

Academiejaar: 2017 – 2018

Aantal woorden: 19.670

**HET ONDERSTEUNEN VAN EEN
PARTNER MET CHRONISCHE PIJN
BIJ HUISHOUDELIJKE
ACTIVITEITEN:
EEN OBSERVATIONELE STUDIE**

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van Master of Science in de richting Klinische Psychologie

Promotor: Prof. dr. Liesbet Goubert

Copromotor: Prof. dr. Maarten Vansteenkiste

Begeleider: Sara Kindt

Sofia Daghmoumi

01103267

Woord vooraf

Met dit eindwerk sluit ik mijn vijfjarige opleiding psychologie af. Het was een intensief maar leerzaam proces naar het behalen van mijn Master in de Klinische Psychologie. Dit pad heb ik echter niet alleen doorlopen en ook het tot stand brengen van deze masterproef was me niet gelukt zonder de hulp van een aantal mensen. Via deze weg zou ik graag de mensen die mij gedurende twee jaar, hard geholpen en gesteund hebben, ontzettend willen bedanken.

Eerst en vooral gaat mijn dank uit naar Sara Kindt die de begeleiding van mijn masterproef op zich genomen heeft. Ze heeft me gedurende twee jaar veel constructieve feedback gegeven en stond altijd klaar om mijn vragen te beantwoorden. Zonder haar geduld, adviezen en nauwgezette bijsturing had ik deze masterproef niet tot dit punt kunnen brengen. Sara, ontzettend bedankt voor de geweldige samenwerking en de kostbare tijd die je aan mij besteed hebt.

Verder wil ik graag mijn ouders bedanken die mij, enerzijds de ruimte en de kans gegeven hebben om deze studies te volgen en, anderzijds altijd een bron van steun zijn geweest. Ook mijn partner wil ik bedanken die gedurende mijn hele schoolloopbaan ondersteunend is geweest en mij de nodige motivatie heeft gegeven om deze masterproef tot het einde te geraken. Ook bedankt aan mijn vrienden en alle anderen die me gesteund hebben en steeds bereid waren om delen van mijn masterproef na te lezen.

Tot slot wil ik alle koppels bedanken die tijd hebben genomen om deel te nemen aan dit onderzoek, zonder jullie inzet was dit niet mogelijk geweest. Hartelijk dank allemaal!

Abstract

Doel. Volgens de Zelf-Determinatie Theorie kan het helpen van een partner met chronische pijn interfereren met andere belangrijke doelen in het leven van de hulpgever (ZDT; Deci & Ryan, 2000). In deze experimentele studie wordt nagegaan wat de causale effecten zijn van geïnduceerd doelconflict bij de partner op (1) intrapersonlijke uitkomsten (i.e. affect en behoeftesatisfactie) en (2) interpersoonlijke uitkomsten (i.e. kwaliteit en kwantiteit van hulp) bij zowel de partner als de patiënt met chronische pijn.

Methode. Aan 68 koppels werd gevraagd om twee reeksen van huishoudelijke taken uit te voeren (i.e. doelconflictconditie versus controleconditie). In de ene conditie werd er aan partners gevraagd om gewoon beschikbaar te zijn om hulp te bieden aan de pijnpatiënt (controle conditie) en in de andere conditie werden partners gevraagd om beschikbaar te blijven om hulp te bieden terwijl ze een puzzel oplosten (doelconflict conditie). Na elke reeks van huishoudelijke taken vulden beide partners een vragenlijst in over interpersoonlijke (kwaliteit van helpgedrag) en intrapersonlijke variabelen (behoeftesatisfactie en affect). Ook werd de kwantiteit van helpgedrag van de partners achteraf gescoord aan de hand van video codering.

Resultaten. Uit de resultaten bleek dat in de doelconflict conditie partners minder positief affect en meer negatief affect ervoeren; ook werd het helpgedrag door partners als minder behoefte-ondersteunend ervaren. Bij de patiënten bleek doelconflict op niveau van de partner er eveneens voor te zorgen dat pijnpatiënten het gevoel hadden dat de hulp minder behoefte-ondersteunend was. In diezelfde conditie meenden de pijnpatiënten ook dat de partner minder autonoom gemotiveerd was bij het bieden van hulp. Verder werd er een marginaal significant negatief effect gevonden van doelconflict op de behoeftesatisfactie van de pijnpatiënt. De gevonden effecten waren grotendeels in lijn met de ZDT.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	2
Abstract	3
Inhoudsopgave	4
Overzicht figuren	5
Overzicht tabellen	5
Inleiding	6
Definitie van Pijn.....	6
Visies op pijn	8
Pijn als sociaal fenomeen.....	9
Invloed van chronische pijn op het leven van de patiënt.....	10
Invloed van de partner op chronische pijn.....	13
De Zelf-Determinatie Theorie	15
Basisbehoeften.....	15
Motivatie	17
Doelconflict.....	20
Onderzoeksvragen	22
Onderzoeksvraag 1	23
Onderzoeksvraag 2	24
Methode.....	25
Participanten	25
Procedure en studieopzet	28
Materiaal.....	29
Statistische analyses.....	33
Resultaten	34
Correlaties	34
SPSS: Repeated Measures ANOVA.....	37
Onderzoeksvraag 1	37
Onderzoeksvraag 2.....	38
Discussie	40
Onderzoeksbevindingen.....	40
Sterktes en beperkingen van het onderzoek.....	43
Implicaties voor de klinische praktijk	46
Conclusie.....	47
Referenties	48
Bijlagen	56
Bijlage 1a.....	57
Bijlage 1b.....	58
Bijlage 1c.....	59
Bijlage 1d.....	60
Bijlage 1 e.....	61
Bijlage 1f.....	61

Overzicht figuren

- Figuur 1: Overzicht Zelf-Determinatie theorie
- Figuur 2: Flowchart steekproefverzameling
- Figuur 3: Overzicht fasen binnen het onderzoek

Overzicht tabellen

- Tabel 1: Demografische gegevens van de steekproef
- Tabel 2: Overzicht van de Pearson correlatiecoëfficiënten (r) van de variabelen gemeten bij beide partners
- Tabel 3: Overzicht van de F-waarden, significantieniveau (p), standaardmeetfout (ES), gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) aan de hand van Repeated Measure Anova

Inleiding

Pijn is een onplezierig, doch essentieel onderdeel van het leven. Pijn is wereldwijd één van de meest voorkomende symptomen bij ziekte waarbij er de laatste jaren een stijging is in de prevalentie van chronische pijn (Freburger et al., 2009; O'Brien & Breivik, 2012). Pijn is een persoonlijke ervaring, doch beperkt het zich zelden tot de persoon die de fysieke pijn ervaart. Er is vaak ook een sociaal of interpersoonlijk aspect waarbij de partner een belangrijke medespeler is (Vervoort & Trost, 2017). Partners van pijnpatiënten hebben dan ook de opdracht om enerzijds voldoende hulp te bieden en anderzijds ook om kwalitatieve hulp te bieden (Goubert, 2015). Een aantal studies tonen aan dat het bieden van hulp een negatieve impact kan hebben op de partner met als gevolg dat deze mogelijk wordt verhinderd om adequaat hulp te bieden binnen de intieme relatie (Flor et al., 1987; Miller & Timson, 2004; Leonard & Cano, 2005; Hadjistavropoulos et al., 2011; Ojeda et al., 2014; Crombez et al., 2016). Een belangrijke factor voor partners bij het bieden van hulp is onder andere het ervaren van doelconflict (Kindt, Vansteenkiste, Cano & Goubert, 2017). De groeiende belangstelling voor deze bidirectionaliteit en de mogelijke behandelingen voor chronische pijn zorgen ervoor dat er steeds meer literatuur voorhanden is. Voorliggende experimentele studie heeft als doel om een stap verder te gaan dan de klassieke correlatieve onderzoeken. Binnen deze studie gaan we de causale effecten na van doelconflict op het niveau van de partner op verschillende inter- en intrapersoonlijke variabelen bij beide partners. In volgend onderdeel zullen we dieper ingaan op definities en visies op pijn die vanuit de literatuur geboden worden. Vervolgens definiëren we het theoretisch kader dat gebruikt zal worden, namelijk de Zelf-Determinatie Theorie (ZDT; Deci & Ryan, 1985).

Definitie van Pijn

In de literatuur hebben zich verschillende definities over pijn ontwikkeld. Vandaag de dag is de algemeen aanvaarde definitie over pijn, deze opgesteld door de '*International association for the Study of Pain*' (IASP). De IASP definieert pijn als "een onplezierige sensorische en emotionele ervaring die geassocieerd is met actuele of potentiële weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van zo'n beschadiging" (IASP, 1986). Deze definitie is mede geïnspireerd door de 'Poorttheorie' van Melzack en Wall (1965) die pijn beschrijven als zijnde subjectief, wat inhoudt dat de term pijn voor elk individu een andere invulling kan hebben naar gelang de ervaringen in de kindertijd (IASP, 1987). Gezien deze studie zich focust op chronische

pijn is het noodzakelijk om het onderscheid tussen acute pijn en chronische pijn nader te bekijken. Acute pijn is tijdsgebonden en van voorbijgaande aard: er is een weefselherstelperiode van ongeveer drie maanden en wanneer de kwetsuur geneest dan vermindert de pijn. Acute pijn waarschuwt ons wanneer iets niet goed is in ons lichaam en spoort ons aan om medische hulp te zoeken, te rusten of te herstellen. Het uitblijven van pijn is een signaal om onze dagelijkse activiteiten terug op te pikken. Uit pijnervaringen leert men ook wat men zou moeten vermijden in de toekomst (Katz et al., 2015). Wanneer pijn langer persisteert dan verwacht of wanneer pijn aanhoudt ondanks de genezing van het letsel dat de pijn veroorzaakte, spreken we van chronische pijn. Chronische pijn is een overkoepelende term voor allerlei symptomen zoals osteo(artritis), lage rugpijn, hoofdpijn, fybromyalgie, enz. (Breivik et al., 2006). In andere studies wordt chronische pijn gedefinieerd als pijn die langer dan drie of zes maanden aanhoudt en beperkingen heeft op verschillende levensdomeinen (Treede, 2015).

Verder is chronische pijn een zeer belangrijk gezondheidsprobleem. In West-Europa hebben prevalentiecijfers voor chronische pijn een redelijk brede marge: ze variëren tussen 12% en 30% (Breivik et al., 2006). Binnen andere studies zijn er cijfers bekend waarbij de marge minder breed is, namelijk tussen 17% en 29% (Tsang et al. 2008). In België variëren de cijfers voor lichamelijke pijn tussen 26% (Gezondheidsenquête, 2013) en 39% (Tsang et al. 2008). Hevige tot zeer hevige pijn wordt door 12,2% van de Belgische participanten gerapporteerd in een studie van Tsang et al. (2008). Specifiek komt chronische pijn meer voor bij vrouwen (Gezondheidsenquête, 2013; Tsang, 2008), oudere mensen (Demyttenaere et al., 2007; Tsang, 2008) en laag opgeleiden (Demyttenaere et al., 2007; Gezondheidsenquête, 2013). Wanneer we kijken naar de urbanisatiegraad (stedelijke gebieden, halfstedelijke en landelijke gebieden) vinden we geen verschil (Gezondheidsenquête, 2013).

In deze studie zullen we niet dieper ingaan op acute pijn aangezien we ons uitsluitend zullen richten op chronische pijn.

Visies op pijn

Net zoals de definitie over pijn hebben ook de visies over pijn een evolutie ondergaan doorheen de tijd en dus ook doorheen de literatuur. Aanvankelijk was het traditionele *biomedisch model* dominant dat haar oorsprong onder andere in de theorie van René Descartes vond. Descartes ging uit van een dualistische visie waarbij lichaam en ziel als twee aparte entiteiten beschouwd werden die op een puur fysische manier in interactie waren met elkaar (Gatchel et al., 2007). Dit model stelde de ervaring van pijn zeer simplistisch voor: pijn werd beschouwd als een rechtstreeks gevolg van een biomedische afwijking en de hinder als een rechtstreeks gevolg van de pijn (Schneider & Karoly, 1983). Psychologische factoren, zoals emoties en attitudes, werden gezien als een reactie op pijn en dus van minder groot belang (Schneider & Karoly, 1983). Wanneer men echter ging kijken naar onderlinge variaties in pijn bij mensen met dezelfde biomedische aandoeningen of mensen die pijn ervoeren zonder weefselbeschadiging schoot het biomedisch model te kort. Hierdoor kregen psychosociale componenten steeds meer aandacht en erkenning (Gatchel et al., 2007; Schneider & Karoly, 1983; Goubert et al., 2004).

Het *biopsychosociaal model* (George Engel, 1978) ging in tegen het traditioneel biomedisch model en wordt door de meesten, tot op de dag van vandaag, gezien als de beste benadering voor chronische pijn. Met de hierboven genoemde poorttheorie van Melzack en Wall (1965) werd deze nieuwe benadering van pijn geïntroduceerd waarbij biologische, psychologische en sociale aspecten geïntegreerd werden (Goubert et al., 2004; Gatchel et al., 2007; Hadjistavropoulos et al., 2011). De aanwezigheid van weefselbeschadiging was niet meer noodzakelijk om van pijn te spreken. Het was voldoende om de ervaring van pijn op dezelfde manier te beschrijven als bij weefselbeschadiging (Merksey & Bogdud, 1986). Bovendien kwamen, naast biologische/medische factoren, ook psychologische en sociaal-culturele factoren centraal te staan (Gatchel et al., 2007). Het biologische aspect kent onder andere neurobiologische en neurowetenschappelijke componenten van pijn. Het psychologische aspect verwijst naar emoties en cognities: de emoties zijn de onmiddellijke reacties op pijn, die voornamelijk negatief zijn (i.e., depressie, angst, woede...) terwijl cognities een betekenis geven aan de ervaring van pijn (Gatchel et al., 2007). Het sociaal aspect betreft de dynamische interactie tussen de persoon met pijn en de sociale omgeving waarin pijn zich voordoet (Hadjistavropoulos et al., 2011). Ondertussen zijn er andere modellen van chronische pijn geformuleerd waarbij emoties en cognities een centrale plaats spelen. Een dergelijk model is 'Het sociaal

communicatiemodel van pijn' (Hadjistavropoulos et al., 2011) waarbij zowel de interne ervaring en expressie van pijn door de patiënt als de interpretatie en reactie op pijn door de ander beïnvloed worden door complexe intra- en interpersoonlijke factoren (Craig, 2009; Hadjistavropoulos, 2004; Hadjistavropoulos et al., 2011). Dit model geeft dus onder andere aan dat de sociale omgeving en de interpersoonlijke interventies ervoor zorgen dat er geen exacte overeenkomst is tussen weefselbeschadiging en de ernst van pijn. Het 'empathie model' van pijn (Goubert et al., 2015) bouwde hierop verder en beschreef empathie als het zich kunnen inleven in de situatie van de ander (i.e. pijnpatiënt). Empathie zou uit verschillende componenten bestaan: een inschatting van de gedachten, gevoelens en motieven van de persoon met pijn (cognitief), het ervaren van een bepaald gevoel bij het zien van de pijn van de ander (affectief) en het wel of niet stellen van bepaald helpgedrag (gedragmatig) (Goubert, Vervoort & Crombez, 2004; Goubert et al., 2015). Pijn op een goede manier inschatten is dan ook cruciaal maar dit is alles behalve evident (Rogers, 1957). Het onderschatten van de pijn kan ertoe leiden dat mensen zich misbegrepen voelen en inadequaat geholpen worden. Bij chronische pijn kan dit vaker voorkomen aangezien er minder contextuele factoren zijn zoals aanwezigheid van wonden. Daarentegen kan het overschatten van de pijn als gevolg hebben dat de persoon met pijn zijn/haar pijn zal herevalueren als zijnde ernstiger dan oorspronkelijk gedacht (Goubert et al., 2005). De respons van de sociale omgeving kan er dus voor zorgen dat de pijn vermindert of verdwijnt terwijl het op andere momenten ervoor zorgt dat de pijn toeneemt (Hadjistavropoulos et al., 2011). We zien bij deze modellen dat de nadruk niet meer uitsluitend op de patiënt zelf wordt gelegd maar dat deze wordt uitgebreid naar belangrijke anderen die ook invloed kunnen ervaren van de pijn of anderen die de pijn kunnen beïnvloeden zoals de verzorger, familieleden, enz. (Craig, 2009).

Pijn als sociaal fenomeen

Uit het voorgaande kunnen we afleiden dat pijn een grote invloed heeft op mensen uit alle leeftijdscategorieën en over de hele wereld ((Crombie et al., 1999; Breivik et al., 2006). Hierdoor bestaat er reeds veel onderzoek omtrent de impact van pijn op patiënten (Romano & Turner, 1985; Tsang et al., 2008; Ojeda et al., 2014). Bovendien is er ook evidentie voor invloeden van chronische pijn op de partner van diegene die pijn heeft aangezien deze elke dag in contact komt met de pijn van zijn levensgezel (Flor et al., 1987; Miller & Timson, 2004; Leonard & Cano, 2005; Ojeda et al., 2014;

Crombez et al., 2016). In dit onderdeel zullen we dan ook nader ingaan op literatuur die voorhanden is omtrent de impact van pijn op zowel de patiënt als op zijn/haar partner.

Invloed van chronische pijn op het leven van de patiënt

In de literatuur is er veel onderzoek rond de invloeden van chronische pijn op psychisch, fysiek en sociaal vlak. Sommige mensen met chronische pijn passen zich goed aan, aan de pijn terwijl anderen een grote invloed rapporteren op hun dagelijkse activiteiten ten gevolge van hun pijnsymptomen (Crombez et al., 2016). In een grootschalig onderzoek van Breivik et al. (2006) naar de impact van chronische pijn op het leven van patiënten in 15 Europese landen en Israël is gebleken dat in België 19% ooit gediagnosticeerd geweest is met depressie omwille van pijn (Breivik et al., 2006). Depressieve patiënten met chronische pijn rapporteerden hevigere pijn, meer interferentie van de pijn op hun leven en meer pijngedrag dan niet depressieve pijnpatiënten (Haythornthwaite, 1991). Ook andere studies tonen een comorbiditeit van 50% tussen depressie en chronische pijn waarbij de prevalentie voor deze comorbiditeit hoger was bij vrouwen (Romano & Turner, 1985; Tsang et al., 2008). Naast depressie wordt chronische pijn ook met angst en boosheid geassocieerd (Gatchel et al., 2007; Tsang et al., 2008). Desondanks voldoet slechts een minderheid van patiënten met chronische pijn aan de diagnostische criteria van een depressie of angststoornis (Tsang et al., 2008). Dit is mede te wijten aan de complexe relatie tussen depressie en pijn die nog voor veel onenigheid zorgt in de wetenschap. Onderzoekers kunnen nog geen eenduidig antwoord formuleren op de vraag of pijn depressie veroorzaakt of dat deze causaliteit omgekeerd moet worden.

