

# Het sequentiële model van emotionele verwerking

Hoe cliënten emotie veranderen met emotie

**Antonio Pascual Leone, Juliette Becking, Kurt Renders & Ueli Kramer**

## Samenvatting

‘Emotie veranderen met emotie’ is altijd al één van de essentiële credo’s geweest van de Emotion-Focused Therapy (EFT). Reeds in 2007 beschreven Pascual-Leone en Greenberg hoe opeenvolgende emotionele stappen leiden tot verandering in emotie. Cliënten gaan door verschillende types van emoties heen voordat zij tot verwerking komen: van globaal en ongedifferentieerd lijden, al dan niet via secundair reactieve emoties, naar primair maladaptieve emoties om te eindigen bij de primair adaptieve emoties en de vervulling van de behoeftes die hierin vervat liggen. Nu het procesonderzoek verder gevorderd is, bevindt EFT zich in een positie om theoretisch gezien meer specifiek te zijn in het beschrijven van de afzonderlijke emoties die het meest worden waargenomen binnen deze bredere emotie-categorieën. Het model van emotionele verwerking biedt de therapeut op die manier een ‘routekaart’ van een productief therapeutisch proces. Het hier beschreven veranderingsproces van menselijke emotie is fundamenteel; het model is in potentie een universeel model, onafhankelijk van de theoretische oriëntatie.

## Trefwoorden

*Emotion focused therapy, EFT, productief therapeutisch proces, routekaart, emotie veranderen met emotie, universeel model*

## Summary

‘Changing emotion with emotion’ has always been one of the essential strong beliefs in emotion-focused therapy (EFT). In 2007 Pascual-Leone and Greenberg described sequences in emotional processing and how they lead to emotional change in an early version of the sequential model of emotional processing. Clients go through different types of emotions in order to get to therapeutic resolution: from global distress, via secondary reactive emotions, to primary maladaptive and finally primary adaptive emotions to meet the needs that are contained within.

Several years of process research later, we believe EFT is now in a position to be more specific in its theory and describe the discrete emotions that most commonly are observed to represent these broader emotion categories. The sequential model of emotional processing can serve as a suitable map of productive client process in therapy. This change process of human emotion seems to be fundamental and seems to be a universal model, regardless of the therapeutic orientation.

## Key words

*Emotion Focused Therapy, EFT, changing emotion with emotion, roadmap, productive therapy process, universal model*

Dit artikel beschrijft het sequentiële model van emotionele verwerking van Pascual-Leone en Greenberg (2007). Dit model is verankerd in de theorie van de Emotion-Focused Therapy (EFT) maar bevindt zich tegelijkertijd in de frontlinie van psychotherapie-onderzoek in het algemeen.

Om te beginnen beschrijven wij – ter illustratie – een casus. Vervolgens behandelen we in detail welke specifieke emoties en opeenvolgende stappen cliënten met elkaar gemeen hebben in een productieve emotionele verwerking. Daarna bespreken we hoe het model van verandering kan worden vertaald in praktische vuistregels voor therapeuten. Vanuit het perspectief van de clinicus is de vraag: ‘welke soorten emotionele ervaringen zijn het meest relevant voor een effectief therapeutisch proces?’ immers het meest belangrijk. Een ‘routekaart’ van hoe cliënten tot verwerking komen, kan therapeuten helpen zich te richten op relevante kenmerken van de emoties van de cliënt, en te focussen op emotionele ervaringen die ontbreken in zijn of haar proces.

### **Welke soorten emotionele ervaringen zijn therapeutisch?**

Greenberg en anderen (Greenberg, 2015; Pascual-Leone, Paivio & Harrington, 2016) omschrijven emotionele transformatie als een unieke vorm van emotionele verwerking, door Greenberg betiteld als 'emotie veranderen met emotie' (– hoewel het eigenlijk om een samenspel gaat van verschillende subtypes van emotionele verwerking, waaronder bewustwording van emoties, emotieregulatie en reflectie op emoties; Pascual-Leone et al, 2016). Het is in elk geval typerend voor EFT om – nadat de therapeutische relatie tot stand is gekomen en volgend op de initiële bewustwording en verdieping van emoties en de heldere expressie van de beleving – te komen tot het op de een of andere manier transformeren van emoties. In EFT maken we doelbewust gebruik van een procesdirectieve aanpak om door het oproepen van emoties verandering tot stand te brengen, zowel met het oog op het doorwerken van emoties als om toegang te krijgen tot extra materiaal (Greenberg, 2015). Door voorheen niet onderkende beleving toe te laten en gebruik te maken van deze nieuw opgekomen en alternatieve emoties, verschuift de focus naar het *transformeren* van bepaalde emotionele ervaringen. Zo wordt het affectieve repertoire van de cliënt uitgebreid. Binnen EFT en daarbuiten is een model van 'productieve opeenvolgingen van emoties' (*productive sequences of emotion*) voorgesteld als een potentieel universeel veranderingsproces dat uiteindelijk duidelijk kan maken op welke manieren mensen tot een volwassen emotionele ontwikkeling komen (Pascual-Leone et al, 2016; Greenberg, Auszra & Herrmann, 2007).

### **Het sequentiële model van emotionele verwerking: van theorie naar klinische praktijk**

Zoals Greenberg en Paivio (1997) beschrijven in hun baanbrekende boek, vertonen cliënten in therapie vaak (secundaire) emotionele reacties op de diepere en meer fundamentele (primaire) gevoelens die ze hebben. Bovendien worden *maladaptieve* primaire emoties (dat wil zeggen: disfunctionele emoties die meestal de kern vormen van de problematiek die de cliënt presenteert, bijvoorbeeld minderwaardigheid, trauma, etc.) getransformeerd doordat de cliënt contact maakt met de oorspronkelijke primair adaptieve emoties. De cliënt roept deze op door de mobiliserende kracht van bijvoorbeeld adaptieve boosheid of de helende werking van onderliggend adaptief verdriet over verlies. Dit proces van transformatie vindt plaats zodra men erin slaagt om voorbij de meer symptomatische secundaire emoties te geraken. Het exacte proces kan niet als een vaste formule worden weergegeven, omdat het afhankelijk is van de persoonlijke ervaringen en betekenisgeving van elk individu. Maar vanuit zowel procesonderzoek als experimenteel onderzoek is er ondersteuning voor het idee dat er inderdaad een reeks van specifieke en kenmerkende paden bestaan in de richting van emotionele resolutie.

Uit de bestaande literatuur over emotie blijkt bovendien dat sommige kwalitatieve *soorten* van emotionele ervaringen productief zijn – dit wil zeggen alleen bepaalde soorten van boosheid, of bepaalde soorten van verdriet – terwijl andere enkel een teken zijn van stagnatie of een aanhoudende (niet evoluerende) uiting van lijden (zie Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007). Dit vormt een abstracte puzzel voor klinici, omdat het dus misschien niet zozeer een kwestie is van *welke* emoties productief zijn – is het productief om woede te uiten? En hoe zit het met verdriet en huilen? – maar dat het in plaats daarvan gaat over de *kwaliteit* van de emotie. Wat

zijn de unieke kenmerken van productieve kwaadheid? Hoe zien productief respectievelijk onproductief verdriet er uit?

### Emotionele verandering 'stap voor stap': een casus

Een beschrijving van hoe bij een cliënt in de loop van zijn therapie verandering tot stand komt helpt het sequentiële proces van emotionele verandering te verduidelijken. Deze casus maakt deel uit van een gerandomiseerd klinisch onderzoek naar emotion-focused therapie (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2008) en is ook bestudeerd in een recent wetenschappelijk artikel waarin het emotionele proces van de cliënt van moment tot moment in kaart is gebracht (zie Pascual-Leone e.a.; in afwachting van publicatie).

