate van constructieve communicatie, eisend-terugtrekkend gedrag en vermijdend gedrag.

De interne consistentie van de verschillende subschalen verschilde van steekproef tot steekproef. Er werden enkele zeer lage Chronbach's alpha waarden gevonden. Zo was de interne consistentie van de subschaal *woman demand / man withdraw* over het algemeen het laagst, met zelfs een waarde van .22 bij de patiënt op T2. De interne consistentie van de andere subschalen lag beduidend hoger. De waarden werden weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: Chronbach's alpha waarden CPQ-schaal

Patiënt T1		Partner T1		Patiënt T2		Partner T2	
Mutual constructive communication	.84	Mutual constructive communication	.78	Mutual constructive communication	.79	Mutual constructive communication	.87
Total demand withdraw communication	.69	Total demand withdraw communication	.78	Total demand withdraw communication	.73	Total demand withdraw communication	.78
Man demand / woman withdraw	.67	Man demand / woman withdraw	.70	Man demand / woman withdraw	.63	Man demand / woman withdraw	.78
Woman demand / man withdraw	.53	Woman demand / man withdraw	.71	Woman demand / man withdraw	.22	Woman demand / man withdraw	.41
Avoidance and withholding	.67	Avoidance and withholding	.75	Avoidance and withholding	.81	Avoidance and withholding	.73

Data-analyse

De data van dit onderzoek werd geanalyseerd met behulp van SPSS 25. Als eerste stap werd de interne consistentie van de gebruikte meetinstrumenten bepaald door het berekenen van de Cronbach's alpha, ook betrouwbaarheidscoëfficiënt genoemd. Deze waarde geeft aan hoe betrouwbaar een schaal is. Dit moest verschillende keren gedaan worden aangezien de gebruikte meetinstrumenten, met uitzondering van de BDI-II, meerdere subschalen bevatten. Het is bij de berekening van de Cronbach's alpha namelijk van belang dat alle ingevoerde items hetzelfde bevragen en dus tot één totaal van een concept komen. Ook werd er in dit onderzoek met vier 'steekproeven' gewerkt, zijnde de vragenlijsten van zowel patiënt als partner op een eerste afnamemoment (d.i. T1), alsook de vragenlijsten van patiënt en partner na acht weken opname (d.i. T2). De Cronbach's alpha waarden werden hierboven weergegeven.

Vervolgens werd overgegaan tot de beschrijvende statistiek. Hierbij werden de gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de gebruikte meetinstrumenten berekend, zijnde de BDI-II score, de verschillende subschalen en totaalscore van de DAS-schaal, de verschillende

subschalen van de BPNSFS-schaal en tot slot de verschillende subschalen van de CPQ-schaal.

Nadien werd nagegaan of er statistisch significante verschillen in bepaalde gemiddelden konden bepaald worden. Voor dit kon gedaan worden, werd gekeken of de gebruikte variabelen een normale verdeling hadden met behulp van de Shapiro-Wilk normaliteitstest. Bij een normale verdeling van de variabele zou er gekozen worden voor de parametrische student t-test. Aangezien er echter nergens een normale verdeling werd gevonden, werd steeds gebruikt gemaakt van de niet-parametrische Wilcoxon-test. Er werd gekeken naar het verschil in gemiddelden tussen patiënt en partner, alsook het verschil in gemiddelden tussen het eerste en het tweede afnamemoment.

Vervolgens werden de correlaties tussen verschillende variabelen berekend met behulp van de Pearson correlatie. Voor dit onderzoek was het uiteraard van belang om vooral te kijken naar de mogelijke correlatie tussen depressieve symptomen en de frustratie en satisfactie van de drie psychologische noden. Verder werden ook de correlaties tussen de frustratie en satisfactie van de psychologische noden en de conflictpatronen bekeken, alsook de correlaties tussen de frustratie en satisfactie van de psychologische noden en de relatietevredenheid volgens de DAS-score bij deze koppels met een depressie.

Wat betreft het verband tussen de depressieve symptomen van de patiënt en de frustratie en satisfactie van de psychologische noden werd ook een meervoudige lineaire regressie uitgevoerd. Dit werd enkel gedaan indien er bij het berekenen van de Pearson correlaties al een statistisch significant resultaat werd gevonden.

Tabel 5: Demografische statistieken

	Patiënt				Partner			
	M	SD	Min-Max	%	M	SD	Min-Max	%
Leeftijd	50	13	25-75		51	14	25-78	
Relatieduur in jaren	22	16,42	1-52		22	16,42	1-52	
Geslacht								
- Mannelijk				23%				75%
- Vrouwelijk				77%				25%
Hoogst behaalde diploma								
- Lager onderwijs				11,5%				0%
- Lager secundair onderwijs				7,7%				12,5%
- Hoger secundair onderwijs				38,5%				41,7%
- Hoger onderwijs – 1 cyclus				34,6%				25,0%
- Hoger onderwijs – 2 cycli				0%				20,8%
- Hoger onderwijs – 3 cycli				7,7%				0%
Huidige beroepssituatie								
- Arbeider				3,8%				8,3%
- Bediende				34,6%				41,7%
- Midden kaderlid				11,5%				8,3%
- Hoger kaderlid				0%				0%
- Zelfstandige				3,8%				12,5%
- Werkloos/werkzoekend				3,8%				0%
- Huisvrouw/huisman				3,8%				0%
- Gepensioneerd				26,9%				20,8%
- Student				0%				0%
- Arbeidsongeschikt				11,5%				8,3%
Huidige gezinssituatie								
- In een relatie maar niet getrouwd/samenwonend				15,4%				16,7%
- Getrouwd/samenwonend zonder kind(eren)				23,1%				16,7%
- Getrouwd/samenwonend met inwonend(e) kind(eren)				30,8%				37,5%
- Getrouwd/samenwonend met kind(eren), die niet meer thuis woont/wonen				23,1%				20,8%
- Nieuw samengesteld gezin				7,7%				8,3%
Seksuele voorkeur								
- Heteroseksueel				92,3%				91,7
- Homoseksueel				3,8%				0%
- Biseksueel				3,8%				8,3%
- Aseksueel				0%				0%

Resultaten

Beschrijvende statistiek

De beschrijvende statistiek van de gebruikte meetinstrumenten werd weergegeven in tabel 6, 7, 8 en 9. De patiënten rapporteerden op het eerste afnamemoment een gemiddelde BDI-II score van 34 (SD = 10). Bij de partners lag deze gemiddelde waarde op 12 (SD = 10). Op het tweede afnamemoment, dit is na opname van de patiënt gedurende acht weken, lagen de gemiddelde scores bij zowel patiënten als partners lager, respectievelijk 20 (SD = 14) en 7 (SD = 5).

Met betrekking tot de relatietevredenheid rapporteerden patiënten op T1 een gemiddelde DAS-score van 106 (SD = 19), die van de partners was gemiddeld 110 (SD = 22). De gemiddelde scores van de patiënten en partners waren op T2 respectievelijk 102 (SD = 20) en 113 (SD = 16).

Vervolgens werd gekeken naar de BPNSFS-schaal, die de mate van behoeftefrustratie en behoeftebevrediging bevroeg. De subschalen en totaalscores hebben steeds een maximumscore van 5. De patiënten rapporteerden op T1 een gemiddelde behoeftefrustratie van 2,74 (SD = 0,69) en een gemiddelde behoeftesatisfactie van 3,48 (SD = 0,53). Bij de partners werd een gemiddelde behoeftefrustratie van 2,04 (SD = 0,79) en een gemiddelde behoeftesatisfactie van 3,88 (SD = 0,67) gevonden. Op het tweede afnamemoment, zijnde T2, gaven de patiënten een gemiddelde totale behoeftefrustratie aan van 2,48 (SD = 1,10) en een gemiddelde totale behoeftesatisfactie van 3,70 (SD = 0,86). Bij de partners waren deze gemiddelde scores respectievelijk 1,89 (SD = 0,66) en 3,88 (SD = 0,68).

Tot slot werd er nog gekeken naar de descriptieve statistiek van de CPQ-schaal.

Patiënten gaven op T1 een gemiddelde score van 6,04 (SD = 11,94) aan de subschaal *mutual constructive communication*. De gemiddelde score op T2 was 6,50 (SD = 12,03). De partners rapporteerden op T1 een gemiddelde score van 9,04 (SD = 11,06) en op T2 een gemiddelde score van 10,91 (SD = 11,33).

Wat betreft de subschaal *total amount of demand withdraw communication* gingen de patiënten van een op T1 gemiddelde score van 25,44 (SD = 10,17) naar een score van 25,42 (SD = 12,13). Voor de partners waren de gemiddelde scores op T1 en T2 respectievelijk 22,22 (SD = 10,84) en 20,80 (SD = 11,01).

Tot slot werd ook gekeken naar de subschaal *avoidance and withholding*. De gemiddelde scores van dit vermijdende gedrag op T1 en T2 waren bij de patiënten respectievelijk 12,16 (SD = 6,18) en 13,38 (SD = 7,98) en bij de partners respectievelijk 10,39 (SD = 5,70) en 11,55 (SD = 5,26).

Tabel 6: descriptieve statistiek BDI-schaal

	M	SD	Min-Max
Patiënt T1	34	10	17-57
Partner T1	12	10	1-35
Patiënt T2	20	14	1-50
Partner T2	7	5	0-15

Tabel 7: descriptieve statistiek DAS-schaal

	Patiënt T1		Partner T1		Patiënt T2		Partner T2	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Dyadic consensus	47	12	48	11	47	8	50	9
Dyadic satisfaction	36	6	38	7	35	7	37	7
Affectional expression	8	3	8	3	8	3	8	3
Dyadic cohesion	14	4	16	5	14	3	15	5
DAS totaalscore	106	19	110	22	102	20	113	16

Tabel 8: descriptieve statistiek BPNSFS-schaal

	Patiënt T1		Partner T1		Patiënt T2		Partner T2	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Autonomie frustratie	2,78	,88	2,10	,93	2,67	1,27	2,03	,81
Autonomie satisfactie	3,40	,69	3,82	,71	3,50	,97	3,61	,78
Competentie frustratie	3,09	,87	2,09	,95	2,58	1,22	1,95	,76
Competentie satisfactie	3,23	,70	3,77	,76	3,62	1,01	3,83	,59
Verbondenheid frustratie	2,24	,93	1,91	,94	2,19	1,14	1,70	,84
Verbondenheid satisfactie	3,95	,83	4,03	,85	3,98	1,08	4,18	,93
Totale behoeftefrustratie	2,74	,69	2,04	,79	2,48	1,10	1,89	,66
Totale behoeftesatisfactie	3,48	,53	3,88	,67	3,70	,86	3,88	,68

Tabel 9: descriptieve statistiek CPQ-schaal

	Patiënt T1		Partner T1		Patiënt T2		Partner T2	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mutual constructive communication	6,04	11,94	9,04	11,06	6,50	12,03	10,91	11,33
Total demand withdraw communication	25,44	10,17	22,22	10,84	25,42	12,13	20,80	11,01
Man demand / woman withdraw	10,76	5,83	9,83	5,96	12,17	6,83	9,70	6,27
Woman demand / man withdraw	14,68	6,20	11,96	6,03	13,25	5,99	11,10	5,67
Avoidance and withholding	12,16	6,18	10,39	5,70	13,38	7,98	11,55	5,26

Verskil in gemiddelden

Na het kijken naar de gemiddelden van de verschillende meetinstrumenten werd ook nagegaan of bepaalde gemiddelden significant verschilden van elkaar. Zoals eerder vermeld werd dit telkens gedaan met behulp van de Wilcoxon-test, aangezien de variabelen niet normaal verdeeld waren. Alvorens de resultaten neer te schrijven, moet erop gewezen worden dat bij het vergelijken van deze gemiddelden enkel de data van de patiënten en partners konden gebruikt worden die zowel op T1 als T2 aanwezig waren. Dit betekent dat heel wat data van de eerste steekproef, zijnde T1, wegviel. Op T2 waren er namelijk veel minder inclusies in vergelijking met T1. Ook waren soms enkel de gegevens van één van beide partners aanwezig.