Naast de impact van chronische pijn op de psychische gezondheid is er ook een sterke invloed op het fysiek en het sociaal functioneren. Zo rapporteren mensen met pijn minder of niet meer in staat te zijn om verschillende dagdagelijkse activiteiten uit te voeren (Breivik et al., 2006; Gureje et al., 1998; Karoly & Ruhlman, 2007). Ook zouden pijnpatiënten last ondervinden bij alledaagse klusjes zoals het huishouden doen, het bijwonen van sociale evenementen, inkopen doen, wandelen, lange tijd rechtstaan en zelfs hun slaappatroon wordt onderbroken. Bovendien veranderen pijnpatiënten vaker van professioneel werkschema: 31% van de participanten zijn fulltime werkzaam, 13% halftijds en 22% is werkloos. Patiënten met chronische pijn rapporteren vaker thuis te blijven omwille van pijn (Breivik et al., 2006; Gureje et al., 1998). Daarnaast wijzigde voor vele pijnpatiënten hun werkinhoud: 16% kreeg aangepast werk, 13% veranderde van werk en 19% verloor zijn werk (Breivik et al.,

2006). Bij verlies van werk ervoeren pijnpatiënten financiële moeilijkheden: ze werden afhankelijk van een uitkering of van hun partner. Pijnpatiënten voelen zich minder in staat om een onafhankelijke levensstijl te leiden dan niet pijnpatiënten en dit zorgt voor gevoelens van hopeloosheid, lage zelfwaarde en zich niet bekwaam voelen als partner (Breivik et al, 2006). Deze gevoelens kunnen ervoor zorgen dat de relatie tussen de pijnpatiënt en zijn partner verandert: rollen kunnen omkeren en verantwoordelijkheden kunnen veranderen (i.e. niet meer in staat zijn om alleen boodschappen te doen). In een studie van Soderberg en Lundman (2001) gaven patiënten bijvoorbeeld aan dat hun relatie met de partner en kinderen veranderde omwille van de chronische pijn. Ze gaven aan dat ze een meer passieve rol opnamen in het gezin dan voorheen (Lundman, 2001). Ook negatieve percepties op het huwelijk droegen bij tot depressieve gevoelens omdat men zich alleen voelt en niet gesteund door partner (Cano et al., 2004). In de meeste gevallen (79%) neemt de pijn toe naarmate de dag vordert ten gevolge van hun activiteiten (Breivik et al., 2006). Karoly & Ruhlman (2007) vonden in diezelfde context dat hoe meer pijn mensen hadden hoe meer hinder men ervoer om doelen te bereiken op acht levensdomeinen: sociaal leven (tijd met familie en vrienden spenderen), vrije tijd (cinema, uit eten...), slaap, huishoudelijke activiteiten, betaald werk, zelfzorg, beweging en fysieke activiteiten. Kortom, het leven van chronische pijnpatiënten wordt op zeer veel vlakken verhinderd door chronische pijn.

Invloed van chronische pijn op het leven van de partner

Uit gepubliceerde literatuur omtrent chronische pijn kan worden afgeleid dat chronische pijn een sociaal fenomeen is dat niet los gezien kan worden van de sociale context. Reeds verschillende onderzoekers onderzochten de invloed van pijn op het leven en het welzijn van de omgeving en meer bepaald de partner (Ojeda et al., 2014; Flor et al., 1987; Leonard & Cano, 2005). In de context van pijn zijn partners vaak primaire bronnen van sociale ondersteuning (Manne & Badr, 2008). Er wordt van hen verwacht dat ze hulp aanbieden wegens de emotionele band die ze met pijnpatiënt hebben (Collins et al., 2010). De partner moet dus indirect leren leven met de pijn en de bijhorende beperkingen. Partners ervaren dan ook een heel reeks van negatieve gevoelens omwille van de pijn van hun geliefde: hulpeloosheid, schuld, angst, frustraties (Miller & Timson, 2004; Ojeda et al., 2014). Daarnaast scoorden partners van personen met chronische pijn hoger op depressie, eenzaamheid en stress in vergelijking met partners van gezonde mensen (Flor et al., 1987; Bigatti & Cronan,

2002). Flor et al. (1987) vonden dat partners van pijnpatiënten het gevoel hebben geen controle meer te hebben op hun eigen leven wat een belangrijke predictor is van depressie. Ook vermoeidheid en verbaal misbruik van de pijnpatiënt tegenover de partner komt vaker voor (Miller & Timson, 2004).

In het algemeen is het de consensus dat partners een groter risico lopen op het ontwikkelen van een depressie, psychiatrische stoornis en/of het ervaren van negatieve gevoelens (Bigatti & Cronan, 2002; Flor et al., 1987; Miller & Timson, 2004; Ojeda et al., 2014). Doch, zijn hieromtrent nog onduidelijkheden. Schwartz et al. (1991) besloten uit hun onderzoek dat partners meer depressieve gevoelens ervoeren dan hun geliefde met pijn. Hierbij zou een vrouwelijk partner een groter negatief effect van de pijn ervaren dan een mannelijke partner (Geisser et al., 2005; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Anderen vonden dan weer tegengestelde resultaten: Zo vonden Flor et al. (1987) in hun studie dat een depressieve gemoedstoestand bij partners in mindere mate voorkwam dan bij hun geliefde met pijn.

Naast de mentale gezondheid is er ook onderzoek gedaan naar fysieke symptomen bij partners: Flor et al. (1987) stelden bijvoorbeeld vast dat partners niet meer fysieke symptomen vertoonden dan partners van bijvoorbeeld diabetespatiënten maar ze rapporteerden wel meer symptomen van pijn die gerelateerd waren aan de mate van depressieve gevoelens. Een recenter onderzoek van Geiser et al. (2005) stelde vast dat 33% van de partners van personen met pijn ook chronische pijnproblemen rapporteerden zoals osteoartritis of pijn ten gevolge van een niet geslaagde operatie.

De invloed van pijn op partners beperkt zich echter niet tot het psychisch en het fysiek functioneren maar dringt ook door tot diens sociaal leven. Vrienden staan niet altijd open voor de klachten en de frustraties van de partner omtrent de ervaringen omtrent de pijn van een geliefde wat kan leiden tot gevoelens van isolement. Bovendien kunnen partners beperkt worden in het soort activiteiten die ze willen doen door hun relatie met een chronische pijnpatiënt. Zo gaat men meer en meer activiteiten doen die zich dicht bij huis situeren omdat de pijnpatiënt niet ver kan lopen en/of zich thuis meer comfortabel voelt (Miller & Timson, 2004). Drieëndertig procent van de mensen die voor een pijnpatiënt zorgden gaven aan een verandering in eigen sociaal leven te ervaren. Daarnaast rapporteerden 51% van de partners minder tevreden te zijn met hun huwelijk dan hun partner die pijnpatiënt is. Wanneer Flor et al. (1987) echter naar een koppel in het algemeen keken, zagen ze een congruentie tussen de rapportage van de partner en die van de pijnpatiënt: een pijnpatiënt die een lage mate

van relatietevredenheid rapporteerde, had ook een partner die minder tevreden was met zijn of haar relatie en andersom. Verder vonden Ojeda et al. (2014) dat 72.8% van de partners van pijnpatiënten tevreden waren over de hulp die hij of zij aan de pijnpatiënt bood ook al betekende dit minder tijd voor zichzelf.

Samenvattend kunnen we stellen dat de hierboven beschreven beïnvloeding bidirectioneel is. Hiermee wordt bedoeld dat de beperkingen van de pijnpatiënt een invloed heeft op zijn of haar sociale omgeving maar ook omgekeerd, de sociale omgeving heeft eveneens een impact op de beperkingen van de pijnpatiënt. Binnen datzelfde idee toonden Gil et al. (1987) in het verleden aan dat sociale steun geassocieerd is met een betere aanpassing aan de chronische pijn. Ook in recenter onderzoek stelden Hadjistavropoulos et al. (2011) vast dat de respons van de sociale omgeving in sommige omstandigheden ervoor kan zorgen dat de pijn vermindert of verdwijnt terwijl het in andere omstandigheden er juist voor zorgt dat de pijn toeneemt.

Invloed van de partner op chronische pijn

Er zijn verschillende onderzoekstradities die het helpgedrag van partners proberen te begrijpen om de impact op de pijnpatiënt te doorgronden. Fordyce (1976) stelde het operante model rond chronische pijn voor: Dit model stelt voorop dat pijngedrag beïnvloed wordt door de sociale omgeving door middel van leermechanismen (Romano et al., 2000). Pijngedrag, fysieke dysfunctie en hoeveelheid activiteit kunnen bekrachtigd of ontmoedigd worden aan de hand van de respons van de ander. Zo kan een partner er onder sommige omstandigheden voor zorgen dat bepaalde gedragingen, geassocieerd met chronische pijn en hinder, persisteren (Flor et al., 1987; Laura & Pence, 2008).

In het verleden werd de perceptie van steun en het effect hiervan op de patiënt reeds meerdere malen onderzocht. Sociale steun wordt hierbij beschreven als de ontvangen comfort, begeleiding en informatie in contact met de omgeving. Belangrijke dimensies van steun zijn: hoeveelheid (kwantiteit), aard (kwaliteit), type (materieel of emotioneel) en oorsprong (Wallston et al., 1983). Steun heeft niet enkel een invloed op de pijnintensiteit maar ook op het affect van de pijnpatiënt. Hoe meer steun men ervaart, hoe lager de depressieve stemming van de persoon met pijn (López-Martínez, Esteve-Zarazaga & Ramírez-Maestre, 2008). Bovendien zorgt hulp die op een vrijwillige wijze aangeboden wordt voor een gunstige effect op herstel, rehabilitatie en acceptatie van de pijn (Watson et al., 1983). Uit een onderzoek van Jamison & Virts (1990) kwam eveneens naar voor dat chronische pijnpatiënt die een grote mate van steun ervoeren actiever waren, minder pijnmedicatie nodig hadden en ook minder

psychologische moeilijkheden rapporteerden. De respons van de ander kan er met andere woorden dus voor zorgen dat pijngedrag, fysieke dysfunctie en hoeveelheid activiteit wordt behouden ofwel veranderd (Laura & Pence, 2008; Flor et al., 1987). Deze resultaten liggen in lijn met een studie van Block et al. (1981) waarbij ze een groep pijnpatiënten in twee groepen verdeelden op basis van het type partner dat men had. De eerste groep waren patiënten met een bezorgde partner en de tweede groep waren patiënten met een minder tot niet bezorgde partner. Bij het uitvoeren van de taak, in aanwezigheid van de partner, uitte de groep met een bezorgde partner meer pijn, dan wanneer diezelfde taak werd uitgevoerd in aanwezigheid van een onbekende persoon. Bij de groep met minder tot niet bezorgde partners vond men het omgekeerde. Hieruit konden de onderzoekers concluderen dat attentieve en sympathieke reacties van gezinsleden, meer bepaald de partner, het pijngedrag aanmoedigen (Block et al., 1981). In een recent onderzoek van Raichle et al. (2011) werd aansluitend gevonden dat negatieve reacties op gedragingen die welzijn bevorderen, gepaard gingen met een verhoogde fysieke disfunctie. Deze negatieve reacties kunnen door de persoon met pijn geïnterpreteerd worden als een tekort aan vertrouwen in zijn of haar capaciteiten of als een teken dat de welzijn verhogende activiteit pijnlijk zal zijn. Wanneer de partner op een positieve en ondersteunende manier reageert op gedragingen die het welzijn bevorderen, rapporteerden patiënten minder pijngedrag. Verder vonden Raichle et al. (2011) een positief verband tussen een negatieve perceptie van de respons van de partner op de pijn en depressieve gevoelens bij de pijnpatiënt (Raichle, Romano & Jensen, 2011).

Wanneer we al deze resultaten samennemen, kan er gesteld worden dat koppels die te maken hebben met chronische pijn beïnvloed worden door de interacties met de partner zonder dat de richting van deze beïnvloeding helemaal duidelijk is. Zorgende reacties van de partner werden in sommige studies geassocieerd met meer pijngedrag, terwijl negatieve reacties geassocieerd werden met verminderd pijngedrag. Andere studies concludeerden dan weer dat negatieve responsen gerelateerd waren aan meer depressieve gevoelens. Partners kunnen omwille van verschillende redenen hulp bieden aan de pijnpatiënt en de onderliggende motieven kunnen hierbij van belang zijn. De motivatie die men heeft om handelingen uit te voeren kan verschillende uitkomsten hebben. Het is dan ook van belang om zich hierin te verdiepen in de context van een intieme relatie. In voorliggende masterproef zal dit onderzocht worden aan de hand van de Zelf-Determinatie Theorie (ZDT; Ryan & Deci, 2000).

De Zelf-Determinatie Theorie

De Zelf-Determinatie Theorie (ZDT) is een macrotheorie die naar voor gebracht is als een bruikbare theorie in het kader van intieme relaties. De basis van deze theorie werd in 1985 gelegd door Edward Deci en Richard Ryan. Sindsdien is deze theorie blijven evolueren dankzij een aanzienlijk aantal onderzoeken van onder andere Deci en Ryan (1985 & 2008). Voorgaand onderzoek naar relaties heeft zich voornamelijk gefocust rond hoe situationele factoren (i.e. responsiviteit bij de partner) en/of individuele persoonlijkheidsfactoren (i.e. Hechting) een effect kunnen hebben op hoe relaties zich ontplooiën (i.e. intimiteit) (La Guardia & Patrick, 2008). De ZDT is een unieke theorie omdat deze een kader biedt voor zowel het bestuderen als het verklaren van de persoonlijkheid van individuen binnen een relatie en de context waarin deze relatie zich bevindt. De ZDT stelt twee basisstellingen voorop: enerzijds zijn mensen van nature actief en gericht op psychologische groei en ontwikkeling, anderzijds bestaat er een interactie tussen de mens en zijn omgeving die groei kan ondersteunen of ondermijnen (Deci & Ryan, 2000; Deci & Vansteenkist, 2004).

Basisbehoeften

Een centrale stelling van de ZDT is dat alle mensen drie aangeboren psychologische basisbehoeften hebben die aan de basis liggen van persoonlijke groei en ontwikkeling namelijk competentie, verbondenheid en autonomie.

Competentie verwijst naar de wens om zichzelf bekwaam te voelen in een sociale omgeving (Van den Broeck et al., 2009). Ook verwijst het naar een activiteit die als een uitdaging wordt ervaren om ze tot een goed einde te brengen (White, 1959). Mensen willen hun omgeving begrijpen, exploreren en beheersen (Van den Broeck et al., 2009). Verbondenheid verwijst naar de behoefte om positieve relaties op te bouwen met anderen, zich verbonden te voelen met anderen, lief te hebben en geliefd te worden (Van den Broeck et al., 2009; Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000). Autonomie kan dan weer omschreven worden als psychologische vrijheid en/of keuze bij het uitvoeren van activiteiten en de mogelijkheid om gedragingen uit te voeren die in overeenstemming zijn met de eigen identiteit (Deci, 1980; Deci & Ryan, 2000).

Deze drie psychologische basisbehoeften zijn belangrijk over verschillende contexten heen omdat het mede bepaalt of behoeften bevredigd of gefrustreerd worden in de sociale omgeving. Hierin onderscheiden we twee soorten omgevingen: een behoefte-ondersteunende en een behoefte-ondermijnende omgeving. Een behoefte-ondersteunende omgeving kan helpen om veerkracht op te bouwen waardoor

men beter om kan gaan met tegenslagen (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Behoeftbevreeding leidt immers tot een betere sociale ontwikkeling, een goed algemeen functioneren en een optimaal persoonlijk welzijn (Vansteenkiste & Soenens, 2015; Deci, & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2008). Behoeftbevreeding kan echter ook actief verhinderd of gedwarsboomd worden. Dan is er sprake van een behoefte-ondermijnende omgeving. De frustratie van de basisbehoeften verhoogt het gevoel van hulpeloosheid, ziekte en zelfs psychopathologie (Bartholomew et al., 2011; Ryan et al., 2006; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Deze bevindingen werden eveneens ondersteund door een dagboekstudie over binge-eating (Verstuyf et al., 2013). De bevreeding van bovengenoemde basisbehoeften zou universeel noodzakelijk zijn voor de groei van de mens. Zo hebben Vansteenkiste et al. (2006) onderzoek uitgevoerd naar persoonlijk welzijn tussen Chinese studenten in China en Chinese studenten in België. Ze vonden dat verschil in welzijn toe te schrijven was aan behoeftebevreeding. Door het cultuurverschil hadden Chinese studenten in België meer moeite om hun basisbehoeften te vervullen waardoor een lager welbevinden gerapporteerd wordt (Vansteenkiste et al., 2006).