Jeff is een 50-jarige advocaat, die 15 jaar getrouwd is en een 12-jarige dochter heeft. Hij presenteert zich als depressief met kenmerken van sociale angst, en vertelt dat hij alcohol drinkt om zichzelf te kalmeren wanneer hij last heeft van schaamtegevoelens en het gevoel heeft te falen. Hij weet vaak niet goed hoe hij zich voelt of moet uitdrukken. Zijn vrouw en dochter klagen over zijn boosheid omdat hij snel geïrriteerd raakt en kwaad op hen wordt. Hij heeft een kort lontje en wordt snel boos als hij het idee krijgt dat anderen hem naar beneden halen. Hij gaat bijvoorbeeld snauwen als hij zich waardeloos of beschaamd voelt. De aanleiding om in therapie te gaan is dat Jeff zich ervan bewust is geworden dat hij gevoelens van onopgeloste woede en pijn heeft tegenover zijn vader die hem fysiek mishandelde en zeer kritisch naar hem was.

Productieve emotionele ervaringen treden niet op als geïsoleerde momenten van verandering. In plaats daarvan ontvouwen ze zich volgens een voorspelbaar patroon van opeenvolgende emoties. Dit algemene veranderingsproces wordt zichtbaar in het verslag van Jeffs behandeling.

Wanneer Jeff aan de therapie begint, wordt hij gemakkelijk overweldigd door zijn gevoelens en probeert hij dat te voorkomen. In de tweede sessie beschrijft hij treffend de zelf-onderbreking van zijn eigen interne proces: "Ik kom maar tot een bepaald punt. Ik ben bang om mezelf er naartoe te laten gaan, mijn lichaam stopt. Het is alsof er een luik dichtslaat, dat zegt: genoeg nu!" De therapeut helpt Jeff door deze emotionele blokkade heen met behulp van stoelenwerk (*two-chair work*) en door empathisch te reageren op zijn kwetsbaarheid (*empathic affirmation*). Dit geeft Jeff toegang tot zijn onderliggende emoties.

In eerste instantie raakt Jeff overweldigd door gevoelens van waardeloosheid en schaamte. Hij begint oncontroleerbaar te huilen en verkeert in een staat van *globaal en ongedifferentieerd lijden*<sup>1</sup> (*global distress*). De therapeut introduceert in de derde sessie een *self-soothing*-oefening ('Stel je een veilige plek voor ...'). Bij elke volgende sessie kan Jeff zijn emoties rondom (het verwerken van) zijn jeugdtrauma beter reguleren.

In sessie 5 verwoordt hij zijn voortdurend aanwezige gevoelens van niet te voldoen: "Ik moet alles wat ik zeg ... in de gaten houden, want mensen zullen ... me gewoon afwijzen en idioot vinden."

Kort na deze verdieping in emotionele gewaarwording, verschuift de focus in Jeffs therapie als eerste naar de onopgeloste gevoelens van kwaadheid en de verwerpende, afwijzende boosheid<sup>2</sup> (*rejecting anger*) die hij voelt over de lichamelijke mishandeling door zijn vader als kind (in sessie 3 en 7:

---

1 door Hafkenscheid in een artikel waarin hij dit model beschrijft (2016) vertaald als *ongedifferentieerde onlust*  
2 door Hafkenscheid (2016) vertaald als *improductieve boosheid*

“Hij is weerzinwekkend”; “Ik wil gewoon van hem af zijn”). De volgende belangrijke therapeutische taak is dan ook het ontwikkelen van het vermogen om de pijn hierover te verdragen en te reguleren, zonder dat hij zijn toevlucht neemt tot razernij (veelal als secundaire emotie).

Aanvankelijk is Jeff niet in staat om dit te doen, maar tegen de 7<sup>e</sup> sessie heeft hij die capaciteit ontwikkeld waardoor er iets voelbaar kan worden van zijn onvervulde behoeften aan liefde en veiligheid (*unmet needs*). In deze sessie brengt hij dit treffend tot uiting: “Ik mis ... de liefde die alleen een ouder een kind kan geven”.

Omdat Jeff zijn onderliggende kwetsbaarheid beter begint te verdragen, kan de behandelfocus daarna verder verschuiven naar het bewerken van zijn extreme gevoel van waardeloosheid en het gevoel dat niemand van hem zou kunnen houden – de *primaire maladaptieve schaamte* verbonden aan de mishandelingen tijdens zijn kindertijd. Om dat te bereiken, helpt de therapeut Jeff toegang te krijgen tot deze intense gevoelens en ze dit keer meer doelgericht te doorvoelen en te uiten. De belangrijkste interventie is hier het legestoelwerk voor *unfinished business* waarbij hij zich zijn vader voorstelt in de lege stoel en hem confronteert met zijn gevoelens en de hieraan gerelateerde episodische herinneringen. Later wordt dit gevoel van schaamte getransformeerd tot een meer *primaire en adaptieve kwaadheid* naar zijn vader, waarop een *primair adaptief verdriet* volgt over de jaren die hij is kwijtgeraakt in deze disfunctionele relatie; en tot een ander soort verdriet, namelijk het verdriet over de kleine jongen die nooit een veilige plek heeft gehad om op te groeien.

Wanneer de behandeling tot een einde komt, begint Jeff *assertieve kwaadheid* te ervaren tegenover zijn vader. In sessie 11 doorvoelt hij de belangrijke onvervulde behoefte om geliefd te zijn en zich geliefd te voelen door zijn vader en brengt deze tot uitdrukking. Hij vertelt heel helder hoe hard hij het als kleine jongen nodig heeft gehad om zich veilig en geliefd te voelen. Ook uit hij een ‘gezond’ gevoel van hier recht op te hebben: “Ik verdiende het om me veilig en geliefd te voelen”. In sessie 12, tijdens het legestoelwerk, stelt Jeff zich spontaan voor hoe zijn (overleden) vader diepere gevoelens van liefde voor hem zou kunnen tonen, en berouw over het feit dat hij zo gewelddadig is geweest (“Het ging eigenlijk helemaal niet om jou ... Ik wou dat ik een betere vader was geweest ... Je bent mijn zoon, ik hou van je ... Uiteindelijk hebben we echt allebei wat gemist”).

Deze imaginaire oefening, en het vormgeven van een zorgzame vader door de cliënt zelf, is de ervaring en expressie van *adaptieve zelfcompassie*. Jeff beseft later dat hij zijn vader heeft vergeven en ervaart hij een enorme verschuiving in perspectief. Hij aanvaardt het misbruik als onderdeel van zijn verleden en komt met een nieuw gevoel van zelfbepaling en zelfsturing in het leven te staan.

De 14 behandelingsessies resulteren in een goed behandelresultaat, zo blijkt uit de evaluatie 2 weken na de behandeling en bij een follow-up na 18 maanden.

