



Posttraumatische
groei

Was mich nicht umbringt, macht mich stärker - Friedrich Nietzsche

Posttraumatische groei (PG) betreft de positieve veranderingen als gevolg van hoe we wisten om te gaan met traumatische ervaringen. We spreken overigens over traumatische 'ervaringen' en niet over traumatische 'gebeurtenissen', omdat geen enkele gebeurtenis universeel traumatisch is (Bannink, 2014b). PG gaat verder dan terugkeren naar het oude niveau van functioneren; het gaat om het groeien als persoon. Naast besef van wat we hebben meegemaakt en het ervaren van negatieve emoties kunnen we groei ervaren door toegenomen spiritueel besef, zelfkennis, bewustzijn van eigen kracht en verbondenheid met anderen.

■ **Fredrike Bannink, Mirjam Radstaak & Ernst Bohlmeijer**

Sinds twee decennia wordt er onderzoek gedaan naar PG. We beschrijven enkele theorieën, vatten het onderzoek samen en geven drie toepassingen om PG te bevorderen. Dit artikel is een bewerking van ons hoofdstuk over PG in de tweede editie van *Handboek Positieve Psychologie* (Bohlmeijer, Jacobs, Walburg & Westerhof, 2021).

Posttraumatische groei

Tedeschi en Calhoun (2004b) geven een beschrijving van het proces van PG. Het start met een traumatische ervaring. We spreken van een trauma (Grieks: wond) wanneer een gebeurtenis dermate schokkend is dat er sprake is van een psychologische crisis. Bestaande kaders en fundamenten voor zin- en betekenisgeving (overtuigingen en veronderstellingen over jezelf,

anderen en de wereld) worden omvergeworpen. Ze benadrukken dat PG het gevolg is van een worsteling met deze ervaring en de moeite die we moeten doen om nieuwe cognitieve schema's op te bouwen en nieuwe doelen te formuleren. De schokkende gebeurtenis veroorzaakt een breuk in ons levensverhaal en een breuk in onze identiteit (McAdams, 2013). De eerste opgave is om op een goede manier om te gaan met emoties als angst, wanhoop, woede en verdriet en eventuele nachtmerries en intrusies (indringende beelden of gedachten van de gebeurtenis). Het komt voor dat we niet kunnen geloven wat ons is overkomen, we piekeren en stellen onszelf steeds vragen als 'Hoe heeft dit kunnen gebeuren?' en 'Waarom overkomt mij dit?' We hebben soms een sterke behoefte om het verhaal te vertellen of op te schrijven en emoties te uiten.

Langzaam dringt de realiteit door. Wanneer we in staat zijn om negatieve emoties toe te laten (en te uiten), worden deze langzamerhand minder intens en maakt piekeren plaats voor het vinden van nieuwe betekenis, vinden van herinneringen aan ervaringen die houvast geven en voorzichtig verbeelden van nieuwe toekomstscenario's. Het proces komt in het teken te staan van het opbouwen van nieuwe cognitieve schema's en het zien van positieve ervaringen, als basis voor nieuwe betekenisgeving. We nemen ten slotte de traumatische ervaring op in een nieuw levensverhaal. Wanneer dit proces constructief verloopt, ontstaat een levensverhaal waarin de ervaring een keerpunt vormt: we worden een actief handelend persoon (Polkinghorne, 1996). McAdams (2013) spreekt van 'redemptieverhalen' (verlossingsverhalen). Wanneer we er niet in slagen het trauma te verwerken blijven onmacht en slachtofferschap centraal staan. McAdams (2013) spreekt dan van 'contaminatie' (besmetting), waarbij de traumatische ervaring een negatief keerpunt vormt. In dit proces van herschrijven van het levensverhaal en vinden van nieuwe zingeving is sociale steun cruciaal. Volgens Calhoun en Tedeschi kunnen anderen die een vergelijkbare ervaring hebben meegemaakt rolmodel zijn en geloofwaardige nieuwe levensverhalen aanreiken. Uiteindelijk kunnen we ontdekken dat we van het omgaan met de traumatische ervaring hebben geleerd en als mens zijn gegroeid. Ook toename van (zelf)compassie kan deel uitmaken van groei, zie het verhaal van Kisha verderop. Het is belangrijk dat naast groei ook de pijn, verdriet, angst, woede en verlies aanwezig zijn en dat aandacht hiervoor hand in hand gaat met groei. Dit verklaart waarom mensen PG soms in paradoxale termen beschrijven 'Ik voel me kwetsbaarder, maar ook sterker.' De opvattingen over PG van Joseph en Linley (2006) sluiten aan bij de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000). Wij hebben drie fundamentele behoeften: autonomie, competentie en sociale verbondenheid. Als in deze behoefte