Verschillende onderzoeken gingen reeds na hoe de basisbehoeften ondersteund kunnen worden. De eerste basisbehoefte, competentie, wordt bevreeding wanneer de omgeving uitdagingen aanbiedt die net over de grens liggen van iemands huidig niveau van functioneren (Vygotsky, 1977). Op deze manier kan een persoon immers nieuwe vaardigheden leren mits de juiste ondersteuning. Wanneer uitdagingen te uitdagend zijn kan men angst ervaren terwijl onvoldoende uitdaging ervoor zorgt dat men zich zal vervelen (Vygotsky, 1977). De tweede behoefte, verbondenheid, wordt bevreeding wanneer men in een zorgende relatie het gevoel heeft gesteund en begrepen te worden (La Guardia et al., 2000). Het gevoel krijgen dat de ander gelooft dat je in staat bent om een handeling tot een goed einde te brengen is essentieel voor de bevreeding van basisbehoefte verbondenheid. Het is immers onwaarschijnlijk dat mensen een hechte relatie ontwikkelen met iemand die hun prestaties constant bekritiseert of dwarsboomt (La Guardia et al., 2000). Ook in andere zorgende relaties worden dezelfde interacties bekomen. In een leerling-leerkracht relatie blijkt bijvoorbeeld dat wanneer leerkrachten betrokken zijn in het leven van hun leerlingen en leerlingen zich op hun beurt gerespecteerd en geliefd voelen door anderen in de groep de nood aan verbondenheid wordt bevreeding (Stroet et al., 2013). Tot slot wordt de behoefte aan autonomie bevreeding in een omgeving waarin keuzes en mogelijkheden aangeboden worden terwijl er een minimale hoeveelheid verplichte

doelen en taken worden opgelegd. Volgende onderzoek ondersteunen dit in verschillende contexten. In onderwijs, kunnen leerkrachten ondersteunend zijn door hun leerlingen de kans te geven om taken te kiezen die ze als interessant of belangrijk beschouwen (Stroet et al., 2013). In de werkomgeving kunnen supervisors autonomie-ondersteund zijn door zich te engageren om het perspectief van hun werknemers te begrijpen en te erkennen (Deci et al., 2001).

In het begin van de ontwikkeling hebben ouders een centrale rol in de bevrediging van de bovengenoemde basisbehoeften. Gedurende de adolescentie en volwassenheid worden vrienden en partners centrale figuren in iemands leven en wordt de bevrediging binnen deze relaties belangrijk voor het welzijn en de relationele tevredenheid. Dit welzijn wordt bijvoorbeeld bevorderd wanneer de partner de interesses, voorkeuren en perspectieven van zijn geliefde probeert te begrijpen (La Guardia & Patrick, 2008). De mate waarin de behoefte aan competentie, verbondenheid en autonomie bevredigd is zal mede bepaald worden door het soort motivatie voor het stellen van activiteiten.

Motivatie

Zoals eerder beschreven is één van de centrale assumpties van de ZDT dat mensen een natuurlijke tendens tot groei en ontwikkeling hebben. Er bestaan dan ook verschillende redenen voor waarom mensen eender welk gedrag vertonen. Motivatie is hierbij een centraal concept dat beschreven kan worden als de intentie, de drijfveer of de prikkel die aanzet tot het stellen van activiteiten (Ryan & Deci, 2000). Ryan en Deci (2000) beschreven autonome motivatie als spontane interesse en exploratie die essentieel is voor de cognitieve en sociale ontwikkeling. Iemand die bijvoorbeeld elke dag kookt omdat hij dit zelf aangenaam vindt zonder dat het de bedoeling is iets van buitenaf te verkrijgen (bv. een compliment). Autonome motivatie omvat zowel intrinsieke als extrinsieke regulatie. Handelingen zullen gesteld worden omdat men deze zelf als belangrijk en relevant beschouwt of uit nieuwsgierigheid (Deci & Ryan, 2000; Van den Broeck et al., 2009). Dit concept binnen de ZDT staat haaks op de visie van Skinner (1953) die stelde dat alle gedragingen in functie zijn van beloning en straf. Gedrag zou in functie zijn van omgevingsveranderingen: bekrachtiging (e.g. toedienen aangename stimulus of wegnemen negatieve stimulus) is binnen deze theorie het mechanisme dat een verandering van gedrag doet toenemen en straf (e.g. toedienen negatieve stimulus of wegnemen aangename stimulus) is een mechanisme dat gedrag doet afnemen. Concreet zou gedrag dus enkel gesteld worden om iets in de omgeving anders te verkrijgen (Skinner, 1953).

Tegenover autonome motivatie kan gecontroleerde motivatie geplaatst worden: Gedrag zal gesteld worden omwille van een uitkomst die buiten de activiteit ligt. Hierbij is het niet gelinkt aan de inhoud van de activiteit maar aan het resultaat dat iemand motiveert om de handeling te stellen (Ryan & Deci, 2000). Gecontroleerde motivatie bestaat uit externe en geïntrojecteerde regulatie. Bij externe regulatie worden gedragingen gestuurd door externe omstandigheden zoals beloning en straf: bijvoorbeeld iemand helpen om een compliment te krijgen. Bij geïntrojecteerde regulatie ervaart men druk van binnenuit om een handeling uit te voeren: men wil bijvoorbeeld gevoelens van angst, schaamte of schuld vermijden en gevoelens van trots verkrijgen (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste et al., 2010). Beide overkoepelende soorten motivaties zijn een drijfveer voor het sturen of uitvoeren van gedrag (Deci & Ryan, 2008). De bevrediging van de drie psychologische basisbehoeften kan beïnvloed worden door in te spelen op het soort motivatie bij het stellen van gedrag.

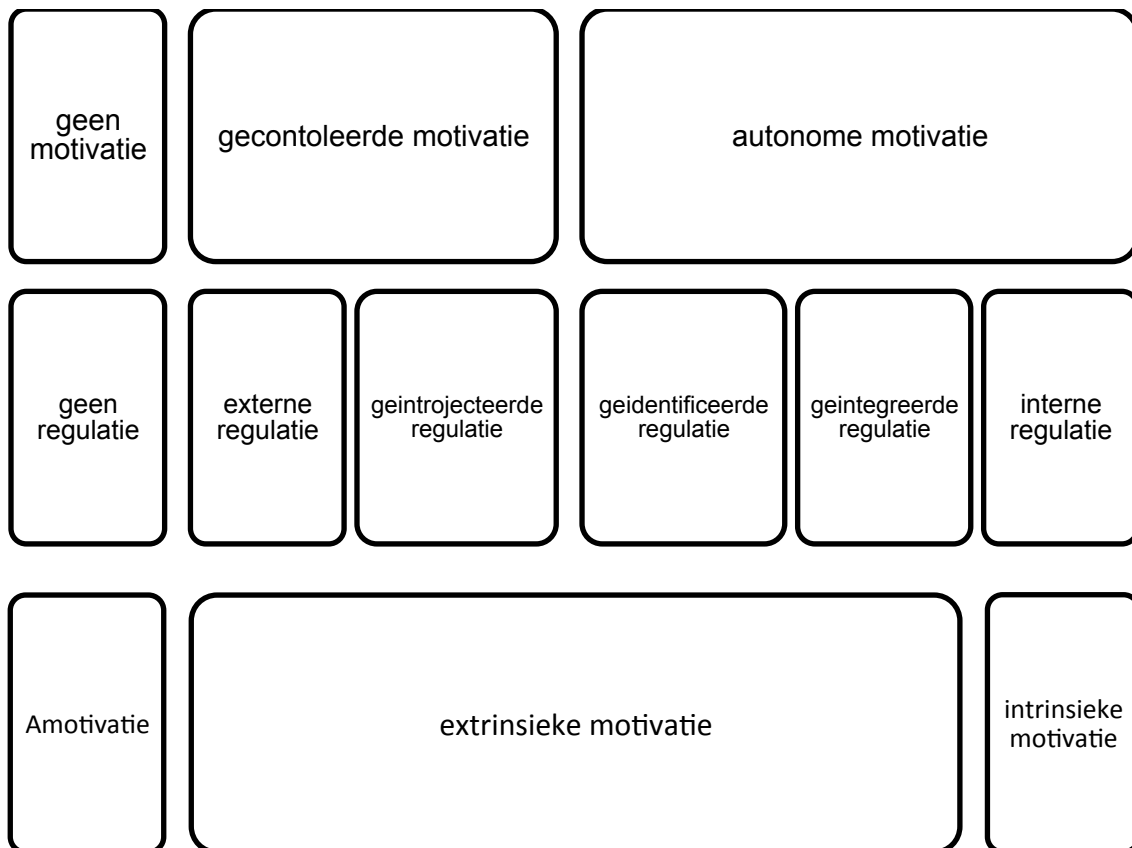
Uit verschillende onderzoeken blijkt dat autonome vormen van motivatie tot meer adaptieve uitkomsten leiden dan gecontroleerde motivatie (Ryan & Deci, 2000; Roth et al., 2007; Weinstein en Ryan, 2010; Kindt et al., 2015; Kindt et al., 2016). Autonome motivatie is gerelateerd aan minder uitputting, meer ervaren vrijheid, hoger welzijn en verhoogde persistentie in het uit te voeren gedrag (Ryan & Deci, 2000). Gecontroleerde motivatie wordt dan weer gelinkt aan een lager welzijn en psychopathologie (Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste et al., 2010). Deze verbanden werden binnen verschillende levensdomeinen bevestigd zoals academisch, politiek, hechte relaties, gezondheidszorg, enz. (Deci & Ryan, 2002). Binnen de academische context onderzochten Benware en Deci reeds in 1984 de invloeden van intrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie werd gemanipuleerd door de experimentele groep leerstof van buiten te laten leren met als doel deze achteraf aan medestudenten aan te leren. De controle groep werd op hun beurt extrinsiek gemotiveerd vermits ze de leerstof leerden met het oog op een test. De intrinsiek gemotiveerde groep was actiever betrokken bij het leerproces en had een beter inzicht in de leerstof (Benware & Deci, 1984). Een recent, gelijkend onderzoek van Roth et al. (2007) stelde volgende hypothese voorop: les geven vanuit autonome motivatie zou positief verbonden zijn met autonome motivatie om te leren bij de leerlingen. Deze hypothese werd binnen dit onderzoek opnieuw bevestigd. Ook Weinstein en Ryan (2010) voerden onderzoek uit naar de impact van autonome versus gecontroleerde motivatie om hulp te bieden bij studenten, op het welzijn en andere variabelen bij zowel de persoon die hulp verleent als diegene die hulp ontvangt. Uit hun resultaten bleek dat wanneer hulp aangeboden

werd vanuit autonome motivatie dit leidde voor een hogere mate van helpgedrag en voor een groter dagelijks welbevinden bij zowel de hulpgever als de hulpontvanger (Weinstein & Ryan, 2010). Ook het zelf kiezen en bepalen van het soort helpgedrag had een positieve invloed op de toewijding ervaren tijdens de taak en de vrijgevigheid van de hulpgever (Weinstein & Ryan, 2010). Parallel werd er binnen de context van (chronische) pijn vastgesteld dat autonome helpmotivatie bij de partner positief gerelateerd is aan diens welzijn en de kwaliteit van de relatie, zowel gerapporteerd door de partner zelf als de patiënt (Kindt et al., 2015). Tevens ervaart de partner minder stress dan wanneer handelingen vanuit gecontroleerde motivatie uitgevoerd worden (Kindt et al., 2015). In een dagboekstudie van Kindt et al. (2016) werd aangetoond dat dagelijkse fluctuaties in helpmotivatie gerelateerd waren aan het welzijn van zowel partner als patiënt waarbij een verhoogde behoeftebevrediging in de relatie deze verbanden kon verklaren. Ryan en Deci (2000) vonden gelijkaardige resultaten in een onderzoek naar de invloed van autonome motivatie bij koppels. Uit hun resultaten kwam naar voor dat partners die vanuit autonome motieven handelen meer open stonden om verschillende strategieën uit te proberen waardoor ze efficiënter worden in hun begeleiding en tegelijkertijd hun nood aan competentie wordt bevredigd. Ook zullen partners meer beschikbaar zijn om te helpen en meer in staat zijn om de verzoeken van de patiënt op een medelevende manier uit te voeren waardoor tezelfdertijd hun nood aan verbondenheid bevredigd wordt (Ryan & Deci, 2000). De hulpgevers kunnen eveneens meer vrijheid ervaren wat hun nood aan autonomie bevredigt (Ryan & Deci, 2000). Ook wanneer gekeken wordt naar hulp bieden in het kader van kankerpatiënten stelden Kim et al. (2008) vast dat motivatie een voorspeller was voor het welzijn van de zorgverlener.

Samenvattend stelt de ZDT twee overkoepelende soorten motivaties voorop voor het stellen van gedrag die kwalitatief verschillend zijn: autonome motivatie die voortkomt vanuit de interesse en waarden van personen en gecontroleerde motivatie die voortkomt vanuit interne of externe druk (Ryan & Deci, 2000). In de context van intieme relaties en pijn, kunnen partners hulp bieden bij het uitvoeren van een taak omwille van diverse redenen (Gagné & Deci, 2005). De gehanteerde helpmotivatie heeft hierbij een invloed op de helper en diegene die geholpen wordt (Weinstein & Ryan, 2010; Ryan & Deci, 2000; Kindt et al., 2015; Kindt, Vansteenkiste, Loeys & Goubert, 2016). Verder komt naar voren dat de invloed afhankelijk van de motivatie anders kan zijn voor de helper dan voor de geholpene. Uit onderzoek is reeds gebleken dat helpgedrag dat voortkomt uit een meer autonome motivatie geassocieerd

is met meer gewenste uitkomsten. We hebben echter nog geen duidelijk beeld van de mogelijke antecedenten van het al dan niet autonoom gemotiveerd zijn in de context van partner relaties en chronische pijn. In volgend onderdeel zullen we ons dan ook focussen op een mogelijke antecedent van autonome motivatie, namelijk doelconflict.

Figuur 1 Overzicht Zelf-Determinatie Theorie



Doelconflict

Bij het bieden van hulp kan een partner doelconflict ervaren en dit zal allicht een invloed hebben op diens motivatie tot het helpen van de patiënt. Doelen verwijzen naar wat mensen in hun huidige leefsituatie willen, wat ze nog willen bereiken of wat ze willen vermijden in verschillende levensdomeinen (Dangelmayer, & Schultheiss, 1996). Een doel is een zelf bedacht eindpunt waarnaar een individu kan streven (Affleck et al., 2001). Het is een interne representatie of voorstelling van een situatie, een uitkomst of een proces (Austin & Vancouver, 1996). De inhoud en het belang van een doel kan voor elk individu verschillend zijn. Ook de mate waarin een doel als waardevol wordt beschouwd is een graadmeter voor de hoeveelheid moeite die mensen zullen besteden aan het bereiken van dat doel (Affleck et al., 2001). Voorbeelden van doelen

zijn: een goede partner zijn, geen pijn hebben, enz. Mensen hebben vaak verschillende doelen op hetzelfde moment en deze zijn daardoor niet altijd onafhankelijk van elkaar (Riediger & Freund, 2004). Ze kunnen elkaar immers positief of negatief beïnvloeden. Bij positieve beïnvloeding, ook wel facilitatie genoemd, wordt er met eenzelfde handeling verschillende doelen bereikt (Riediger & Freund, 2004). Een voorbeeld van zo'n gecombineerd doel is naar de film gaan: tijd spenderen met zijn of haar geliefde en zichzelf ontspannen. Bij negatieve beïnvloeding of interferentie zal het stellen van een handeling om een doel te bereiken daarentegen een ander doel hinderen omdat het beroep doet op dezelfde beperkte middelen zoals geld of tijd (Riediger & Freund, 2004; Riediger, 2007). Een voorbeeld hiervan is een partner die als doel heeft om zowel voor zijn vrouw te zorgen als meer te sporten vermits de zorg voor zijn geliefde ervoor kan zorgen dat hij geen tijd meer heeft om te sporten.

Binnen de literatuur is reeds uitgebreid onderzoek gedaan naar de effecten van doelen op het welzijn en andere uitkomsten. Riediger en Freund (2004) voerden een onderzoek naar de invloed van facilitatie en interferentie op het welzijn en op het geëngageerd blijven om een doel te bereiken. Hun bevinding was dat interferentie (i.e., doelconflict) in tegenstelling tot facilitatie samenhang met een verminderd psychologisch welzijn en meer negatief affect. Wederzijdse facilitatie bleek dan weer een rol te spelen in het volhouden voor het bereiken van doelen op langere termijn en voor het geëngageerd blijven om een doel te bereiken (Riediger & Freund, 2004). Ook Van Damme, Lauwrier en Crombez (2009) kwamen in hun onderzoek tot de bevinding dat doelconflict leidde tot frustratie en ontevredenheid wegens de discrepantie tussen de gewenste situatie en de realiteit.

In kader van de partnerrelatie zien we eveneens dat doelconflict ontstaat waarbij dit een impact heeft op beide partners (Riediger & Freund, 2004; Riediger, 2007). Zo zouden partners meer positief affect, relatietevredenheid en tevredenheid over de relatie ervaren wanneer ze hun doel opgaven om een positieve situatie te bereiken (vb. partner blij maken) dan wanneer ze hun doel opgaven om een negatieve situatie te vermijden (vb. ruzie). Hier worden twee mogelijke verklaringen voor gegeven: Een eerste verklaring is dat wanneer men ervaart dat de partner zijn of haar doel opgeeft dit gevoelens van dankbaarheid en affectie zal teweegbrengen en vanuit deze gevoelens zal de pijnpatiënt later ook een doel opgeven ten voordele van de partner. De tweede verklaring is dat wanneer iemand zijn doelen opgeeft dit meteen een positieve invloed heeft op het welzijn van de ander (vb. gevoelens van geluk) (Impett et al., 2005). Gere et al. (2011) voerden onderzoek naar de impact van doel-

incongruente situaties op het welzijn en nabijheid. Ze maakten een onderscheid tussen doel-congruente en doel-incongruente situaties waarbij deze laatste in twee onderverdeeld werden: in de ene situatie is een activiteit in overeenstemming met de eigen doelen maar niet met die van de partner. In de tweede situatie is de activiteit in overeenstemming met de doelen van de partner maar niet met de eigen doelen. Uit resultaten bleek dat het uitvoeren van doel-congruente activiteiten gepaard gingen met meer vreugde en plezier in de relatie. Ook uit het onderzoek van Schwartz en Dotar (2009) komt naar voor dat doelconflict gerelateerd is aan het welzijn, zelfs na controle voor andere variabelen. Bovendien gaat doelconflict gepaard met een meer gecontroleerde vorm van motivatie (Kindt et al., 2017). Verder zorgt doelconflict onder andere voor tijdsdruk wat kan leiden tot een verminderde autonomie ondersteuning (Deci 1980; Kasser & Kasser, 2009). Voldoende tijd hangt bijgevolg positief samen met welzijn.