Verskil in gemiddelde BDI-II score

Als eerste stap werd gekeken naar het verschil in depressieve symptomen bij de patiënt op T1 en T2. Met andere woorden, er werd nagegaan of er een significant verschil kon gevonden worden in depressieve symptomen van de patiënt na een opname van acht weken. Voor deze test werden 13 inclusies bekeken. Er werd op T2 een significant lagere BDI-II score gevonden in vergelijking met T1 ($Z = -2.87$; $p = .004$). Slechts één van de geïnccludeerde patiënten gaf na opname een hogere BDI-II score aan dan ervoor. Hetzelfde werd gedaan voor de partners. Bij hen verschilden de gemiddelde BDI-II scores op T1 en T2 niet significant van elkaar ($Z = -.70$; $p = .483$). 6 van de 12 inclusies gaven zelfs een hogere BDI-II score aan op T2. 4 van de 12 geïnccludeerde partners gaven dezelfde score aan.

Verskil in gemiddelde behoeftefrustratie en behoeftesatisfactie tussen patiënt en partner

Vervolgens werd gekeken naar de verschillen in gemiddelde behoeftefrustratie. Er werd geconcludeerd dat de gemiddelde behoeftefrustratie van de patiënten op T1, zijnde voor opname, statistisch significant hoger lag dan de gemiddelde behoeftefrustratie van de partners ($Z = -3.24$; $p = .001$). Bij 17 van de 22 geïnccludeerde koppels lag de totale behoeftefrustratie van de patiënten hoger dan die van de partners.

Hetzelfde werd gedaan voor de totale behoeftesatisfactie. Ook hier werd een statistisch significant resultaat gevonden. De gemiddelde behoeftesatisfactie van de partners lag op T1 significant hoger dan die van de patiënten ($Z = -2.28$; $p = .023$). Bij 15 van de 22 geïnccludeerde koppels lag de totale behoeftesatisfactie bij de partner hoger dan die van de patiënt.

Dit alles werd nog eens berekend op T2. Er werd vastgesteld dat de gemiddelde behoeftefrustratie van de patiënten na opname niet meer significant hoger lag dan die van de

partners ($Z = -1.91$; $p = .056$). Bij 8 van de 11 geïnccludeerde koppels gaf de patiënt wel nog steeds een hogere totale behoeftefrustratie aan.

Ook de gemiddelde behoefte­­satisfactie verschilde op T2 niet significant tussen patiënten en partners. Bij 8 van de 11 geïnccludeerde koppels gaven de partners zelfs een lagere behoefte­­satisfactie aan dan de patiënten. Er moet echter vermeld worden dat er bij deze berekening 2 geïnccludeerde patiënten wegvielen, aangezien de respectievelijke partners de vragenlijst niet meer invulden. Wanneer deze 2 patiënten wel meegerekend worden, lag de gemiddelde behoefte­­satisfactie wel degelijk hoger bij de partners.

Verskil in gemiddelde behoefte­­frustratie en behoefte­­satisfactie na opname

Er werd gekeken naar de invloed van opname van de patiënt op de gemiddelde behoefte­­frustratie en behoefte­­satisfactie.

Bij het vergelijken van de gemiddelde behoefte­­frustratie van de patiënt op T1 en T2 werd geconcludeerd dat de gemiddelden niet significant verschilden van elkaar ($Z = -.39$; $p = .695$). Van de 12 geïnccludeerde patiënten gaven er 6 een lagere behoefte­­frustratie aan op T2, de andere 6 dan weer een hogere behoefte­­frustratie. De gemiddelde behoefte­­frustratie van de patiënten lag op T2 wel lager dan op T1.

Ook tussen de gemiddelde behoefte­­satisfactie op T1 en T2 werd geen significant verschil gevonden ($Z = -.67$; $p = .504$). 8 van de 12 geïnccludeerde patiënten gaven op T2 een hogere behoefte­­satisfactie aan dan op T1. De overige 4 patiënten gaven echter een lagere behoefte­­satisfactie aan op T2.

Ook werd er bepaald of er een significant verschil kon gevonden worden in behoefte­­frustratie en/of behoefte­­satisfactie van de partners na opname van de patiënt.

Bij 7 van de 11 geïnccludeerde partners werd wel degelijk een lagere behoefte­­frustratie gevonden op T2. De overige 4 partners gaven dan weer een hogere behoefte­­frustratie aan op T2. Het verschil in gemiddelde behoefte­­frustratie bij de partners op T1 en T2 werd echter niet significant bevonden ($Z = -.05$; $p = .964$).

Ook de scores van de gemiddelde behoefte­­satisfactie van de partners verschilden op T1 en T2 niet significant van elkaar ($Z = -1.33$; $p = .184$). 8 van de 11 geïnccludeerde partners gaven zelfs een lagere behoefte­­satisfactie op T2 aan. Opnieuw moet hier de opmerking worden gemaakt dat er op T2 veel minder geïnccludeerde partners waren in vergelijking met T1 en dat voor de besproken vergelijking enkel de partners die ook op T2 de vragenlijst invulden, werden geïnccludeerd. Wanneer de gemiddelde behoefte­­satisfactie van alle geïnccludeerde partners van T1 en T2 werd bekeken, bleek de gemiddelde behoefte­­satisfactie op T2 wel net iets hoger te liggen dan op T1. Dit werd in bovenstaande tabel 8 beschreven.

Correlaties

De significante Pearson correlatie coëfficiënten van de onderzochte verbanden werden in onderstaande tabellen vetgedrukt weergegeven.

Depressieve symptomen en behoeftefrustratie/behoefte­­satisfactie

Het belangrijkste verband dat onderzocht werd voor deze masterproef was het verband tussen de depressieve symptomen en de drie psychologische basisbehoeften, meer bepaald de frustratie en satisfactie ervan. Zowel de totale behoeftefrustratie en behoefte­­satisfactie als de frustratie en satisfactie van de drie aparte psychologische noden werden gecorreleerd aan de BDI-II score van de patiënt. Dit werd gedaan voor zowel patiënt als partner en dit op beide afnamemomenten, zijnde T1 en T2. De resultaten werden weergegeven in tabel 10-13.

BDI-II score en psychologische noden bij de patiënt op T1

Als eerste werden de Pearson correlatie coëfficiënten tussen de BDI-II score van de patiënt op T1 en de frustratie en satisfactie van de verschillende psychologische basisbehoeften bekeken. De resultaten werden weergegeven in tabel 10.

Alle variabelen die peilden naar behoeftefrustratie toonden positieve correlatie coëfficiënten met de BDI-II score van de patiënt. Dit houdt in dat de depressieve symptomen van de geïnccludeerde patiënten hoger lagen wanneer de frustratie van de psychologische noden hoger lag.

De variabelen die peilden naar behoefte­­satisfactie toonden steeds negatieve correlatie coëfficiënten met de BDI-II score van de patiënt. Het omgekeerde is hier geldig: naarmate er meer bevrediging van de psychologische noden van de geïnccludeerde patiënten was, lagen de depressieve symptomen lager.

Er werd echter slechts één statistisch significante correlatie gevonden, namelijk de positieve correlatie tussen de variabele ‘competentie frustratie’ en de BDI-II score van de patiënt ($r = .46$; $p < .05$). Naarmate er bij de geïnccludeerde patiënten meer frustratie was van de basis­­behoefte competentie lagen de depressieve symptomen dus significant hoger.

BDI-II score en psychologische noden bij de partner op T1

Vervolgens werden de Pearson correlatie coëfficiënten tussen de BDI-II score van de patiënt en de behoeftefrustratie- en satisfactie van de respectievelijke partner bekeken. Dit om na te gaan of de depressieve symptomen van de geïnccludeerde patiënten en de behoeftefrustratie- en satisfactie van hun partners op een bepaalde manier met elkaar gecorreleerd waren.

Uit de correlatie coëfficiënten die in tabel 11 weergegeven werden, kunnen we afleiden dat er in deze steekproef geen verband was tussen de depressieve symptomen van de

geïnccludeerde patiënten en de behoeftefrustratie- en satisfactie van hun respectievelijke partners.

Twee variabelen bleken niet op de verwachte manier gecorreleerd met de depressieve symptomen van de patiënt. Zo toonde de variabele 'verbondenheid satisfactie' een positieve correlatie ($r = .15$) met de BDI-II score van de patiënt. Dit was ook het geval bij de correlatie tussen de totale behoeftesatisfactie van de partner en de BDI-II score van de patiënt ($r = .03$). Deze twee correlaties werden echter niet significant bevonden.

BDI-II score en psychologische noden bij de patiënt op T2

De volgende stap was om dezelfde correlaties te bekijken op het tweede afnamemoment, zijnde na de opname van de patiënt.

Er werd opnieuw gestart met het verband tussen de depressieve symptomen van de patiënt volgens de BDI-II score en de behoeftefrustratie- en satisfactie van de patiënt. De resultaten werden weergegeven in tabel 12.

Opnieuw toonden alle variabelen die peilden naar de behoeftefrustratie van de patiënt een positieve correlatie coëfficiënt met de BDI-II score van de patiënt. De variabelen die de behoeftesatisfactie van de patiënt nagingen, toonden steeds een negatieve correlatie coëfficiënt met de BDI-II score van de patiënt.

Op T2 werden er, in tegenstelling tot de resultaten van het eerste afnamemoment, redelijk wat statistisch significante correlaties gevonden tussen de BDI-II score van de patiënt en zijn of haar behoeftefrustratie- en satisfactie. Onder andere de variabele 'competentie frustratie' vertoonde, net als op T1, een significant positieve correlatie met de BDI-II score van de patiënt ($r = .61$; $p < 0.05$).

De meest significante correlatie die in deze steekproef gevonden werd, was de negatieve correlatie ($r = -.77$; $p < 0.01$) tussen de totale behoeftesatisfactie en de BDI-II score van de patiënt. De totale behoeftesatisfactie was op T2 dus sterker gecorreleerd aan de depressieve symptomen van de patiënt dan de totale behoeftefrustratie. De totale behoeftefrustratie bleek nog steeds statistisch significant gecorreleerd te zijn met de BDI-II score van de patiënt, met een Pearson correlatie coëfficiënt van $.61$ ($p < 0.05$).

Enkel de variabelen 'autonomie frustratie' en 'verbondenheid satisfactie' werden niet significant gecorreleerd met de BDI-II score van de patiënt.

BDI-II score en psychologische noden bij de partner op T2

Tot slot werd het bovenstaande nog eens herhaald om de verbanden tussen de BDI-II score van de patiënt en de behoeftefrustratie- en satisfactie bij de partner op T2 te bekijken. De resultaten werden weergegeven in tabel 13.

Vergelijkbaar met de steekproef op T1 werden ook hier geen significante correlaties teruggevonden. Wel bleken de correlaties iets sterker in vergelijking met T1.

Opnieuw toonden alle variabelen die peilden naar de behoeftesatisfactie van de partner een negatieve correlatie coëfficiënt met de BDI-II score van de patiënt.