### **Opeenvolgende stappen in emotionele verandering in kaart gebracht**

Bij de bespreking van emotionele verwerking in EFT is het gebruikelijk om te verwijzen naar een schematisch model met abstracte categorieën uit de emotietheorie. Bijvoorbeeld, in een opeenvolgende reeks van ver-

andering wordt ‘secundair reactieve emotie’ gevolgd door ‘primaire maladaptieve emotie’, die dan weer gevolgd wordt door ‘primaire adaptieve emotie’ (Greenberg & Paivio, 1997). Echter, na tien jaar procesonderzoek (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007; Tang et al., 2007; Singh, 2008; Pascual-Leone, 2009; Singh, 2012; McNally et al., 2014; Wong & Pos, 2014; Khayyat-Abuaita, 2015; Haberman, Diamond & Shahar, 2015; Choi et al., 2016; Kramer & Pascual-Leone, 2016; Pascual-Leone et al. (in afwachting van publicatie), zijn wij van mening dat EFT zich nu in een positie bevindt om theoretisch gezien meer specifiek te zijn in het beschrijven van de afzonderlijke emoties die het meest worden waargenomen binnen deze bredere emotiecategorieën. Het identificeren van specifieke emoties maakt het oorspronkelijke model van emotionele veranderingen meer tastbaar en zorgt ervoor dat het goed bruikbaar wordt in de handen van klinici. Bovendien wordt deze manier van denken over emotie zo toegankelijk voor klinici van elke oriëntatie, zonder schoolspecifiek jargon.

Pascual-Leone en Greenberg (2007) ontwikkelden een empirisch model dat een stapsgewijs patroon beschrijft van hoe emoties zich ontvouwen en vervolgens kon voorspellen welke sessies een goede *outcome* zouden hebben. In de rest van deze paragraaf specificeren we elke stap in het veranderingsproces. Om de diverse emoties te illustreren gebruiken we voorbeelden uit het verhaal van Jeff en putten we daarnaast uit de verhalen van een aantal andere cliënten. Het gaat hier om gemeenschappelijke patronen van verandering.

### *Globaal en ongedifferentieerd lijden*

Volgens het model (zie Figuur 1) begint de opeenvolging van emotionele ‘processing’ in een productieve sessie met ‘globaal en ongedifferentieerd lijden’ (fase 1, Figuur 1). Deze term (*global distress*) is door Pascual-Leone en Greenberg (2007) geïntroduceerd om ongedifferentieerde negatieve gevoelens mee aan te duiden (een bepaald type secundaire emoties zoals bijvoorbeeld hulpeloosheid of symptomatische angst). Mensen die gebukt gaan onder globaal en ongedifferentieerd lijden zijn vaak geagiteerd, maar niet in staat om duidelijk aan te geven wat de oorzaak is van hun leed en ze missen een gevoel van richting om hun persoonlijke problemen te begrijpen en op te lossen. Mensen die overspoeld worden door of vastzitten in dit ongedifferentieerd lijden moeten eerst hun diepste pijn kunnen reguleren en differentiëren voordat hun proces zich verder kan ontvouwen. Hieronder geven we een voorbeeld van deze emotionele gesteldheid.

Dit voorbeeld is afkomstig uit de 7<sup>e</sup> sessie van de therapie van Monica en begint wanneer de sessie ongeveer twee minuten gaande is. In dit voorbeeld is de cliënt overduidelijk boos. Ze raakt al snel overstuur en heeft een zeurderige toon in haar stem. Op de video is te zien dat ze tranen in haar ogen heeft. Ze lijkt in de war.

*Therapeut* Hoe voel je je vandaag?  
*Clïënt* Ik voel me vandaag vreselijk. [overslaande stem]  
*Therapeut* Ik merk het aan je.  
*Clïënt* Ja ... ik ben een puinhoop.  
*Therapeut* Vertel me eens wat er aan de hand is.  
*Clïënt* [haalt hopeloos haar schouders op] Ik ben tien keer in huilen uitgebarsten. Ik weet het niet, ik voel me gewoon ... [tranen en hoge stem] Ik voel me depressief. Ik heb geen energie. [snikt] Ik vind het heel erg moeilijk om gewoon door

te gaan met de normale dingen. Ik voel me echt heel... ik voel me heel moe. Ik ben gewoon niet mezelf, helemaal niet meer mezelf.

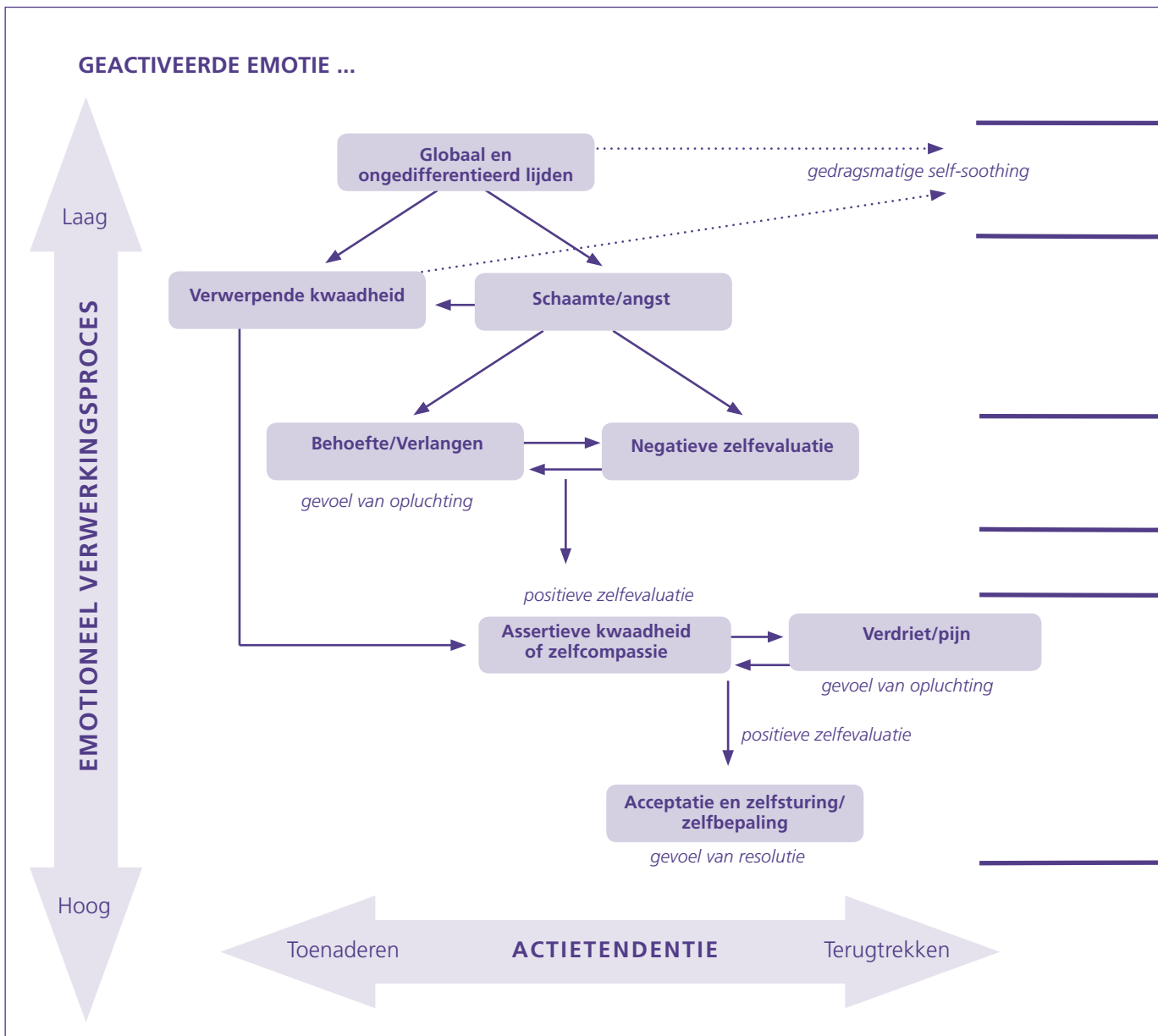
*Therapeut* Wat speelt er op dit moment in je leven?

