



Afstudeerwerk stuk

Kundalini activation proces als
behandelmethode tegen
gegeneraliseerde angststoornis

Laure Horsten



Afstudeerwerkstuk

Kundalini activation proces als behandelmethode tegen
gegeneraliseerde angststoornis

Naam: Laure Horsten

Organisatie: Aeres Hogeschool

Locatie: Almere

Opleiding: Biologie, voeding en gezondheid

Klas: 4BVG

Begeleiding: Anita Okma

Datum: juli 2023

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeerwerkstuk “kundalini activation proces als behandelmethode tegen de gegeneraliseerde angststoornis”. Dit afstudeerwerkstuk is geschreven als onderdeel van de studie ‘biologie, voeding en gezondheid’ aan de Aeres hogeschool Almere. Ik heb van juni 2022 tot en met mei 2023 aan dit afstudeerwerkstuk gewerkt.

Ik heb tijdens mijn studietijd gemerkt dat ik onderdelen van de GGZ erg interessant vond. In mijn privé omgeving heb ik vervolgens gehoord over kundalini en dit heeft mijn interesse gewekt. In dit afstudeerwerkstuk heb ik deze twee dingen met elkaar kunnen combineren in een literatuurafstudeerwerkstuk.

Ik wil graag mijn begeleider Anita Okma bedanken voor de begeleiding tijdens het onderzoek. Daarnaast wil ik Annelies Borsboom bedanken voor de hulp met het zoeken van de bronnen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Laure Horsten

Dongen, Juli 2023

Inhoud

Begrippenlijst	5
Samenvatting	7
Summary	8
H1. Inleiding	9
H2: Methode:	12
2.1 Methode systematisch literatuuronderzoek	12
2.2 en- en exclusiecriteria	13
2.3 beantwoording deelvragen	13
2.3.1 specificering deelvragen 1 en 2	13
2.3.2 specificering deelvragen 3 en 4	14
2.4 Kwaliteitsbeoordeling van de literatuur	15
2.4.1 Kwalitatieve literatuur	15
2.4.2 kwantitatieve literatuur	15
2.5 Data analyse	16
2.5.1 analyse deelvraag 1 en 2	16
2.5.2 analyse deelvraag 3 en 4	17
2.5.3 hoofdvraag	18
H3 resultaten	19
Inleiding	19
3.1 Wat is de werking van KAP?	20
3.1.1 Hoe werkt het?	20
3.1.2 Wat doet het met het lichaam?	21
3.1.3 Wat doet het met de geest?	21
3.1.4 Nadelen	21
3.2 Wat is de werking van cognitieve gedragstherapie?	23
3.2.1 Hoe werkt het?	23
3.2.2 Wat doet het met het lichaam?	23
3.2.3 Wat doet het met de geest?	23
3.2.4 nadelen	23
3.3 Hoe toegankelijk is KAP?	24
3.3.1 doelgroep	24
3.3.2 Wie geeft het?	24
3.3.3 Kosten	24
3.3.4 Wachttijden	24
3.3.5 Waar kan je KAP doen?	24

3.4 Hoe toegankelijk is cognitieve gedragstherapie?	25
3.4.1 doelgroep	25
3.4.2 Wie geeft het?	25
3.4.3 kosten	25
3.4.4 Wachttijden	25
3.4.5 Waar kan je CGT krijgen?	25
H4 Discussie	26
H5 Conclusie en aanbevelingen	29
Bronnenlijst	32
Bijlagen	38
Bijlage 1 'Framework for Assessing Qualitative Evaluations'	38
Bijlage 2 'Critical Review Form- Quantitative Studies'	45

Begrippenlijst

Begrip	Definitie	Bron
Autonome hyperactiviteit	Autonome hyperactiviteit is een aandoening waarbij het autonome zenuwstelsel overactief is. Dit kan leiden tot verschillende symptomen zoals een verhoogde hartslag en bloeddruk, zweten en trillen.	(National Institutes of Health, z.d.(a))
Cardiovasculaire aandoeningen	Cardiovasculaire aandoeningen zijn aandoeningen die te maken hebben met het hart en de bloedvaten.	(Mayo Clinic, 2023)
Myocardinfarct	Een myocardinfarct is de medische term voor een hartaanval. Dit is een aandoening waarbij de bloedtoevoer naar het hart (tijdelijk) wordt geblokkeerd, meestal door een bloedstolsel.	(National Institutes of Health, z.d.(b))
CVA	Een CVA, of cerebrovasculair accident, is de medische term voor een beroerte.	(National Institutes of Health, z.d.(c))
In vivo blootstelling	In vivo blootstelling is een vorm van gedragstherapie voor angststoornissen. Binnen de therapie wordt iemand geleidelijk aan bloot gesteld aan de situaties of objecten die hun angst veroorzaken.	(American Psychological Association, 2013(a))
Farmacotherapie	Farmacotherapie is de behandeling van ziekten en aandoeningen met behulp van medicijnen.	(American Society of Health-System Pharmacists, z.d.)
Psychotherapie	Psychotherapie is een behandelingsvorm gericht op het helpen van mensen bij het overwinnen van psychologische problemen en daarnaast het verbeteren van hun mentale welzijn.	(American Psychological Association, 2013(b))
Psychoeducatie	Psychoeducatie is een vorm van therapie die gericht is op educatie, het verstrekken van informatie over psychologische aandoeningen en behandelingen om patiënten te helpen hun symptomen beter te begrijpen en te beheren.	(American Psychological Association, 2013(c))
Somatische	Somatisch verwijst naar het lichaam of de fysieke aspecten van de gezondheid en ziekte.	(American Psychological Association, 2013(d))
Hatha-yoga	Hatha-yoga is een vorm van yoga die zich richt op het beheersen van de ademhaling en het uitvoeren van fysieke houdingen om de geest en het lichaam te versterken en te ontspannen.	(American Psychological Association, 2013(e))
Motorische- en zintuiglijke ervaringen	Motorische en zintuiglijke ervaringen verwijzen naar de manier waarop we informatie waarnemen en verwerken via onze zintuigen en ons lichaam.	(American Psychological Association, 2013(f))

Psychofysiologische metingen	Psychofysiologische metingen zijn metingen van fysiologische reacties die verband houden met psychologische processen, zoals hartslag, bloeddruk en huidgeleiding	(American Psychological Association, 2013(g))
Autonome- en centrale zenuwstelsel	Het autonome zenuwstelsel regelt onbewuste lichaamsfuncties zoals hartslag en ademhaling, terwijl het centrale zenuwstelsel bestaat uit de hersenen en het ruggenmerg en verantwoordelijk is voor bewuste waarneming en controle van bewegingen.	(American Psychological Association, 2013(h))
Elektrocardiografische gegevens	Gegevens van een hartfilmpje	(Modestino, 2016)
Infrarood fotoplethysmografisch apparaat	Een infrarood fotoplethysmografisch apparaat is een medisch instrument dat wordt gebruikt om de hartslag en de bloedstroom te meten door middel van infrarood licht.	(American Psychological Association, 2013(i))
Elektromyografie	Elektromyografie is een medische techniek die wordt gebruikt om de elektrische activiteit van spieren te meten.	(American Psychological Association, 2013(j))
Schizofrenie	Schizofrenie is een psychische aandoening die wordt gekenmerkt door een verstoring van het denken, emoties en gedrag, waardoor het moeilijk wordt om de realiteit te begrijpen.	(American Psychological Association, 2013(k))
Neurale substraten	Neurale substraten zijn de specifieke delen van het zenuwstelsel die betrokken zijn bij bepaalde mentale processen of gedragingen.	(American Psychological Association, 2013(l))
“Top down” emotieregulatie	Top-down emotieregulatie is een proces waarbij een persoon cognitieve strategieën gebruikt om bewust invloed uit te oefenen op hun eigen emoties.	(American Psychological Association, 2013(m))
Prefrontale hersengebieden	Het prefrontale hersengebied is het deel van de hersenen dat zich bevindt in het voorste gedeelte van de frontale kwab. Dit gebied speelt een belangrijke rol bij het plannen en uitvoeren van taken, het nemen van beslissingen en het reguleren van emoties en gedrag.	(American Psychological Association, 2013(n))
Parahippocampus	De parahippocampus is een hersengebied dat zich bevindt in de mediale temporale kwab van de hersenen en betrokken is bij het geheugen en ruimtelijke navigatie.	(American Psychological Association, 2013(o))