ten is voorzien ontstaat persoonlijke groei. Zij plaatsen groei na tegenslag binnen een bredere en natuurlijke tendens om te groeien. Hun theorie laat meer ruimte voor de mogelijkheid van groei na schokkende gebeurtenissen die niet dermate traumatisch zijn dat bestaande betekenisstructuren worden afgebroken.

Onderzoek

Het onderzoek naar PG kreeg een impuls met de ontwikkeling van de *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), het meest gebruikte instrument om PG te meten. Tedeschi en Calhoun onderscheiden daarbij vijf domeinen waarbinnen we groei kunnen ervaren:

1. verdieping van relaties;
 2. ontdekking van nieuwe mogelijkheden;
 3. bewustwording van persoonlijke kracht en talenten;
 4. toename van spiritueel of existentieel besef;
 5. toename van waardering van het leven.
- Bij *verdieping van relaties* gaat het om positieve veranderingen in onze relaties. We ervaren meer compassie, voelen ons meer verbonden, of zijn meer bereid emoties te uiten of hulp te accepteren. Het kan ook gaan over meer tijd met geliefden doorbrengen of juist relaties beëindigen die we niet langer als positief ervaren (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017). Bij *ontdekking van nieuwe mogelijkheden* gaat het om het zien van nieuwe mogelijkheden of inslaan van een nieuw pad. We geven bijvoorbeeld aan dat we na confrontatie met een levensbedreigende ziekte gezonder zijn gaan leven (Hefferon, 2012). *Bewustwording van persoonlijke kracht en talenten* kunnen we samenvatten met 'Ik ben kwetsbaarder dan ik dacht, maar sterker dan ik me had voorgesteld'. We ervaren meer kracht en vertrouwen en zien onszelf als overlevende of overwinnaar in plaats van slachtoffer. Bij *toename van spiritueel en existentieel besef* gaat het om een sterkere geloofservaring of sterker besef van de zin van het leven. In de originele versie van de PTGI was dit uitsluitend gericht

op spirituele en religieuze groei; nu richt het zich ook op existentiële groei (Tedeschi et al., 2017). *Toename van waardering van het leven* richt zich op alles wat het leven te bieden heeft: kleine dingen die we eerder als vanzelfsprekend beschouwden of meer waardering voor wat er is. Onderzoek met de PTGI toonde aan dat ongeveer de helft van de personen met een traumatische ervaring een betekenisvolle mate van PG ervoer (Wu et al., 2019). Daarnaast werd herhaaldelijk aangetoond dat groei kan plaatsvinden in een of meerdere van de vijf bovenstaande domeinen (Tedeschi et al., 2018).

Helgeson en collega's (2006) deden een meta-analyse van 87 onderzoeken bij volwassenen naar de relatie tussen positieve effecten van traumatische ervaringen en geestelijke gezondheid. Ervaren van groei bleek significant gerelateerd aan minder depressieve klachten en meer welbevinden, maar ook aan meer intrusies en vermijding van gedachten aan het trauma. Ze vonden geen relatie met angst, kwaliteit van leven en subjectieve lichamelijke gezondheid. Het effect van PG op afname van depressieve klachten werd ook aangetoond bij mensen met een medisch trauma, zoals de diagnose met kanker of hiv/aids.