De variabelen die de behoeftefrustratie van de partner nagingen, toonden positieve correlatie coëfficiënten met de BDI-II score van de patiënt, met uitzondering van de variabele 'competentie frustratie'. Deze laatste werd negatief gecorreleerd met de BDI-score van de patiënt ($r = -.34$), maar dit resultaat was niet statistisch significant.

Tabellen

Tabel 10: Pearson correlatie coëfficiënten BDI-II score en psychologische noden bij de patiënt op T1

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. BDI-II score patiënt	-								.
2. Autonomie frustratie	.39	-							
3. Autonomie satisfactie	-.35	-.40*	-						
4. Competentie frustratie	.46*	.46*	-.45*	-					
5. Competentie satisfactie	-.20	-.34	.30	-.70**	-				
6. Verbondenheid frustratie	.05	.43*	-.50*	.34	-.35	-			
7. Verbondenheid satisfactie	-.03	-.19	.09	-.28	.42*	-.59**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	.34	.81**	-.57**	.72**	-.53**	.72**	-.43*	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	-.20	-.42*	.60**	-.59**	.70**	-.61**	.71**	-.75**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 11: Pearson correlaties BDI-II score en psychologische noden bij de partner op T1

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. BDI-II score patiënt	-								.
2. Autonomie frustratie	.12	-							
3. Autonomie satisfactie	-.01	-.68**	-						
4. Competentie frustratie	.04	.52**	-.54**	-					
5. Competentie satisfactie	-.08	-.40	.78**	-.52**	-				
6. Verbondenheid frustratie	.00	.54**	-.56**	.60**	-.60**	-			
7. Verbondenheid satisfactie	.15	-.60**	.58**	-.53**	.57**	-.88**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	.06	.82**	-.71**	.84**	-.61**	.85**	-.80**	-	

9. Totale behoeftesatisfactie	.03	-.64**	.89**	-.61**	.89**	-.79**	.84**	-.81**	-
-------------------------------	-----	--------	-------	--------	-------	--------	-------	--------	---

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 12: Pearson correlaties BDI-II score en psychologische noden bij de patiënt op T2

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. BDI-II score patiënt	-								.
2. Autonomie frustratie	.47	-							
3. Autonomie satisfactie	-.69**	-.81**	-						
4. Competentie frustratie	.61*	.82**	-.66*	-					
5. Competentie satisfactie	-.72**	-.57*	.59*	-.81**	-				
6. Verbondenheid frustratie	.59*	.63*	-.56*	.75**	-.72**	-			
7. Verbondenheid satisfactie	-.54	-.59*	.48	-.65*	.61*	-.92**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	.61*	.91**	-.75**	.95**	-.77**	.87**	-.79**	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	-.77**	-.78**	.81**	-.84**	.87**	-.88**	.84**	-.92**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 13: Pearson correlaties BDI-II score en psychologische noden bij de partner op T2

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. BDI-II score patiënt	-								.
2. Autonomie frustratie	.34	-							
3. Autonomie satisfactie	-.08	-.71*	-						
4. Competentie frustratie	-.34	.53	-.48	-					
5. Competentie satisfactie	-.08	-.57	.72*	-.51	-				
6. Verbondenheid frustratie	.57	.84**	-.63*	.12	-.61*	-			
7. Verbondenheid satisfactie	-.24	-.82**	.59	-.40	.71*	-.88**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	.25	.97**	-.75**	.65*	-.69*	.82**	-.87**	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	-.16	-.82**	.86**	-.52	.89**	-.82**	.89**	-.89**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Behoeftefrustratie/behoeftesatisfactie en communicatiepatronen of conflictpatronen

Om na te gaan of de behoeftefrustratie- en satisfactie gecorreleerd is aan de gehanteerde communicatiepatronen bij koppels met een depressie werden ook hier de Pearson correlatie coëfficiënten berekend. Er werd steeds gekeken naar het verband tussen de behoeftefrustratie- en satisfactie van één van beide partners en de gehanteerde communicatiepatronen, gerapporteerd door diezelfde partner. De resultaten werden weergegeven in tabel 14 tot 17.

Psychologische noden en conflictcommunicatie bij de patiënt op T1

In de eerste steekproef werd gekeken naar het verband tussen de frustratie en satisfactie van de psychologische noden van de patiënt en de communicatiepatronen die gerapporteerd werden door de patiënt op T1. De resultaten hiervan werden weergegeven in tabel 14.

De variabele '*mutual constructive communication*' was steeds negatief gecorreleerd met de variabelen die peilden naar behoeftefrustratie en positief gecorreleerd aan de variabelen die peilden naar behoefte-satisfactie.

Er werd een sterk significante negatieve correlatie gevonden tussen de totale behoeftefrustratie en de hoeveelheid constructieve communicatie ($r = -.60$; $p < 0.01$). Er bleek dus minder constructieve communicatie te zijn naarmate de totale behoeftefrustratie van de patiënt hoger lag. Omgekeerd werd er een statistisch significante positieve correlatie aangetoond tussen de totale behoefte-satisfactie en de hoeveelheid constructieve communicatie ($r = .68$; $p < 0.01$).

Wanneer gekeken werd naar de verschillende psychologische noden werd de sterkste correlatie gevonden tussen de variabele 'verbondenheid satisfactie' en de hoeveelheid constructieve communicatie ($r = .53$; $p < 0.01$).

Enkel tussen de variabelen 'autonomie frustratie' en 'autonomie satisfactie' en de hoeveelheid constructieve communicatie kon geen significant verband gevonden worden.

Tussen de hoeveelheid eisend-terugtrekkend gedrag en de behoeftefrustratie- en satisfactie kon in deze eerste steekproef geen significante verbanden aangetoond worden.

Het eisend-terugtrekkend gedrag bleek niet steeds positief gecorreleerd met de variabelen die peilden naar behoeftefrustratie of negatief gecorreleerd met de variabelen die peilden naar behoefte-satisfactie.

Tenslotte werd er gekeken naar het verband tussen de hoeveelheid vermijdend gedrag en de mate van behoeftefrustratie of behoefte-satisfactie.

De variabelen die de mate van behoeftefrustratie nagingen, toonden steeds positieve correlaties met de variabele '*mutual avoidance and withholding*'. Omgekeerd toonden de variabelen die peilden naar de hoeveelheid behoefte-satisfactie steeds negatieve correlaties

met de variabele '*mutual avoidance and withholding*'.

Ook hier werden enkele significante correlaties gevonden. De meest significante associatie bleek de positieve correlatie tussen de variabele 'totale behoeftefrustratie' en de mate van vermijdend gedrag binnen de relatie ($r = .54$; $p < 0.01$).

Van de afzonderlijke psychologische noden was het verband tussen de variabele 'verbondenheid frustratie' en de mate van vermijdend gedrag het sterkst, met een Pearson correlatie coëfficiënt van $.51$ ($p < 0.05$).

Psychologische noden en conflictcommunicatie bij de partner op T1

De tweede steekproef was die van de geïncludeerde partners op T1. De resultaten werden weergegeven in tabel 15.

Vergelijkbaar met de eerste steekproef werden er significante correlaties gevonden tussen de mate van behoeftefrustratie en behoeftesatisfactie en de constructieve communicatie binnen de relatie. Hetzelfde kon vastgesteld worden voor het vermijdend gedrag binnen de relatie.

De sterkste correlatie bleek de negatieve correlatie tussen de variabele 'totale behoeftesatisfactie' en de variabele '*mutual avoidance and withholding*' ($r = -.75$; $p < 0.01$). Wat betreft de constructieve communicatie was de sterkste correlatie die met de variabele 'verbondenheid frustratie', met een Pearson correlatie coëfficiënt van $-.74$ ($p < 0.01$).

In tegenstelling tot de resultaten van de eerste steekproef, werden hier wel significante correlaties gevonden tussen het eisend-terugtrekkend gedrag en de behoeftefrustratie- en satisfactie. Ook werd het eisend-terugtrekkend gedrag binnen de relatie steeds positief gecorreleerd met de mate van behoeftefrustratie en omgekeerd negatief gecorreleerd met de mate van behoeftesatisfactie, wat in de eerste steekproef niet het geval was.

De sterkste correlaties waren die tussen de variabele '*demand-withdraw communication*' en de variabele 'competentie frustratie' ($r = .58$; $p < 0.01$), alsook de variabele 'verbondenheid frustratie' ($r = .58$; $p < 0.01$).

Psychologische noden en conflictcommunicatie bij de patiënt op T2

Hetzelfde werd herhaald na de opname van de patiënt, namelijk op T2. De resultaten van de derde steekproef werden weergegeven in tabel 16.

De variabele '*mutual constructive communication*' was steeds negatief gecorreleerd met behoeftefrustratie en positief gecorreleerd met behoeftesatisfactie. Voor de variabelen '*demand-withdraw communication*' en '*mutual avoidance and withholding*' bleek het omgekeerde; een positieve correlatie met behoeftefrustratie en een negatieve correlatie met behoeftesatisfactie.

Het aantal statistisch significante correlaties bleek in deze steekproef echter beperkt. De meeste significante correlaties konden gevonden worden tussen de behoeftefrustratie- en satisfactie en de constructieve communicatie, waarbij het verband tussen de variabele 'verbondenheid frustratie' en de variabele '*mutual constructive communication*' het sterkst was ($r = -.73$; $p < 0.01$). Ook de totale behoeftefrustratie- en satisfactie bleken sterk gecorreleerd te zijn met de constructieve communicatie, met Pearson correlatie coëfficiënten van respectievelijk $-.72$ ($p < 0.01$) en $.67$ ($p < 0.05$).

Psychologische noden en conflictcommunicatie bij de partner op T2

Tot slot werd op T2 ook opnieuw gekeken naar de verbanden tussen de verschillende communicatiepatronen en de behoeftefrustratie- en satisfactie bij de partner. De resultaten werden weergegeven in tabel 17.

Ook hier verliepen alle correlaties zoals voorspeld in de hypothese. Binnen elke categorie konden er significante correlaties vastgesteld worden, met een zeer significante positieve correlatie tussen de variabele 'verbondenheid satisfactie' en de constructieve communicatie ($r = .79$; $p < 0.01$). In tegenstelling tot de vorige drie steekproeven, bleek de negatieve correlatie tussen de verbondenheid frustratie en de constructieve communicatie hier niet significant ($r = -.57$).