Samenvatting

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lopen de wachttijden voor een behandeling op. Mensen met ernstige psychische klachten kunnen nog steeds lang niet overal binnen de streeftijd terecht voor hulp. In verschillende regio's lopen de wachttijden voor een behandeling zelfs op tot een half jaar en langer. De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is een van de meest voorkomende, maar tegelijkertijd ook één van de meest complexe angststoornissen bij volwassenen. Het hebben van GAS brengt verschillende gevolgen met zich mee, zoals; hartkloppingen en in erge gevallen het hebben van suïcidale gedachten.

Er bestaan traditionele, bekende behandelingen tegen GAS, maar ook alternatieve behandelmethodes. Een alternatieve methode is kundalini activation process (KAP). “Kundalini activeringsproces is een rechtstreekse energieoverdracht die een diepgaand ontwaken kan creëren, ook wel Kundalini ontwaking genoemd”.

In dit onderzoek is op basis van literatuur gekeken naar de verschillen tussen de alternatieve behandelmethode KAP en de reguliere behandelmethode cognitieve gedragstherapie bij de gegeneraliseerde angststoornis op gebied van werking en toegankelijkheid, en er is gekeken of KAP een alternatief kan zijn voor mensen die lang wachten op een GGZ behandeling.

Het ontwaken van kundalini brengt veranderingen in de motorische- zintuiglijke- en mentale ervaringen, dit fenomeen wordt beschreven als een “Fysio-kundalini syndroom”. Daarnaast is een effect van KAP dat het de hardslag kan normaliseren en een afname van variabiliteit met zich meebrengt. Helaas brengt KAP ook gevaren met zich mee zoals dat kundalini bij bepaalde onstabiele individuen kan leiden tot een echte psychose.

“Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een psychosociale interventiebenadering waarbij gedragsverandering wordt geïnitieerd door een therapeut die patiënten helpt de irrationele gedachten en overtuigingen die waarschijnlijk aan de basis liggen van hun maladaptieve gedragingen te confronteren en te wijzigen”. Uit een ander onderzoek zijn verschillende effecten in de hersenen aangetoond binnen pre- en postbehandeling.

Binnen de toegankelijkheid van beide behandelmethoden hebben ze beide voor en nadelen. Zo is CGT vergoed en daarom kosteloos, maar met een lange wachttijd. KAP is daar in tegen zonder wachttijd maar niet voor iedereen beschikbaar door de gevaren die er aan verbonden zijn.

De keuze voor KAP zal goed afgewogen moeten worden wanneer iemand deze keuze wil maken. Verder onderzoek zal op persoonlijke basis nodig zijn voor een beter oordeel.

Summary

Within mental health care (GGZ), waiting times for treatment are increasing. People with serious mental health problems are still far from having access to care on the agreed time. In several regions, waiting times for treatment are even up to six months and more. Generalized anxiety disorder (GAS) is one of the most common, but at the same time one of the most complex anxiety disorders among adults. Having GAS carries several consequences, such as; palpitations and in severe cases having suicidal thoughts.

There are traditional, well-known treatments against GAS and alternative methods. An alternative method is kundalini activation process (KAP). "Kundalini activation process is a direct energy transfer that can create a profound awakening, also called Kundalini awakening.

This study looked at the differences between the alternative treatment method KAP and the regular treatment method cognitive behavioral therapy in generalized anxiety disorder in terms of functioning and accessibility, based on literature, and whether KAP can be an alternative for people who are waiting a long time for mental health treatment.

The awakening of kundalini brings changes in motor-sensory and mental experiences, this phenomenon is described as a "Physio-kundalini syndrome". In addition, one effect of KAP is that it can normalize the heart rate and involves a decrease in variability. Unfortunately, KAP also brings dangers such as that kundalini can lead to true psychosis in certain unstable individuals.

"Cognitive behavioral therapy (CBT) is a psychosocial intervention approach in which behavior change is initiated by a therapist who helps patients confront and modify the irrational thoughts and beliefs that are likely to underlie their maladaptive behaviors" Research demonstrated different effects in the brain within pre- and post-treatment.

Within the accessibility of both treatment methods, they both have advantages and disadvantages. For example, CBT is reimbursed and therefore free of charge, but with a long waiting period. In contrast, KAP is without waiting time but not available to everyone due to the dangers involved.

The choice for KAP will have to be carefully considered when someone wants to make this choice. Further research will be needed on a personal basis for better judgment.

H1. Inleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lopen de wachttijden voor een behandeling op. Ondanks dat dit al langer een bekend probleem is moeten een kleine 30.000 mensen nog steeds langer wachten op psychische hulp dan afgesproken. Mensen met ernstige psychische klachten kunnen nog steeds lang niet overal op tijd terecht voor hulp. In verschillende regio's lopen de wachttijden voor een behandeling zelfs op tot een half jaar en langer (NOS, 2021).

Dit komt mede omdat er de laatste jaren een stijgende lijn te zien is in het aantal mensen dat psychisch ongezond is. In het vierde kwartaal van 2020 waren relatief meer mensen psychisch ongezond dan in hetzelfde kwartaal van 2019. Dit is blijven oplopen en halverwege 2021 zijn deze cijfers gestabiliseerd. Vooral het aandeel mensen dat zich somber en neerslachtig voelde en het aandeel dat zichzelf als minder gelukkig beschreef nam toe. In het tweede kwartaal van 2021 nam daarbij ook het aandeel mensen dat zich kalm en rustig voelde af. De groep jong volwassenen (18 tot 25 jaar) was het vaakste psychisch ongezond. Zij gaven dan ook vaker dan andere leeftijdsgroepen aan dat zij onrustig, somber en niet gelukkig zijn (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021a). Dit is ook terug te zien in de cijfers van de jongvolwassenen die lijden aan angststoornis of depressie. In 2016 hadden 7% van de jongvolwassenen last van angststoornis of depressie en in 2020 is dit opgelopen tot 9% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021b). In het begin van 2020 ontstond er een noodsituatie door het ontstaan van de COVID-19 pandemie. De maatregelen van deze pandemie, zoals het beperken van sociale contacten, hebben extra risico met zich mee gedragen op het vormen van psychische problematiek. Dit kan gevolg hebben op de cijfers van 2020 en later (Lobbezoo, 2022).

De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is een van de meest voorkomende, maar tegelijkertijd ook één van de meest complexe angststoornissen bij volwassenen (Bakker, 2018). “Een angststoornis is een neurotische stoornis met als meest kenmerkende symptoom een pathologische vorm van angst of het bestaan van een fobie. Daarbij kan sprake zijn van slaapstoornissen, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, affectvervlakking, ademnood, duizeligheid, hartkloppingen, beven, zweten, overmatige alertheid, autonome hyperactiviteit en motorische spanning.” (Baan et al., 2003) Naast deze symptomen kan een angststoornis ook het risico op cardiovasculaire aandoeningen, op myocardinfarct en CVA verhogen (Quadackers et al., 2021). In erge gevallen kan ook het hebben van suïcidale gedachten een gevolg zijn (Sanches et al., 2022) (Quenneville et al., 2022).