Verscheidene factoren dragen bij aan PG. Prati en Pietrantonio (2009) deden een meta-analyse naar de relatie tussen PG en optimisme, ervaren sociale steun en adaptieve copingstijlen: religieuze coping, positieve herwaardering, zoeken van sociale steun en aanvaarding. Ze vonden het sterkste effect voor religieuze coping en positieve herwaardering, een matig effect voor optimisme en zoeken van sociale steun, en een klein effect voor aanvaarding. Belangrijke meerwaarde van deze meta-analyse was dat er longitudinale onderzoeken met meerdere metingen bij betrokken werden. De relatie tussen positieve herwaardering en PG blijkt namelijk kleiner in longitudinale studies, maar was nog steeds significant. De relaties tussen PG en geestelijke gezondheid en optimisme, adaptieve coping en sociale steun werden ook gevonden bij mensen met ernstige lichamelijke ziekten, zoals hartziekten, multiple sclerose (MS) en kanker (Barskova & Oesterreich, 2009; Shand et al., 2015; Turner et al., 2018).

Een andere factor is de verstreken tijd sinds de traumatische ervaring. Onderzoekers zijn het niet eens over wanneer de meeste groei plaatsvindt. Sommige stellen dat de relatie tussen PG en tijd het best kan worden weergegeven als een omgekeerde U-vorm (Schubert et al., 2016; Wu



*Ik ben kwetsbaarder
dan ik dacht, maar
sterker dan ik me had
voorgesteld*

et al., 2019): PG neemt toe naarmate er meer tijd verstreken is, om daarna weer te verminderen. In een meta-analyse onder ouders van wie een kind was overleden bleek dat ouders alleen groei rapporteerden wanneer het overlijden langere tijd geleden had plaatsgevonden (Waugh et al., 2018). In de meta-analyse van Helgeson bleek het verband tussen welbevinden en ervaren groei sterker wanneer het onderzoek langer dan 24 maanden plaatsvond. Ook uit een meta-analyse onder kankerpatiënten en hiv/aidspatiënten bleek het verband tussen ervaren groei en mentale gezondheid sterker wanneer er langere tijd was verstreken sinds de diagnose. Opvallend is dat de verstreken tijd niet van invloed was op de gevonden relaties in de meta-analyse van Prati of in recentere meta-analyses onder kankerpatiënten (Shand et al., 2015; Turner et al., 2018). Een verklaring is dat de tijd verstreken sinds het trauma verschilde tussen de meta-analyses. Sommige onderzoekers suggereren dat de meeste groei wordt ervaren na vier à vijf maanden (Kelly et al., 2017), een jaar (Husson et al., 2017) of twee jaar (Liu et al., 2017). Meer longitudinaal onderzoek is nodig. Sommige onderzoekers opperen dat PG slechts een illusie is: een copingstrategie die verwerking in de weg staat. Men zou zichzelf wijsmaken dat er sprake is van groei. Ze baseren zich op het gegeven dat PG niet altijd gepaard gaat met minder klachten of betere gezondheid (Zoellner & Maercker, 2006). Hier wordt tegenin gebracht dat PG niet altijd gepaard gaat met minder klachten, omdat groei en klachten twee verschillende dimensies zijn, die naast elkaar kunnen bestaan (Tedeschi & Calhoun, 2004a). Dat PG meer is dan een illusie bleek uit onderzoek waarin ook de naasten van personen met een traumatische ervaring werden betrokken. De ervaring van eigen groei bleek overeen te komen met de groei, opgemerkt door naasten. Hoewel we niet kunnen uitsluiten dat een deel van PG illusoir is, wordt algemeen aangenomen dat PG een reëel fenomeen is (Tedeschi et al., 2018).

Toepassingen

We delen de toepassingen om PG te bevorderen in vier categorieën in: (1) praten en schrijven, (2) cognitieve gedragstherapie, (3) mindfulness en (4) welbevindentherapie. De eerste drie categorieën blijken een klein positief effect te hebben; er is nog weinig onderzoek verricht naar welbevindentherapie, waardoor we daarover geen uitspraken kunnen doen (Roepke, 2015; Shiyko et al., 2017). We beschrijven hier de vier categorieën en geven drie toepassingen. Bannink (2009, 2014b, 2016a, 2019b) beschrijft meer toepassingen.