Tabellen

Tabel 14: Pearson correlaties psychologische noden en conflictcommunicatie bij de patiënt op T1

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Autonomie frustratie	-												
2. Autonomie satisfactie	-.40*	-											
3. Competentie frustratie	.46*	-.45*	-										
4. Competentie satisfactie	-.34	.30	-.70**	-									
5. Verbondenheid frustratie	.43*	-.50*	.34	-.35	-								
6. Verbondenheid satisfactie	-.19	.09	-.28	.42*	-.59**	-							
7. Totale behoeftefrustratie	.81**	-.57**	.72**	-.53**	.72**	-.43*	-						
8. Totale behoeftesatisfactie	-.42*	.60**	-.59**	.70**	-.61**	.71**	-.75**	-					
9. Mutual constructive communication	-.34	.40	-.46*	.46*	-.52*	.53**	-.60**	.68**	-				
10. Demand-withdraw communication	.05	-.12	.19	-.08	.32	-.06	.25	-.13	-.59**	-			
11. Man demand/woman withdraw	-.04	-.26	.12	.04	.36	.03	.13	-.01	-.35	.83**	-		
12. Woman demand/man withdraw	.11	.04	.20	-.17	.19	-.12	.28	-.21	-.63**	.86**	.43*	-	
13. Mutual avoidance and withholding	.27	-.14	.46*	-.40	.51*	-.40	.54**	-.46*	-.70**	.48*	.26	.55**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 15: Pearson correlaties psychologische noden en conflictcommunicatie bij de partner op T1

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Autonomie frustratie	-												
2. Autonomie satisfactie	-.68**	-											
3. Competentie frustratie	.52**	-.54**	-										
4. Competentie satisfactie	-.40	.78**	-.52**	-									
5. Verbondenheid frustratie	.54**	-.56**	.60**	-.60**	-								
6. Verbondenheid satisfactie	-.60**	.58**	-.53**	.57**	-.88**	-							
7. Totale behoeftefrustratie	.82**	-.71**	.84**	-.61**	.85**	-.80**	-						
8. Totale behoeftesatisfactie	-.64**	.89**	-.61**	.89**	-.79**	.84**	-.81**	-					
9. Mutual constructive communication	-.36	.56**	-.72**	.57**	-.74**	.61**	-.73**	.68**	-				
10. Demand-withdraw communication	.25	-.44*	.58**	-.45*	.58**	-.46*	.56**	-.53**	-.77**	-			
11. Man demand/woman withdraw	.28	-.32	.57**	-.29	.50*	-.39	.54**	-.39	-.56**	.86**	-		
12. Woman demand/man withdraw	.10	-.38	.35	-.52*	.53**	-.44*	.39	-.52*	-.72**	.87**	.56**	-	
13. Mutual avoidance and withholding	.23	-.66**	.53**	-.73**	.65**	-.56**	.56**	-.75**	-.85**	.73**	.41*	.84**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 16: Pearson correlaties psychologische noden en conflictcommunicatie bij de patiënt op T2

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Autonomie frustratie	-												
2. Autonomie satisfactie	-.81**	-											
3. Competentie frustratie	.82**	-.66*	-										
4. Competentie satisfactie	-.57*	.59*	-.81**	-									
5. Verbondenheid frustratie	.63*	-.56*	.75**	-.72**	-								
6. Verbondenheid satisfactie	-.59*	.48	-.65*	.61*	-.92**	-							
7. Totale behoeftefrustratie	.91**	-.75**	.95**	-.77**	.87**	-.79**	-						
8. Totale behoeftesatisfactie	-.78**	.81**	-.84**	.87**	-.88**	.84**	-.92**	-					
9. Mutual constructive communication	-.52	.50	-.63*	.43	-.73**	.66*	-.72**	.67*	-				
10. Demand-withdraw communication	.35	-.56	.18	-.04	.33	-.33	.33	-.37	-.76**	-			
11. Man demand/woman withdraw	.40	-.67*	.14	-.03	.21	-.23	.29	-.37	-.62*	.95**	-		
12. Woman demand/man withdraw	.24	-.36	.20	-.04	.42	-.40	.33	-.34	-.84**	.94**	.79**	-	
13. Mutual avoidance and withholding	.19	-.57*	.14	-.07	.33	-.21	.24	-.34	-.49	.70*	.70*	.62*	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 17: Pearson correlaties psychologische noden en conflictcommunicatie bij de partner op T2

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Autonomie frustratie	-												
2. Autonomie satisfactie	-.71*	-											
3. Competentie frustratie	.53	-.48	-										
4. Competentie satisfactie	-.57	.72*	-.51	-									
5. Verbondenheid frustratie	.84**	-.63*	.12	-.61*	-								
6. Verbondenheid satisfactie	-.82**	.59	-.40	.71*	-.88**	-							
7. Totale behoeftefrustratie	.97**	-.75**	.65*	-.69*	.82**	-.87**	-						
8. Totale behoeftesatisfactie	-.82**	.86**	-.52	.89**	-.82**	.89**	-.89**	-					
9. Mutual constructive communication	-.68*	.30	-.61	.47	-.57	.79**	-.75*	.62	-				
10. Demand-withdraw communication	.64	-.53	.72*	-.49	.43	-.73*	.70*	-.69*	-.73*	-			
11. Man demand/woman withdraw	.67*	-.53	.60	-.64	.56	-.84**	.72*	-.78*	-.70*	.93**	-		
12. Woman demand/man withdraw	.47	-.42	.72*	-.22	.18	-.45	.53	-.44	-.64*	.91**	.70*	-	
13. Mutual avoidance and withholding	.57	-.14	.50	-.20	.47	-.70*	.62	-.44	-.87**	.62	.54	.61	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Behoeftefrustratie/behoeftesatisfactie en relatietevredenheid

Tot slot werd ook gekeken naar de mogelijke correlaties tussen de behoeftefrustratie- en satisfactie en de relatietevredenheid volgens de DAS-score. De verschillende subschalen van de DAS-score werden hierbij niet in rekening gebracht. Dit werd, net als bij voorgaande analyses, gedaan voor zowel patiënt als partner op T1 en T2. De resultaten werden weergegeven in tabel 18 tot 21.

Alle variabelen die peilden naar frustratie, met uitzondering van de variabele 'autonomie frustratie' van de patiënt op T1 (tabel 18), werden negatief gecorreleerd aan de relatietevredenheid volgens de DAS-score. Alle variabelen die peilden naar de satisfactie van de drie psychologische noden werden dan weer positief gecorreleerd met de relatietevredenheid.

De variabele 'verbondenheid frustratie' bleek in alle steekproeven significant negatief gecorreleerd met de relatietevredenheid volgens de DAS-score. De Pearson correlatie coëfficiënten waren, in volgorde van de steekproeven, $-.43$ ($p < 0.05$), $-.84$ ($p < 0.01$), $-.84$ ($p < 0.01$) en $-.78$ ($p < 0.05$).

In drie van de vier steekproeven werd de variabele 'competentie frustratie' van één van beide partners significant gecorreleerd met de relatietevredenheid gerapporteerd door diezelfde partner. De Pearson correlatie coëfficiënten waren, in volgorde van de steekproeven, $-.60$ ($p < 0.01$), $-.43$ ($p < 0.05$), $-.89$ ($p < 0.01$) en $-.12$.

Ook de variabele 'verbondenheid satisfactie' bleek in de eerste drie steekproeven een significant positieve correlatie te hebben met de relatietevredenheid. De Pearson correlatie coëfficiënten van de vier steekproeven waren $.47$ ($p < 0.05$), $.71$ ($p < 0.01$), $.72$ ($p < 0.05$) en $.50$.

Tenslotte bleek dit ook het geval te zijn voor de variabele 'totale behoeftesatisfactie', met Pearson correlatie coëfficiënten van $.59$ ($p < 0.01$), $.81$ ($p < 0.01$), $.78$ ($p < 0.01$) en $.55$.

Tabellen

Tabel 18: Pearson correlatie coëfficiënten psychologische noden en relatietevredenheid volgens de DAS-score bij de patiënt op T1

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. DAS totaalscore	-								
2. Autonomie frustratie	.05	-							
3. Autonomie satisfactie	.40	-.40*	-						
4. Competentie frustratie	-.60**	.46*	-.45*	-					
5. Competentie satisfactie	.34	-.34	.30	-.70**	-				
6. Verbondenheid frustratie	-.43*	.43*	-.50*	.34	-.35	-			
7. Verbondenheid satisfactie	.47*	-.19	.09	-.28	.42*	-.59**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	-.43	.81**	-.57**	.72**	-.53**	.72**	-.43*	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	.59**	-.42*	.60**	-.59**	.70**	-.61**	.71**	-.75**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 19: Pearson correlatie coëfficiënten psychologische noden en relatietevredenheid volgens de DAS-score bij de partner op T1

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. DAS totaalscore	-								
2. Autonomie frustratie	-.37	-							
3. Autonomie satisfactie	.65**	-.68**	-						
4. Competentie frustratie	-.43*	.52**	-.54**	-					
5. Competentie satisfactie	.77**	-.40	.78**	-.52**	-				
6. Verbondenheid frustratie	-.84**	.54**	-.56**	.60**	-.60**	-			
7. Verbondenheid satisfactie	.71**	-.60**	.58**	-.53**	.57**	-.88**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	-.66**	.82**	-.71**	.84**	-.61**	.85**	-.80**	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	.81**	-.64**	.89**	-.61**	.89**	-.79**	.84**	-.81**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 20: Pearson correlatie coëfficiënten psychologische noden en relatietevredenheid volgens de DAS-score bij de patiënt op T2

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. DAS totaalscore	-								
2. Autonomie frustratie	-.74*	-							
3. Autonomie satisfactie	.61	-.81**	-						
4. Competentie frustratie	-.89**	.82**	-.66*	-					
5. Competentie satisfactie	.76*	-.57*	.59*	-.81**	-				
6. Verbondenheid frustratie	-.84**	.63*	-.56*	.75**	-.72**	-			
7. Verbondenheid satisfactie	.72*	-.59*	.48	-.65*	.61*	-.92**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	-.90**	.91**	-.75**	.95**	-.77**	.87**	-.79**	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	.78**	-.78**	.81**	-.84**	.87**	-.88**	.84**	-.92**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabel 21: Pearson correlatie coëfficiënten psychologische noden en relatietevredenheid volgens de DAS-score bij de partner op T2

Variabelen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. DAS totaalscore	-								
2. Autonomie frustratie	-.72*	-							
3. Autonomie satisfactie	.61	-.71*	-						
4. Competentie frustratie	-.12	.53	-.48	-					
5. Competentie satisfactie	.23	-.57	.72*	-.51	-				
6. Verbondenheid frustratie	-.78*	.84**	-.63*	.12	-.61*	-			
7. Verbondenheid satisfactie	.50	-.82**	.59	-.40	.71*	-.88**	-		
8. Totale behoeftefrustratie	-.65	.97**	-.75**	.65*	-.69*	.82**	-.87**	-	
9. Totale behoeftesatisfactie	.55	-.82**	.86**	-.52	.89**	-.82**	.89**	-.89**	-

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Meervoudige lineaire regressie

Om deze masterproef in uitgebreidheid te beperken, werd er enkel voor het verband tussen de BDI-II score van de patiënt en de behoeftefrustratie- en satisfactie overgegaan tot een meervoudige lineaire regressie. Dit werd gedaan voor de steekproeven waarin minstens één significante correlatie gevonden werd, zijnde deze bij de patiënt op zowel T1 als T2.

Uit de meervoudige lineaire regressie kon afgeleid worden dat de predictoren autonomie frustratie, autonomie satisfactie, competentie frustratie, competentie satisfactie, verbondenheid frustratie en verbondenheid satisfactie de depressieve symptomen van de patiënt volgens de BDI-II score op T1 niet significant konden voorspellen.

De ingegeven predictoren voorspelden 12,2% van de totale variantie in depressieve symptomen van de patiënt (Adjusted $R^2 = .122$). Met dit percentage konden de predictoren echter geen significante hoeveelheid van de variantie in depressieve symptomen verklaren ($p = .226$).

De variabele 'competentie frustratie' bleek, van alle afzonderlijke predictoren, de depressieve symptomen het best te voorspellen ($p = .162$), maar ook deze waarde was niet significant. Voor de variabele 'autonomie frustratie' werd een p-waarde van .248 gevonden, voor de variabele 'autonomie satisfactie' een p-waarde van .305. De predictor 'competentie satisfactie' gaf een p-waarde van .470. Tot slot konden ook de variabelen 'verbondenheid frustratie' en 'verbondenheid satisfactie' de variantie in depressieve symptomen niet voor een significante hoeveelheid verklaren, met p-waarden van respectievelijk .250 en .633.