Er bestaan traditionele, bekende behandelingen tegen GAS die gebruik maken van in vivo blootstelling, farmacotherapie of psychotherapie (Bakker, 2018) (Baan et al., 2003). Daarnaast zijn er ook specifieke behandelmethoden bij angststoornissen, dit zijn bijvoorbeeld; cognitieve gedragstherapie, EMDR, psychoeducatie of farmacotherapie (Ho Pian & Nederstigt, 2020). Naast deze traditionele behandelmethoden wordt er ook veel onderzoek gedaan naar recente, nog onbekende behandelmethoden voor GAS (Bakker, 2018).

Wanneer iemand het vermoeden heeft een angststoornis te hebben is het belangrijk dat er behandeling wordt gezocht. Uit onderzoek is gebleken dat een angststoornis zonder behandeling niet weg zal gaan (Scott et al., 2022). Wanneer iemand daarom besluit behandeling te zoeken moet diegene eerst naar de huisarts (Dierx, 2012). Huisartsen werken voor een adequate behandeling volgens de NHG-richtlijnen (Nederlands Huisartsen Genootschap, z.d.). Vóórdat de diagnose wordt vastgesteld zijn mensen met GAS vaak al meerdere keren bij de huisarts op spreekuur geweest. Mensen met een generaliseerde angststoornis hebben vaak last van wisselende, somatische klachten en specifieke klachten. Zij krijgen vaak eerst allerlei behandelingen en onderzoeken voor deze klachten (Dierx, 2012) (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019). Aan de hand van de NHG

richtlijnen kan de huisarts de diagnose angststoornis stellen en de patiënt uiteindelijk doorverwijzen naar een psycholoog, psychotherapeut, psychiater of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (Nederlands Huisartsen Genootschap, z.d.) (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019).

Door de lange wachttijden kan het zo zijn dat iemand erg lang moet wachten op een traditionele behandelmethode (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019). De standaard behandelmethode voor een angststoornis is cognitieve gedragstherapie (Thom et al., 2022). Een huisarts kan dan adviezen geven over wat iemand in de tussentijd zelf kan doen aan de gevolgen van een angststoornis (MIND, 2022). De adviezen die huisartsen geven zijn als volgt; genoeg slapen, goed gezond eten, leven met regelmaat, een half uur per dag bewegen, zo min mogelijk cafeïne, geen alcohol en drugs, en ontspanningsoefeningen doen (thuisarts.nl, 2019).

Om de wachttijd te overbruggen kan er ook gekozen worden voor een alternatieve, nog onbekende behandelmethode. Wanneer er gegoogeld wordt op 'alternatieve geneeswijzen tegen angststoornis' komen er verschillende hits naar voren, zoals; een energetische behandeling, neurofeedback of hypnose (Van Esch & Van Iersel, 2020) (Smits, 2022) (Godschalk, 2015).

Naast de standaard behandeling, de adviezen van de huisarts en makkelijk te vinden alternatieve behandelingen via google zijn er ook manieren om een angststoornis te behandelen die niet of erg moeilijk te vinden zijn op internet. In de westerse landen worden 'Chinese geneeskunde' en alternatieve niet westerse methodes steeds populairder (Cook, 2018). Één van deze alternatieve methodes is kundalini activation process (KAP). "Kundalini activeringsproces is een rechtstreekse energieoverdracht die een diepgaand ontwaken kan creëren, ook wel Kundalini ontwakking genoemd. Het is een van de namen die aan de krachtige, creatieve, levenskracht energie gegeven wordt die ieder mens in zich heeft." (Hoevenaar, 2021) (Woollacott et al., 2021) KAP is bewezen effectief tegen angst (Deyneko, 2021). Door deze reden en persoonlijke interesse vanuit de onderzoeker zal deze alternatieve behandelmethode verder worden onderzocht op gebied van werking en toegankelijkheid.

Het doel van dit onderzoek is om erachter te komen of KAP een goede behandelmethode kan zijn voor de gegeneraliseerde angststoornis en wat de verschillen zijn met de reguliere en meest gebruikte behandelmethode' cognitieve gedragstherapie.

Hoofdvraag: Wat zijn de verschillen, op gebied van werking en toegankelijkheid, tussen de alternatieve behandelmethode Kap en de reguliere behandelmethode cognitieve gedragstherapie bij de gegeneraliseerde angststoornis en is KAP een alternatief voor mensen die lang wachten op een GGZ behandeling?

Deelvragen:

1. Wat is de werking van KAP?
2. Wat is de werking van cognitieve gedragstherapie?
3. Hoe toegankelijk is KAP?
4. Hoe toegankelijk is cognitieve gedragstherapie?

De hypothese is dat KAP een goed alternatief zal zijn voor mensen die lang wachten op een GGZ behandeling. Verwacht wordt dat er wel veel verschil zal zijn in de werking van KAP en cognitieve gedragstherapie. Daarnaast wordt er verwacht dat KAP een stuk toegankelijker zal zijn dan cognitieve gedragstherapie door de lange wachttijden die er zijn. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen relevant zijn voor mensen met een gegeneraliseerde angststoornis die lang moeten wachten op de reguliere behandeling en behandelaars. Dit kan daardoor een mogelijke oplossing zijn voor de mensen die niet zo lang willen wachten op een behandeling en het kan daarnaast bijdragen aan het verminderen van de druk op de GGZ.

De onderzoeksvraag zal beantwoord worden door middel van een literatuurstudie. In hoofdstuk 2 wordt verteld hoe dit literatuuronderzoek uitgevoerd zal gaan worden. Hoofdstuk 3 gaat in op alle resultaten van het onderzoek. Hierna volgen de discussie en conclusie.

H2: Methode:

Deze literatuurstudie wordt gedaan om een vergelijking te maken tussen de alternatieve behandelmethodes Kap en de reguliere behandelmethodes cognitieve gedragstherapie bij de gegeneraliseerde angststoornis.

Dit onderzoek beantwoordt de volgende hoofd- en deelvragen:

Hoofdvraag: Wat zijn de verschillen, op gebied van werking en toegankelijkheid, tussen de alternatieve behandelmethodes Kap en de reguliere behandelmethodes cognitieve gedragstherapie bij de gegeneraliseerde angststoornis en is KAP een alternatief voor mensen die lang wachten op een GGZ behandeling?

Deelvragen:

1. Wat is de werking van KAP?
2. Wat is de werking van cognitieve gedragstherapie?
3. Hoe toegankelijk is KAP?
4. Hoe toegankelijk is cognitieve gedragstherapie?

Achtereenvolgens wordt er beschreven op welke manier het literatuuronderzoek is uitgevoerd. Vervolgens staat in paragraaf 2.2 beschreven welke literatuur gebruikt is door middel van in- en exclusiecriteria. Daarna wordt er in 2.3 per deelvraag uitgewerkt hoe het literatuuronderzoek eruit ziet. Er wordt in 2.4 specifieker uitgewerkt waar de bronnen aan moeten voldoen en hoe deze kwaliteitsbeoordeling gedaan is. Als laatste wordt er in 2.5 uitgelegd hoe de deelvragen uitgewerkt worden om uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden.

2.1 Methode systematisch literatuuronderzoek

Voor het vinden van literatuur is gebruik gemaakt van Pubmed, Science Direct, Springer, Wiley en google scholar. Deze databanken hebben allemaal een breed scala aan literatuur wat het geschikte databanken maakt. Voor het zoeken in de aangegeven databanken zijn er van tevoren ook zoektermen vastgezet. Deze zoektermen zorgen ervoor dat de juiste literatuur gevonden kan worden. Om de kans van slagen te vergroten zijn er ook synoniemen toegevoegd. De zoektermen zijn in paragraaf 2.3 per deelvraag uitgewerkt.