1. Praten en schrijven

Erover praten kan een nuttige eerste stap zijn. Het – soms voor de eerste keer – vertellen van het verhaal aan een invoelende, niet-veroordelende ander (zoals een therapeut) kan zorgen voor opluchting. Angst of schaamte kunnen verminderen. De betrokkene realiseert zich dat hij niet de schuldige, maar slachtoffer is. Overigens kan de term ‘slachtoffer’ aanvankelijk nuttig zijn, maar op de langere termijn kan iemand zich er passief, depressief en angstig door gaan voelen. Beter is het als we ons na enige tijd kunnen zien als ‘overlevende’. ‘Hoe is het je gelukt om te overleven?’ ‘Hoe slaag je erin om met de gevolgen om te gaan?’ ‘Wat helpt op de moeilijkste momenten?’ Dergelijke oplossingsgerichte vragen (Bannink, 2016b, 2019a) helpen de focus te verleggen naar andere aspecten in het verhaal, onze sterke kanten en hulpbronnen. Die kunnen positieve emoties als tevredenheid en trots oproepen over hoe we de situatie overleefd en aangepakt hebben. Fredrickson en collega’s (2003) vonden dat positieve emoties na crises en trauma bijdragen aan welbevinden en bereiken van doelen. Zo bleken overlevenden van de aanslagen op 9/11 in New York die dankbaar waren dat ze het hadden overleefd het beter te doen dan overlevenden die zich alleen slachtoffer voelden. Dolan (2005) voegt aan het stadium van slachtoffer en overlevende een derde stadium toe: dat van *thrifer*, iemand die floreert en optimaal

functioneert. In het stadium van thriver zijn we losgekomen van de traumatische ervaring, die niet langer ons leven bepaalt, maar slechts deel uitmaakt van de persoon die we zijn.

Toepassing 1

Deze toepassing is inzetbaar als de eerste schok voorbij is en iemand zijn verhaal heeft kunnen vertellen. Zoek in vier stappen uit welke rol je wilt spelen in je leven: de rol van slachtoffer, overlevende of thriver. Hoe wil je dat je leven er over een maand uitziet? Dezelfde mensen en omstandigheden zijn nog in je leven, maar je voelt je iets minder beïnvloed door wat je hebt meegemaakt.

1. We worden beïnvloed door wat we over onszelf denken. Als je nadenkt over wat je hiervoor hebt opgeschreven – je doel over een maand –, hoe denk je, voel je je en gedraag je je om je doel te bereiken als je jezelf ziet als slachtoffer?
2. Beantwoord dezelfde vraag, maar nu vanuit het gezichtspunt van overlevende of van thriver.
3. Welke verschillen merk je op? Waar heb je het meeste aan?

Het verhaal van Kisa

In India leefde een jonge vrouw die Kisa heette. Ze kreeg met haar echtgenoot een zontje en ze waren erg gelukkig. Toen het kind twee jaar oud was, werd het echter ziek en overleed. Kisa's wereld stortte in. Ze kon niet aanvaarden dat haar kindje dood was en liep met het dode kind in haar armen door het dorp. Aan iedereen vroeg ze hulp om haar kind te genezen. Toen dat niets opleverde, kwam ze bij Boeddha en vroeg ook hem haar kind te helpen. Boeddha zei haar dat hij wel wilde helpen, maar dat Kisa hem dan eerst een handvol mosterdzaadjes moest brengen uit een huis waar niemand ooit een echtgenoot, kind of ouder had verloren. Een huis waar de dood nooit langsgekomen was. Kisa ging van deur tot deur en vroeg iedereen om mosterdzaad, maar bij elk huis kreeg ze te horen: 'We hebben wel mosterdzaad, maar in

dit huis zijn meer mensen gestorven dan er nog leven.' Iedereen had wel een ouder, echtgenoot of kind verloren. Zo hoorde Kisa tal van verhalen over verlies. Nadat ze alle huizen was langsgegaan, realiseerde ze zich dat niemand veilig is voor verlies en rouw, en dat ze daarin niet alleen stond. Naast haar eigen verdriet kwam er ruimte voor compassie met al die anderen. Toen was Kisa in staat de realiteit te aanvaarden en haar kind te begraven (Furman, 1998).