*Cliënt* Ik weet het niet zo goed. Ik bedoel, er gebeuren gewoon normale irritante dingen en ik voel ... Ik voel me helemaal alleen en zo.

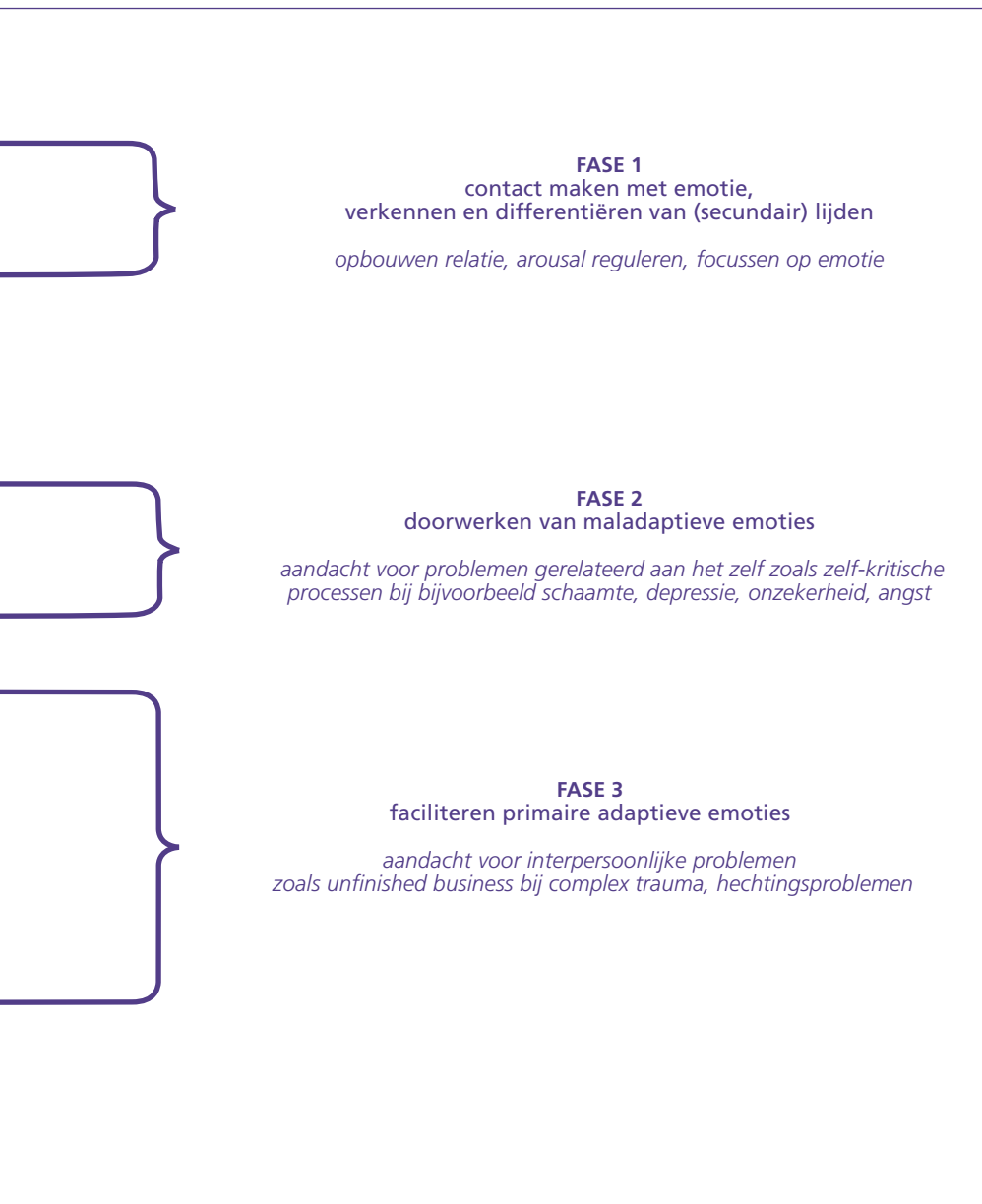
### Schaamte en angst

Naarmate de therapie vordert wordt de aanvankelijke psychische nood gedifferentieerd in de maladaptieve kernemoties schaamte en/of angst

**Figuur 1. Het sequentiële model van emotionele verwerking** (aangepaste versie van Pascual-Leone & Greenberg, 2007)



(fase 2, figuur 1). Deze ervaringen maken deel uit van een voortdurend aanwezige en bekende pijn – ‘datzelfde oude gevoel’ (*same old story*) – bijvoorbeeld een angstige emotionele gesteldheid of een chronische kwetsbaarheid. In tegenstelling tot globale en ongedifferentieerde onlust zijn dit zeer persoonlijke en individuele belevingen die altijd verankerd zijn in een specifieke autobiografische context. Mensen die zich bevinden in een toestand van schaamte en/of angst, hebben een schrijnend besef van wat in hun ogen de oorzaak is van hun ellende, wat vaak wordt uitgedrukt in thema’s als falen, tekortschieten en eenzaamheid.



Hier volgt een voorbeeld van kenmerkende schaamte/angst uit de 5<sup>e</sup> sessie van de therapie van Jeff. De therapeut heeft een twee-stoelendialoog geïntroduceerd en de cliënt spreekt zichzelf nu kritisch toe in de tweede persoon. Terwijl de cliënt langzaam praat, heeft hij zijn hoofd in zijn handen.

*Cliënt* Uhm ... Ik kan er geen voorbeeld van geven. Alles wat je zegt, klopt gewoon niet helemaal, snap je... Het klopt niet met hoe andere mensen dingen zien... of hoe ze over dingen praten. [Zijn stem slaat over hij begint hard te huilen. Hij wrijft in zijn ogen en bedekt zijn gezicht.]

*Therapeut* Het doet gewoon echt ... Het doet pijn om dat te zeggen ... Wat is het verdriet? Kun je er woorden aan geven?

*Cliënt* [Hij snikt. Er is een lange pauze]

*Therapeut* Het is een gevoel van falen dat omhoog komt... of...?

*Cliënt* Nou, ik moet alles wat ik zeg in de gaten houden, zelfs terwijl ik het aan het zeggen ben want ik ben ... Ik weet, of heb het gevoel dat alles wat ik zeg gewoon net een beetje verkeerd is, dat het gewoon niet ... Je weet wel, dat mensen raar zullen staan kijken als ik praat, of me zullen afwijzen en een idioot vinden.