Om de maximale hits uit de zoektermen te halen is gebruik gemaakt van de operatoren 'and' en 'or'. Met deze operatoren kunnen de verschillende zoektermen met elkaar gecombineerd worden voor een zo goed mogelijk zoekresultaat in de literatuur. Er is met het selectie criterium 'tiab' gewerkt, dit zorgt ervoor dat het gekozen woord in de titel of het abstract van het artikel te vinden is. Dit kan zorgen voor een specifiekere zoekopdracht.

2.2 en- en exclusiecriteria

Voor het uitvoeren van het literatuuronderzoek zijn verschillende inclusie- en exclusie criteria opgesteld, die gebruikt zijn om tot de juiste informatie te komen voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, zie tabel 1. Daarnaast is er ook gekeken naar hoe betrouwbaar een bron is, dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 2.4

Tabel 1.

In- en exclusiecriteria

Inclusie criteria	Exclusie criteria
Nederlands en Engelstalige literatuur	Niet Nederlands of Engelstalige literatuur
Literatuur vanaf 2015	Literatuur ouder dan 2015
Literatuur over angststoornis	Literatuur over een andere mentale ziekte
Literatuur over KAP	Literatuur over andere geneeswijze
Literatuur over cognitieve gedragstherapie	Literatuur over andere geneeswijze

2.3 beantwoording deelvragen

Om uiteindelijk een goed antwoord te kunnen geven op de deelvragen is het belangrijk dat de zoektermen en de werkwijze om de deelvragen te beantwoorden zo specifiek mogelijk omschreven zijn.

2.3.1 specificering deelvragen 1 en 2

Voor de uitwerking van de eerste twee deelvragen is de werking van KAP en cognitieve gedragstherapie beschreven. Er wordt uitgelegd wat KAP en cognitieve gedragsbehandeling is, de methode wordt uitgelegd en wat het zou doen met de hersenen/geest. Daarbij worden ook de voor- en nadelen van de verschillende methodes uitgelegd.

Er is gebruik gemaakt van zoektermen, zoals; KAP, cognitieve gedragstherapie, effecten, werking enzovoort (zie hiervoor tabel 2). Deze zoektermen zullen ook in de Engelse vertaling worden gebruikt en in combinaties met elkaar door middel van de operatoren 'and' en 'or'.

Tabel 2

Zoektermen deelvraag 1 en 2

Zoekterm Nederlands	Zoekterm Engels	Synoniem Nederlands	Synoniem Engels
KAP	KAP		
Kundalini ontwaking	kundalini activation process		
Cognitieve gedragstherapie	Cognitive behavioral therapy		
Angststoornis	Anxiety disorder	GAS	Anxiety
Behandeling	treatment		
Geneeswijze	Medical treatment	Behandelwijze, geneesmethode, therapie	Healing, cure
Werking	Function		
Effecten	Effects		

Er is per deelvraag gestreefd worden naar kwaliteit boven kwantiteit van de bronnen. De richtlijnen voor de kwaliteit staat in paragraaf 2.4. Er is niet naar een exact aantal bronnen gestreefd, maar er is door de onderzoeker een inschatting gemaakt wanneer er voldoende informatie is verzameld. De literatuur die daar uit komt is in de literatuurmatrix worden opgenomen (zie tabel 4 en 5).

2.3.2 specificering deelvragen 3 en 4

Voor de beantwoording van deelvraag 3 en 4 is er gekeken naar de toegankelijkheid van KAP en cognitieve gedragstherapie. Voor de beantwoording zijn de volgende aspecten beschreven, namelijk;

- De wachttijd voor de behandeling
- De kosten van een behandeling en of dit vergoed wordt
- Wie deze behandelingen geven
- Of de behandeling voor iedereen geschikt is (geslacht/leeftijd)

Om deze deelvraag te beantwoorden zijn verschillende zoektermen gebruikt, zoals; KAP, cognitieve gedragstherapie, kosten, wachttijden, doelgroep enzovoort (zie tabel 3). Deze zoektermen zijn ook in de Engelse vertaling gebruikt en in combinaties met elkaar door middel van de operatoren 'and' en 'or'.

Tabel 3

Zoektermen deelvraag 3 en 4

Zoekterm Nederlands	Zoekterm Engels	Synoniem Nederlands	Synoniem Engels
KAP	KAP		
Kundalini ontwaking	kundalini activation process		
Cognitieve gedragstherapie	Cognitive behavioral therapy		
Angststoornis	Anxiety disorder	GAS	Anxiety
Behandeling	treatment		
Geneeswijze	Medical treatment	Behandelwijze, geneesmethode, therapie	Healing, cure
Kosten	Costs	Prijzen	Prices
Wachttijden	Waiting times	Wacht duur, wachtlijst	
Effecten	Effects		
Doelgroep	Target audience	Beoogd publiek	

Er is per deelvraag gestreefd naar kwaliteit boven kwantiteit van de bronnen. De richtlijnen voor de kwaliteit staat in paragraaf 2.4. Er wordt niet naar een exact aantal bronnen gestreefd, maar er is door de onderzoeker een inschatting worden gemaakt wanneer er voldoende informatie is verzameld. De literatuur die daar uit komt is in de literatuurmatrix opgenomen (zie tabel 6 en 7).

2.4 Kwaliteitsbeoordeling van de literatuur

Om de kwaliteit van de gevonden en gebruikte literatuur te waarborgen is er gebruik gemaakt van checklists. Er is gebruik gemaakt van twee verschillende checklists, één voor kwalitatieve studies en één voor kwantitatieve studies.

2.4.1 Kwalitatieve literatuur

Voor het beoordelen van kwalitatieve literatuur is er gebruik gemaakt van 'Framework for Assessing Qualitative Evaluations', zie bijlage 1. De checklist heeft achttien beoordelvragen met betrekking tot onder andere, onderzoeksopzet, data analyse en controleerbaarheid. Wanneer de gevonden literatuur aan 8 of meer van de vragen niet voldoet is het niet meegenomen in dit onderzoek.

2.4.2 kwantitatieve literatuur

Voor het beoordelen van de kwantitatieve literatuur is er gebruikt gemaakt van 'Critical Review Form- Quantitative Studies', zie bijlage 2. Deze checklist gaat in om 8 onderwerpen zoals literatuur, design en resultaten. Aan de hand van deze lijst heeft de onderzoeker zelf een inschatting gemaakt of de literatuur wel of niet gebruikt is voor dit onderzoek.

2.5 Data analyse

De gevonden literatuur is beoordeeld en de data uit deze literatuur is verwerkt. Alle literatuur is daarvoor volledig doorgelezen en is gecontroleerd op betrouwbaarheid middels de informatie uit 2.4. De informatie die gebruikt kan worden voor het beantwoorden van de hoofd- of deelvragen is genoteerd in een literatuurmatrix per deelvraag en is uiteindelijk verwerkt in de resultaten.

2.5.1 analyse deelvraag 1 en 2

Om antwoord te kunnen geven op deelvragen 1 en 2 is de verzamelde data verwerkt in tabel 4 en 5.

Doordat de vragen uit tabel 5 en 6 zo specifiek mogelijk beantwoord zijn is er een duidelijke omschrijving uit gekomen over de werking van KAP en cognitieve gedragstherapie.

Tabel 4

Literatuurmatrix deelvraag 1

Deelvraag 1	Bron A	B	C	D	E
Hoe werkt de techniek van KAP?					
Wat doet KAP in het lichaam?					
Wat is het effect van KAP op de geest/hersenen?					
Wat zijn voordelen van de methode van KAP					
Wat zijn nadelen van de methode van KAP					

Tabel 5

Literatuurmatrix deelvraag 1

Deelvraag 2	Bron A	B	C	D	E
Hoe werkt de techniek van cognitieve gedragstherapie?					
Wat doet cognitieve gedragstherapie in het lichaam?					
Wat is het effect van cognitieve gedragstherapie op de geest/hersenen?					
Wat zijn voordelen van de methode van cognitieve gedragstherapie					
Wat zijn nadelen van de methode van cognitieve gedragstherapie					

2.5.2 analyse deelvraag 3 en 4

Om antwoord te kunnen geven op deelvragen 3 en 4 is de verzamelde data verwerkt in tabel 6 en 7.