Uit bovenstaande kunnen we afleiden dat doelconflict een invloed heeft op verschillende variabelen in het leven van een koppel. In het verleden is er echter nog maar weinig onderzoek uitgevoerd naar de effecten van doelconflict op beide partners. Met het oog hierop is het wel degelijk van belang om hier meer duidelijkheid in te scheppen. Daarom zal deze studie de causale effecten van doelconflict op een aantal inter- en intrapersoonlijke variabelen nader bekijken.

Onderzoeksvragen

Voorgaande studies maken duidelijk dat chronische pijn een grote invloed heeft op beide partners. Studies toonden aan dat partners vaak een negatieve invloed van pijn op hun welzijn rapporteren (Flor et al., 1987; Bigatti & Cronan, 2002; Leonard & Cano, 2005, Ojeda et al., 2014). Verder is er ook evidentie voor een verband tussen het helpgedrag van een partner en het functioneren van de pijnpatiënt (Wallston et al., 1983; López-Martínez, Esteve-Zarazaga, & Ramírez-Maestre, 2008; Raichle et al., 2011). Een belangrijke onbeantwoorde vraag is wat het effect is van doelconflict op het niveau van de partner op zowel diegene die zorg biedt als diegene die zorg ontvangt. Er is hedenonvoldoende aandacht geschonken aan de conflicterende onderliggende doelen van partners bij het stellen van helpgedrag. In voorliggende studie gaan we specifiek kijken naar de invloed van het ervaren doelconflict door partners bij het stellen van hulpgedrag op hun geliefden met pijn maar ook het eigen functioneren en dit vanuit een motivationeel standpunt (i.e., Zelf-determinatie theorie). Doelconflict kan

bij partners uitgelokt worden wanneer deze, naast het bieden van hulp, een bijkomende taak krijgen en hij/zij verschillende doelen dient te combineren.

Het uiteindelijke doel van deze studie is meer inzicht verwerven in het effect van doelconflict op verschillende intra- en interpersoonlijke uitkomsten bij zowel partners als patiënten. Deze uitkomsten zullen bekeken worden in twee condities (binnen-subject-design): (a) een conditie waarbij partners gevraagd worden om beschikbaar te blijven om de pijnpatiënt te helpen maar daarnaast ook om zoveel mogelijk puzzels op te lossen (i.e., doelconflict conditie) en (b) een conditie waarbij partners geen bijkomende taak krijgen en enkel gevraagd worden om beschikbaar te blijven om eventueel hulp te bieden aan de patiënt (i.e., controle conditie). In beide condities mag de partner zelf kiezen hoeveel en op welke manier hij/zij hulp biedt aan de persoon met pijn.

In dit onderzoek stellen we volgende algemene onderzoeksvragen en specifieke hypothesen voorop.

Onderzoeksvraag 1

De eerste onderzoeksvraag handelt over de intrapersonlijke uitkomsten. We zullen de invloed van doelconflict, ervaren door partners, op het welzijn (i.e., affect en behoeftesatisfactie) van zowel de partner als zijn of haar geliefde met pijn, bekijken. Op basis van de ZDT (Ryan & Deci, 2000) verwachten we dat doelconflict samen zal hangen met een verminderd psychologisch welzijn (Riediger & Freund, 2004). Deze onderzoeksvraag baseren we op voorgaand onderzoek waaruit bleek dat doelinterferentie bij patiënten een negatieve impact heeft op het welzijn van deze patiënten (Schwartz & Dotar, 2009; Devins et al., 2006; Riediger & Freund, 2004; Ryan & Deci, 2000). Welzijn meten we hierbij aan de hand van het positief en negatief affect en de bevrediging van de drie basisbehoeften in de relatie (i.e., behoeftesatisfactie/ behoeftebevrediging) Met deze onderzoeksvraag gaan we dieper in op het welzijn van de patiënten die hulp ontvangen maar ook op welzijn van de hulp biedende partners. Concreet wordt er verwacht dat partners en patiënten enerzijds meer negatief affect en minder positief affect zullen rapporteren en anderzijds minder behoeftesatisfactie in de doelconflict conditie (in vergelijking met de controleconditie). We stellen hierbij twee hypothesen voorop omtrent het ervaren affect en behoeftesatisfactie.

Hypothese 1: Doelconflict bij partners zal een invloed hebben op de eigen basisbehoeften en die van de patiënten met pijn. We verwachten in de conditie met

doelconflict dat zowel partners als patiënten minder behoeftesatisfactie zullen ervaren en rapporteren. In de controle conditie (i.e., zonder doelconflict) verwachten we een omgekeerd effect, namelijk meer ervaren behoeftesatisfactie door partners en patiënten met pijn.

Hypothese 2: Doelconflict bij partners zal tevens een invloed hebben op het affect. We verwachten in de doelconflict conditie dat zowel partners als patiënten minder positief affect en meer negatief affect zullen ervaren en rapporteren. In de controleconditie (i.e. zonder doelconflict) verwachten we omgekeerde effecten, namelijk meer positief affect en minder negatief affect gerapporteerd door zowel partners als patiënten.

Onderzoeksvraag 2

In de tweede onderzoeksvraag richten we ons op interpersoonlijke uitkomsten. We zullen het effect van doelconflict, ervaren door partners, nagaan, op de kwaliteit en kwantiteit van het helpgedrag van partners. De kwaliteit zal gemeten worden aan de hand van twee variabelen, enerzijds de mate waarin partners behoefte-ondersteunend helpgedrag stellen en anderzijds de motivatie (i.e. autonome of gecontroleerde) voor het stellen van helpgedrag. De kwantiteit van het helpgedrag zal bekeken worden aan de hand van de hoeveelheid (instrumentele) hulp die partners bieden aan patiënten tijdens de taak, beoordeeld op basis van videomateriaal. We stellen hierbij de volgende drie hypothesen voorop.

Hypothese 1: Doelconflict bij partners zal een invloed hebben op de mate van behoefte-ondersteunend helpgedrag, geboden door partners (kwaliteit van hulp). In de doelconflict conditie verwachten we dat partners druk zullen ervaren en minder behoefte-ondersteunend gedrag zullen stellen en rapporteren. Ook patiënten zullen dit op deze manier ervaren en rapporteren. Dit komt omdat partners minder aandacht of tijd over hebben om rekening te houden met de behoeftes van de patiënt, ze hebben andere zaken aan hun hoofd. In de controleconditie (i.e., zonder doelconflict) verwachten we omgekeerde effecten, namelijk dat partners meer behoefte-ondersteunend gedrag zullen stellen en rapporteren en dat dit ook op dezelfde wijze ervaren zal worden door de patiënten. Dit komt omdat partners meer tijd hebben wanneer de extra taak wegvalt, en ze zich kunnen focussen op hun geliefde. De mate van behoefte-ondersteunend helpgedrag werd naast de zelfrapportage door partners

en perceptie van patiënten ook door een externe beoordeling op basis van videomateriaal bekeken.

Hypothese 2: Op basis van de ZDT weten we dat partners verschillende onderliggende motieven kunnen hebben om hulp te bieden aan de persoon met pijn. We verwachten dan ook dat doelconflict een invloed zal hebben op het overheersend type motivatie van partners, om hulp te bieden aan hun geliefde (kwaliteit van hulp). We verwachten in de doelconflict conditie dat partners voornamelijk hulp zullen bieden, aan patiënten, vanuit gecontroleerde motivatie en minder vanuit autonome motivatie. Partners bieden hulp om zich niet schuldig te voelen, niet het gevoel te hebben hun partner in de steek te laten of om indruk te maken op de onderzoeker. In de controleconditie verwachten we dat partners voornamelijk hulp zullen bieden vanuit autonome motivatie en minder vanuit gecontroleerde motivatie.

Omdat partners dit fijn vinden of er plezier aan beleven, hier zullen partners dus hulp bieden vanuit autonome motivatie en minder vanuit gecontroleerde motivatie.

Hypothese 3: Doelconflict bij partners zal een invloed hebben op de kwantiteit van hulpgedrag geboden door partners, zoals beoordeeld op basis van videomateriaal. We verwachten in de controleconditie dat partners meer oog zullen hebben voor de persoon met pijn en deze meer (instrumentele) hulp zullen bieden bij het uitvoeren van de huishoudelijke taken. In de conditie met doelconflict verwachten we omgekeerde resultaten, namelijk dat partners minder hulp zullen bieden aangezien hun aandacht gericht is op hun eigen puzzeltaak en zij het hulp bieden aan de persoon met pijn eerder als een bijkomend taak zullen beschouwen.

Methode

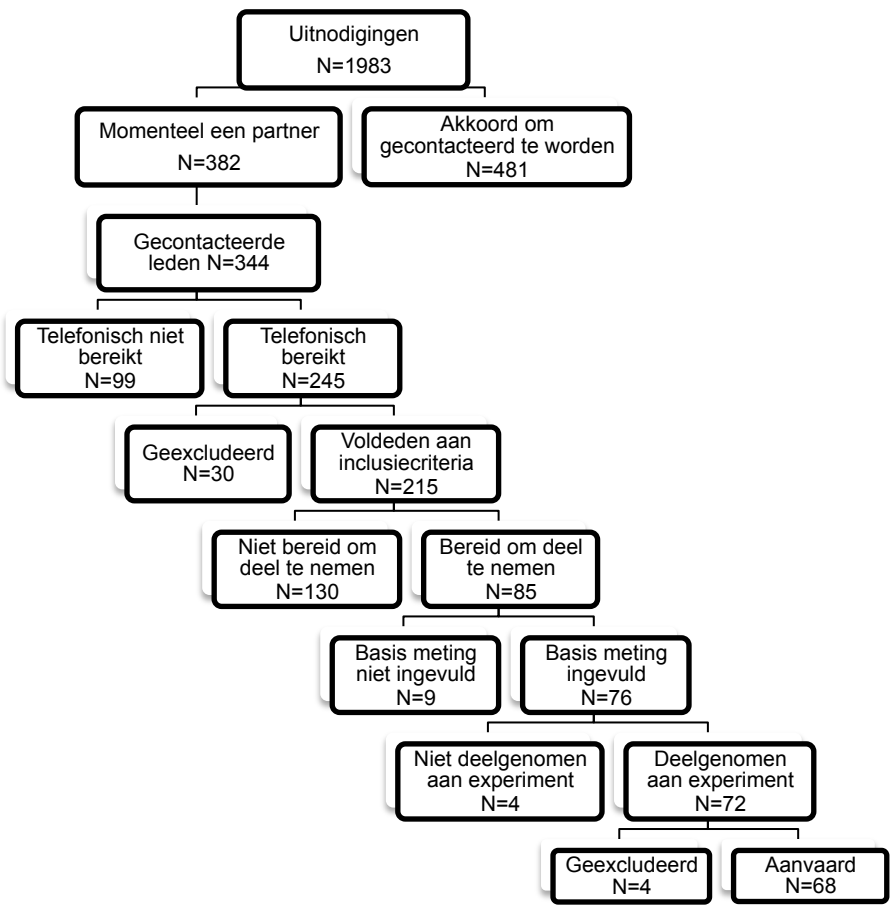
Participanten

Participanten met chronische pijn en hun partner werden via de Vlaamse Liga voor Fibromyalgiepatiënten gerekruteerd. De Vlaamse Liga voor Fibromyalgiepatiënten is een overkoepelende organisatie die mensen met chronische pijn informatie biedt omtrent hun pijn met als doel de kwaliteit van hun leven te verbeteren. De inclusiecriteria voor de pijnpatiënten waren: leeftijd tussen 18 en 65 jaar, chronische pijnklachten gedurende minimum drie maanden, voldoende beheersing van de Nederlandse taal en minimum een jaar bij de partner inwonen.

Er werden 1983 uitnodigingen verstuurd naar leden van de Vlaamse Liga voor Fibromyalgie. Hiervan gaven 481 leden hun persoonlijke informatie en toestemming om gecontacteerd te worden. Van deze respondenten hadden 78% (N=377) een partner die ook bereid was om deel te nemen aan het onderzoek, 22% (N=104) had geen partner, twee mensen stonden dubbel in de lijst en zeven koppels hadden zich te laat geregistreerd.

Uiteindelijk bestond de lijst uit 382 mensen waarvan 344 mensen telefonisch gecontacteerd werden. Van de 344 mensen waren 99 onbereikbaar, 245 werden telefonisch wel bereikt. Uit deze groep bleken 215 te voldoen aan de inclusiecriteria. Hiervan wilden 130 mensen niet meedoen met als voornaamste redenen dat de afstand te groot was, de partner niet meer bereid was deel te nemen, of het onderzoek moeilijk te combineren was met het werk. Vijfentachtig koppels (39.5%) werden bereikt, voldeden aan de inclusiecriteria en werden ingepland. De uiteindelijke steekproef waarop deze masterproef gebaseerd werd, bestond uit 68 koppels. Deze steekproef kwam tot stand nadat 14 koppels tijdens het onderzoek alsnog afzegde en 4 koppels geëxcludeerd dienden te worden. De reden hiervoor was dat één koppel niet samen bleek te wonen, één koppel is halverwege het experiment gestopt en twee koppels waren als piloting gebruikt.

Figuur 2 Flowchart steekproefverzameling



In onze uiteindelijke steekproef ($N = 68$ koppels) bestaat de groep pijnpatiënten voornamelijk uit vrouwen (91.2%). De partnergroep bestaat voornamelijk uit mannen (14.7%, $N = 10$). De gemiddelde leeftijd bij de patiënten is 49.68 jaar ($SD = 9.63$; range: 26-75 jaar) en bij de partners 50.87 jaar ($SD = 9.97$; range: 29-68 jaar). De meerderheid van de deelnemers uit de steekproef is gehuwd (78%) met een gemiddelde relatieduur van 20.70 jaar ($SD = 13$; range: 1-50 jaar).

In de patiëntengroep is 27.9% werkzaam en 25% krijgt een invaliditeitsuitkering omwille van de pijn. Verder zijn er ook vijf pijnpatiënten huisvrouwen/-mannen, vijf zijn werkloos, zeven krijgen een mutualiteitsuitkering omwille van de pijn en tien pijnpatiënten zijn gepensioneerd. Bijna de helft van de patiënten volgde hoger onderwijs (studeerden langer dan het 18^{de} levensjaar) (42.6%). De meest voorkomende pijnplaatsen bij patiënten zijn rug (97.1%), nek (97.1%), armen (89.7%) en benen (82.4%) met een gemiddelde duur van 12 jaar ($SD = 10.47$; range: 0-56 jaar). Bij de partners had meer dan de helft (54.4%) last van pijnklachten met een gemiddelde duur van 8.24 jaar ($SD = 9.62$; range: 0-30 jaar) maar na het uitvoeren van een Paired-Samples T-test zien we dat partners gemiddeld lager scoren op pijnintensiteit ($t(31) = -8.52$, $P < .05$) en mate van hinder van de pijn bij het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten ($t(30) = -5.98$, $P < .05$).

In de partnergroep zijn meer dan de helft werkzaam (73.5%). Zo'n 38.2% hadden hoger onderwijs gevolgd.

Tabel 1 Demografische gegevens van de steekproef

	Patiënten	Partners
	$N = 68$	$N = 68$
Aantal vrouwen	91.2%	14.7%
Gemiddelde leeftijd (Jaar)	49.68	50.87
Gehuwd	78%	78%
Gemiddelde relatieduur	20.70	20.70
Werkzaam	27.9%	73.5%
Hoger onderwijs (> 18jaar)	42.6%	38.2%
Gemiddelde duur pijn (Jaar)	12	8.24

Procedure en studieopzet

Voorliggende studie werd voorgesteld als een onderzoek naar hoe mensen met chronische pijnklachten en hun partners omgingen met het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten waarbij doelconflict gemanipuleerd werd. De studie vond plaats in de faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen te Gent.

Elke deelnemer kreeg twee weken op voorhand een e-mail met een verwijzing naar onze online vragenlijst (bijlage 1c en 1d) die ze thuis dienden in te vullen samen met een gepersonaliseerde code opdat de antwoorden anoniem bleven. Indien mensen geen toegang hadden tot het internet werd de vragenlijst met de post opgestuurd en werd hen gevraagd deze mee te brengen naar de faculteit. Wanneer deelnemers hun vragenlijst niet op tijd (i.e. voor hun afspraak aan de faculteit) invulden, kregen ze een herinnering via mail (bijlage 1e en 1f).