Ook op het tweede afnamemoment, dit is na de opname van de patiënt gedurende acht weken, kon er geen significant resultaat van de meervoudige lineaire regressie vastgesteld worden.

De predictoren voorspelden in deze steekproef 45,6% van de variantie in depressieve symptomen van de patiënt (Adjusted $R^2 = .456$; $p = .128$). De predictor die afzonderlijk het grootste deel van de variantie in depressieve symptomen van de patiënt kon verklaren bleek de variabele 'autonomie satisfactie', met een p-waarde van .089. De variabele 'autonomie frustratie' gaf een p-waarde van .233. De variabelen 'competentie frustratie' en 'competentie satisfactie' gaven p-waarden van respectievelijk .559 en .491. Voor de variabelen 'verbondenheid frustratie' en 'verbondenheid satisfactie' waren de p-waarden respectievelijk .636 en .459.

Discussie

Onderzoeksvraag 1. De eerste hypothese van dit onderzoek was dat de behoeftefrustratie van de drie psychologische noden (autonomie, competentie en verbondenheid) hoger zou liggen bij de depressieve patiënt in vergelijking met zijn of haar partner. Deze hypothese werd bevestigd.

Voor opname van de depressieve patiënten bleek de gemiddelde behoeftefrustratie van de patiënten statistisch significant hoger te liggen dan die van de respectievelijke partners. Na opname was hier geen significant verschil meer in te vinden.

Ook werd de hypothese dat de behoeftebevrediging of behoefte­­satisfactie van de depressieve patiënt lager zou liggen dan die van de partner bevestigd in de analyses.

Vergelijkbaar met de gemiddelde behoeftefrustratie verschilden de gemiddelden niet meer significant van elkaar na opname van de patiënt. Dit laatste komt volledig overeen met de hypothese dat het verschil in gemiddelde behoeftefrustratie en behoefte­­satisfactie kleiner zou worden na opname van de patiënt, in de veronderstelling dat de behoeftefrustratie- en satisfactie van de deelnemers gecorreleerd zou zijn aan de depressieve symptomen van de patiënt.

Er werd ook gekeken naar het verschil in gemiddelde behoeftefrustratie- en satisfactie voor en na opname, dit zowel voor de patiënt als voor de partner. De hypothese dat de gemiddelde behoeftefrustratie van de patiënt lager zou liggen na opname in vergelijking met ervoor, kon niet bevestigd worden. De gemiddelde behoeftefrustratie van de patiënt lag op T2 wel degelijk lager dan de gemiddelde behoeftefrustratie op T1, maar dit resultaat bleek niet statistisch significant.

Hetzelfde werd gedaan voor de gemiddelde behoefte­­satisfactie van de patiënt. Deze bleek na opname van de patiënt gemiddeld hoger te liggen dan ervoor, maar opnieuw was dit resultaat niet statistisch significant.

Op dezelfde manier werd er gekeken naar het verschil in gemiddelde behoeftefrustratie- en satisfactie bij de partner, voor en na opname van de patiënt. Zowel het verschil in gemiddelde behoeftefrustratie als het verschil in gemiddelde behoefte­­satisfactie voor en na opname van de patiënt was bij de partner niet significant.

Onderzoeksvraag 2. De zelfdeterminatietheorie stelt dat een hogere behoeftefrustratie gerelateerd is aan een verminderd welzijn en dat een hogere behoefte­­satisfactie dan weer gelinkt is aan een beter welzijn (16, 24).

In een voorgaande studie werd al aangetoond dat de belemmering van de psychologische basisbehoefte autonomie kan leiden tot een verminderd welzijn (29). In een studie naar behoeftefrustratie en depressieve symptomen bij Syrische vluchtelingen werd ook

vastgesteld dat vluchtelingen die een hogere graad van behoeftefrustratie ervoeren meer depressieve symptomen, algemene stress en PTSD (posttraumatische stressstoornis) ontwikkelden (17).

In de tweede hypothese werd dan ook verondersteld dat er een positieve correlatie zou zijn tussen de depressieve symptomen van de patiënt volgens de BDI-II score en de behoeftefrustratie van de patiënt. Dit werd nagekeken op twee afnamemomenten; één keer voor de opname van de patiënt en één keer erna. De variabelen die peilden naar behoeftefrustratie bleken, zoals opgesteld in de hypothese, inderdaad steeds positief gecorreleerd te zijn aan de depressieve symptomen van de patiënt, zowel op het eerste als op het tweede afnamemoment. Dit zou de bevinding van een eerdere studie kunnen staven, waarbij behoeftefrustratie bleek bij te dragen tot negatieve gevolgen als een laag zelfvertrouwen, angst en depressie (25). Op beide afnamemomenten waren er één of meerdere statistisch significante correlaties te vinden, deze kwamen echter grotendeels niet overeen met elkaar. De variabele 'competentie frustratie' werd als enige variabele zowel op T1 als op T2 significant positief gecorreleerd met de BDI-II score van de patiënt. De hypothese kan binnen dit onderzoek dus enkel voor de variabele 'competentie frustratie' bevestigd worden.

De hypothese vermoedde ook dat er een negatieve correlatie zou zijn tussen de variabelen die peilden naar de behoeftesatisfactie van de patiënt en zijn of haar depressieve symptomen volgens de BDI-II score. Een studie naar behoeftesatisfactie en depressieve symptomen bij Franse gehospitaliseerde ouderen toonde namelijk aan dat behoeftebevrediging geassocieerd was met minder depressieve symptomen (30). Dit was in de huidige studie op beide afnamemomenten het geval. Er werden in de grootste steekproef, dit is op het eerste afnamemoment, geen significante correlaties gevonden tussen de verschillende variabelen die peilden naar behoeftesatisfactie en de BDI-II score. Op het tweede afnamemoment bleek dit wel het geval. We moeten er echter rekening mee houden dat de resultaten van de analyses over het tweede afnamemoment mogelijk minder betrouwbaar zijn, aangezien ze gebaseerd zijn op een kleinere steekproef. In deze tweede steekproef bleken alle variabelen die peilden naar behoeftesatisfactie, met uitzondering van de variabele 'verbondenheid satisfactie', significant negatief gecorreleerd met de depressieve symptomen van de patiënt.

Tot slot werd gekeken of er een lineair verband zou bestaan tussen de depressieve symptomen van de patiënt en zijn of haar behoeftefrustratie- en satisfactie. Dit werd bekeken voor beide afnamemomenten, maar het meervoudig lineair regressiemodel bleek niet statistisch significant te zijn. Er was ook geen enkele variabele die op zichzelf de variantie in depressieve symptomen significant kon verklaren. Deze bevindingen komen niet overeen

met wat gevonden werd in het literatuuronderzoek, waar bleek dat de vervulling en dus satisfactie van de psychologische noden binnen een relatie een belangrijke predictor was van een lagere prevalentie van depressie onder borstkanker overlevenden (28).

Uit bovenstaande resultaten kunnen we dus stellen dat er geen verbanden werden gevonden die niet overeenkomen met de vooropgestelde hypothese, maar dat de hypothese ook niet volledig bevestigd kon worden, aangezien er tussen de twee steekproeven grote verschillen bleken te zijn.

Het tweede deel van de hypothese was dat er, vergelijkbaar met wat hierboven beschreven staat, een positieve correlatie zou zijn tussen de depressieve symptomen van de patiënt en de behoeftefrustratie bij zijn of haar partner. Deze hypothese kon echter niet bevestigd worden door de analyses van dit onderzoek. Zowel op het eerste afnamemoment als op het tweede afnamemoment werden er geen significante correlaties gevonden tussen de verschillende variabelen die peilden naar behoeftefrustratie bij de partner en de depressieve symptomen van de patiënt.

Verder werd ook de hypothese dat er bij de partner een negatieve correlatie zou zijn tussen de variabelen die peilden naar behoeftesatisfactie en de depressieve symptomen van de patiënt getoetst. Deze hypothese kon niet bevestigd worden.

Het tweede deel van deze onderzoeksvraag kwam dus niet overeen met de vooropgestelde hypothese. Er werd weliswaar verwacht dat de correlaties minder sterk zouden zijn dan de correlaties tussen de behoeftefrustratie- en satisfactie van de patiënt zelf en zijn of haar depressieve symptomen, maar tegen de verwachtingen in werd er geen enkel significant verband gevonden.

Onderzoeksvraag 3. Een volgend doel van dit onderzoek was het analyseren van het verband tussen de behoeftefrustratie- en satisfactie en de gebruikte communicatiepatronen of conflictpatronen binnen de relatie met een depressieve partner. In eerder onderzoek vond men al dat de communicatiepatronen van koppels met een depressieve partner negatiever verlopen in vergelijking met koppels zonder een depressieve partner. Er zou minder constructieve en meer vermijdende conflictcommunicatie zijn (7, 9-11). Een ander communicatiepatroon dat vaker wordt gezien bij deze koppels is eisend-terugtrekkend gedrag (7, 9, 10). In de huidige studie was het de bedoeling deze communicatiepatronen dan weer te linken aan de mate van behoeftefrustratie- en satisfactie.

In de hypothese werd gesteld dat er naarmate er meer behoeftefrustratie is, er minder constructieve communicatie, meer eisend-terugtrekkend gedrag en meer vermijdend gedrag ontstaat binnen de relatie. De analyses werden in totaal vier keer uitgevoerd, met wisselende resultaten. Hierdoor is het moeilijk om een algemene conclusie op te stellen.

Constructieve communicatie bleek in alle steekproeven negatief gecorreleerd met de variabelen die peilden naar behoeftefrustratie en omgekeerd positief gecorreleerd met de variabelen die peilden naar behoeftesatisfactie. Een heel hoog percentage van deze correlaties bleek ook statistisch significant te zijn. Het is echter moeilijk de hypothese te bevestigen, aangezien er ook nog steeds bepaalde correlaties gevonden werden die niet statistisch significant waren en de resultaten gebaseerd zijn op kleine steekproeven. Wel waren de variabelen 'verbondenheid satisfactie' en 'totale behoeftefrustratie' van patiënt en partner zowel op T1 als op T2 respectievelijk significant positief en significant negatief gecorreleerd met de variabele '*mutual constructive communication*'. Deze correlaties bleken dus in alle vier de steekproeven significant.

Het totale eisend-terugtrekkend gedrag was steeds positief gecorreleerd met de variabelen die peilden naar de behoeftefrustratie en steeds negatief gecorreleerd aan de variabelen die peilden naar de behoeftesatisfactie. Ook hier werden er meerdere significante correlaties gevonden, die opnieuw verschilden naargelang de steekproef. Het is dus moeilijk om tot een algemene conclusie te komen.

Op de twee subvariabelen van het eisend-terugtrekkend gedrag werd niet ingegaan, onder meer omdat er twee niet heteroseksuele koppels in de studie geïnccludeerd werden en dit voor hen niet van toepassing was. Hier wordt in de onderstaande limitaties dieper op ingegaan.

Tot slot werd ook de hypothese dat er meer vermijdend gedrag zou zijn bij een hogere behoeftefrustratie en minder vermijdend gedrag bij een hogere behoeftesatisfactie getoetst. Dit was voor alle correlaties het geval. Net als de twee communicatiepatronen die hierboven besproken werden, waren ook deze correlaties vaak significant. Dit hoofdzakelijk op het eerste afnamemoment, wat het meest betrouwbare lijkt. Opnieuw dient hier vermeld te worden dat het moeilijk is een algemene conclusie op te stellen, aangezien de correlaties verschilden over de steekproeven heen.