### *Verwerpende/afwijzende kwaadheid*

Het model (Figuur 1, fase 1 en 2) toont ook hoe globaal en ongedifferentieerd lijden soms uitgewerkt wordt langs een alternatief pad, in de richting van verwerpende en destructieve kwaadheid (een secundaire emotie, maar met een mogelijk complexe relatie tot primaire assertieve kwaadheid – in die zin dat uitwerking ervan kan leiden tot assertieve kwaadheid). Verwerpende, verwijtende of beschuldigende kwaadheid (*rejecting, blaming anger*) ‘duwt weg’ en is minder gedifferentieerd in betekenis dan meer productieve vormen van (assertieve) kwaadheid. Verwerpende kwaadheid schept simpelweg afstand tot de bron van de emotionele pijn. Bij het onderscheiden van deze reactie van een meer productieve vorm van boosheid helpt het om erbij stil te staan waar iemand voor vecht. Vaak zijn mensen die zich bevinden in een staat van verwerpende kwaadheid (dat wil zeggen: woede, walging, haat) klaar voor actie en hebben ze een duidelijk gevoel van wat ze *niet* willen (dat wat ze wegduwen), maar blijft het veel minder duidelijk wat ze wel willen bereiken of nodig hebben. Dat wil zeggen: ik weet niet wat ik wil, maar in ieder geval niet *dat!* (vergelijk dit met een voorbeeld van assertieve kwaadheid: ‘Ik weet waarvoor ik vecht en ik strijd voor mijn rechten!’). Een typische uiting van verwerpende boosheid van Jeff over zijn vader (in de 7<sup>e</sup> sessie) is: “Ik walg van hem, ik wil van hem af.” En bij een andere gelegenheid (in de 3<sup>e</sup> sessie): “Hij is weerzinwekkend, ik zou hem eruit willen slaan.” Wat deze emotie in eerste instantie adaptief maakt (op een rudimentaire manier), is dat het een krachtige afwijzing is van een schadelijke ervaring, in tegenstelling tot het in elkaar krimpen of afsluiten wat we gezien hebben als typisch kenmerk van maladaptieve schaamte en angst.

Op deze manier kan verwerpende kwaadheid een stap in de goede richting zijn, in de richting van adaptieve zelforganisatie en zelfbescherming. Maar op zichzelf blijft verwerpende boosheid te algemeen en is het niet verankerd in persoonlijke, individuele informatie. Assertieve kwaadheid daarentegen ontstaat later (in fase 3), zodra persoonlijke behoeften zijn geïdentificeerd.



Samengevat: tot zover zijn de emoties in het model (i.e.: globaal en ongedifferentieerd lijden, schaamte/angst, verwerpende kwaadheid – de bovenste helft van het model) allemaal vroege en eerste uitingen van leed in plaats van uitingen van *verwerking van het leed* (een formulering voorgesteld door Kennedy-Moore & Watson, 1999). Echter, de aanvulling dat het hier gaat om ‘vroege en eerste uitdrukkingen’ impliceert dat dit noodzakelijke stappen naar verandering zijn, een onvermijdelijk onderdeel van de initiële gerichtheid op het contact maken met en afstemmen op de problematiek van de cliënt. Zoals we zullen zien, zijn deze emotionele belevingen inderdaad onderdeel van het therapeutische proces, of men nu improductieve sessies (slechte outcome) of de eerste stappen van productieve sessies (goede outcome) in beschouwing neemt. De latere emotionele belevingen maken uiteindelijk het verschil tussen een productieve en een improductieve therapie.

### **Negatieve zelfevaluaties en existentiële behoeften**

Maladaptieve emotie in de vorm van schaamte of angst omvat noodzakelijkerwijs zowel een ‘onvervulde existentiële behoefte’ (aan veilige hechting of waardering) als een fundamenteel ‘negatieve zelfevaluatie’ (i.e.: een emotioneel geladen disfunctionele kernovertuiging over het zelf). Deze twee aspecten van de ervaring zijn rechtstreeks met elkaar in conflict en creëren een schijnbaar onmogelijke situatie. Deze dialectische tegenstelling is het punt waarop het zelfkritische proces van een cliënt (gerelateerd aan schaamte, depressie, zelftwijfel, angst) wordt uitgewerkt. Dit is een cruciale stap in het model (midden van Figuur 1) en biedt inzicht in de fundamentele aard van adaptieve versus maladaptieve emoties. Terwijl alle adaptieve emoties een (onvervulde) kernbehoefte omvatten, zijn maladaptieve emoties conceptueel te onderscheiden door het feit dat ze niet alleen deze kernbehoefte in zich bergen, maar ook een negatieve evaluatie van het kern-zelf – die twee gaan hand in hand. Deze componenten zijn met elkaar verbonden door ongunstige leerervaringen, en de daaropvolgende spanning tussen beide bepaalt nu juist de aard van de *primaire maladaptieve emotie*.

Terugkerend naar het model (midden van Figuur 1): mensen die voorbij maladaptieve angst, schaamte, of verwerpende kwaadheid komen, doen dat door middel van een dynamische en dialectische synthese van hun negatieve zelfevaluatie én een existentiële behoefte, beide reeds meer in detail uitgewerkt door het verkennen van vroegere ervaringen. De nieuwe betekenisgeving is in eerste instantie vluchtig, ingekapseld in een nieuw moment van positieve zelfevaluatie of bevestiging (bijvoorbeeld: ‘Ik heb wel liefde nodig, ik heb het alleen nooit gekregen ... Dus misschien was dat eigenlijk niet mijn schuld ...?’). Op deze manier vormt de expressie van onvervulde existentiële behoeften (i.e.: een behoefte aan waardering of overleving) de ‘poort’ of ‘short-cut’ naar het diepere en meer adaptieve emotionele ervaren dat erop zal volgen.

Kortom, het identificeren en symbolisch tot uitdrukking brengen van een onvervulde kernbehoefte en het oplossen van de daaruit voortvloeiende contradictie, brengt vaak een totaal nieuwe ervaring met zich mee en dit vormt het laatste deel van het model (fase 3, Figuur 1). Deze nieuwe emotionele ervaringen brengen de cliënt tot een gevoel van eigenwaarde en mobiliseren hem of haar om onvervulde behoeften rechtstreeks tot vervulling te brengen. In dit gevorderde proces van affectieve betekenisgeving komen belangrijke emoties die zowel primair als adaptief zijn naar voren.

Aan de ene kant zijn er de emoties assertieve kwaadheid (vechten voor eigen behoeften en zelfbescherming), zelfcompassie en troost en zorg voor zichzelf, terwijl aan de andere kant de cliënt verdriet over verlies onder ogen ziet en hierover kan rouwen om het uiteindelijk los te kunnen laten. Terwijl het fenomenologisch over verschillende doorleefde ervaringen gaat, dienen assertieve boosheid en zelfcompassie hetzelfde doel in dit proces, namelijk dat mensen in beide emotionele belevingen een nieuwe positieve zelfevaluatie (*positive treatment of self*) belichamen en daadkrachtig opkomen voor hun existentiële behoefte.

#### *Assertieve kwaadheid*

Assertieve boosheid is in essentie voldoende gedifferentieerd en omvat een positieve zelfevaluatie die op een heldere manier naar voren wordt gebracht. Dit betekent dat assertieve kwaadheid niet alleen draait om het wegduwen van iets schadelijks. Meer dan dat, gaat het om het stellen van grenzen en het aangaan van de strijd voor iemands rechten en/of behoeften. Kenmerkende uitingen van assertieve boosheid zouden kunnen zijn: 'Ik accepteer dit niet, ik ben waardevol! Ik ben slecht behandeld.', of: 'Ik ben anders dan jij. Ik besta, ik verdien ...'. Uitingen van assertieve boosheid zijn zowel zeer specifiek als duidelijk adaptief. Ook zijn ze verankerd in concrete autobiografische gebeurtenissen.