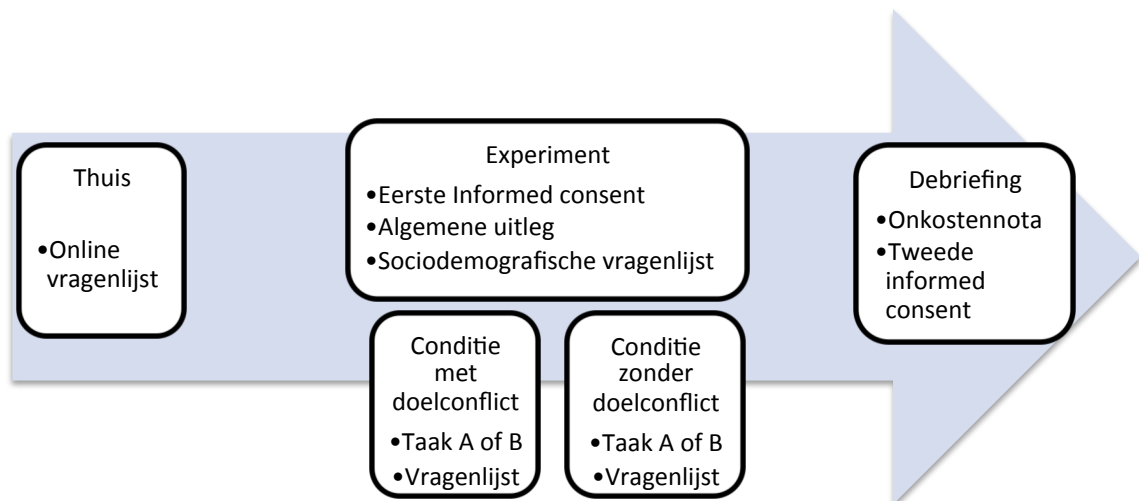
Voorgaande de start van het experiment werd het eerste geïnformeerd toestemmingsformulier ondertekend. Ook werden participanten geïnformeerd over de aanwezigheid van de camera en werd een algemene uitleg gegeven over het verloop van de studie. Het experiment bestond uit twee condities die gecontrabalanceerd werden (i.e. doelconflict conditie en een controle conditie) met twee taakvarianten die afwisselend aangeboden werden opdat er geen leereffect zou optreden (bijlage 1a en 1b). In beide condities vroeg men aan het koppel voor het begin van het experiment om een korte vragenlijstbundel in te vullen. Dit gebeurde ieder apart opdat ze elkaars antwoorden niet beïnvloedden. De vragenlijstbundel bevatte enerzijds een vragenlijst over demografische gegevens (leeftijd, aantal kinderen, duur en aard van relatie, opleidingsniveau, werkstatus...) en anderzijds een vragenlijst over de pijnintensiteit en hinder (Von Korff, 2001). Na het invullen van de vragenlijsten kregen partners verdere instructies over een bijkomende puzzeltaak die hij/zij moest uitvoeren op een tablet. Het doel van de opdracht was om zoveel mogelijk puzzels op te lossen in zes minuten. Tegelijkertijd moesten partners beschikbaar blijven voor de persoon met pijn voor het geval hij/zij hulp nodig zou hebben bij het uitvoeren van de huishoudelijke taken. De puzzeltaak werd voorgesteld aan de deelnemers als een meting van zijn/haar capaciteiten tot multitasking met als verklaring dat ook in het dagdagelijks leven allerlei zaken tegelijkertijd moeten gebeuren. Op deze manier zou het experiment beter aansluiten bij wat zich in het echte leven ook afspeelt. Om de motivatie van de partner om aan de puzzeltaak te werken te verhogen werd hem/haar verteld dat mensen die goed kunnen multitasken vaak ook mensen zijn die beter presteren op verschillende domeinen. Aan de pijnpatiënten werd gevraagd om de opdrachten die op een blad

opgeijst stonden in de juiste volgorde uit te voeren. Op het einde werd aan het koppel gevraagd om opnieuw een vragenlijst in te vullen.

Nadat participanten de eerste cyclus hadden doorlopen, mochten ze de tweede reeks huishoudelijke taken uitvoeren die lichtjes andere huishoudelijke taken dan de eerste reeks betrof (twee taakvarianten). De conditie zonder doelconflict was gelijkaardig: de partners kregen echter geen extra puzzeltaak. Hij/zij bleef enkel beschikbaar om hulp te bieden indien dit nodig was.

Afsluitend kreeg het koppel een debriefing omtrent de doeleinden van het onderzoek waaraan ze deelgenomen hebben, een onkostenvergoeding en werd hen gevraagd om een tweede informed consent te ondertekenen met betrekking tot het gebruik van videobeelden voor wetenschappelijke doeleinden.

Figuur 3 Overzicht fasen binnen het onderzoek (indien koppel start met doelconflict conditie)



Materiaal

Huidig onderzoek maakte deel uit van een groter onderzoek. In volgend onderdeel werden enkel vragenlijsten en observatiematen besproken die relevant waren voor de vooropgestelde onderzoeksvragen in huidig onderzoek.

Vragenlijsten

Behoeftesatisfactie. De mate van satisfactie van de drie psychologische basisbehoeften werd gemeten aan de hand van de aangepaste versie van de Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS, Chen et al. 2015) die oorspronkelijk uit 24 items bestond (versie van Vanhee et al., 2016). De vragenlijst werd aangepast aan de context van een intieme relatie en bestond uit 6 items waarvan

drie vragen rond behoeftesatisfactie. Een voorbeelditem bij behoeftesatisfactie was *“tijdens het uitvoeren van deze taken heb ik er vertrouwen in dat alles goed ging kunnen uitvoeren”* (competentie). De proefpersonen antwoordden op een 7-puntenschaal gaande van “0” (helemaal niet waar) tot “6” (helemaal waar). Hoge scores wezen op een hoge mate van behoeftesatisfactie (Vanhee et al., 2016). In huidige studie waren Chronbach’s alphas in de doelconflict conditie 0.34 en 0.56 en in de controle conditie 0.25 en 0.74 voor respectievelijk patiënten en partners.

Affect. Participanten rapporteerden over hoe ze zich voelden aan de hand van 12 adjectieven die zes positieve en zes negatieve gevoelens beschreven. Positief affect reflecteerde de mate waarin men zich enthousiast, actief en alert voelde, terwijl negatief affect peilde naar de mate waarin men een variëteit aan onaangename gevoelens ervoeren waaronder woede, zich schuldig voelen en angst (Watson, Clark & Tellegan, 1988). Een voorbeelditem was: *“ tijdens het uitvoeren van deze taken voelde ik me sterk”*. De items werden beantwoord aan de hand van een 7-puntenschaal gaande van “0” (helemaal niet akkoord) tot “6” (Helemaal akkoord) (Watson, Clark & Tellegan, 1988). De items vertoonden een zeer goede interne consistentie in deze studie: gemiddelde Chronbach’s alphas voor positief affect waren in beide condities 0.78 voor de patiënten en 0.86 voor de partners. Voor negatief affect waren de Chronbach’s alpha in de doelconflict conditie 0.74 en 0.75 en in de controle conditie 0.80 en 0.68 voor respectievelijk, patiënten en partners.

Helpmotivatie. Voorliggende studie baseerde zich op voorgaand onderzoek van Kindt et al. (2015) waarbij de originele Motivation to Help Scale (MHS, Weinstein & Ryan, 2010) aangepast werd in functie van onderzoek bij patiënten met chronische pijn. In huidig onderzoek kregen partners en patiënten een aan te vullen stelling. Voor de partners was deze *“Ik heb mijn partner bij het uitvoeren van deze huishoudelijke activiteiten geholpen/gesteund omdat...”* en voor de patiënten *“Ik denk dat mijn partner me bij het uitvoeren van de huishoudelijke activiteiten hielp omdat...”* waarop telkens 11 redenen volgden. Partners rapporteerden over hun motieven om te helpen en patiënten over de gepercipieerde motieven van hun partners op een 7-puntenschaal gaande van “0” (helemaal waar) tot “6” (helemaal niet waar). Vanuit de ZDT werden de vier types motivaties bevraagd: externe motivatie (bv. Omdat de onderzoeker dit van mij verwachtte), geïntrojecteerde motivatie (bv. Omdat ik mij anders schuldig had gevoeld), geïdentificeerde motivatie (bv. Omdat ik het persoonlijk belangrijk vond) en intrinsieke motivatie (vb. omdat ik er plezier aan beleefde). De items van externe en geïntrojecteerde motivatie werden samengevoegd om de mate van gecontroleerde

motivatie te meten. De items van geïdentificeerde en intrinsieke motivatie werden samengevoegd om de mate van autonome motivatie te meten. In huidige studie waren Chronbach's alfa's in de doelconflict conditie 0.75 en 0.78 voor gecontroleerde motivatie en 0.83 en 0.91 voor autonome motivatie voor respectievelijk, patiënten en partners. In de controleconditie waren de Chronbach's alfa's 0.65 en 0.69 voor gecontroleerde motivatie en 0.81 en 0.82 voor autonome motivatie voor respectievelijk, patiënten en partners. Dit geeft aan dat de interne consistentie van deze items goed is.

Behoeftte-ondersteunend helpgedrag van partners (kwaliteit van hulp). De kwaliteit van hulp werd zowel aan de hand van een vragenlijst als observatiemaat (2.3.2) beoordeeld. De vragenlijst was gebaseerd op de Health Care Climate Questionnaire (HCCQ, Williams et al., 1996). Oorspronkelijke bestond deze vragenlijst uit 15 items die peilden naar participanten hun perceptie omtrent de ontvangen behoefte-ondersteuning van belangrijke anderen in hun omgeving. De aangepaste versie die in deze studie werd gebruikt, bestond uit 12 items waarvan zes items peilden naar behoefte-ondersteunende gedragingen binnen de context van de drie basisbehoeften (autonomie, competentie en verbondenheid) van de ZDT. Bij de partner werd gepeild naar de gepercipieerde gegeven behoefte-ondersteunend helpgedrag terwijl bij de persoon met pijn werd gepeild naar de gepercipieerde ontvangen behoefte-ondersteunend helpgedrag tijdens het uitvoeren van de huishoudelijke activiteiten. Itemvoorbeelden van behoefte-ondersteunende helpgedrag bij de patiënten met pijn waren: "*Mijn partner gaf tijdens het uitvoeren van de taken aan dat ik goed bezig was*" (competentie), "*Mijn partner vroeg of ik hulp nodig had*" (autonomie) en "*Mijn partner had aandacht voor mij en was betrokken*" (verbondenheid). Aan de partners zelf werden de vragen aangeboden vanuit het "Ik perspectief", bijvoorbeeld: "*Ik heb mijn partner tijdens het uitvoeren van de taken duidelijk gemaakt dat hij/zij goed bezig was.*" (competentie), "*Ik vroeg mijn partner of hij/zij hulp nodig had*" (autonomie) en "*Ik had aandacht voor mijn partner en was betrokken*" (verbondenheid). De Chronbach's alfa in de doelconflict conditie waren 0.72 en 0.60 voor behoefte-ondersteunend gedrag voor respectievelijk, patiënten en partners. In de controle conditie waren de Chronbach's alfa 0.58 en 0.59 voor behoefte-ondersteunend gedrag voor respectievelijk, patiënten en partners.

Observatiematen

De observatiematen werden opgesteld aan de hand van opnames van de koppels gemaakt tijdens het uitvoeren van de huishoudelijke taken. Het helpgedrag van partners werd om de tien seconden (interval) beoordeeld totdat de taak afgerond was. Binnen elk interval werd de kwaliteit en kwantiteit van het helpgedrag van partners gecodeerd. Observeerders kregen een intensieve training aan de hand van 10 video's/ opnames en hadden bovendien een handleiding ter beschikking. De training verliep in meerdere stappen: twee beoordelaars bekeken een video samen. Vervolgens beoordeelden ze elk afzonderlijk het helpgedrag. Uiteindelijk werd er ruimte gemaakt om eventuele verschillen in codering te bediscussiëren. Na deze training werd 20% van de video's dubbel gecodeerd door de twee beoordelaars. Elk beoordeelde achteraf 40% van de resterende opnames. De interbeoordelaars betrouwbaarheid werd berekend aan de hand van de formule van Ekman en Friesen gebaseerd op een studie naar gezichtsuitdrukking. De formule bekeek de proportie van overeenkomst tussen twee beoordelaars tegenover de totale hoeveelheid handelingen gecodeerd door iedere observeerder. Wanneer er een perfecte overeenkomst is dan is de score 1 zijn (Ekman & Friesen).

Behoeftte-ondersteunend helpgedrag van partners (kwaliteit van hulp). Voor behoefte-ondersteunend helpgedrag (BOSH) werd een codeerschema ontwikkeld dat gelijkaardig was aan de items gebruikt in de zelf-rapportage vragenlijst voor partners en patiënten die hierboven beschreven is. In het onderwijs werd geobsedeerde behoefte-ondersteuning reeds op een betrouwbare manier gecodeerd (Haerens, 2013; Van den Berghe et al., 2013). In eerste instantie werden de opnames door twee onderzoekers bekeken en werd een set van items geformuleerd om te gebruiken tijdens de codering. Vervolgens werden vijf opnames beoordeeld door andere onderzoekers en op basis van hun expertise werden enkele problemen geïdentificeerd (i.e. lage frequentie van bepaald gedrag) en het codeerschema aangepast. In het uiteindelijke codeerschema werd een onderscheid gemaakt tussen de aanwezigheid of afwezigheid van helpgedrag door partners dat de behoefte aan autonomie (AS), verbondenheid (RS) en competentie (CS) ondersteunde. Enkele itemvoorbeelden: *partner geeft patiënt de keuze omtrent hoe de taak aan te pakken (AS), partner heeft aandacht en is betrokkenheid naar de patiënt toe (RS) en partner geeft positieve feedback en geeft suggesties (CS).* Om de 10 seconden beoordeelde de observeerder de aanwezigheid (1) of afwezigheid (0) van deze drie items. De interbeoordelaars betrouwbaarheid was voor alle schalen goed, gaande van 0.76 tot 0.93. Voor een meer

algemene meting van de kwaliteit van hulp werd een algemene score voor behoefte-ondersteuning berekend door AS, RS en CS op te tellen. Ook hier bekwamen we een zeer goede interbeoordelaars betrouwbaarheid van 0.95.

Kwantiteit hulp. De hoeveelheid aangeboden hulp door de partner werd beoordeeld aan de hand van een observatiemaat waarbij er aan de hand van video-codering om de tien seconden het helpgedrag van de partner werd beoordeeld totdat de taak afgerond was. De score “1” werd toegekend wanneer instrumentele hulp geboden werd (ongeacht hoe lang of hoe vaak deze voorkwam) en een score “0” wanneer er geen instrumentele hulp geboden werd. Na afloop van de video-codering werd de som genomen en gedeeld door het totaal aantal tijdsframes. De interbeoordelaars betrouwbaarheid was zeer hoog, namelijk 0.92.

Statistische analyses

In deze studie werden alle data geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS. De resultaten werden aan de hand van de beschrijvende statistiek geanalyseerd, waarbij gemiddelden, standaarddeviaties en Pearsons correlaties tussen de verschillende metingen werden berekend. Pearsons correlaties werden als significant beschouwd wanneer $p < .05$ en als zeer significant wanneer $p < .01$ (Cohen, 1992).

Eerst werd nagegaan of alle variabelen voldeden aan de assumptie van normaliteit op basis van de steekproefgrootte of via visuele inspectie van de data. Vervolgens werden de correlaties nagegaan tussen de afhankelijke variabelen bij zowel patiënten als partners in de doelconflict conditie versus de controle conditie. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een paired samples t-test.

Om het effect van doelconflict op de intrapersonlijke (i.e. behoeftesatisfactie en affect) en interpersoonlijke uitkomstmaten (i.e. kwaliteit – behoefte ondersteunend helpgedrag en type motivatie- en kwantiteit van hulp) te onderzoeken, werd gebruik gemaakt van een Repeated Measures ANOVA met conditie (twee niveaus) als within-subject variabele. De afhankelijke variabelen bij de partners waren behoeftesatisfactie, affect, helpmotivatie (e.g. gecontroleerd versus autonoom), behoefte-ondersteunend helpgedrag (e.g. vragenlijst en observatiemaat) en kwantiteit van helpgedrag. De afhankelijke variabelen bij de patiënten waren affect, gepercipieerde helpmotivatie (i.e. gecontroleerd versus autonoom) en gepercipieerde behoefte-ondersteunend helpgedrag (i.e. vragenlijst). Per afhankelijke variabele werd een aparte analyse uitgevoerd. Wanneer k aantal statistische toetsen uitgevoerd worden bij het analyseren van dezelfde data, is er vanuit de wetenschap soms de eis om strengere restricties te gebruiken dan de conventionele $p < .05$ (Perneger, 1998). Ondanks het gebruik van meerdere analyses

hebben we in deze studie ervoor gekozen om geen correctie toe te passen. De Bonferroni correctie geeft een antwoord op de volgende vraag: zijn de twee groepen identiek op x-aantal variabelen? Dit is echter niet relevant want wanneer 1 of meerdere variabelen niet identiek zijn dan wordt de algemene nulhypothese verworpen maar dan weten we nog steeds niet hoeveel of welke variabelen niet identiek zijn. Deze informatie is voor een onderzoeker van weinig belang aangezien deze elke variabele op zich willen bestuderen. Bovendien kunnen Type I fouten (doel van Bonferroni correctie) niet verminderd worden zonder inflatie van type II fouten (Perneger, 1998). Ook in een recentere literatuur studie van Robert et al. (2000) komt naar voor dat er geen consensus is over wanneer en of bepaalde soorten van Bonferroni correcties gebruikt moet worden.

Resultaten

Correlaties

Volgens de normaliteitstoets waren alle variabelen normaal verdeeld op het negatief affect na (bij partners en patiënten). Deze vertoonde een links scheve verdeling maar omdat onze steekproef voldoende groot was ($N > 30$), kon het gebruik van de analyses verder verantwoord worden op basis van de centraal limietstelling die stelt dat bij een voldoende grote steekproef de variabelen bij benadering een normale verdeling hebben (Moerkerke, 2014).

In Tabel 2 worden de onderlinge Pearson-correlaties van de verschillende variabelen weergegeven voor patiënten en partners: eerst in de doelconflict conditie en vervolgens in de controle conditie. Op de diagonaal kunnen de binnen-koppel correlaties afgelezen worden, boven de diagonaal de correlaties van de patiënten en onder de diagonaal die van de partners. De binnen-koppel correlaties voor behoeftesatisfactie, de observatiematen voor behoefte-ondersteunend helpgedrag en kwantiteit van hulp worden niet weergegeven. Behoeftesatisfactie bij de patiënten was immers een niet betrouwbare maat en de observatiematen voor behoefte-ondersteunend helpgedrag en de kwantiteit van hulp werden enkel bij de partners gemeten. Er waren verschillende significante correlaties die in volgend onderdeel besproken zullen worden.

In lijn met de Zelf-Determinatie Theorie was in de doelconflict conditie partners' behoeftesatisfactie positief gecorreleerd met: positief affect ($r=.55$, $p<.01$), behoefte-ondersteunend helpgedrag ($r=.44$, $p<.01$), autonome motivatie ($r= .66$, $p<.01$) en kwantiteit van hulp ($r=.32$, $p<.01$). Verder was de doelconflict conditie ook negatief gecorreleerd met negatief affect ($r=-.26$, $p<.05$).