Doordat de vragen uit tabel 6 en 7 zo specifiek mogelijk beantwoord zijn is er een duidelijke omschrijving ontstaan van alle aspecten die te maken hebben met de toegankelijkheid van KAP en cognitieve gedragstherapie.

Tabel 6

Literatuurmatrix deelvraag 3

Deelvraag 3	Bron A	B	C	D	E
Wat kost KAP?					
Waar kan je KAP doen?					
Voor welke doelgroep is KAP geschikt?					
Hoe lang is de wachttijd voor KAP?					
Wie geven KAP?					

Tabel 7

Literatuurmatrix deelvraag 4

Deelvraag 4	Bron A	B	C	D	E
Wat kost cognitieve gedragstherapie?					
Waar kan je cognitieve gedragstherapie doen?					
Voor welke doelgroep is cognitieve gedragstherapie geschikt?					
Hoe lang is de wachttijd voor cognitieve gedragstherapie?					
Wie geven cognitieve gedragstherapie?					

2.5.3 hoofdvraag

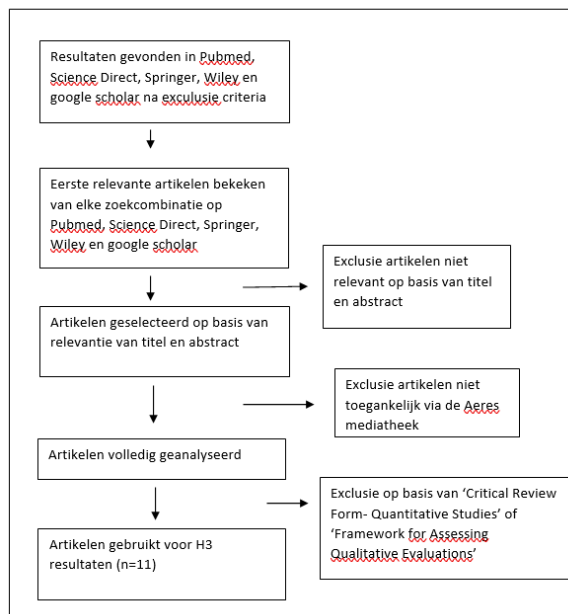
Nadat bovenstaande vier tabellen volledig zijn beantwoord en er antwoord is voor de vier deelvragen is er antwoord gegeven op de hoofdvraag. Door middel van een literatuurmatrix is er overzicht gegeven over de verschillen tussen de twee behandelmethodes.

Daarnaast is de verkregen informatie gebruikt om een oordeel te geven over of KAP een goed alternatief kan zijn voor mensen die lang wachten op een GGZ (reguliere) behandeling. Dit oordeel is getrokken worden uit de gegevens die uit de resultaten tabel worden gehaald.

H3 resultaten

Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de antwoorden op de deelvragen omschreven. Voor het vinden van literatuur is gebruik gemaakt van Pubmed, Science Direct, Springer, Wiley en google scholar. Voor het beoordelen van de kwantitatieve literatuur is er gebruik gemaakt van 'Critical Review Form- Quantitative Studies' en voor het beoordelen van kwalitatieve literatuur is er gebruik gemaakt van 'Framework for Assessing Qualitative Evaluations'. Na de literatuurbeoordeling zijn er 21 bronnen over gebleven die volledig zijn doorgelezen en zijn gebruikt voor het schrijven van de resultaten. In figuur 1 staat een overzicht van de resultaten search. Uiteindelijk zijn er van de gebruikte bronnen tien bronnen gevonden op het internet, tien bronnen gevonden op ScienceDirect en één bron gevonden met google scholar. Van deze elf wetenschappelijke bronnen zijn er zeven kwalitatief en vier kwantitatief. In bijlage 3 staat een tabel met het volledige overzicht van de wetenschappelijke bronnen die zijn gebruikt voor het schrijven van de resultaten. Hierin staat per bron de titel, de site waar het gevonden is, de auteurs, het soort onderzoek en op welke deelvraag de bron antwoord geeft.



Figuur 1. Overzicht search

3.1 Wat is de werking van KAP?

3.1.1 Hoe werkt het?

KAP staat voor “Kundalini activeringsproces” en is een rechtstreekse energieoverdracht die een diepgaand ontwaken kan creëren, ook wel Kundalini ontwakings genoemd. Het is een van de namen die aan de krachtige, creatieve, levenskracht energie gegeven wordt die ieder mens in zich heeft.” (Hoevenaar, 2021) (Woollacott et al., 2021).

Het woord Kundalini komt uit de oude yogafilosofie, waarin wordt aangenomen dat bepaalde spirituele activiteiten Kundalini kunnen ontwaken. Het fenomeen van Kundalini-ontwaken kan lijken op psychische aandoeningen en maakt het voor beoefenaars van de geestelijke gezondheidszorg moeilijk om ze van elkaar te onderscheiden.

Kundalini yoga is in de oude hindoeïstische meditatie traditie ontwikkeld als een pad naar mystieke verlichting. Deze beoefening omvat fysieke bewegingen, Hatha-yoga houdingen, geconcentreerde ademhalingsmeditaties, het zingen van bepaalde geluiden en suggestieve woorden, meditatie op visuele beelden en concentratie op de zeven energiecentra om de energie van de wervelkolom tot het hoofd te wekken en te verheffen.

Er wordt geloofd dat Kundalini een slapende vrouwelijke energie is. Deze energie ligt als een slang opgerold aan de basis van de wervelkolom. Deze energie wacht op de gelegenheid om te ontwaken en op te stijgen van het eerste 'chakra' of energiecentrum naar het zevende chakra van oneindige gelukzaligheid op de kruin van het hoofd.

Er kan een gevoel van ontwaken en overweldigende gelukzaligheid ervaren worden, dat zelfrealisatie symboliseert. Het ontwaken van Kundalini kan gepaard gaan met gevoelens van naar boven bewegende trillingen over de wervelkolom, schokkende sensaties, schokken en schudden van het lichaam, opwaartse blik en focussen van de ogen tussen de wenkbrauwen, opschorten van de adem, zien van licht en horen van geluiden die voor anderen niet waarneembaar zijn (Suchandra et al., 2021).

3.1.2 Wat doet het met het lichaam?

Het ontwakken van kundalini brengt veranderingen in de motorische- zintuiglijke- en mentale ervaringen, dit fenomeen wordt beschreven als een "Fysio-kundalini syndroom" (Suchandra et al., 2021).

Er zijn al verschillende onderzoeken gedaan naar de fysiologische verandering bij mensen die een kundalini ontwakening hebben gehad. Deze onderzoeken zijn gedaan op basis van psychofysiologische metingen van het autonome zenuwstelsel en andere metingen van het centrale zenuwstelsel. Het autonome zenuwstelsel is de hartslag, ademhaling en spieractiviteit.

Uit twee van de onderzoeken op basis van elektrocardiografische gegevens (de gegevens van het hartfilmpje) is een normalisering van de hartslag aangetoond bij mensen die kundalini beoefenen. Hier uit bleek een afname van de variabiliteit in de hartslag (Modestino, 2016).