#### *Zelfcompassie*

Zelfcompassie kent verschillende verschijningsvormen, waaronder expliciete zelftroost (zoals wanneer de cliënt in de rol van een significante ander troostend tegen zichzelf praat) of het toelaten van bestaande hulpbronnen (zoals beschikbare sociale steun, stilstaan bij persoonlijke successen uit het verleden, et cetera). Bijvoorbeeld: een cliënt spreekt zichzelf geruststellend toe vanuit de rol van haar ouders: "Ik hou van je. Het komt goed". Uitingen zoals deze zijn zonder twijfel duidelijk adaptief én zeer specifiek, omdat aan de behoefte op een heel precieze, gedetailleerde wijze tegemoet gekomen wordt.

#### *Verdriet/emotionele pijn*

De tegenhanger van assertieve kwaadheid en zelfcompassie is de ervaring van verdriet/pijn, een emotionele gesteldheid waarin het individu verlies en kwetsing onder ogen ziet, maar toch in staat is om deze pijn te uiten zonder terug te vallen in negatieve zelfevaluatie, moedeloosheid of wanhoop, kenmerkend voor eerdere gemoedstoestanden. Ergens voor gaan staan, compassie, verdriet: dat zijn de emoties waardoor angst en schaamte 'ongedaan' gemaakt worden en waardoor langdurige interpersoonlijke problemen (zoals complexe trauma's, *unfinished business* met belangrijke anderen of hechtingsproblemen) worden opgelost.

Het volgende fragment is een goed voorbeeld van verdriet/pijn en is afkomstig uit een sessie van de therapie van Jeff (vanaf de 45<sup>e</sup> minuut in de 7<sup>e</sup> sessie). De stem van de cliënt is zacht, hij heeft zojuist gehuild, hij houdt een tissue vast en snikt:

<i>Cliënt</i>	Weet je, in veel opzichten heb ik nooit een gezin gehad. Zonder... je weet wel, bredere familiekring, was het niet veel geweest
<i>Therapeut</i>	Ja, uh-hum ... Dat mis je in je leven
<i>Cliënt</i>	Nou, ik mis dat 'speciale soort' ... van liefde. Ik denk, dat ... [zijn stem slaat

	over, hij bedekt zijn gezicht en begint te snikken, er komen tranen] ... De liefde die alleen een ouder een kind kan geven
<i>Therapeut</i>	Dus er is niets dat dat kan vervangen, er is niets dat daarvoor in de plaats kan komen ...
<i>Cliënt</i>	Nou, in mijn beleving niet. Weet je, ik had tantes en ooms enzovoort, van wie ik wist dat ze van me hielden, maar het was nooit hetzelfde ...

De expressie van verdriet en pijn markeert in deze context een tweede moment van dialectische spanning, waarbij de adaptieve vormen van kwaadheid en verdriet fungeren als verschillende kanten van dezelfde medaille. Enerzijds gaan mensen in het hier en nu verder, door – vanuit een gezond gevoel hier recht op te hebben – voor hun eigenwaarde en behoeften op te komen. Anderzijds trekken ze zich terug om te rouwen over het verlies van hechtingservaringen, of over gemiste kansen uit het verleden. Net als voorheen, schuiven mensen vaak heen en weer tussen deze tegengestelde ervaringen en – wanneer zij voldoende zijn geëxploreerd – dragen aspecten van beide bij aan een resolutie. Zoals cliënten van assertieve kwaadheid of zelftroost kunnen verschuiven naar pijn en verdriet, zo schuiven ze net zo gemakkelijk weer terug. Zoals een cliënt dit kort en bondig illustreert als zij haar proces becommentarieert met “... hier begin ik boos te worden. Ik voel woede, op de plek waar het verdriet was”. Zo bewegen cliënten van de ene kant naar de andere kant van de medaille; een *Gestalt* waarbij voor- en achtergrond wisselen.

Een verschuiving (*shift*) van gemoedstoestanden wordt met het volgende voorbeeld geïllustreerd. De cliënt verandert assertieve woede in verdriet. In dit fragment van de therapie van Dan (tegen het einde van de 3<sup>e</sup> sessie) praat de cliënt in een legestoel-dialogoog tegen zijn imaginaire zus. Aanvankelijk is hij ontspannen, maar blijft zakelijk:

<i>Therapeut</i>	Het klinkt alsof dit voorkomt uit je boosheid ...
<i>Cliënt</i>	(knikkend) Ja, ja, ja ...
<i>Therapeut</i>	Kan je haar zeggen hoe boos je bent.
<i>Cliënt</i>	Oh! Ze weet wel hoe boos ik ben!
<i>Therapeut</i>	Zeg het nog eens tegen haar.
<i>Cliënt</i>	Tja, ik ben woedend. Ik ben zo boos dat ik je niet meer wil zien. Eigenlijk, ja, ... zou ik heel blij zijn om je nooit meer te zien. (Hij kijkt afkeurend, hij is oprecht).
<i>Therapeut</i>	Wat gebeurt er in je als je dit zegt?
<i>Cliënt</i>	Uhh ..., oh, een geweldig verdriet (Hij schudt zijn hoofd, zucht diep)
<i>Therapeut</i>	Verdriet.
<i>Cliënt</i>	Ja, want we zijn, sinds 1986 ...
<i>Therapeut</i>	Praat vanuit daar binnenin. Vertel haar over het verdriet.
<i>Cliënt</i>	Nou ja, het is maar, uh ... (lange pauze) ... Het betekent dat we nooit meer samen zullen zijn, samen gaan zwemmen, barbecueën, met elkaar ... praten ...
<i>Therapeut</i>	Alsof je voelt 'Ik ben verdrietig om jou kwijt te raken'.
<i>Cliënt</i>	Ja, ik ben heel verdrietig om jou kwijt te raken (Knikt langzaam, hij is diep geraakt. Hij sluit zijn ogen) Ik, ik, ah ... oh! (Hij zucht diep, opent zijn ogen, en draait zich om zich tot zijn therapeut te richten) ... zij is meer dan zo maar iemand.

### Acceptatie en agency: bewegen in de richting van resolutie

Het voltooiën van de non-lineaire reeks die hierboven wordt beschreven leidt cliënten naar resolutie in de vorm van acceptatie en zelfsturing en zelfbepaling<sup>3</sup> (*self agency*). In het hierboven beschreven proces van verandering is het, hoewel expressie noodzakelijk is, onvoldoende om alleen stoom af te blazen, omdat het meest essentiële onderdeel nu juist is het expliciet symboliseren van de belichaamde betekenis van een doorleefde emotionele ervaring. Gezien het feit dat in het bijzonder het onder woorden brengen van betekenis kenmerkend is voor latere emoties in het model (i.e.: assertieve kwaadheid, zelfcompassie, verdriet/pijn), worden ze in sommige studies collectief aangeduid met ofwel 'gevorderde, tot betekenis leidende emoties' of eenvoudigweg als 'primaire adaptieve emoties'. Als geheel is het niet-lineaire en uit meerdere stappen bestaande patroon van emoties zoals in het model omschreven een vorm van *emotionele transformatie* voor het oplossen van persoonlijke problematiek in de vorm van loslaten en acceptatie (onderkant van Figuur 1).

Ter illustratie een fragment uit de 10<sup>e</sup> sessie van de therapie van Carla, vanaf het moment dat de sessie 36 minuten gaande is. De emotionele toon van de cliënt is zacht, met een bitterzoete ondertoon. Men kan voelen dat de cliënt het als positief en opluchtend ervaart – hoewel er ook verdriet aanwezig is – alsof ze de realiteit aan het aanvaarden is.