Toepassing 2

Stel jezelf de volgende drie oplossingsgerichte vragen:

1. Wat heeft me geholpen om wat er gebeurd is te overleven?
2. Wat heb ik ervan geleerd?
3. Hoe heb ik later in mijn leven alsnog positieve ervaringen opgedaan die ik eerder niet heb gehad?

2. Cognities en gedrag

Cognitieve gedragstherapie kan PG bevorderen, als ze een verandering in de overtuigingen over zelf, anderen en de wereld bewerkstelligt (Tedeschi & Calhoun, 2004a). Niet-constructieve overtuigingen als 'Ik ben zwak en machteloos' worden vervangen door overtuigingen als 'Ik ben sterk genoeg om de confrontatie aan te gaan'. Daarnaast richt met name de *positieve cognitieve gedragstherapie* zich op het versterken van positieve emoties en helpende gedachten en overtuigingen (Bannink, 2014a; Bannink & Geschwind, 2019; Bannink & Peeters, 2019). Fredrickson (2009) stelt dat het wel eens die positiviteit kan zijn die onze grootste hulpbron is in tijden van crisis, nodig om de neerwaartse spiraal van negatieve emoties om te buigen. Het is nuttig om na enige tijd een antwoord te vinden op de vraag 'Wat was er goed aan deze ervaring?'

Toepassing 3

Stel jezelf elke avond de volgende drie vragen:

1. Wat heb ik vandaag gedaan waarover ik tevreden ben, ondanks wat er gebeurt of

gebeurd is?

2. Wat deed iemand anders waarover ik tevreden ben? Heb ik zo gereageerd dat die persoon zoiets weer zou doen?
3. Wat zie, hoor, voel, ruik en proef ik nog meer waarvoor ik dankbaar ben?

3. Mindfulness

Mindfulness is open en bewust aanwezig zijn in het huidige moment. Het is een niet-oordelende vorm van aandacht voor de eigen fysieke ervaringen, gevoelens en gedachten in het hier-en-nu. Een meta-analyse onder 1195 deelnemers, van wie het grootste deel kankerpatiënt was, toonde aan dat mindfulness een klein, maar positief effect heeft op PG. Met name de twee PTGI-domeinen *verdieping van de relatie met anderen en toename van waardering van het leven* worden positief beïnvloed door het beoefenen van mindfulness. Ook leidt mindfulness tot veranderingen in de beleving van spiritualiteit (Shiyko et al., 2017). Een verklaring geeft de *mindfulness-to-meaning theory* (Garland et al., 2015): mindfulness zorgt ervoor dat verontrustende gedachten en emoties als voorbijgaand worden gezien. Het zijn geen onveranderlijke waarheden of redenen tot actie. Door niet te piekeren over een traumatische ervaring en die te accepteren, ontstaat ruimte om een positieve betekenis te geven aan het trauma.

4. Welbevindentherapie

Een toepassing direct gericht op PG is de welbevindentherapie. Welbevindentherapie is een gestructureerde behandeling om het psychologisch welbevinden van cliënten te vergroten (Bohlmeijer, Christenhusz, Huning & Meulenbeek, 2017). Radstaak en collega's (2020) vonden dat welbevindentherapie PG kan bevorderen, maar alleen bij een specifieke groep, namelijk cliënten met een traumatische ervaring die succesvol waren behandeld, maar nog steeds een laag welbevinden ervoeren. Voor deze groep bleek welbevindentherapie significant effectiever vergeleken met een standaardbehandeling.

Tot slot

In dit artikel beschreven we de achtergronden, onderzoek en enkele toepassingen bij PG. Ze kunnen nuttig zijn bij coping met de traumatische ervaring en op termijn PG faciliteren. Tedeschi en Calhoun (2004b) beschrijven vijf aandachtspunten:

1. De focus op groei mag niet ten koste gaan van empathie voor de pijn en het lijden.
2. Wanneer de focus te snel op groei of positieve aspecten is kan de betrokkene zich niet gehoord of erkend voelen en niet openstaan voor andere ervaringen.
3. Groei komt voort uit het omgaan met de traumatische ervaring, niet uit het trauma zelf.
4. Trauma is niet noodzakelijk voor groei.