Twee studies toonden een normalisering van de hartslag aan, met een afname van de variabiliteit, bij Kundalini-mediteerders. Dit is aangetoond op basis van een database met elektrocardiografische gegevens. Er was daarentegen één onderzoeksgroep die een stijging van de hartslagvariabiliteit aantoonde met behulp van elektrocardiografie. Opmerkelijk is dat een andere studie aantoonde dat Kundalini-mediteerders niet in staat waren hun hartslag in rust accuraat te meten, zoals bleek uit een infrarood fotoplethysmografisch apparaat dat op een vinger van de dominante hand werd bevestigd. Er is een afname van de spieractiviteit in rust gemeten tot 58 procent aan het einde van de meditatie. Dit werd gemeten door elektromyografie (EMG). Met betrekking tot de ademhaling toonde één studie aan dat Kundalini-meditatie gepaard ging met een afname van de ademhaling (met behulp van een buikspanningsmeter) en een toename van alfa zoals blijkt uit het EEG tijdens de meditatie. Bovendien was er een toename van het theta elektro-encefalogram (EEG) na de meditatie (Modestino, 2016). Theta-ritme is een "ritme met een frequentie van 4 tot minder dan 8 Hz". Wetenschappers uit Japan waren de eersten die de EEG-theta-activiteit op hebben gewekt door het toedienen van een mentale taak bestaande uit een continue rekenkundige optelling (*Quantitative EEG, Event-Related Potentials and Neurotherapy*, n.d.).

3.1.3 Wat doet het met de geest?

Meer recentelijk werd in een studie met fMRI bilaterale activering van de hippocampus aangetoond tijdens de stille mantra van Kundalini-meditatie. Zij speculeerden dat dit verband zou kunnen houden met geheugenconsolidatie (Modestino, 2016). Geheugenconsolidatie is het proces waarbij herinneringen worden vastgelegd in het brein (Assesor, 2022).

3.1.4 Nadelen

Er is veel literatuur die wijst op de voordelen van yogapraktijken bij psychische ziekten. Het is echter ook de moeite waard om de neveneffecten van deze technieken te begrijpen, vooral als geavanceerde yoga-oefeningen niet goed worden uitgevoerd met de nodige voorbereidingen en voorzorgsmaatregelen onder leiding van een specialist, dit kan bijvoorbeeld leiden tot psychose. Goede voorzorgsmaatregelen zijn bijvoorbeeld het kiezen van de juiste behandelaar die is opgeleid voor het geven van KAP (Suchandra et al., 2021). Er zijn verschillende opleidingen voor KAP te vinden op het internet, onbekend is hoe betrouwbaar deze zijn (Admin, 2023).

Onderzoekers hebben Kundalini ontwaken toegeschreven aan de veranderingen in motorische, zintuiglijke en mentale ervaringen en het omschreven als een "Fysio-kundalini syndroom". Aan de hand van een studie werd geschat dat 25 tot 30% van de patiënten in instellingen met schizofrenie kundalini verschijnselen ervaren. Daarnaast is uit een ander rapport gebleken dat "talloze" gevallen

van spontaan kundalini-ontwaken in verband worden gebracht met geestesziekten, variërend van neurose tot psychose. In tegenstelling hiermee geloofde Sri Aurobindo (yogi en filosoof) dat kundalini op zichzelf geen psychose zou veroorzaken bij een tot dan toe gezond persoon. Echter kan een in aanleg zwak zenuwstelsel, dat al vatbaar is voor emotionele problemen, kunnen decompenseren onder de stress van het kundalini-ontwaken. Dit vooral als de juiste voorzorgsmaatregelen niet in acht genomen worden. In tegenstelling hiervan zijn er twee meldingen gemaakt van gevallen bij wie de diagnose schizofrenie was gesteld, maar die in werkelijkheid een spirituele crisis doormaakten. Een spirituele crisis is een vorm van identiteitscrisis waarbij een individu drastische veranderingen ervaart in zijn zingevingssysteem. Dit is meestal als gevolg van een spontane spirituele ervaring zoals bij de kundalini ontwaken.

3.2 Wat is de werking van cognitieve gedragstherapie?

3.2.1 Hoe werkt het?

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectieve behandelingsmethode voor verschillende geestelijke gezondheidsproblemen, met name angst en depressie (Laranjo, 2016). “Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een psychosociale interventie benadering waarbij gedragsverandering wordt geïnitieerd door een therapeut die patiënten helpt de irrationele gedachten en overtuigingen die waarschijnlijk aan de basis liggen van hun maladaptieve gedragingen te confronteren en te wijzigen” (Gatchel & Rollings, 2012). Maladaptief gedrag wordt beschouwd als niet sociaal aanvaardbaar en is gedrag dat iemand ervan weerhoudt zich aan te passen aan normale situaties, zoals; het beperken van activiteiten (*Angststoornissen En PTSS. 14 Goede Vragen, Hier Goed Beantwoord*, n.d.). Het voornaamste doel van CGT is het identificeren van maladaptief gedrag. Het herkennen en vaststellen van maladaptief gedrag is het belangrijkste doel van CGT. Daarnaast moeten de overtuigingen die met dit gedrag samenhangen worden herkend. Ongepaste sterke meningen of geloof worden hierbij gecorrigeerd en vervangen door beter passende overtuigingen die leiden tot meer coping vaardigheden en adaptief gedrag (Gatchel & Rollings, 2012).

3.2.2 Wat doet het met het lichaam?

CGT is de eerstelijnsbehandeling voor de generale angststoornis, echter blijven veel mensen na CGT toch symptomatisch. Dit wijst er op dat individuele basisverschillen in neurofunctionele activiteit een rol kunnen spelen bij het lichamelijke resultaat van CGT (Klumpp et al., 2017). Neurofunctionele activiteit is gericht op de samenwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen en ruggenmerg), de wervelkolom, de schedel en de bindweefsels (spieren, ligamenten, dura, enz.). Dit heeft betrekking op het vermogen ons als individu te aan te kunnen passen aan de veranderingen om te gaan (UMOYA Chiropractic, 2022).

3.2.3 Wat doet het met de geest?

De impact van cognitieve gedragstherapie op neurale substraten van “top down” emotieregulatie blijft tot op heden niet genoeg besproken. Uit eerdere neuroimaging studies zijn behandeling gerelateerde veranderingen in verschillende prefrontale gebieden gevonden tijdens emotionele verwerking door een negatieve gebeurtenis. Dit gaat over onder andere de anterieure cingulate cortex en insula (Bomyea et al., 2020) (Klumpp et al., 2017). De anterieure cingulate cortex is betrokken bij een grote verscheidenheid aan functies, zoals het verwerken van beloning, prestatie monitoring en het uitvoeren van controle en actieselectie (Shenhav et al., 2013). De insula heeft verschillende functies. De voorste insulaire cortex is beschreven als een gebied dat interoceptie vertegenwoordigt en geassocieerd is met alle subjectieve gevoelens, zoals onder andere; aandacht, cognitieve keuzes en intenties, tijdsperceptie, het bewustzijn van sensaties en bewegingen en de betrouwbaarheid van sensorische beelden en subjectieve verwachtingen (Rolls, 2016). Uit onderzoek is een verminderde activatie in de parahippocampus waargenomen van pre- naar post-behandeling. Dit vond plaats tijdens periodes van vermindering versus behoud van emoties. De parahippocampus activatie wordt geassocieerd met veranderingen in symptomen gedurende de behandeling en post-behandeling. De resultaten van het onderzoek van Bomyea et al. (2020) suggereren dat deelnemers een downregulatie van neurale responsen vertoonden tijdens inspannende cognitieve emotieregulatie van pre- tot post-CBT (Bomyea et al., 2020).

3.2.4 nadelen

Angststoornissen komen veel voor en bij allemaal verschillende mensen. Het is lastig te behandelen, maar CGT is hier de bekendste behandelingsmethode voor. Er is bekend hoe CGT werkt, echter is er moeilijk te verklaren bij welke mensen de behandeling goed zal aanslaan en bij wie niet (Kinney et al., 2021).