<i>Cliënt</i>	Het voelt alsof, het voelt alsof ik weer kan ademen ... Het voelt alsof die bal in mijn borstkas is losgekomen.
<i>Therapeut</i>	Oké, haal eens even diep adem en kijk of je naar die bal in je borst kunt toe-ademen. Kijk maar gewoon of er iets opkomt dat je tegen je vader wilt zeggen. Kijk of er iets is wat je vaarwel wilt zeggen, iets dat er nooit meer zal zijn.
<i>Cliënt</i>	Ik denk dat ... Ik ga proberen om afscheid te nemen van dat deel van mij, dat kind, dat gekwetst werd en zich niet kon verweren. Ik ben niet van plan om haar te negeren, ze zal er altijd zijn en als ze iets wil zeggen, zal ik luisteren. Maar ik ben dat kind niet meer.
<i>Therapeut</i>	Juist, juist ...
<i>Cliënt</i>	Ik ben een volwassene nu. Ik heb controle over mijn eigen bestemming. Ik ben niet ...
<i>Therapeut</i>	Het is zoiets als: vaarwel defensief zijn, vaarwel 'dat'.
<i>Cliënt</i>	Dat klopt, juist. Vaarwel 'dat'. Vaarwel tegen het slachtoffer zijn.

### Relatie tussen de opeenvolgende stappen in emotie en outcome

Er is in ruime mate evidentie voorhanden voor de relatie tussen deze opeenvolgende stappen in emotie en outcome bij verschillende therapievormen en stoornissen.

EFT-interventies die doelgericht verschillende emotionele transformaties faciliteren (focusing, enactments, stoelenwerk, etc.) zijn in detail bestudeerd met behulp van dit model. Echter, om in bredere zin het belang ervan op waarde te schatten is het van belang te weten dat het model ook onderzocht is in een aantal andere therapievormen, waaronder *clarification-focused therapy*, *attachment based family therapy*, kortdurende dynamische therapie, dialectische gedragstherapie, en zelfs een gestandaardiseerde algemene psychiatrische behandeling. Bovendien is het model onderzocht in relatie tot acht verschillende problematieken: klinische depressie (Choi,

---

3 door Hafkenscheid (2016) vertaald als *invloed*

Pos & Magnusson, 2016; Wong & Pos, 2014), complex trauma (McNally et al., 2014; Khayat-Abuaita, 2015; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Paivio & Pascual-Leone, 2010), gegeneraliseerde angststoornis (Timulak & McElvaney, 2015), sociale angst (Haberma, Diamond & Shahar, 2015; Shahar, Bar-Kalifa & Alon, 2017), aanpassingsstoornis (Kramer et al., 2015) en persoonlijkheidsstoornissen (Berthoud et al., 2016; Kramer et al., 2016). Het model is verder onderzocht met behulp van experimenteel onderzoek naar EFT-taken (Kramer & Pascual-Leone, 2016).

Onderzoek heeft aldus bevindingen gegenereerd op basis van 300 klinische casussen met verschillende aandoeeningen in 20 studies, en daarbij nog meer dan 130 niet-klinische casussen (in 3 andere studies) en enkele aanvullende intensieve single-case studies. Kortom, terwijl het sequentiële model van emotionele transformatie volledig is gebaseerd op de emotietheorie van EFT en ongeveer de helft van het onderzoek naar dit model specifiek gebruik maakte van EFT, lijken de basisbevindingen zich uit te breiden naar andere therapeutische benaderingen. Dit ondersteunt de hypothese dat hier gaat om een fundamenteel veranderingsproces van menselijke emotie.

### **Fasen van de behandeling en emotionele transformatie.**

Dit model biedt een aantal algemene klinische implicaties voor de *volgorde van handelen* ofwel klinische fasen bij het werken met emoties (zie fasen en taken in Figuur 1, rechterhelft). In overeenstemming met Greenberg en Paivio (1997) bestaat de initiële taak van 'werken met emotie' (fase 1) uit het voldoende *toenaderen van gevoelens* om ze te kunnen verkennen – waarbij men zou kunnen zeggen dat differentiatie van de betekenis van het (globale en ongedifferentieerde) lijden een kerndoel is. Dus, de belangrijkste taken die aan de orde zijn in deze fase is het bieden van een empathische relatie die zich richt op emotie terwijl de emotionele arousal op een aanvaardbaar niveau wordt gehouden. In zekere zin is het in deze eerste fase dat de cliënt en de therapeut ervoor kiezen om productief om te gaan met emotie. In de volgende fase (2) *exploreert de cliënt de maladaptieve emoties verder en werkt deze door* (Greenberg & Paivio, 1997). Het huidige model geeft aan dat om dit te doen niet alleen het ervaren van angst en/of schaamte nodig is, maar vooral het benoemen en verwoorden van de twee tegenstrijdige componenten, respectievelijk het identificeren van een behoefte – *unmet need* – en de bewustwording van negatieve zelfevaluatie – *negative treatment of self*. Zoals Paivio en Pascual-Leone (2010) hebben benadrukt moeten de aan het zelf gerelateerde problemen zoals zelfkritiek, zelfverwijt, angst en twijfel vaak eerst worden doorgewerkt voordat men kan toekomen aan interpersoonlijke – of hechtingsproblemen. Dan, in fase 3, preciseren en ervaren cliënten diverse adaptieve emoties en hun respectievelijke tegenhangers (i.e.: kwaadheid versus verdriet). Dit is een kernaspect van het werken met interpersoonlijke problemen en moeilijkheden in relatie tot significante anderen (unfinished business, interpersoonlijk trauma).

### **Het model als een routekaart van het proces**

Een volledige *case formulation* omvat het conceptualiseren van het kernprobleem van de cliënt, het identificeren van de meest veelbelovende gebieden voor groei en het ontwikkelen van een interventieplan. Het hier beschreven model geeft expliciet – op een moment-tot-moment niveau – richting bij het identificeren van het kernprobleem en gebieden voor groei

(zie Pascual-Leone & Kramer, 2017 ). Het model kan dan ook bijzonder nuttig zijn als een op onderzoek gebaseerd, ‘stap voor stap’ hulpmiddel voor therapeuten, als onderdeel van het bredere proces van een complete case formulation zoals beschreven door Goldman en Greenberg (2015). Het biedt klinici een routekaart voor het begrijpen van de emoties van de cliënt waarmee de therapeut zich snel kan oriënteren, zowel per sessie als wat betreft het verloop de behandeling als geheel (Goldfried, 2010). Want dit is misschien wel het moeilijkste aspect van de continue procesevaluatie in het kader van case formulation in EFT (Goldman & Greenberg, 2015). Te midden van de niet-lineaire en schijnbaar chaotische worsteling van het doorwerken van pijnlijke emoties, biedt Figuur 1 een routekaart van het proces voor therapeuten om hun cliënten te helpen navigeren door de, zo suggereert onderzoek, typerende patronen van emotionele verandering; patronen die (tot dusver) lijken te worden ondersteund door zowel experimentiële, psychodynamische als dialectische gedragstherapeutische benaderingen.

Natuurlijk betreft het hier slechts een routekaart en worden er geen specifieke interventies voorgeschreven, die immers variëren van therapie tot therapie, en van casus tot casus. Desondanks biedt een procesmodel dat klinische observaties organiseert en helpt bij het beter waarnemen van ‘waar is mijn cliënt op dit moment?’ en ‘naar welke emotionele ervaringen kunnen we het beste toewerken?’ een waardevol kader voor het faciliteren van emotionele transformatie. Een volledige case formulation zou de routekaart moeten verbinden met zowel de kernbehoeften en het persoonlijke verhaal van de cliënt als met specifieke interventies die therapeuten kunnen gebruiken bij het faciliteren van cliënten doorheen dit proces (zie Goldman & Greenberg, 2015). Het model is, als onderdeel van de therapeutische gereedschapskist voor het conceptualiseren van procespaden van cliënten, inmiddels al beschreven in een aantal recente boeken over EFT (zie Goldman & Greenberg, 2015; Kramer & Ragama, 2015; Paivio & Pascual-Leone, 2010; Timulak, 2015) en zelfs toegepast op therapie vanuit andere behandelmethoden (Pascual-Leone & Kramer, 2017).