Onderzoeksvraag 4. Om de laatste hypothese te kunnen bevestigen of ontkennen, werd getoetst of er een correlatie zou kunnen zijn tussen de behoeftefrustratie- en satisfactie en de relatietevredenheid volgens de DAS-score, dit ingevuld door beide partners. Hierbij werd verondersteld dat er een positieve correlatie zou zijn tussen de relatietevredenheid en de behoeftesatisfactie en een negatieve correlatie tussen de relatietevredenheid en de behoeftefrustratie. Vergelijkbaar hiermee vond men in voorgaand onderzoek dat de satisfactie van elke afzonderlijke behoefte (autonomie, competentie en verbondenheid) zowel het individuele welzijn als het welzijn binnen een relatie voorspelde (19, 21). Zo stelden koppels die een sterkere mate van behoeftebevrediging ervaarden een betere

relationele kwaliteit vast na het hebben van een conflict (21). De vervulling van de drie psychologische basisbehoeften blijkt van groot belang te zijn bij het functioneren van een relatie en hierbij speelt vooral de behoefte 'verbondenheid' een belangrijke rol (18, 21). Uit de analyses van dit onderzoek bleek dat alle variabelen die peilden naar behoeftesatisfactie positief gecorreleerd waren met de relatietevredenheid volgens de DAS-score, dit zowel bij patiënt als partner. Omgekeerd waren de variabelen die peilden naar behoeftefrustratie negatief gecorreleerd met de relatietevredenheid volgens de DAS-score, met uitzondering van de variabele 'autonomie frustratie' bij de patiënt op het eerste afnamemoment. Er werden opnieuw wisselende significante correlaties gevonden binnen de vier steekproeven.

De variabele 'verbondenheid frustratie' bleek in alle steekproeven significant negatief gecorreleerd met de relatietevredenheid volgens de DAS-score. Dit zou de bevindingen van vorig onderzoek kunnen bevestigen, namelijk dat koppels rapporteerden meer tevreden te zijn met hun relatie wanneer ze zich gekoesterd voelen (d.w.z., meer verbondenheid) en niet afgewezen (d.w.z., minder frustratie van de nood aan verbondenheid) door hun intieme partner (18).

De laatste hypothese kon dus enkel bevestigd worden voor de variabele 'verbondenheid frustratie'.

Limitaties en verder onderzoek

Binnen dit onderzoek moet er rekening gehouden worden met enkele zaken die mogelijks een beperking kunnen vormen voor de resultaten van het onderzoek en de veralgemening ervan.

Een eerste grote limitatie van dit onderzoek is de grootte van de steekproef. Met een steekproef van 26 patiënten en 24 partners op het eerste afnamemoment en een steekproef van 13 patiënten en 12 partners op het tweede afnamemoment kunnen we de resultaten van deze studie niet met zekerheid generaliseren. Zelfs de verbanden die binnen dit onderzoek statistisch significant bleken te zijn, zijn mogelijks niet betrouwbaar. Naar toekomstig onderzoek toe zou het dus nuttig zijn een grotere steekproef te bekomen.

Ook moet vermeld worden dat heel wat delen van de gebruikte vragenlijsten niet ingevuld werden door de deelnemers, waardoor er in het onderzoek gekampt werd met veel missing data. Voor toekomstig onderzoek zou het dan ook nuttig kunnen zijn om de geïnccludeerde koppels gedurende een langere tijd grondig te volgen opdat de verzamelde gegevens zo volledig mogelijk zouden zijn.

Een andere beperking in dit onderzoek is de samenstelling van de steekproef. Enkel opgenomen patiënten werden geïnccludeerd, terwijl de populatie van mensen met een

depressie veel groter is dan het kleine deel dat opgenomen wordt. Verder werd er enkel gekeken naar de mensen die op dit moment nog een relatie hadden, terwijl er ook veel informatie kan worden gehaald bij mensen met een depressie die momenteel geen relatie hebben, maar die wel in het verleden gehad hebben. Uiteraard zou dit het onderzoek praktisch moeilijk gemaakt hebben, aangezien ook aan de respectievelijke partners gevraagd werd om de vragenlijsten in te vullen.

Ook in de vragenlijsten zelf werd een beperking gevonden; zo is de CPQ-schaal enkel gericht op heteroseksuele koppels, terwijl twee van de geïnccludeerde koppels niet heteroseksueel, maar homoseksueel of biseksueel waren. Naar toekomstig onderzoek toe zou dit gemakkelijk kunnen aangepast worden, aangezien er ook een variant van de CPQ-schaal bestaat waarin de stellingen over 'partner' spreken in plaats van 'man' en 'vrouw'. De geïnccludeerde homoseksuele en biseksuele koppels konden deze vragenlijst dus niet invullen. Als aanvulling hierbij kunnen de meetvariabelen in het algemeen uitgebreid worden naar toekomstig onderzoek toe. Zo zou het leerrijk zijn om gebruik te maken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Tot slot was ook de beperkte literatuur over het onderwerp een beperking aan dit onderzoek. Er werd weliswaar veel literatuur gevonden over de psychologische noden, alsook literatuur over depressie. Het verband tussen de twee werd echter nog niet grondig onderzocht, waardoor het voor bovenstaande discussie moeilijk was om vergelijkingspunten te vinden tussen deze studie en voorgaande studies.

Het feit dat er in dit onderzoek toch enkele significante verbanden werden gevonden, toont aan dat het naar de toekomst toe nuttig kan zijn om de onderzochte verbanden verder uit te diepen. Het kan interessant zijn om de inclusiecriteria voor verder onderzoek iets breder te maken, waardoor een grotere steekproef wordt bekomen en daardoor mogelijks ook statistisch significantere en meer betrouwbare resultaten.

Voor vervolgonderzoek lijkt het nuttig om (1) tot een grotere steekproef te komen, (2) naast kwantitatieve onderzoeksmethoden ook gebruik te maken van kwalitatieve onderzoeksmethoden en (3) de patiënten en respectievelijke partners te volgen gedurende een langere tijd.

Referentielijst

1. Hengeveld MW, Van Balkom AJLM, Van Heeringen C, Sabbe BGC. Leerboek psychiatrie. 3e, geheel herziene druk ed: Utrecht : De Tijdstroom; 2016.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5 ed: Washington (D.C.) : American psychiatric association; 2013.
3. Wagener A. How to improve depression care? Integration of depression heterogeneity in behavioral activation treatment. 2018.
4. Du Rocher Schudlich TD, Papp LM, Cummings EM. Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: a longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *J Fam Psychol.* 2011;25(4):531-40.
5. Rehman US, Gollan J, Mortimer AR. The marital context of depression: research, limitations, and new directions. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(2):179-98.
6. Coyne JC, Thompson R, Palmer SC. Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *J Fam Psychol.* 2002;16(1):26-37.
7. Lemmens GGEU, De Corte KU, Verhofstadt LPP, Schene AHe, Sabbe BGCE, Spinhoven Pe. De depressieve patiënt en diens betrokkenen. Utrecht; 2016.
8. Ha T, Overbeek G, Cillessen AH, Engels RC. A longitudinal study of the associations among adolescent conflict resolution styles, depressive symptoms, and romantic relationship longevity. *J Adolesc.* 2012;35(5):1247-54.
9. Heene EL, Buysse A, Van Oost P. Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: the role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Fam Process.* 2005;44(4):413-40.
10. Heene E, Buysse A, Van Oost P. An interpersonal perspective on depression: the role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Fam Process.* 2007;46(4):499-514.
11. Lemmens GMD, Buysse A, Heene E, Eisler I, Demyttenaere K. Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Acta Neuropsychiatrica.* 2007;19(2):109-17.
12. Gabriel B, Beach SR, Bodenmann G. Depression, marital satisfaction and communication in couples: investigating gender differences. *Behav Ther.* 2010;41(3):306-16.
13. Gangamma R, Bartle-Haring S, Holowacz E, Hartwell EE, Glebova T. Relational Ethics, Depressive Symptoms, and Relationship Satisfaction in Couples in Therapy. *J Marital Fam Ther.* 2015;41(3):354-66.
14. Cramer D. Emotional support, conflict, depression, and relationship satisfaction in a romantic partner. *J Psychol.* 2004;138(6):532-42.
15. Whitton SW, Whisman MA. Relationship satisfaction instability and depression. *J Fam Psychol.* 2010;24(6):791-4.
16. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry.* 2000;11(4):227-68.
17. Weinstein N, Khabbaz F, Legate N. Enhancing Need Satisfaction to Reduce Psychological Distress in Syrian Refugees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2016;84(7):645-50.
18. Vanhee GU, Lemmens GGEU, Verhofstadt LPP. Relationship satisfaction: high need satisfaction or low need frustration? (2016) SOCIAL BEHAVIOR AND PERSONALITY. 2016.
19. La Guardia JG, Patrick H. Self-determination theory as a fundamental theory of close relationships. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne.* 2008;49(3):201-9.
20. Reis HT, Sheldon KM, Gable SL, Roscoe J, Ryan RM. Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 2000;26(4):419-35.

21. Patrick H, Knee CR, Canevello A, Lonsbary C. The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: a self-determination theory perspective. *J Pers Soc Psychol.* 2007;92(3):434-57.
22. Knee CR, Hadden BW, Porter B, Rodriguez LM. Self-determination theory and romantic relationship processes. *Pers Soc Psychol Rev.* 2013;17(4):307-24.
23. Vansteenkiste M, Ryan RM. On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2013;23(3):263-80.
24. Ryan RM, Deci EL. Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. *Handbook of self-determination research.* Rochester, NY, US: University of Rochester Press; 2002. p. 3-33.
25. Megias A, Gonzalez-Cutre D, Beltran-Carrillo VJ, Gomis-Diaz JM, Cervello E, Bartholomew KJ. The impact of living with morbid obesity on psychological need frustration: A study with bariatric patients. *Stress Health.* 2018;34(4):509-22.
26. Costa S, Ntoumanis N, Bartholomew KJ. Predicting the brighter and darker sides of interpersonal relationships: Does psychological need thwarting matter? *Motivation and Emotion.* 2015;39(1):11-24.
27. Knee CR, Lonsbary C, Canevello A, Patrick H. Self-determination and conflict in romantic relationships. *J Pers Soc Psychol.* 2005;89(6):997-1009.
28. Talley A, Molix L, Schlegel RJ, Bettencourt A. The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychol Health.* 2010;25(4):433-49.
29. Werner LL, der Graaff JV, Meeus WH, Branje SJ. Depressive Symptoms in Adolescence: Longitudinal Links with Maternal Empathy and Psychological Control. *J Abnorm Child Psychol.* 2016;44(6):1121-32.
30. Souesme G, Martinent G, Ferrand C. Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2016;65:70-8.
31. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for Beck Depression Inventory-II.* San Antonio: TX: Psychological Corporation; 1996.
32. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family.* 1976;38(1):15-28.
33. Chen B, Vansteenkiste M, Beyers W, Boone L, Deci EL, Van der Kaap-Deeder J, et al. Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion.* 2015;39(2):216-36.
34. Christensen A, & Sullaway, M. Communications patterns questionnaire. Unpublished manuscript. 1984.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenbundel depressie en relatie

VRAGENBUNDEL DEPRESSIE EN RELATIE

Geachte heer/mevrouw,

Vooreerst nogmaals onze dank voor uw medewerking aan dit onderzoek. In dit onderzoek wordt de samenhang tussen een depressie en verschillende aspecten van een relatie onderzocht. We vragen aan beide partners van een koppel waarvan één partner met een depressie is opgenomen om tweemaal (bij opname en 8 weken later) de vragenlijsten in te vullen die u in dit bundel vindt. De bundel omvat een aantal vragenlijsten die over de hele wereld in soortgelijk onderzoek worden gebruikt, en die over de jaren heen hun betrouwbaarheid hebben bewezen.