3.3 Hoe toegankelijk is KAP?

3.3.1 doelgroep

Kundalini brengt gevaren met zich mee en is hierdoor niet voor iedereen toegankelijk. Uit het tibetaanse boek van de doden over kundalini komt dat bij bepaalde onstabiele individuen kundalini ontwaken gemakkelijk kan leiden tot een echte psychose. Het is belangrijk de negatieve kanten van KAP mee te nemen in de uiteindelijke keuze. Dit indiceert dat KAP niet voor iedereen een toegankelijke keuze kan zijn. (Suchandra et al., 2021).

3.3.2 Wie geeft het?

Doordat er gevaar zit aan KAP is het belangrijk dat de sessies alleen gegeven worden door een deskundige die de technieken zelf beheerst, maar ook geleerd heeft om KAP te geven in fases en op een systematische manier (Suchandra et al., 2021). Er zijn op internet verschillende opleidingen voor KAP te vinden (Admin, 2023). Er is binnen dit onderzoek onbekend welke opleidingen aan de juiste vereisten voldoen.

3.3.3 Kosten

De kosten voor een KAP sessie liggen ver uit elkaar. Een open sessie kan al vanaf vijftig euro waar een prive sessie verschilt tussen de tweehonderdvijftig en zeshonderdzestig euro per sessie. De verschillen hierin zitten in de aanbieder, maar ook in de vorm van de sessies. Er is daarom een mogelijkheid om zelf keuzes te maken in de vorm sessie waar het individu zich comfortabel bij voelt. (SESSIES - Isabel de Groot, 2023) (Jung – Kundalini – Therapie – Jungiaans instituut, z.d.). Door deze grote prijsverschillen is het mogelijk dat KAP niet voor iedereen een toegankelijke oplossing is.

3.3.4 Wachttijden

Er lijken genoeg opties te zijn waar KAP gevolgd kan worden zonder wachttijden. Verschillende aanbieders hebben sessies op korte termijn. Hierbij kan gedacht worden aan sessies die binnen een termijn van een week tot een maand ingepland kunnen worden. (SESSIES - Isabel de Groot, 2023) (Jung – Kundalini – Therapie – Jungiaans instituut, z.d.).

3.3.5 Waar kan je KAP doen?

Er worden op allerlei locaties door Nederland KAP sessies gegeven. Wanneer er op internet wordt gezocht zijn er al snel verschillende sites die deze sessies aanbieden. KAP is hierdoor erg toegankelijk op basis van locatie (SESSIES - Isabel de Groot, 2023) (Jung – Kundalini – Therapie – Jungiaans instituut, z.d.).

3.4 Hoe toegankelijk is cognitieve gedragstherapie?

3.4.1 doelgroep

Over het algemeen wordt CGT beschouwd als een “snelle” gedragstherapie. CGT is bedoeld om met minder dan twintig behandelingen een langdurig resultaat te bereiken. Dit maakt het toegankelijk voor mensen die niet veel tijd hebben of geen lange periode bezig willen zijn met een behandelmethode (Gatchel & Rollings, 2012).

3.4.2 Wie geeft het?

CGT wordt gegeven door een psycholoog of psychiater (Gezondheid en wetenschap, z.d.). De naam ‘psycholoog’ is in Nederland echter geen beschermde titel. Om de deskundigheid en kwaliteit van de psycholoog te kunnen herkennen zijn er wel extra titels en registraties (Redactie DOP, 2023). Het kan van belang zijn dit te bekijken voor er voor een psycholoog gekozen wordt.

3.4.3 kosten

Op het financiële gebied lijkt CGT een goede toegankelijke optie. De kosten worden namelijk vergoed vanuit de basisverzekering, omdat dit binnen de GGZ valt. Er moet echter wel eerst eigen risico worden betaald door mensen boven de 18 jaar oud. Kinderen van onder de 18 jaar oud krijgen deze kosten vergoed door de gemeente. Een vereiste hiervan is wel dat er een verwijzing van de huisarts is voor CGT, zonder verwijzing is er geen vergoeding mogelijk (*Cognitieve gedragstherapie zorgverzekering - Independer, z.d.*).

3.4.4 Wachttijden

De wachttijd voor CGT is per ggz instelling verschillend. De wachttijd bedraagt vanaf 1 mei 2023 gemiddeld 32 weken. Dit maakt CGT niet toegankelijk voor mensen die snel hulp willen krijgen (*Wachttijd – Pec ggz, z.d.*).

3.4.5 Waar kan je CGT krijgen?

CGT wordt door heel Nederland gegeven, maar kan ook online worden gegeven. CGT heeft ook bij de online variant goede resultaten. Het online aanbieden van CGT maakt het breed toegankelijk en gemakkelijk. Dit maakt de behandeling kosteneffectief en toegankelijker voor een groter publiek (Laranjo, 2016).

H4 Discussie

Het doel van dit onderzoek is om erachter te komen of KAP een goede behandelmethodede kan zijn voor de gegeneraliseerde angststoornis en wat de verschillen zijn met de reguliere en meest gebruikte behandelmethodede' cognitieve gedragstherapie.

In dit hoofdstuk worden de resultaten en methode van het onderzoek geëvalueerd. Daarnaast worden de beperkingen en implicaties besproken.

4.1 interpretatie resultaten

KAP en CGT zijn twee effectieve behandelmethodes voor het behandelen voor de gegeneraliseerde angststoornis. De methodes werken in principe helemaal anders, toch richten beide behandelmethodes zich op de hersenen. Er is uit onderzoek gebleken dat bij KAP een activatie van de hippocampus is. De hippocampus is het deel van de hersenen waar het geheugen wordt opgeslagen. CGT richt zich op het confronteren en wijzigen van irrationele gedachtes en gedragingen. Uit onderzoek is gebleken dat er veranderingen kunnen plaatsvinden in verschillende prefrontale gebieden van de hersenen, zoals onder andere de anterieure cingulate cortex en insula. De beide behandelmethodes hebben effecten in de hersenen, echter zijn dit wel verschillende delen van de hersenen. Er is geen informatie gevonden wat zegt welke van deze behandelmethodes of hersengebieden een beter effect geeft.

CGT patiënten blijven na behandeling vaak symptomatisch als het gaat op lichamelijke symptomen. KAP blijkt wel lichamelijke veranderingen te weeg te brengen. Er is bij KAP een normalisering van de hartslag aangetoond en een afname van de ademhaling. Uit deze informatie lijkt KAP op basis van lichamelijke symptomen de betere keuze te zijn. Het is wel van belang hierin mee te nemen dat niet iedereen met CGT symptomatisch blijft.

KAP heeft als nadeel dat patiënten met een in aanleg zwak zenuwstelsel, dat al vatbaar is voor emotionele problemen, kunnen decompenseren onder de stress van het kundalini-ontwaken. Dit is vooral als de juiste voorzorgsmaatregelen niet in acht genomen worden. CGT heeft geen gevaren gekoppeld aan de behandeling. Een nadeel van CGT is echter wel dat het moeilijk te bepalen is bij wie de behandeling zal aanslaan en bij wie ook niet. Hierin lijkt CGT de veiligere keuze te zijn omdat hier geen gevaren aan gekoppeld zitten, wel is er de kans dat er lang op behandeling gewacht wordt en deze vervolgens niet aanslaat.

Op basis van toegankelijkheid hebben beide behandelmethodes voor- en nadelen. Deze voor- en nadelen zijn enorm afhankelijk van het individu. Zo is KAP een stuk duurder, maar heeft CGT een lange wachttijd. Er moet op individueel niveau gekeken worden welke voor- en nadelen zwaarder wegen.