### Conclusies

Het emotionele verwerkingsproces van de cliënt is een belangrijke puzzel bij het begrijpen van menselijke veranderingsprocessen en de rol die psychotherapie speelt in het faciliteren van die verandering. Echter: sommige momenten van emotionele activering zijn productief, terwijl andere dat niet zijn. Het idee dat opeenvolgende emotionele stappen leiden tot verandering in emotie – het model van Pascual-Leone en Greenberg (2007) – kan op grond van het onderzoek van de afgelopen jaren, worden vereenvoudigd nu specifieke emoties zijn geïdentificeerd met objectieve criteria: globaal en ongedifferentieerd lijden en verwijtende kwaadheid als secundaire emoties; schaamte en angst als de meest voorkomende vormen van maladaptieve emoties; en assertieve kwaadheid, verdriet, en zelfcompassie als de meest voorkomende primair adaptieve emoties. Ten tweede, een waaier van empirisch onderzoek naar EFT en ook andere behandelingen, toont een positief verband aan tussen het model en klinische resultaten op zowel korte termijn (per sessie) als lange termijn (de outcome na een volledige behandeling). Tot slot wordt benadrukt dat de veelbelovende toekomstige richting van dit model een ‘routekaart van het proces van emotie van cliënten’ is, die therapeuten kunnen gebruiken als hulpmiddel bij het ontwikkelen van klinische case formulations.

## Literatuur

- Berthoud, L., Pascual-Leone, A., Caspar, F., Tissot, H., Keller, S., Rohde, K.B., de Roten, Y., Despland, J.-N. & Kramer, U. (2016). Leaving distress behind: a randomized controlled study on change in emotional processing in borderline personality disorder. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*.
- Choi, B., Pos A.E. & Magnusson, M. (2016). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 26, 484-499.
- Goldfried, M.R. (2010). The future of psychotherapy integration: Closing the gap between research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 386-396.
- Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy. Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association
- Greenberg, L.S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. 2nd edition*. Washington, DC: APA Press.
- Greenberg, L.S., Auszra, L. & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 17, 482-493.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.G., Warwar, S.H. & Malcolm, W.M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 185-196.
- Haberman, A., Diamond, G.M. & Shahar, B. (2015). *The Expression of Primary Adaptive Emotions and Shame among Individuals with Social Anxiety in Emotion Focused Therapy*. Society for Psychotherapy Research, Philadelphia.
- Hafkenscheid, A. (2016). Taakanalyse van het therapeutisch veranderingsproces. Een intrapersoonlijk (Greenberg c.s.) en een interpersoonlijk (Safran c.s.) resolutiemodel. *Tijdschrift Persoonsgerichte Experiëntiële Psychotherapie*, 51, 21-34.
- Kennedy-Moore, E. & Watson, J.C. (1999). *Expressing emotion: Myths, realities, and therapeutic strategies*. New York: Guilford Press.
- Khayyat-Abuaita, U. (2015). *Changes in quality of emotional processing in trauma narratives as a predictor of outcome in Emotion Focused Therapy for complex trauma*, Unpublished Doctoral Dissertation. University of Windsor.
- Kramer, U. & Pascual-Leone, A. (2016). The role of maladaptive anger in self-criticism: A quasi-experimental study on emotional processes. *Counselling Psychology Quarterly*, 29, 311-333.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J.-N. & de Roten, Y. (2015). One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 187-198.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rhode, K.B. & Sachse, R. (2016). Emotional processing, interaction process, and outcome in Clarification-Oriented Psychotherapy for personality disorders: A process-outcome analysis. *Journal of Personality Disorders*, 30, 373-394.
- Kramer, U. & Ragama, E. (2015). *La psychothérapie centrée sur les émotions*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- McNally, S., Timulak, L. & Greenberg, L.S. (2014). Transforming emotion schemes in Emotion Focused Therapy: A case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13, 128-149.
- Paivio, S.C. & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Pascual-Leone, A. (2009). Emotional processing cycles in experiential therapy: "Two steps forward, one step backward." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 113-126.
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887.
- Pascual-Leone, A. & Kramer, U. (2017). Developing emotion-based case formulations: A research-informed method. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 212-225.
- Pascual-Leone, A., Paivio, S. & Harrington, S. (2016). Emotion in psychotherapy: An experiential-humanistic perspective. In D. Cain, S. Rubin, K. Keenan (Eds.) *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice (Second edition)*. (pp. 147-181). Washington, DC : American Psychological Association.
- Pascual-Leone, A., Yeryomenko, N., Sawashima, T. & Warwar, S. (under review). Building emotional resilience over 14 sessions of emotion focused therapy: Intensive longitudinal analyses of productive temporal patterns.
- Shahar, B, Bar-Kalifa, E. & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 238-249.
- Singh, T. (2008). *Responding to distressed clients: Therapists influence on client emotional processing*. Unpublished Master's thesis. University of Windsor, Windsor.
- Singh, T. (2012). *More to gain: Sudden gains and therapy change processes in experiential therapy*. Unpublished doctoral dissertation. University of Windsor, Windsor.
- Tang, T.Z., Derubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J. & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 404-408.
- Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. New York: Routledge.
- Timulak, L. & McElvaney, J. (2015). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46, 41-52.

Wong, K. & Pos, A. E. (April, 2014). Examining processes of change for experientially distant and non-distant client subgroups in experiential therapy for depression. *Paper presented to the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Montreal.*

DR. ANTONIO PASCUAL-LEONE is klinisch psycholoog en *associate professor of psychology* aan de Universiteit van Windsor, Canada. Hij geeft leiding aan het *Psychological Services and Research Centre* en het *Emotion Change Lab*. Hij doceert Emotion Focused Therapy en integratieve psychotherapie. Hij ontving diverse onderscheidingen voor zijn onderzoekswerk.

JULIETTE BECKING werkt als psychotherapeut /klinisch psycholoog en bestuurder bij Apanta te Veldhoven. Ze is persoonsgericht experiëntieel psychotherapeut en is supervisor en opleider van de VPEP. Tevens is ze EFT-supervisor en -trainer. Binnen de Apanta-academy verzorgt ze de opleiding tot EFT-therapeut.

KURT RENDERS werkt als psychotherapeut en coördinator bij Conciente te Antwerpen. Hij is cliëntgericht-experiëntieel, emotion-focused en existentieel therapeut en tevens EFT-supervisor en -trainer. Hij is coördinator van het postgraduaat cliëntgerichte psychotherapie aan de KU-Leuven en verzorgt binnen Focus on Emotion, de opleiding tot EFT-therapeut.

DR. UELI KRAMER is een breed opgeleide psychotherapeut en supervisor gespecialiseerd in Emotion-Focused Therapy. Hij is verbonden aan de Universiteit van Lausanne (Zwitserland) en de Universiteit van Windsor (Canada) waar hij onderzoek doet naar veranderingsprocessen in psychotherapie, met name bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. Hij is co-auteur van het eerste EFT-boek in het Frans.