Bij het invullen van de vragenlijsten zal u steeds de keuze hebben uit verschillende antwoordmogelijkheden. U kan het antwoord omcirkelen dat het beste uw mening weergeeft. Het is echt belangrijk dat u eerlijk uw mening weergeeft en dat u alle vragen uit het bundel beantwoordt. Alle gegeven informatie valt onder ons beroepsgeheim, en bovendien garanderen we, overeenkomstig de Wet op de Persoonlijke Levenssfeer (1992), een volledig anonieme verwerking van de onderzoeksresultaten. Zo dient u uw naam nooit in te vullen op de onderzoeksformulieren, en de onderzoekers die de resultaten verwerken, kunnen op geen enkele manier uw identiteit achterhalen. Verder zal aan u beiden gevraagd worden om de vragenlijsten afzonderlijk in te vullen, waarbij u elkaars vragenlijsten op geen enkel moment zal kunnen inkijken. Aarzel niet om de dr. N. Van de Velde, dr. Hanna Van Parys te contacteren als u vragen heeft of bijkomende informatie wenst. Nogmaals dank en veel succes!

Met bijzondere hoogachting,

dr. N. Van de Velde dr. Hanna Van Parys Prof. dr. L. Verhofstadt Prof. dr. G. Lemmens

ALGEMEEN

Gelieve het gepaste antwoord aan te kruisen/ in te vullen.

1. Wat is uw status?
 - Patiënt
 - Partner
2. Wat is uw geslacht?
 - Mannelijk
 - Vrouwelijk
 - Andere
3. Wat is uw leeftijd? (in jaren)
4. Wat is uw hoogst behaalde diploma? Kies één van de volgende antwoorden.
 - Lager onderwijs
 - Lager secundair onderwijs
 - Hoger secundair onderwijs
 - Hoger onderwijs – 1 cyclus (voorheen korte type - kandidatuur, professionele of academische bachelor)
 - Hoger onderwijs – 2 cycli (voorheen lange type - licentiaat, master, master-na-master)
 - Hoger onderwijs – 3 cycli (doctoraat)
5. Wat is uw huidige beroepssituatie? Kies één van de volgende antwoorden.
 - Arbeider
 - Bediende
 - Midden kaderlid
 - Hoger kaderlid
 - Zelfstandige
 - Werkloos/werkzoekend
 - Huisvrouw/huisman
 - Gepensioneerd
 - Student
 - Arbeidsongeschikt
6. Wat is uw huidige gezinssituatie? Kies één van de volgende antwoorden.
 - In een relatie maar niet getrouwd/niet samenwonend
 - Getrouwd/samenwonend zonder kind(eren)
 - Getrouwd/samenwonend met inwonend(e) kind(eren)
 - Getrouwd/samenwonend met kind(eren), die niet meer thuis woont/wonen
 - Nieuw samengesteld gezin
7. Hoe lang bent u al samen met uw huidige partner? (in jaren)
8. Indien van toepassing, hoe lang woont u samen met uw partner?jaar enmaanden
9. Zijn u en uw partner al uit elkaar geweest? (breuk of echtscheiding)
 - Ja
 - Neen
10. Bent u ooit (wettelijk) gescheiden (van een ex-partner)?
 - Ja
 - Neen

11. Hebt u kinderen uit een vorige relatie ?
- Ja, hoeveel:
 - Neen
12. Hebt u kinderen uit uw huidige relatie ?
- Ja, hoeveel:
 - Neen
13. Hoeveel kinderen wonen er nu nog bij u thuis ? kind(eren), leeftijd(en)
14. Wat is uw seksuele voorkeur? Kies één van de volgende antwoorden.
- Heteroseksueel
 - Homoseksueel
 - Biseksueel
 - Aseksueel

BDI-II

Deze vragenlijst bestaat uit 21 rijtjes uitspraken. Lees aub ieder rijtje aandachtig en kies uit elk rijtje één uitspraak, die het best beschrijft hoe u zich de afgelopen 2 weken met inbegrip van vandaag gevoeld heeft. Kruis het hokje aan met het cijfer vóór de door u gekozen uitspraak. Als meerdere uitspraken in een rijtje even goed van toepassing zijn, kruis dan het hokje aan met het hoogste cijfer van dat rijtje. Let er op dat u niet meer dan één uitspraak per rijtje kiest, ook bij vraag 16 (veranderingen in slaappatroon) en 18 (veranderingen in eetlust).

1. Somberheid, verdriet.

0	Ik voel me niet somber.
1	Ik voel me een groot deel van de tijd somber.
2	Ik ben de hele tijd somber.
3	Ik ben zo somber of ongelukkig dat ik het niet verdragen kan.

2. Pessimisme.

0	Ik ben niet ontmoedigd over mijn toekomst.
1	Ik ben meer ontmoedigd over mijn toekomst dan vroeger.
2	Ik verwacht niet dat de dingen goed voor mij zullen uitpakken.
3	Ik heb het gevoel dat mijn toekomst hopeloos is en dat het alleen maar erger zal worden.

3. Mislukkingen.

0	Ik voel me geen mislukkeling.
1	Ik heb te veel dingen laten mislukken.
2	Als ik terugkijk, zie ik een hoop mislukkingen.
3	Ik vind dat ik als persoon een totale mislukking ben.

4. Verlies van plezier.

0	Ik beleeft net zo veel plezier als altijd aan de dingen die ik leuk vind.
1	Ik geniet niet meer zoveel van dingen als vroeger.
2	Ik beleeft heel weinig plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.
3	Ik beleeft geen enkel plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.

5. Schuldgevoelens.

0	Ik voel me niet bijzonder schuldig.
1	Ik voel me schuldig over veel dingen die ik heb gedaan of had moeten doen.
2	Ik voel me meestal erg schuldig.
3	Ik voel me de hele tijd schuldig.

6. Gevoel gestraft te worden.

0	Ik heb niet het gevoel dat ik gestraft word.
1	Ik heb het gevoel dat ik misschien gestraft zal worden.
2	Ik verwacht gestraft te worden.
3	Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

7. Afkeer van zichzelf.

0	Ik voel me over mezelf net als altijd.
1	Ik heb minder zelfvertrouwen.
2	Ik ben teleurgesteld in mezelf.
3	Ik heb een hekel aan mezelf.

8. Zelfkritiek.

0	Ik bekritiseer of verwijt mijzelf niet meer dan gewoonlijk.
1	Ik ben meer kritisch op mezelf dan vroeger.
2	Ik bekritiseer mezelf voor al mijn tekortkomingen.
3	Ik verwijt mijzelf al het slechte wat gebeurt.

9. Suïcidale gedachten of wensen.

0	Ik heb geen enkele gedachte aan zelfdoding.
1	Ik heb gedachten aan zelfdoding, maar ik zou ze niet ten uitvoer brengen.
2	Ik zou liever een eind aan mijn leven maken.
3	Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.

10. Huilen.

0	Ik huil niet meer dan vroeger.
1	Ik huil meer dan vroeger.
2	Ik huil om elk klein ding.
3	Ik wil graag huilen, maar ik kan het niet.

11. Agitatie, onrust.

0	Ik ben niet rustelozter of meer gespannen dan anders.
1	Ik ben rustelozter of meer gespannen dan anders.
2	Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moeilijk stil kan zitten.
3	Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moet blijven bewegen of iets anders.

12. Verlies van interesse.

0	Mijn belangstelling voor andere mensen of activiteiten is niet verminderd.
1	Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen of dingen dan vroeger.
2	Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen of dingen grotendeels verloren.
3	Het is moeilijk om ergens nog belangstelling voor op te brengen.

13. Besluiteloosheid.

0	Ik neem beslissingen ongeveer even gemakkelijk als altijd.
1	Ik vind het moeilijker om beslissingen te nemen dan gewoonlijk.
2	Ik heb gewoonlijk meer moeite met het nemen van beslissingen dan vroeger.
3	Ik heb moeite met alle beslissingen.

14. Waardeloosheid.

0	Ik heb niet het gevoel dat ik waardeloos ben.
1	Ik zie mezelf niet meer zo waardevol en nuttig als vroeger.
2	Vergeleken met anderen voel ik me meer waardeloos.
3	Ik voel me volstrekt waardeloos.

15. Energieverlies.

0	Ik heb nog evenveel energie als altijd.
1	Ik heb minder energie dan vroeger.
2	Ik heb niet voldoende energie om veel te doen.
3	Ik heb niet genoeg energie om wat dan ook te doen.

16. Verandering van slaappatroon.

0	Mijn slaappatroon is niet veranderd.
1a	Ik slaap wat meer dan gewoonlijk.
1b	Ik slaap wat minder dan gewoonlijk.
2a	Ik slaap veel meer dan gewoonlijk.
2b	Ik slaap veel minder dan gewoonlijk.
3a	Ik slaap het grootste deel van de dag.
3b	Ik word 1-2 uren te vroeg wakker en kan niet meer inslapen.

17. Prikkelbaarheid.

0	Ik ben niet meer prikkelbaar dan anders.
1	Ik ben meer prikkelbaar dan anders.
2	Ik ben veel meer prikkelbaar dan anders.
3	Ik ben de hele tijd prikkelbaar.

18. Verandering van eetlust.

0	Mijn eetlust is niet veranderd.
1a	Mijn eetlust is wat kleiner dan gewoonlijk.
1b	Mijn eetlust is wat groter dan gewoonlijk.
2a	Mijn eetlust is veel kleiner dan vroeger.
2b	Mijn eetlust is veel groter dan gewoonlijk.
3a	Ik heb helemaal geen eetlust.
3b	Ik verlang de hele tijd naar eten.

19. Concentratieproblemen.

0	Ik kan me net zo goed concentreren als altijd.
1	Ik kan me niet zo goed concentreren als altijd.
2	Het is lastig om mijn gedachten ergens lang bij te houden.
3	Ik kan me nergens op concentreren.

20. Moeheid.

0	Ik ben niet meer moe of afgemat dan gewoonlijk.
1	Ik word sneller moe of afgemat dan gewoonlijk.
2	Ik ben te moe of afgemat voor veel dingen die ik vroeger wel deed.
3	Ik ben te moe of afgemat voor de meeste dingen die ik vroeger wel deed.

21. Verlies van interesse in seks.

0	Ik heb de laatste tijd geen verandering gemerkt in mijn belangstelling voor seks.
1	Ik heb minder belangstelling voor seks dan vroeger.
2	Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor seks.
3	Ik heb alle belangstelling voor seks verloren.