Wanneer gekeken werd naar de helpmotivatie van de partners, was er een positieve correlatie tussen autonome motivatie en positief affect ($r=.61$, $p<.01$), kwantiteit van hulp ($r=.41$, $p<.01$) en behoefte-ondersteunend gedrag. Dit zowel wanneer deze gemeten werd met een vragenlijst ($r=.54$, $p<.01$) als wanneer deze geobserveerd werd ($r=.46$, $p<.01$). Ook bij de patiënten was autonome motivatie positief gecorreleerd met positief affect ($r=.41$, $p<.01$) en behoefte-ondersteunend helpgedrag wanneer deze gemeten was aan de hand van een vragenlijst ($r=.48$, $p<.01$). Verder was gecontroleerde motivatie bij de partners positief gecorreleerd met negatief affect ($r=.34$, $p<.01$), kwantiteit van hulp ($r=.38$, $p<.01$) en met behoefte-ondersteunend helpgedrag wanneer het gemeten werd aan de hand van de vragenlijst ($r=.24$, $p<.05$). Bij de patiënten werd enkel een positieve correlatie met positief affect ($r=.31$, $p<.05$) waargenomen. Kwantiteit van hulp was positief gecorreleerd met behoefte-ondersteunend helpgedrag bij partners en patiënten, zowel wanneer het gemeten werd met een vragenlijst ($r_{\text{partner}}=.43$, $p<.01$; $r_{\text{patiënt}}=.43$, $p<.01$) als wanneer het geobserveerd werd ($r_{\text{partner}}=.85$, $p<.01$; $r_{\text{patiënt}}=.85$, $p<.01$).

In de controle conditie was behoeftesatisfactie van de partner positief gecorreleerd met positief affect ($r=.53$, $p<.01$) en autonome motivatie ($r=.64$, $p<.01$). Daarnaast was behoeftesatisfactie van de partner negatief gecorreleerd met negatief affect ($r=-.35$, $p<.01$). Wanneer gekeken wordt naar de helpmotivatie dan blijkt er een positief verband te zijn tussen autonome motivatie en positief affect ($r=.62$, $p<.01$) bij de partner en tussen autonome motivatie en behoefte-ondersteunend helpgedrag ($r_{\text{partner}}=.56$, $p<.01$; $r_{\text{patiënt}}=.35$, $p<.01$) wanneer deze gemeten wordt met een vragenlijst. Daarnaast was gecontroleerde motivatie positief gecorreleerd met negatief affect ($r=.42$, $p<.01$) en kwantiteit van hulp ($r=.43$, $p<.01$) bij de partners.

De binnen-koppel correlaties tonen een beperkt aantal significante correlaties. De gecontroleerde motivatie van partners is in beide condities positief gerelateerd aan de gecontroleerde motivatie van de patiënten en andersom. Tevens is het behoefte-ondersteunend helpgedrag van de partners, gemeten aan de hand van een vragenlijst, positief gerelateerd aan die van de patiënten in de doelconflict conditie.

In het algemeen waren de gevonden correlaties in lijn met de ZDT. Opvallend was echter dat er in beide condities 'gecontroleerde motivatie' positief gecorreleerd is met kwantiteit van hulp bij de partner. Bovendien is er ook een onverwachte positieve correlatie tussen gecontroleerde motivatie en behoefte-ondersteunend helpgedrag bij de partner. In de controle conditie zien we een significante positieve correlatie tussen negatief affect en behoeftesatisfactie van de partner.

Tabel 2 Overzicht van de Pearson correlatiecoëfficiënten (r) van de variabelen gemeten bij beide partners

	1	2	3	4a	4b	5	6	7
Doelconflict conditie								
1. Behoefte­­satisfactie	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Positief affect	.55**	.04	-.14	.11	-.02	.41**	.31*	.02
3. Negatief affect	-.26*	-.25*	.49	.09	.12	.10	.23	.17
4. Behoefte-­­ondersteunend helpgedrag								
a. Vragenlijst	.44**	.11	-.02	.35**	.50**	.48**	-.13	.43**
b. Observatiemaat (prt)	-	.17	.00	.57**	-	.18	-.00	.85**
5. Autonome motivatie	.66**	.61**	-.03	.54**	.46**	.16	.13	.20
6. Gecontroleerde motivatie	-.08	-.07	.34**	.24*	.24	.17	.32*	.05
7. Kwantiteit hulp (prt)	.32**	.18	.05	.43**	.85**	.41**	.38**	-
Controleconditie								
1. Behoefte­­satisfactie	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Positief affect	.53**	.19	-.45**	.09	.03	.29*	.24	.09
3. Negatief affect	.35**	-.22	-.01	.03	-.22	-.09	.01	.04
4. Behoefte-­­ondersteunend helpgedrag								
a. Vragenlijst	-	.04	.05	.33**	-	-.03	-.15	-.17
b. Observatiemaat (prt)								
5. Autonome motivatie	.64**	.62**	-.18	.56**	.28	.23	.10	.28*
6. Gecontroleerde motivatie	-.04	.01	.42**	.22	-.06	.06	.39**	.27
7. Kwantiteit hulp (prt)	.32	.09	.09	.06	.17	.16	.43**	-

Noot. Variabelen op de diagonaal representeren binnen-koppel correlaties. Variabelen onder diagonaal representeren correlaties tussen de variabelen van partners en de variabelen boven de diagonaal representeren de correlaties tussen de variabelen van patiënten. * $P < .05$, ** $P < .01$, $p < .001$. prt = Variabelen die enkel bij de partner geobserveerd zijn.

SPSS: Repeated Measures ANOVA

Onderzoeksvraag 1

Hypothese 1: Doelconflict en behoeftesatisfactie

Partners rapporteerden geen verschil in behoeftesatisfactie tussen de twee condities ($F(1,65) = 3.18, P > .05$). Ongeacht of het koppel zich in de doelconflict conditie of de controleconditie bevond, had dit geen effect had op de mate van satisfactie van de basisbehoeften van de partners.

Patiënten rapporteerden dan weer minder behoeftesatisfactie in de doelconflict conditie ($M = 4.28; SD = 1.09$) dan in de controle conditie ($M = 4.55; SD = 1.03$) ($t(64) = 1.998, P < .05$). Uit dit resultaat kan er geen eenduidige conclusie worden getrokken aangezien er een F toets wordt bekomen met slechts een marginaal significant effect ($F(1,65) = 3.99, P = .05$).

Aan de hand van deze resultaten kunnen we onze hypothese dus niet bevestigen langs de zijde van de partners en bekomen we geen eenduidige uitspraak langst de zijde van de patiënten.

Hypothese 2: Doelconflict en affect

Eerst werd er gekeken naar positief affect. Op basis van de bekomen steekproefgemiddelden rapporteerden partners minder positief affect in de doelconflict conditie ($M = 3.13; SD = 1.33$) dan in de controle conditie ($M = 3.38; SD = 1.34$) en dit verschil werd significant bevonden ($F(1,65) = 4.97, P < .05$). Ook patiënten rapporteerden minder positief affect in de doelconflict conditie ($M = 2.77; SD = 1.15$) dan in de controle conditie ($M = 2.97; SD = 1.21$) maar dit verschil was niet significant ($F(1,65) = 3.70, P > .05$).

Vervolgens werd gekeken naar negatief affect waarbij partners meer negatief affect in de doelconflict conditie ($M = 0.50; SD = 0.69$) dan in de controle conditie ($M = 0.31; SD = .51$) rapporteerden ($F(1,65) = 8.84, P < .001$). Patiënten daarentegen rapporteerden gemiddeld gezien geen verschil in ervaren negatief affect tussen de twee condities ($F(1,65) = 0.10, P > .05$).

Doelconflict blijkt dus enkel invloed te hebben op de partners. Deze ervaren minder positief affect en meer negatief affect in de doelconflict conditie dan in de controle conditie. Onze hypothese wordt dus enkel bij de partners bevestigd

Onderzoeksvraag 2

Hypothese 1: Doelconflict op behoefte-ondersteunend gedrag

Deze hypothese werd op twee manieren nagegaan: Bij de partner met zowel een vragenlijst als een observatiemaat en bij de pijnpatiënt enkel aan de hand van een vragenlijst. Bij bevraging aan de hand van de vragenlijst, rapporteerden zowel partners als patiënten meer behoefte-ondersteunend helpgedrag te bieden en te percipiëren in de controle conditie ($M_{partner} = 3.08$, $SD = .995$; $M_{patiënt} = 3.39$, $SD = 1.01$) ($F(1,65) = 5.71$, $P < .05$) dan in de doelconflict conditie ($M_{partner} = 2.79$, $SD = .935$; $M_{patiënt} = 2.67$, $SD = 1.25$) ($F(1,66) = 27.44$, $P < .001$). Wanneer naar de observatiemaat wordt gekeken, worden gelijkaardige resultaten gerapporteerd. Partners rapporteerden meer behoefte-ondersteunend helpgedrag te bieden aan hun geliefde in de controle conditie ($M = .50$, $SD = .26$) dan in de doelconflict conditie ($M = 1.03$, $SD = .18$) ($F(1,66) = 254$, $P < .001$).

De bekomen resultaten bevestigen hiermee onze hypothese op een zeer overtuigende manier.

Hypothese 2: Doelconflict op type motivatie

Het effect van doelconflict op zowel autonome als gecontroleerde motivatie werd bekeken a.d.h.v. zelfrapportage door de partners en de perceptie van de patiënten. Volgens onze steekproefgemiddelden rapporteerden patiënten meer autonome motivatie te percipiëren in de controle conditie ($M_{patiënt} = 3.86$, $SD = 1.41$) dan in de doelconflict conditie ($M_{patiënt} = 3.56$, $SD = 1.52$) ($F(1,56) = 1.15$, $P < .05$). Wanneer partners meer autonoom gemotiveerd waren om te helpen, percipieerden hun geliefden dit ook zo. Dit is in overeenstemming met onze hypothese.

Bij verdere inspectie blijkt doelconflict bij de partners echter niet significant geassocieerd met de autonome motivatie ($F(1,65) = 1.15$, $P > .05$). Partners rapporteerden niet meer autonome motivatie in de controle conditie. Ook bij de gecontroleerde motivatie was er geen significant effect van doelconflict, zowel gerapporteerd door partners ($F(1,65) = 0.67$, $P > .05$) als door patiënten ($F(1,55) = 1.55$, $P > .05$). Dit is in tegenstelling met onze hypothese.

Hypothese 3: Doelconflict op kwantiteit hulp

In verband met de laatste hypothese rapporteerden partners minder hulp te bieden aan hun geliefde in de doelconflict conditie ($M = .24$; $SD = .17$) dan in de controle conditie waarbij partners geen druk ervaren ($M = .49$; $SD = .03$). Het ervaren

van doelconflict door de partners had een zeer sterke significante invloed op de kwantiteit hulp ($F(1,66) = 68.33, P < .05$) dat partners aan hun partner boden.

Tabel 3 Overzicht van de F-waarden, significantieniveau (p), standaardmeetfout (ES), gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) aan de hand van Repeated Measure Anova.

Afhankelijke variabelen	Informant	Binnen-subject effect van conditie			Descriptieve analyses M (SD)	
		F	p	η^2 (ES)	Doelconflict conditie	Controle conditie
Intrapersoonlijke variabelen						
Behoeftesatisfactie	Partner	3.18*	.08	.05	4.28 (1.09)	4.55(1.03)
	Patiënt	3.99	.05	.06	4.28 (1.09)	4.55 (1.03)
Positief affect	Partner	4.97*	.03	.07	3.13 (1.33)	3.38 (1.34)
	Patiënt	3.70	.06	.05	2.77 (1.15)	2.97 (1.21)
Negatief affect	Partner	8.84***	.00	.12	.50 (.69)	.31 (.51)
	Patiënt	.10	.75	.00	1.20 (1.02)	1.17 (1.25)
Interpersoonlijke variabelen						
Behoeftesondersteunend helpgedrag						
a.Vragenlijst	Partner	5.71*	.02	.08	2.79 (.94)	3.08 (.99)
	Patiënt	27.44***	.00	.29	2.67 (1.25)	3.39 (1.01)
b.Observatiemaat	Partner	254.57***	.00	.79	0.50 (0.26)	1.03 (.18)
Autonome motivatie	Partner	1.15	.29	.02	3.78 (1.65)	3.94 (1.41)
	Patiënt	5.32*	.03	.09	3.56 (1.52)	3.86 (1.41)
Gecontroleerde motivatie	Partner	.67	.42	.01	1.47 (1.13)	1.54 (.97)
	Patiënt	1.55	.22	.03	1.26 (1.15)	1.36 (1.07)
Kwantiteit van hulp (observatiemaat)	Partner	68.33***	.00	.51	.24 (.17)	.49 (.03)

Noot. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Discussie

Chronische pijn is een wereldwijd gezondheidsprobleem dat de laatste jaren een stijging prevalentie heeft gekend (Freburger et al., 2009). Het biomedisch model van Descartes omtrent chronische pijn is verouderd en door de opkomst van het biopsychosociaal model is het zeer duidelijk geworden dat pijn niet meer als een geïsoleerd fenomeen bekeken kan worden (Goubert et al., 2004; Gatchel et al., 2007; Hadjistavropoulos et al., 2011). In deze masterproef werd de focus van enkel de chronische pijnpatiënt dan ook uitgebreid naar zowel de pijnpatiënt als zijn of haar partner. In de literatuur is er reeds onderzoek gedaan naar de invloed van pijn op de geliefde (Cano et al., 2004; Flor et al., 1987; Leonard & Cano, 2006; enz.). Maar hierin is zeker nog ruimte voor uitbreiding.

Uit de besproken literatuur is gebleken dat pijn zich niet in een vacuüm voordoet. Pijn is interpersoonlijk van aard en heeft onvermijdelijk negatieve gevolgen voor zowel de patiënt als anderen in zijn/haar omgeving. In voorliggend onderzoek hebben we ons toegespitst op een mogelijke antecedent van die negatieve uitkomsten, namelijk doelconflict. Mensen hebben vaak verschillende doelen op hetzelfde moment en deze kunnen elkaar negatief beïnvloeden (Riediger & Freund, 2004).

Concreet hebben we aan de hand van onderzoek willen nagaan in welke mate doelconflict op het niveau van de partner tijdens huishoudelijke taken een invloed heeft op een aantal inter- en intrapersoonlijke variabelen bij zowel de partner als de pijnpatiënt. Hiervoor hebben we beroep gedaan op de Zelf-determinatie theorie (Deci & Ryan, 1985; Deci & Ryan, 2008).

Onderzoeksbevindingen

Onderzoeksvraag 1: Behoeftesatisfactie en affect (welzijn)

Het eerste doel van dit onderzoek was nagaan of doelconflict bij partners een invloed heeft op het welzijn (i.e. behoeftesatisfactie en affect) van beide partners. Zoals de ZDT en voorgaand onderzoek voorspeelden, verwachtten we dat doelconflict bij de partner voor minder behoeftesatisfactie, minder positief affect en meer negatief affect zou zorgen bij beide partners (in vergelijking met de controle conditie). Aan de kant van de partner werd de hypothese niet bevestigd: Doelconflict bij de partner bleek geen significante invloed te hebben op diens behoeftesatisfactie. De ontbrekende invloed van doelconflict op behoeftesatisfactie is onverwachts en staat in contrast met voorgaande studies. Zo toonden Riediger en Freund (2004) aan dat doelconflict bij partners voor een

verminderd welzijn zorgt bij de participanten (Riediger & Freund, 2004). Ook Schwartz en Drotar (2009) deden onderzoek naar de impact van doelhinder op welzijn (affect en depressieve symptomen), bij jongvolwassen patiënten, en vonden een negatieve impact van doelconflict op welzijn. Verder onderzoek binnen de intieme relatie moet uitwijzen wat mogelijke oorzaken zijn van deze discrepantie. Bij de pijnpatiënt zijn het effect van doelconflict op behoeftesatisfactie niet duidelijk. Er werd een negatief effect gevonden maar het effect was slechts marginaal significant. Behoeftesatisfactie bij de patiënt was in dit onderzoek echter een niet betrouwbare maat en dit kan een invloed hebben gehad op de bekomen resultaten. Voorgaand onderzoek heeft immers getoond dat doelconflict samenhangt met een verlaagd welzijn bij beide partners (Gere & Schimmak, 2013).

Doelconflict bleek wel een negatieve invloed op het positief affect van de partner. Deze gegevens zijn in overeenstemming met een dagboek bij volwassenen die aantoonde dat doelconflict (ten gevolge van tijd, energie of financiële mogelijkheden) samenhangt met een verlaagd positief affect en een verhoogd negatief affect (Riediger & Freund, 2004). Bovendien is het mogelijk dat het bieden van hulp ervoor zorgen dat partner minder tijd over hebben om andere doelen te bereiken en onvoldoende tijd hangt negatief samen met welzijn (Kasser & Kasser, 2009; Kindt et al., 2017). Onze resultaten zijn echter deels in tegenspraak met onderzoek van Righetti et al. (2006) die aantoonde dat doelconflict binnen koppels resulteerde in een negatieve invloed op het affect van beide partners. In onze studie kwam er echter geen significant effect van doelconflict op het affect van de pijnpatiënt naar boven. De vooropgestelde onderzoeksvraag i.v.m. het affect kon dus enkel bij de partner bevestigd worden. Dit wijst erop dat wanneer partners doelconflict ervaren dit niet per se dezelfde gevolgen heeft voor het koppel: partners voelden zich mogelijks minder enthousiast, ontspannen en alert terwijl er bij patiënten geen verschil wordt gerapporteerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat partners een hoge druk voelen om beide taken op een adequate manier uit te voeren. In onderzoek werd immers reeds aangetoond dat doelconflict (tijds-) druk creëert met als gevolg dat partners zich niet ondersteund voelden (Deci, 1980; Deci & Ryan, 2000). Mogelijks kunnen partners in de doelconflict voldoende compenseren in hun helpgedrag opdat het voor de patiënt niet duidelijk is dat hij of zij onder druk staat. Met als gevolg dat doelconflict bij de partner geen invloed heeft op het affect van de patiënt.