Niet iedereen groeit na trauma en dat hoeft ook niet. Leg het bereiken van PG niet op. ■

Drs. Fredrike Bannink, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog specialist en jurist.
Werkzaam in eigen praktijk.
www.fredrikebannink.com

Prof. Dr. Ernst Bohlmeijer is Hoogleraar geestelijke gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente. www.cewr.nl

Dr. Mirjam Radstaak is als universitair docent verbonden aan de afdeling Psychologie, gezondheid en technologie van Universiteit Twente. Haar huidige onderzoek richt zich op de mentale gezondheid van de algemene bevolking en klinische populaties waarbij ze zich met name richt op de rol van stress, veerkracht en welbevinden.

Referenties

- Bannink, F.P. (2009). *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Bannink, F.P. (2014a). *Positieve cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2014b). *Posttraumatisch succes*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2016a). *Positieve psycholo-*

- gie. *De toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F.P. (2016b). 101 *Oplossingsgerichte vragen voor hulp bij trauma*. Amsterdam: Pearson.
 - Bannink, F.P. (2019a, 4e herziene druk). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
 - Bannink, F.P. (2019b). *Een beter leven. Hoe dan?* Amsterdam: Boom.
 - Bannink, F.P., & Geschwind, N. (2019). *Positieve CGT. Behandelprotocol in 8 sessies*. Amsterdam: Boom.
 - Bannink, F.P., & Peeters, F. (2019). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
 - Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1709-1733.
 - Bohlmeijer, E.T., Jacobs, N., Walburg, J.A., & Westerhof, G.J. (2021). *Handboek positieve psychologie* (2e geheel herziene editie). Amsterdam: Boom.
 - Bohlmeijer, E.T., Christenhusz, L., Huning, L., Meulenbeek, P. (2017). Welbevinden-therapie, achtergronden, doelstellingen & protocol. *Directieve Therapie*, 37, 117-133.
 - Dolan, Y. (2005). *Omgaan met seksueel misbruik*. Amsterdam: Pearson.
 - Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
 - Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
 - Furman, B. (1998). *It's never too late to have a happy childhood. From adversity to resilience*. London: BT Press.
 - Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26, 293-314.
 - Hefferon, K. (2012). Bringing back the body into positive psychology: The theory of corporeal posttraumatic growth in breast cancer survivorship. *Psychology*, 3, 1238-1242.
 - Helgeson, V.S., Reynolds, K.A., & Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
 - Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Lattin, B., & Cole, S. (2017). Posttraumatic growth and well-being among adolescents and young adults (AYAs) with cancer: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 25, 2881-2890.
 - Joseph, S., & Linley, P.A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
 - Kelly, G., Morris, R., & Shetty, H. (2018). Predictors of post-traumatic growth in stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 40, 2916-2924.
 - Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and post-traumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 425-433.
 - Liu, A. N., Wang, L. L., Li, H. P., Gong, J., & Liu, X. H. (2017). Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205, 380-389.
 - McAdams, D. (2013). *The redemptive self: Stories Americans live by* – revised and expanded edition. New York: Oxford University Press.

- Polkinghorne, D.E. (1996). Transformative narratives: from victimic to agentic life plots. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 299-305.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- Radstaak, M., Hüning, L., & Bohlmeijer, E. T. (2020). Well-Being therapy as rehabilitation therapy for posttraumatic stress disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*. Manuscript accepted for publication.
- Roepke, A. M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 129-142.
- 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.
- Schubert, C. F., Schmidt, U., & Rosner, R. (2016). Posttraumatic growth in populations with posttraumatic stress disorder—A systematic review on growth-related psychological constructs and biological variables. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 469-486.
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24, 624-634.
- Shiyko, M. P., Hallinan, S., & Naito, T. (2017). Effects of mindfulness training on posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 8, 848-858.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004a). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004b). Posttraumatic growth: a new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21, 58-60.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 11-18.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G., (2018). *Post-traumatic growth: Theory, research, and applications*. New York: Routledge
- Turner, J. K., Hutchinson, A., & Wilson, C. (2018). Correlates of post-traumatic growth following childhood and adolescent cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 27, 1100-1109.
- Waugh, A., Kiemle, G., & Slade, P. (2018). What aspects of post-traumatic growth are experienced by bereaved parents? A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1.
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408-415.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.