Totaal:	
---------	--

DAS

De meeste mensen hebben af en toe onenigheden in hun relatie. Gelieve hieronder aan te duiden in welke mate u en uw partner het eens of oneens zijn over elke vraag van de onderstaande lijst. Omcirkel het sterretje onder één passend antwoord voor elke vraag.

	altijd akkoord	bijna altijd akkoord	af en toe niet akkoord	veelal niet akkoord	bijna altijd niet akkoord	altijd nie akkoord
1. gezinsfinanciën behandelen	*	*	*	*	*	*
2. alles wat met ontspanning te maken heeft	*	*	*	*	*	*
3. religieuze aangelegenheden	*	*	*	*	*	*
4. tonen van genegenheid	*	*	*	*	*	*
5. vrienden	*	*	*	*	*	*
6. seksuele relaties	*	*	*	*	*	*
7. traditionele omgangsvormen, correct of gepast gedrag	*	*	*	*	*	*
8. levensfilosofie	*	*	*	*	*	*
9. manier van omgaan met ouders of schoonouders	*	*	*	*	*	*
10. doelstellingen en dingen die u belangrijk vindt	*	*	*	*	*	*
11. hoeveel tijd die men samen doorbrengt	*	*	*	*	*	*
12. belangrijke beslissingen nemen	*	*	*	*	*	*
13. huishoudelijke taken	*	*	*	*	*	*
14. vrijetijdsbesteding en interesses	*	*	*	*	*	*
15. beslissingen met betrekking tot carrière	*	*	*	*	*	*
			meer wel dan niet	af en toe	zelden	nooit
16. Hoe vaak bespreken jullie, of hebben jullie overwogen om te scheiden, uit elkaar te gaan, of jullie relatie te beëindigen?	*	*	*	*	*	*
17. Hoe vaak verlaat u of uw partner het huis na een ruzie?	*	*	*	*	*	*
18. Globaal genomen, hoe vaak denkt u dat de dingen goed gaan tussen u en uw partner?	*	*	*	*	*	*
19. Hoe vaak neemt u uw partner in vertrouwen?	*	*	*	*	*	*
20. Spijt het u ooit dat u getrouwd bent of samenleeft?	*	*	*	*	*	*
21. Hoe vaak hebben u en uw partner ruzie?	*	*	*	*	*	*
22. Hoe vaak werken u en uw partner elkaar op de zenuwen?	*	*	*	*	*	*

	elke dag	bijna elke dag	af en toe	zelden	nooit	
23. Kust u uw partner?	*	*	*	*	*	
	allemaal	het merendeel	sommige	een minderheid	geen enkele	
24. Zijn er buitenshuis activiteiten die u en uw partner samen doen?	*	*	*	*	*	
Hoe vaak gebeurt het volgende tussen u en uw partner ?	nooit	minder dan eens per maand	eens of twee keer per maand	eens of twee keer per week	eens per dag	vaker
25. een stimulerende uitwisseling van gedachten hebben	*	*	*	*	*	*
26. samen lachen	*	*	*	*	*	*
27. kalm iets bespreken	*	*	*	*	*	*
28. samen aan iets werken	*	*	*	*	*	*

Hierna volgen enkele dingen waarover koppels het soms eens of oneens zijn. Duid voor elk item aan of dit in de afgelopen weken aanleiding gaf tot meningsverschillen of problemen veroorzaakte.

	ja	neen
29. te moe zijn om seks te hebben	*	*
30. geen genegenheid tonen	*	*

31. De sterretjes op de volgende lijn vertegenwoordigen verschillende graden van geluk in uw relatie. Het middelste punt, "gelukkig", staat voor de mate van geluk in de meeste relaties. Omcirkel het sterretje boven de zin die het best de algemene mate van geluk beschrijft in uw relatie.

*	*	*	*	*	*	*
zeer ongelukkig	tamelijk ongelukkig	een beetje ongelukkig	gelukkig	zeer gelukkig	uitermate gelukkig	perfect

32. Welke van de volgende uitspraken beschrijft het best hoe u denkt dat uw relatie er in de toekomst zal uitzien? Omcirkel de letter van één uitspraak.

- A. Ik wil absoluut dat mijn relatie slaagt, en ik zou hiervoor tot het uiterste gaan.
- B. Ik wil heel graag dat mijn relatie slaagt, en zal hiervoor alles doen wat ik kan.
- C. Ik wil heel graag dat mijn relatie slaagt, en zal hiervoor binnen redelijke grenzen mijn best doen.
- D. Het zou fijn zijn als mijn relatie slaagde, maar ik kan niet meer doen dan ik nu al doe.
- E. Het zou fijn zijn als de relatie slaagde, maar ik weiger om meer te doen dan ik nu al doe.
- F. Mijn relatie kan nooit slagen, en er is niets meer dat ik kan doen (om de relatie gaande te houden).

IN DE RELATIE MET MIJN PARTNER

De volgende vragen gaan over uw ervaringen in uw relatie. Gelieve de stellingen te beoordelen aan de hand van de volgende schaal:

1	2	3	4	5
helemaal niet				helemaal wel

IN DE RELATIE MET MIJN PARTNER...

1. heb ik een gevoel van keuze en vrijheid in de dingen die ik onderneem	1	2	3	4	5
2. voel ik me buitengesloten door mijn partner	1	2	3	4	5
3. heb ik er vertrouwen in dat ik dingen goed kan doen	1	2	3	4	5
4. voelen de meeste dingen die ik doe aan alsof 'het moet'	1	2	3	4	5
5. voel ik dat hij/zij om mij geeft	1	2	3	4	5
6. heb ik ernstige twijfels over de vraag of ik de dingen wel goed kan doen	1	2	3	4	5
7. voel ik dat mijn beslissingen weerspiegelen wat ik echt wil	1	2	3	4	5
8. voel ik dat hij/zij afstandelijk is tegen mij	1	2	3	4	5
9. voel ik me bekwaam in wat ik doe	1	2	3	4	5
10. voel ik me gedwongen om dingen te doen waar ik zelf niet voor zou kiezen	1	2	3	4	5
11. voel ik me nauw verbonden met hem/haar	1	2	3	4	5
12. voel ik me teleurgesteld in veel van mijn prestaties	1	2	3	4	5
13. voel ik dat mijn keuzes weergeven wie ik werkelijk ben	1	2	3	4	5
14. heb ik soms de indruk dat hij/zij een hekel aan me heeft	1	2	3	4	5
15. voel ik me in staat om mijn doelen te bereiken	1	2	3	4	5
16. voel ik me verplicht om te veel dingen te doen	1	2	3	4	5
17. ervaar ik een hechte band	1	2	3	4	5
18. voel ik me onzeker over mijn vaardigheden	1	2	3	4	5
19. voel ik dat wat ik (kan) doe(n) me oprecht interesseert	1	2	3	4	5
20. voel ik dat onze relatie slechts oppervlakkig is	1	2	3	4	5
21. voel ik dat ik moeilijke taken met succes kan voltooien	1	2	3	4	5
22. voelen mijn dagelijkse activiteiten aan als een aaneenschakeling van verplichtingen	1	2	3	4	5
23. heb ik een warm gevoel bij hem/haar	1	2	3	4	5
24. voel ik me als een mislukking omwille van de fouten die ik maak	1	2	3	4	5

CPQ

Wij zijn geïnteresseerd in de (typische) manier waarop u en uw partner omgaan met problemen in jullie relatie. Gelieve elk item te beoordelen op een schaal van 1 (= zeer onwaarschijnlijk) tot 9 (= zeer waarschijnlijk) en het bijbehorende antwoord te omcirkelen.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
heel onwaar- schijnlijk								heel waarschijn- lijk

A. Wanneer een probleem in de relatie ontstaat

1. Wederzijds vermijden

Beide partners vermijden het probleem te bespreken. 1 2 3 4 5 6 7 8

2. Onderling bespreken

Beide partners proberen het probleem te bespreken. 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Bespreken/vermijden

De man probeert het probleem aan te snijden terwijl de vrouw probeert de bespreking te vermijden. 1 2 3 4 5 6 7 8

De vrouw probeert het probleem aan te snijden, terwijl de man probeert de bespreking te vermijden. 1 2 3 4 5 6 7 8

B. Tijdens een discussie over een relatieprobleem

1. Wederzijds schuld geven

Beide partners geven elkaar de schuld en hebben kritiek op elkaar. 1 2 3 4 5 6 7 8

2. Wederzijds uitdrukken

Beide partners drukken hun gevoelens uit ten opzichte van elkaar. 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Wederzijds bedreigen

Beide partners dreigen met negatieve gevolgen. 1 2 3 4 5 6 7 8

4. Wederzijds onderhandelen

Beide partners stellen mogelijke oplossingen en compromissen voor. 1 2 3 4 5 6 7 8

5. Eisen/terugtrekken

De man zaagt en stelt eisen, terwijl de vrouw zich terugtrekt, niets meer zegt of weigert de zaak te bespreken. 1 2 3 4 5 6 7 8

De vrouw zaagt en stelt eisen, terwijl de man zich terugtrekt, niets meer zegt of weigert de zaak te bespreken. 1 2 3 4 5 6 7 8

6. Bekritisieren/zich verdedigen

De man bekritiseert, terwijl de vrouw zich verdedigt. 1 2 3 4 5 6 7 8

De vrouw bekritiseert, terwijl de man zich verdedigt. 1 2 3 4 5 6 7 8

7. Druk uitoefenen/zich verzetten

De man oefent druk uit op de vrouw om iets te doen of om met iets op te houden, terwijl de vrouw zich verzet. 1 2 3 4 5 6 7 8

De vrouw oefent druk uit op de man om iets te doen of om met iets op te houden, terwijl de man zich verzet. 1 2 3 4 5 6 7 8

8. Emoties/logica

De man drukt zijn gevoelens uit, terwijl de vrouw redenen en oplossingen aanbrengt. 1 2 3 4 5 6 7 8

De vrouw drukt haar gevoelens uit, terwijl de man redenen en oplossingen aanbrengt.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Bedreigen/toegeven								
De man dreigt met negatieve gevolgen en de vrouw geeft toe of krabbelt terug.	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw dreigt met negatieve gevolgen en de man geeft toe of krabbelt terug.	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Verbale agressie								
De man scheldt de vrouw uit, vloekt tegen haar en breekt haar af.	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw scheldt de man uit, vloekt tegen hem en breekt hem af.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Fysieke agressie								
De man duwt, stamp, slaat of schopt de vrouw.	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw duwt, stamp, slaat of schopt de man.	1	2	3	4	5	6	7	8
C. Na een bespreking van een relationeel probleem								
1. Wederzijds begrijpen								
Beide hebben het gevoel dat de ander zijn/haar standpunt begrepen heeft.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Wederzijds terugtrekken								
Beide trekken zich afzonderlijk terug na de bespreking.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Wederzijds oplossen								
Beide menen dat het probleem opgelost is.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Wederzijds weigeren								
Geen van beide partners geeft toe aan de andere na de bespreking.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Wederzijdse verzoening								
Na de bespreking proberen beide partners extra lief te zijn voor elkaar.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Schuld voelen/gekwetst zijn								
De man voelt zich schuldig voor wat hij gezegd of gedaan heeft, terwijl de vrouw zich gekwetst voelt.	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw voelt zich schuldig voor wat zij gezegd of gedaan heeft, terwijl de man zich gekwetst voelt.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Zich verzoenen/zich terugtrekken								
De man probeert extra lief te zijn en doet alsof alles weer normaal is, terwijl de vrouw zich afstandelijk opstelt.	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw probeert extra lief te zijn en doet alsof alles weer normaal is, terwijl de man zich afstandelijk opstelt.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Druk uitoefenen/weerstand bieden								
De man oefent druk uit op de vrouw om zich te verontschuldigen of te beloven dat ze het beter zal doen, terwijl de vrouw daaraan weerstand biedt.	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw oefent druk uit op de man om zich te verontschuldigen of te beloven dat hij het beter zal doen, terwijl de man daaraan weerstand biedt.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Steun zoeken								
De man zoekt steun van anderen (familielid, vriend, kinderen).	1	2	3	4	5	6	7	8
De vrouw zoekt steun van anderen (familielid, vriend, kinderen).	1	2	3	4	5	6	7	8