Onderzoeksvraag 2: kwaliteit en kwantiteit van helpgedrag

Onze eerste indicatie voor de kwaliteit van hulp was het behoefte-ondersteunend gedrag van partners. Dit is gedrag dat gericht is op het bevredigen van de behoefte aan

autonomie, competentie en verbondenheid. Het is een cruciaal onderdeel van de ZDT. Deze stelt namelijk dat de bevrediging van die drie basisbehoeften essentieel is om iemands volledige groei te bereiken (Deci & Ryan, 2000). Verschillen op inter- en intrapersoonlijke niveau kunnen voorspeld worden op basis van de mate waarin de basisbehoeften bevredigd of gefrustreerd worden (Vansteenkiste & Ryan, 2013; Weinstein & Ryan, 2010). In onze studie bleken partners die geen doelconflict ervoeren meer geneigd om aan hun geliefde met pijn te bevragen of hij/zij hulp nodig had (i.e. autonomie ondersteuning), positieve feedback te geven (i.e. competentie ondersteuning) en attent te zijn voor wat hun geliefde met pijn doet (i.e. verbondenheid ondersteunen). Dit halen we zowel uit de rapportage van de partners over hun eigen helpgedrag (i.e., zelfrapportage), als uit de rapportage door patiënten over het helpgedrag van hun partner (i.e., gepercipieerde hulp). De resultaten van voorliggend onderzoek impliceren dat de mate waarin de helper geconfronteerd wordt met doelconflict in verband staat met de mate van behoeftesatisfactie bij diegene die hulp biedt en diegene die hulp ontvangt. Dit is in lijn met de bevinding van Kindt et al. (2017) waarbij doelconflict eveneens gepaard was met een meer gecontroleerde vorm van motivatie (Kindt et al., 2017).

Naast behoefte-ondersteuning werd ook het soort helpmotivatie bekeken als tweede predictor voor de kwaliteit van helpgedrag. Volgens de ZDT ervaren partners die autonoom gemotiveerd zijn het bieden van hulp als zijnde aangenaam en betekenisvol. Wanneer ze gecontroleerd gemotiveerd zijn bieden ze hulp om bijvoorbeeld kritiek van de ander of gevoelens van schuld te vermijden of om externe goedkeuring te verkrijgen. Uit verschillende onderzoeken in dezelfde of andere contexten blijkt dat autonome vormen van motivatie tot meer adaptieve uitkomsten leiden zoals minder uitputting, meer ervaren vrijheid, hoger welzijn, verhoogde persistentie in het uit te voeren gedrag en een beter relationeel functioneren (Ryan & Deci, 2000; Roth et al., 2007; Weinstein & Ryan, 2010; Vansteenkiste, Niemiec & Soenens, 2010; Kindt et al., 2015; Kindt et al., 2016, Ryan & Deci, 2017). In ons onderzoek werd er geen invloed van doelconflict op helpmotivatie van de partner gevonden bij zelfrapportage door de partner. Er is wel een invloed van doelconflict op helpmotivatie van de partner wanneer we naar de rapportage van de pijnpatiënt kijken: Patiënten percipieerden de aangeboden hulp van hun partner als zijnde meer autonoom gemotiveerd in de controle conditie. Deze resultaten zijn dus slechts gedeeltelijk in overeenstemming met voorgaand onderzoek van Kindt et al. (2017) waarin gevonden werd dat dagelijks doelconflict samenhangt met minder autonoom en meer gecontroleerde helpmotivatie. Het is opvallend dat de partner in voorliggend onderzoek geen verschil rapporteert. We zouden verwachten dat partners in de doelconflict conditie

bijvoorbeeld minder tijd en aandacht zouden hebben voor hun geliefde met als gevolg dat ze meer vanuit gecontroleerde motieven handelen (Kasser, 2009; Ryan & Deci, 2004). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de blootstelling aan het doelconflict in dit experiment te kort was en dat het effect op de kwaliteit van motivatie zich pas na herhaaldelijke blootstelling manifesteert. Toekomstig onderzoek zou dezelfde steekproef gedurende een aantal maanden wekelijks kunnen blootstellen aan doelconflict om het effect op lange termijn te achterhalen.

Onze resultaten toonden ook aan dat naast de kwaliteit ook de kwantiteit van hulp verschillend was bij de aan- of afwezigheid van doelconflict. Meer bepaald kwam naar voor dat partners in de doelconflict conditie minder hulp boden aan hun partner in het uitvoeren van de huishoudelijke taken. Aangezien deze variabele aan de hand van een observatiemaat gemeten werd kunnen we dit enkel besluiten uit de gegevens van de partners. Dit is in lijn met voorgaand onderzoek dat aantoonde dat wederzijdse facilitatie bij doelen een rol speelde in het volhouden voor het bereiken van doelen en het geëngageerd blijven om een doel te bereiken (Riediger & Freund, 2004; Riediger 2007). Verder zou deze daling in kwaliteit en kwantiteit van hulpgedrag een verklaring kunnen bieden voor waarom pijnpatiënten een lagere mate van behoeftesatisfactie rapporteren in de doelconflict. De drie basisbehoeften dienen bevredigd te worden maar wanneer de hulpgever zich in mindere mate of niet bewust is van de daling in de kwaliteit en kwantiteit van hulp dat hij of zij biedt en indien de pijnpatiënt de gepercipieerde daling niet aangeeft dan kan hier geen verandering in komen.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

In het verleden zijn er slechts een klein aantal onderzoeken die zich verdiepen in de Zelf-Determinatie Theorie binnen een intieme relatie bij chronische pijn patiënten. Onze studie was de eerste die gebruik maakte van een observationele opzet. Zoals elk onderzoek had ook de huidige studie verscheidene sterktes en beperkingen.

Een eerste sterkte is dat participanten twee weken op voorhand een e-mail met een verwijzing naar onze online vragenlijst kreeg om thuis in te vullen. Deze vragenlijst moest niet in één keer ingevuld worden maar kon afgesloten worden en later hernomen worden. Aangezien bij 79% van de pijnpatiënten mensen de pijn toeneemt naarmate de dag vordert als gevolg van al hun activiteiten (Breivik et al., 2006) is dit een groot voordeel. Op deze manier konden we immers tegemoetkomen aan hun vermoeidheid.

Een tweede sterkte is het experimenteel karakter van de studie. Door dat we doelconflict gecreëerd hebben konden we causale verbanden afleiden in plaats van

puur beschrijvend te blijven. Doch kan dit ook terzelfder tijd als een beperking beschouwd worden aangezien we door deze artificiële context geen duidelijk beeld hebben op de generaliseerbaarheid naar de thuissituatie. Ondanks we hebben getracht de ecologische validiteit te vergroten door de ruimte waarin het experiment plaats vond zo huiselijk mogelijk in te richten en de observator de ruimte te laten verlaten wanneer het koppel de taken moest uitvoeren weten we heden nog steeds niet goed in hoeverre de bekomen interacties een reflectie zijn van interacties in de natuurlijke omgeving. Voor toekomstig onderzoek zou het zinvol zijn om onderzoek bijvoorbeeld thuis te laten plaatsvinden of een andere vertrouwde ruimte.

Een derde sterkte is het aantal partner-patiënt koppels dat deelgenomen heeft aan deze studie. Vijfentachtig koppels van de 215 koppels die aanvankelijk telefonisch bereikt werden en voldeden aan de inclusiecriteria hebben deelgenomen. Deze grote steekproef zorgt immers voor sterkere statistische analyses en verkleint de kans op zowel type I als type II fouten. Een bedenking hierbij is dat het aantal eventueel vergroot had kunnen worden door bijvoorbeeld een ander communicatiemiddel te gebruiken of het onderzoek op verschillende plaatsen te late doorgaan. De groep koppels die niet deelgenomen heeft omwille van problemen met de verplaatsing kunnen immers significant zijn voor onze resultaten vermits ze omwille van specifieke variabelen (i.e. meer gecontroleerd gemotiveerde partners) niet heeft toegezegd.

Een andere sterkte is het gebruik van zowel vragenlijsten als observatiematen.. Zelfrapportage is een goede manier om meer zicht te krijgen over hoe iemand de zaken rond zich interpreteert. Toch gaat zelfrapportage ook gepaard met een aantal nadelen: Ten eerste dient men rekening te houden met sociale wenselijkheid waarbij antwoorden gegeven worden waarvan de deelnemer vermoedt dat de onderzoeker deze wil horen. In voorgaand onderzoek is reeds naar boven gekomen dat sociale wenselijkheid een rol kan spelen bij het invullen van vragenlijsten en dat dit de validiteit van een vragenlijst kan doen dalen (Fisher, 1993; Notebaert, 2012). Zo kwam in een onderzoek van Jannink (2017) naar boven dat het type vraagstelling een invloed heeft op het beantwoorden van de vraag waarbij indirecte vragen de deelnemer het gevoel geven minder persoonlijk benaderd te worden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat partners het gevoel hadden dat het niet acceptabel is om doelconflict te ervaren binnen een intieme relatie waardoor lagere scores worden toegekend maar dit moet in toekomstig onderzoek nader onderzocht worden. We hebben de sociale wenselijkheid proberen te minimaliseren door beide partners de vragenlijsten na het experimenteel onderzoek niet samen te laten invullen. Ook kregen beide partners een afzonderlijke

link om de vragenlijsten in te vullen die vooraf beantwoord moesten worden waardoor ze geen inzicht hadden in elkaars antwoorden. We hebben in deze studie reeds gebruik gemaakt van observatiematen maar dit was echter beperkt tot twee variabelen (behoefte-ondersteunend helpgedrag en kwantiteit van hulp) wat te weinig is. Bovendien werd kwantiteit van hulp enkel observationeel gemeten waardoor we enkel beschikken over data van de objectieve hoeveelheid aangeboden hulp en niet de gepercipieerde hoeveelheid. Dit laat niet toe om dieper in te gaan op verschillen tussen geobserveerde en gepercipieerde uitkomsten. Toekomstig onderzoek zou hieraan tegemoet kunnen komen door meer variabelen zowel observationeel als door vragenlijsten te bekijken. De meerwaarde hiervan zou kunnen zijn dat er effecten zichtbaar worden die op basis van zelfrapportage niet gevonden zouden worden. Bovendien kan de sterkte van het verband verschillen: zo is er in huidig onderzoek een verschil tussen het effect van doelconflict op behoefte-ondersteuning. Bij de partners is het verband minder sterk wanneer deze bekeken wordt a.d.h.v. de vragenlijst (in vergelijking met de observatiemaat). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat partners zich bewust zijn van de verminderde kwaliteit van hun helpgedrag maar dat ze geen goed zicht hebben op het objectieve verschil in kwaliteit tussen de doelconflict conditie en de controleconditie.

Naast verschillende sterktes kent voorliggende studies ook enkele zwaktes.

Wanneer we het gender bij de gebruikte steekproef bekijken, zien we dat de meeste pijnpatiënten vrouwen (91.2%) zijn. Alleen zijn bijkomend via een overkoepelende organisatie (Vlaamse Liga voor Fibromyalgiepatiënten) gerekruteerd. Deze factoren maken onze resultaten mogelijk minder representatief voor bijvoorbeeld koppels waarbij de man aan chronische pijn lijdt of koppels die zich niet aangesloten hebben bij een organisatie. In diezelfde lijn moet er mogelijk meer rekening gehouden worden met de pijnklachten van de partners van pijnpatiënten in volgend onderzoek. Wanneer we de gemiddelde duur (in jaren) van pijnklachten bij partners nader bekijken zien we immers dat zij globaal steeds langdurige pijn rapporteren: meer dan 3 tot 6 maanden pijn. Opnieuw rijst hierdoor de vraag naar generaliseerbaarheid: misschien zien we effecten die specifiek zijn voor patiënten met chronische pijn en kunnen de resultaten niet veralgemeend worden naar de populatie met acute pijn.

Een volgende beperking is dat we voor de items die de behoeftesatisfactie meten een slechte interne consistentie bekomen bij de patiënt in de controle conditie. Via een factoranalyse had men dit construct op itemniveau verder kunnen bekijken, maar dit werd door tijdsgebrek niet gedaan. Hierdoor moeten we in het midden laten of

deze items een andere effect naar voor kunnen brengen aangezien we bij partner een opvallend verband positief vonden tussen behoeftesatisfactie en gecontroleerde motivatie.

Implicaties voor de klinische praktijk

Zoals reeds vermeld is pijn een fenomeen dat de hele sociale omgeving aangaat (Hadjistavropoulos et al., 2011; Romano et al., 2002; Goubert et al., 2005; Craig, 2009). Daardoor is het van belang om zich hierin te verdiepen. Op die manier kunnen we meer inzichten verwerven op het lijden of de ongemakken (i.e. mentale gezondheid, sociaal leven, enz.) die pijn bij zowel patiënten als partners teweeg brengt (Bigatti & Cronan, 2002; Miller & Timson, 2004) om deze in de toekomst op een goede manier aan te pakken en te integreren in behandelingen voor pijn.

In de wederzijdse beïnvloeding tussen sociale omgeving en pijnpatiënt is het onvermijdelijk dat doelconflict ontstaat (Riedger & Freund, 2004). Voor pijnpatiënten is het daardoor belangrijk dat zij een beter zicht krijgen over andere doelen die hun partner kan hebben op het moment dat de pijnpatiënt hulp nodig heeft. Met dat inzicht zouden immers relationele moeilijkheden of behandelingen ten gevolge van de chronische pijn beter worden begeleid en gekaderd. Verder weten we uit de resultaten van voorliggend onderzoek dat behandelingen ook best niet alleen op de patiënt gefocust worden maar dat het betrekken van de partner in het therapieproces cruciaal is. Zo wordt in de literatuur bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (CBT) beschreven als zijnde een zeer effectieve behandeling voor chronische pijn (McCracken & Vowles, 2014) maar er zijn nog steeds onduidelijkheid over het behandelproces. Een recente stroming binnen de CBT is de Acceptance & Commitment Therapy (ACT), die toegepast kan worden op een hele reeks van problemen, zoals chronische pijn. ACT focust zich op de psychologische flexibiliteit van individuen en dit is de capaciteit om bepaald gedrag te continueren of te veranderen, afhankelijk van de doelen of verwachtingen die men vooropstelt (McCracken & Vowles, 2014). Een mogelijkheid hierbinnen is om pijnpatiënten hun verwachtingen omtrent het ontvangen van ondersteuning van partners aan te passen. Een andere mogelijkheid is om partners te helpen om prioriteiten te stellen binnen hun doelen. Op deze manier kan men inzicht verwerven over de aanwezigheid van belangrijke doelconflicten bij partners en kunnen deze gecommuniceerd worden binnen de relatie.

Conclusie

De Zelf-Determinatie Theorie biedt een waardevol kader om verschillen in effecten van verkregen hulp te verklaren aan de hand van het ervaren doelconflict bij de partner in het kader van chronische pijn. Samengevat tonen de resultaten in voorliggende studie aan dat het creëren van doelconflict bij partners geen invloed had op diens behoeftesatisfactie maar wel een negatieve invloed op diens positief affect. Voor de patiënt was er sprake van een marginaal significant effect voor behoeftesatisfactie en was er geen invloed op het affect. Het positief affect was echter wel sterk gecorreleerd met gepercipieerde autonome motivatie bij de partner.

Verder zorgt het tegelijkertijd uitvoeren van een taak en het helpen van de pijnpatiënt ervoor dat zowel de kwantiteit als de kwaliteit van hulp hieronder lijdt. Zo hadden partners in de doelconflict conditie bijvoorbeeld minder oog voor de behoeften van hun geliefde en gaven ze minder vaak hulp. Daarboven werden ze als minder ondersteunend en autonoom gemotiveerd ervaren door de pijnpatiënt. Deze resultaten kwamen naar boven met behulp van zelfrapportage en observatie.

Dat het ervaren van doelconflict bij de hulpgever een belangrijke rol speelt binnen de context van chronische pijn kan aan de hand van de resultaten uit voorliggend onderzoek opnieuw bevestigd worden. Op die manier vormt voorliggende studie samen met voorgaand onderzoek een goede basis voor het optimaliseren van ondersteuning en behandeling voor koppels die geconfronteerd worden met chronische pijn (Kindt et al., 2015; Kindt et al., 2016; Weinstein & Ryan, 2010; Hadjistavropoulos & Craig, 2002; Goubert et al., 2005).

Toekomstig onderzoek kan zich verder toespitsen op de generaliseerbaarheid van deze bevindingen voor koppels waarbinnen de groep patiënten voornamelijk uit mannen bestaat of koppels die te maken hebben met een andere chronische aandoening. Ook zou toekomstig onderzoek zich verder kunnen verdiepen in andere intra-en interpersoonlijke variabelen waar doelconflict eventueel een invloed op zou kunnen hebben.

Referenties

- Affleck, G., Tennen, H., Zautra, A., Urrows, S., Abeles, M., & Karoly, P. (2001). Women's pursuit of personal goals in daily life with fibromyalgia: A value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 587.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P., Abeles, M., Hall, C., ... & Newton, C. (1998). Fibromyalgia and women's pursuit of personal goals: a daily process analysis. *Health Psychology*, 17(1), 40.
- Benware, C. A., & Deci, E. L. (1984). Quality of learning with an active versus passive motivational set. *American Educational Research Journal*, 21(4), 755-765.
- Block, A. R. (1981). An Investigation of the Response of the Spouse to Chronic Pain Behavior¹. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 415-422.
- Bonica, J. J. (1979). The need of a taxonomy. *Pain*, 6(3), 247.
- Boudreaux, M., & Ozer, D. (2013). Goal conflict, goal striving, and psychological well-being. *Motivation and Emotion*, 37, 433-443.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-287.
- Brunstein, J. C., Dangelmayer, G., & Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social in close relationships: Effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 1006.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107(1), 99-106.
- Craig, K. D. (2004). Social communication of pain enhances protective functions: a comment on Deyo, Prkachin and Mercer (2004). *Pain*, 107(1-2), 5-6.
- Craig, K. D. (2009). The social communication model of pain. *Canadian Psychology*, 50(1), 22.
- Crombez, G., Lauwerier, E., Goubert, L., & Van Damme, S. (2016). Goal pursuit in individuals with chronic pain: a personal project analysis. *Frontiers in psychology*, 7.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. New York: The Free Press.

- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and social psychology bulletin*, 27(8), 930-942.
- Deci, E.L., & Richard, M.R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits : Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 11(4).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology*, 49(3), 182.
- Deci, E.L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 27(1), 23-40.
- Devins, G. M., Bezjak, A., Mah, K., Loblaw, D. A., & Gotowiec, A. P. (2006). Context moderates illness - induced lifestyle disruptions across life domains: a test of the illness intrusiveness theoretical framework in six common cancers. *Psycho - Oncology*, 15(3), 221-233.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., ... & Lara, C. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342.
- Diener ED, Emmons A. R., Larsen J. R., Griffin S. (1985) The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1976). Measuring facial movement. *Environmental psychology and nonverbal behavior*, 1(1), 56-75.
- Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, O. B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. *Journal of psychosomatic research*, 31(1), 63-71.
- Gamsa - Clinical Reviews .The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.

- Gere, J., Schimmack, U., Pinkus, R. T., & Lockwood, P. (2011). The effects of romantic partners' goal congruence on affective well-being. *Journal of Research in Personality*, 45(6), 549-559.
- Granot, M., & Ferber, S. G. (2005). The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity. *Clin J Pain*, 21(5), 439-445.
- Giardino, N. D., Jensen, M. P., Turner, J. A., Ehde, D. M., & Cardenas, D. D. (2003). Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *Pain*, 106(1), 19-25.
- Gollwitzer, P. M. (1996). Goal effects on action and cognition (pp. 361-399). *Bibliothek der Universität Konstanz*.
- Goubert, L., Craig, K.D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M.J., de C. Williams, A.C., ..., & Crombez, G. (2005). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*, 118, 285-288.
- Goubert, L., Vervoort, T., & Crombez, G. (2004). De rol van psychosociale variabelen bij kinderen met pijnklachten. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 29, 127-133.
- Goubert, L., Vervoort, T., & Crombez, G. (2004). Sociale dimensies van pijn: de rol van empathie. In *Boekblok Pijn info* (pp. 423-427). Bohn Stafleu van Loghum.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Jama*, 280(2), 147-151.
- Hamilton, N. A., Karoly, P., & Zautra, A. J. (2005). Health goal cognition and adjustment in women with fibromyalgia. *Journal of behavioral medicine*, 28(5), 455-466.
- Hadjistavropoulos, T., Baeyer, C. V., & Craig, K. D. (2001). Pain assessment in persons with limited ability to communicate.
- Hadjistavropoulos, T., Craig, K. D., Duck, S., Cano, A., Goubert, L., Jackson, P. L., ... & Vervoort, T. (2011). A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychological bulletin*, 137(6), 910.
- Haerens, L., Aelterman, N., Van den Berghe, L., De Meyer, J., Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2013). Observing physical education teachers' need-

supportive interactions in classroom settings. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 35, 3e17.

Impett, E. A., Gable, S. L., & Peplau, L. A. (2005). Giving up and giving in: the costs and benefits of daily sacrifice in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 89(3), 327.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57(3), 301-309.

Karoly, P., & Ruhlman, L. S. (2007). Psychosocial aspects of pain-related life task interference: an exploratory analysis in a general population sample. *Pain Medicine*, 8(7), 563-572.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological bulletin*, 127(4), 472.

Kindt S., MSc, Vansteenkiste M., PhD, Loeyts T., PhD, Cano A. , PhD, Lauwerier E., PhD, Verhofstadt L. L. , PhD, & Goubert L. (2015) . When is helping your partner with chronic pain a burden? The relation between helping motivation and personal and relational functioning . *Pain Medicine* , 16, 1732-1744.

Kindt, S., Vansteenkiste, M., Loeyts, T., & Goubert, L. (2016). Helping motivation and well-being of chronic pain couples: a daily diary study. *Pain*, 157(7), 1551-1562.

Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353(9164), 1607-1609.

López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9(4), 373-379.

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178.

Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press.

Miller, J., & Timson, D. (2004). Exploring the experiences of partners who live with a chronic low back pain sufferer. *Health & social care in the community*, 12(1), 34-42.

- Moerkerke, B. (2014). *Onderzoeksmethoden I. (Niet gepubliceerde cursus)*. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Vakgroep Data – Analyse: Gent.
- motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict physical activity intentions. *Journal of educational psychology*, 95(1), 97-110.
- Newton-John, T. R. (2002). Solicitousness and chronic pain: A critical review. *Pain Reviews*, 9(1), 7.
- O'Brien, T., & Breivik, H. (2012). The impact of chronic pain—European patients perspective over 12 months. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(1), 23-29.
- Pence, L. B., Thorn, B. E., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2008). Examination of perceived spouse responses to patient well and pain behavior in patients with headache. *The Clinical journal of pain*, 24(8), 654-661.
- Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7139), 1236.
- Raichle, K. A., Romano, J. M., & Jensen, M. P. (2011). Partner responses to patient pain and well behaviors and their relationship to patient pain behavior, functioning, and depression. *Pain*, 152(1), 82-88.
- Riediger, M., & Freund, A. M. (2004). Interference and facilitation among personal goals: Differential associations with subjective well-being and persistent goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(12), 1511-1523.
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B., & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31(3), 415-440.
- Roth, G., Assor, A., Kanat-Maymon, Y., & Kaplan, H. (2007). Autonomous motivation for teaching: How self-determined teaching may lead to self-determined learning. *Journal of Educational Psychology*, 99(4), 761.
- Rudy, T. E., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35(2), 129-140.
- Ryan R. M., Deci E.L. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

- Schwartz, L., Slater, M. A., Birchler, G. R., & Atkinson, J. H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44(1), 61-67.
- Schwartz, L. A., & Drotar, D. (2009). Health-related hindrance of personal goal pursuit and well-being of young adults with cystic fibrosis, pediatric cancer survivors, and peers without a history of chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 954-965.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
- Schneider, F., & Karoly, P. (1983). Conceptions of the pain experience: The emergence of multidimensional models and their implications for contemporary clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 3(1), 61-86.
- Severeijns, J. R. M. (2005). Thinking the worst about pain: the role of pain catastrophizing in (chronic) pain (Doctoral dissertation, Maastricht University).
- Spanier B. G. (1976) Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and family*, 38, 1, 15-28.
- Stroet, K., Opdenakker, M. C., & Minnaert, A. (2013). Effects of need supportive teaching on early adolescents' motivation and engagement: A review of the literature. *Educational Research Review*, 9, 65-87.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- Sullivan, M. J., Adams, H., & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain*, 107(3), 220-226.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Giamberardino, M. A. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003.

- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., ... & Gureje, O. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The journal of pain*, 9(10), 883-891.
- Turk, D. C., Flor, H., & Rudy, T. E. (1987). Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. *Pain*, 30(1), 3-27.
- Van den Berghe, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Aelterman, N., Cardon, G., Tallir, I. B., & Haerens, L. (2013). Observed need-supportive and need-thwarting teaching behavior in physical education: Do teachers' motivational orientations matter?. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(5), 650-661.
- Van den Broeck, A., De Witte, H., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De zelf-determinatie theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag en organisatie*, 22(4), 316-335.
- Van Der Heyden, J., & Charafedinne, R. (2014). Gezondheidsenquête 2013.
- Vanhee, G., Lemmens, G., & Verhofstadt, L. L. (2016). Relationship satisfaction: High need satisfaction or low need frustration?. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 44(6), 923-930.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., Soenens, B., & Luyckx, K. (2006). Autonomy and relatedness among Chinese sojourners and applicants: Conflictual or independent predictors of well-being and adjustment? *Motivation and Emotion*, 30(4), 273-282.
- Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). Vitamines voor groei: ontwikkeling voeden vanuit de Zelf-Determinatie Theorie.
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., De Pauw, S., & Weymeis, H. (2014). 'Moetivatie' of motivatie? Over de vitamines voor therapietrouw, duurzame gedragsverandering en groei. *SIGNAAL*, 89, 22-49.
- Vervoort, T., Goubert, L., Eccleston, C., Verhoeven, K., De Clercq, A., Buysse, A., & Crombez, G. (2008). The effects of parental presence upon the facial expression of pain: the moderating role of child pain catastrophizing. *Pain*, 138(2), 277-285.
- Vlaeyen, J.W.S., & Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85 (3), 317-332.

- Vygotsky, L.S. (1977). Development of higher psychological functions. *Soviet Psychology*, **15**, 60-73.
- Watson D., Clark L. A. , Tellegan A. (1988) Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and social psychology*, **54**, 6, 1063-1070.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, **52**(2), 157-168.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, **54**(6), 1063.
- Weinstein, N., & Ryan, R. M. (2010). When helping helps: autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of personality and social psychology*, **98**(2), 222.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of personality and social psychology*, **70**(1), 115.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review*, **66**(5), 297.

Bijlagen

- Bijlage 1a Setup variant A
- Bijlage 1b Setup variant B
- Bijlage 1c Informatiebrief voor patiënten
- Bijlage 1d Informatiebrief voor partners
- Bijlage 1 e Herinneringsbrief voor patiënten
- Bijlage 1f Herinneringsbrief voor partners

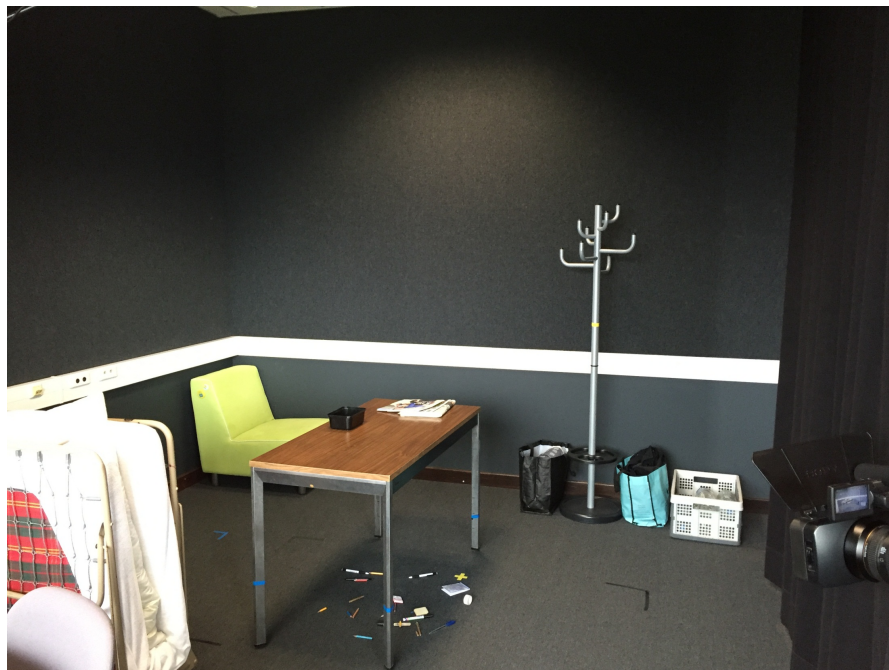
Bijlage 1a

SETUP VARIANT A

- 1) Bed half opgemaakt langs kant, hoeslaken moet WEL reeds over matras.
- 2) tafel in midden. Stylo's etc. verspreiden onder de tafel. Zorg dat de stylo's niet buiten het zwart kader liggen (zwarte tape). Ze mogen wel iets verder verspreid worden dan nu op de foto het geval is.
- 3) Zwarte zak links van kapstok met opgeplooid dekbedovertrek
- 4) blauwe zak rechts van kapstok met 3 jassen in opgevouwen
- 5) bak met 3 flessen water

Doelconflict-conditie: geen tijdschriften

Niet doelconflict-conditie: stapeltje tijdschriften op groene zetel leggen



Bijlage 1b

SETUP VARIANT B

- 1) Bed volledig opgemaakt langs kant
- 2) tafel tegen muur (zie blauwe tape)
- 3) alle wasknijpers verspreiden in zwarte vlak (zie zwarte tape)
- 4) Zwarte zak links van kapstok met opgeplooid tafellaken
- 5) blauw zakje aan hoogste kapstok hangen
- 6) wasmand (leeg) rechts van kapstok zetten
- 7) roze zak rechts van wasmand met pakken bloem en suiker

DC-conditie: geen tijdschriften

N-DC-conditie: stapeltje tijdschriften op groene zetel leggen (rood kruis)



Bijlage 1c

INFORMATIEBRIEF VOOR DE PATIENT

Beste XXXXXXXX,

Hartelijk dank om mee te werken aan onze studie bij koppels. Zoals telefonisch toegelicht bestaat het eerste onderdeel van onze studie uit het invullen van een vragenlijst. U kan uw vragenlijst openen door op onderstaande link te klikken:

<https://www.limey.ugent.be/GHP200/index.php/69711/lang-nl>

Om te kunnen starten met de vragen, moet u een code ingeven. Uw persoonlijke inlogcode bestaat uit drie letters en zes cijfers en is de volgende: pcpXXXX

Graag zouden wij u willen vragen om deze vragenlijst volledig in te vullen **vooraleer** dat u met uw partner langs komt bij ons op de faculteit. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer een half uur. Lukt het niet om de vragenlijst in een keer af te werken? Geen probleem! U kan het invullen ook op een later moment hervatten. U kan uw antwoorden opslaan op deze manier:

*Bij het afwerken van een pagina kan u in plaats van op "volgende" te klikken, ook kiezen voor de optie "**hervat later**". Dan zal gevraagd worden om een naam en wachtwoord te kiezen en een e-mailadres op te geven. Er zijn twee opties om uw opgeslagen vragenlijsten opnieuw op te roepen. 1) ofwel gaat u naar uw opgegeven e-mailadres, waar u een mail hebt gekregen met een nieuwe link naar de vragenlijsten. Of 2) u klikt op de oorspronkelijke link naar de vragenlijst (in deze mail), u logt opnieuw in met uw persoonlijke inlogcode en kiest dan voor "laad onvoltooide enquête?", na het ingeven van uw naam en wachtwoord komt u ook opnieuw terecht waar u de vorige keer gestopt was.*

Bij vragen of problemen kan u ons altijd contacteren via dit e-mailadres, telefoon: 09 264 86 90 of gsm: 0472/38 74 06.

De datum van uw afspraak was: woensdag XX/XX/XXXX om XX.XX uur. Het adres van onze faculteit is: Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent. U mag wachten in de inkom van de faculteit (kant van de Henri Dunantlaan), waar u zal worden opgehaald door een onderzoeker.

Alvast bedankt voor het invullen van de vragenlijst.
Vriendelijke groeten en tot binnenkort,
Sara Kindt
Lies De Ruddere

Bijlage 1d

INFORMATIEBRIEF VOOR DE PARTNER

Beste XXXXXXXX,

Hartelijk dank om mee te werken aan onze studie bij koppels. Zoals telefonisch toegelicht bestaat het eerste onderdeel van onze studie uit het invullen van een vragenlijst. U kan uw vragenlijst openen door op onderstaande link te klikken:

<https://www.limey.ugent.be/GHP200/index.php/69711/lang-nl>

Om te kunnen starten met de vragen, moet u een code ingeven. Uw persoonlijke inlogcode bestaat uit drie letters en zes cijfers en is de volgende: prtXXXX

Graag zouden wij u willen vragen om deze vragenlijst volledig in te vullen **vooraleer** dat u met uw partner langs komt bij ons op de faculteit. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer een half uur. Lukt het niet om de vragenlijst in een keer af te werken? Geen probleem! U kan het invullen ook op een later moment hervatten. U kan uw antwoorden opslaan op deze manier:

*Bij het afwerken van een pagina kan u in plaats van op "volgende" te klikken, ook kiezen voor de optie "**hervat later**". Dan zal gevraagd worden om een naam en wachtwoord te kiezen en een e-mailadres op te geven. Er zijn twee opties om uw opgeslagen vragenlijsten opnieuw op te roepen. 1) ofwel gaat u naar uw opgegeven e-mailadres, waar u een mail hebt gekregen met een nieuwe link naar de vragenlijsten. Of 2) u klikt op de oorspronkelijke link naar de vragenlijst (in deze mail), u logt opnieuw in met uw persoonlijke inlogcode en kiest dan voor "laad onvoltooide enquête?", na het ingeven van uw naam en wachtwoord komt u ook opnieuw terecht waar u de vorige keer gestopt was.*

Bij vragen of problemen kan u ons altijd contacteren via dit e-mailadres, telefoon: 09 264 86 90 of gsm: 0472/38 74 06.

De datum van uw afspraak was: woensdag XX/XX/XXXX om XX.XX uur. Het adres van onze faculteit is: Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent. U mag wachten in de inkom van de faculteit (kant van de Henri Dunantlaan), waar u zal worden opgehaald door een onderzoeker.

Alvast bedankt voor het invullen van de vragenlijst.
Vriendelijke groeten en tot binnenkort,
Sara Kindt
Lies De Ruddere

Bijlage 1 e

HERINNERINGSBRIEF VOOR PATIENT

Beste XXXXX,

Hierbij wil ik u er nog even aan herinneren om de vragenlijst in te vullen in functie van jullie deelname aan het onderzoek over chronische pijn bij koppels.

De vragenlijst kan ingevuld worden via deze link (en dit liefst voor jullie afspraak XXXX om XX.XXu): <https://www.limey.ugent.be/GHP200/index.php/69711/lang-nl>

De inlogcode is: pcpXXXX

Bij vragen of problemen mag u mij altijd contacteren via dit e-mailadres of via telefoon (09 264 86 90 of 0472 38 74 06). Alvast bedankt en tot binnenkort, Sofia Daghmoumi
i.o.v Sara Kindt & Lies De Ruddere

Bijlage 1f

HERINNERINGSBRIEF VOOR PARTNER

Beste XXXXX,

Hierbij wil ik u er nog even aan herinneren om de vragenlijst in te vullen in functie van jullie deelname aan het onderzoek over chronische pijn bij koppels.

De vragenlijst kan ingevuld worden via deze link (en dit liefst voor jullie afspraak XXXX om XX.XXu): <https://www.limey.ugent.be/GHP200/index.php/69711/lang-nl>

De inlogcode is: prtXXXX

Bij vragen of problemen mag u mij altijd contacteren via dit e-mailadres of via telefoon (09 264 86 90 of 0472 38 74 06). Alvast bedankt en tot binnenkort, Sofia Daghmoumi
i.o.v Sara Kindt & Lies De Ruddere