4.2 inhoudelijke reflectie

Er wordt al jaren door verschillende onderzoekers onderzoek gedaan naar het verband tussen kundalini en geestenziekte. Dit onderzoek heeft alleen bijna 20 jaar stilgelegen en kort geleden is dit pas weer opgepakt (Suchandra et al., 2021). Dit heeft ervoor gezorgd dat het niet bij alle bronnen mogelijk is geweest deze uit 2015 of later te halen. Dat er gekozen is voor oudere bronnen heeft er uiteindelijk wel voor gezorgd dat er voldoende informatie opgehaald kon worden.

Binnen dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van literatuur. Een mogelijkheid voor praktijkgericht onderzoek, zoals een kwalitatief- of kwantitatief onderzoek, had de resultaten kunnen verbeteren. Zo zou het interviewen van mensen na hun KAP sessies zou een beter inzicht kunnen geven op de positieve en negatieve ervaringen.

Tijdens dit onderzoek bleek meer informatie over de opleiding en vereisten van een KAP instructeur van belang. Binnen de mogelijkheden van dit onderzoek is het niet gelukt om voldoende informatie over dit onderwerp te verkrijgen. Dit door gebrek aan tijd en de moeilijkheidsgraad om deze informatie te vinden binnen de literatuur. In eventueel vervolg onderzoek kan het van belang zijn hier dieper op in te gaan.

Een toevoeging van een andere alternatieve behandelmethode had een beter beeld kunnen geven voor mensen met een angststoornis zodat zij zouden kunnen kiezen. Wanneer op individueel niveau besloten wordt dat KAP niet passend is zal iemand in dit geval toch moeten wachten op CGT. Ook is er geen garantie dat CGT zal aanslaan. Wanneer KAP niet past en CGT niet aanslaat zal er verder gekeken moeten worden voor een derde optie. Het had een mooie toevoeging kunnen zijn om nog een alternatieve methode uit te werken om deze ook aan te kunnen bieden als extra optie.

Dit onderzoek geeft informatie voor alle mensen met een gegeneraliseerde angststoornis. Deelvragen 3 en 4 zijn gemaakt op basis van gegevens binnen Nederland. Antwoorden op deelvraag 1 en 2 blijven wel hetzelfde voor mensen met een gegeneraliseerde angststoornis die hulp zoeken in het buitenland.

4.3 reflectie op de methode

Ook was er tijdens het onderzoek niet altijd toegang tot alle wetenschappelijke bronnen die nuttig leken te zijn. Dit doordat via de Aeres hogeschool website alleen toegang is tot bepaalde websites en bronnen. Dit heeft als gevolg dat er waarschijnlijk meer belangrijke informatie op het internet te vinden is dan er in dit onderzoek opgenomen is.

Binnen dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van literatuur. Voor een beter antwoord op de hoofdvraag had het gebruik maken van bijvoorbeeld interviews van belang kunnen zijn. Binnen dit onderzoek was hier geen ruimte voor maar het had een beter beeld kunnen geven over de ervaringen van zowel KAP als CGT.

Ook hadden bijvoorbeeld interviews tot een beter beeld van Kundalini kunnen zorgen. Kundalini is niet enorm bekend en heeft ook niet een groot bereik aan literatuur. Er is voldoende literatuur gevonden om een basisbeeld te kunnen scheppen over Kundalini, maar uitgebreider onderzoek had van toegevoegde waarde kunnen zijn.

Binnen de methode van dit onderzoek is ervoor gekozen om alleen bronnen van 2015 of nieuwer te gebruiken en alleen bronnen met Engelse of Nederlandse tekst. Doordat Kundalini niet erg bekend is en ook niet een westerse methode is had het van belang kunnen zijn om deze methode wat breder te pakken. Er bleken niet veel bronnen over Kundalini te zijn uit 2015 of nieuwer. Er is nu voor gekozen om daarom ook oudere bronnen te gebruiken, een volgend onderzoek zou dit in de methode mee moeten nemen. Ook is er niet gekeken naar bronnen met andere talen dan Nederlands en Engels, een volgend onderzoek zou hier ook andere talen mee kunnen nemen uit landen waar Kundalini een bekender fenomeen is.

In de methode van dit onderzoek is geen rekening gehouden met hoe de bronnen verdeeld moesten worden per deelvraag. Uiteindelijk is binnen deelvraag 1 en 2 voornamelijk gebruik gemaakt van

wetenschappelijke bronnen en bestaan deelvraag 3 en 4 vooral uit informatie uit bronnen gevonden op google. Daarnaast zijn er van de wetenschappelijke bronnen zeven bronnen kwalitatief en vier bronnen kwantitatief. Drie van deze vier kwantitatieve bronnen zijn daarnaast gebruikt voor het beantwoorden van deelvraag 1. Het kan van meerwaarde zijn om dit van tevoren in de methode op te nemen zodat er een betere verdeling ontstaat over de verschillende deelvragen.

Er is door persoonlijke omstandigheden van de onderzoeker verandering gebracht in de tijdlijn van het onderzoek. Het onderzoek is tijdelijk uitgesteld, echter heeft dit als effect gehad dat de onderzoeker met de volle focus en aandacht bij het onderzoek kon zijn en dus beter werk heeft kunnen leveren. Dit komt door dat de omstandigheden die voor een lage concentratie en focus zorgde binnen deze 'pauze' zijn opgelost. Hierna is er met betere omstandigheden verder gewerkt.

H5 Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek is gekeken naar de verschillen tussen de alternatieve behandelmethode Kap en de reguliere behandelmethode cognitieve gedragstherapie bij de gegeneraliseerde angststoornis op gebied van werking en toegankelijkheid, en er is gekeken of KAP een alternatief kan zijn voor mensen die lang wachten op een GGZ behandeling.

Hier onder zal per deelvraag en uiteindelijk de hoofdvraag een conclusie worden gegeven op basis van de resultaten uit hoofdstuk 3 en **de discussie uit hoofdstuk 4**.

5.1 wat is de werking van KAP?

KAP staat voor “Kundalini activeringsproces en is een rechtstreekse energieoverdracht die een diepgaand ontwaken kan creëren, ook wel Kundalini ontwaking genoemd. Het is een van de namen die aan de krachtige, creatieve, levenskracht energie gegeven wordt die ieder mens in zich heeft” (Hoevenaar, 2021) (Woollacott et al., 2021). Het ontwaken van kundalini brengt veranderingen in de motorische- zintuigelijke- en mentale ervaringen, dit fenomeen wordt beschreven als een “Fysio-kundalini syndroom” (Suchandra et al., 2021). Daarnaast is een effect van KAP dat het de hartslag kan normaliseren en een afname van variabiliteit met zich meebrengt. Ook word er gespeculeerd dat KAP invloed heeft op de geheugenconsolidatie (Modestino, 2016). Helaas brengt KAP ook gevaren met zich mee zoals dat kundalini bij bepaalde onstabiele individuen kan leiden tot een echte psychose (Suchandra et al., 2021).

5.2 wat is de werking van cognitieve gedragstherapie?

“Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een psychosociale interventie benadering waarbij gedragsverandering wordt geïnitieerd door een therapeut die patiënten helpt de irrationele gedachten en overtuigingen die waarschijnlijk aan de basis liggen van hun maladaptieve gedragingen te confronteren en te wijzigen” (Gatchel & Rollings, 2012). Uit onderzoek van Bomyea et al. (2020) is een verminderde activatie in de parahippocampus waargenomen van pre- naar post-behandeling. Dit vond plaats tijdens periodes van vermindering versus behoud van emoties. De parahippocampus activatie wordt geassocieerd met veranderingen in symptomen gedurende de behandeling en post-behandeling. De resultaten van het onderzoek van Bomyea et al. (2020) suggereren dat deelnemers een downregulatie van neurale responsen vertoonden tijdens inspannende cognitieve emotieregulatie van pre- tot post-CBT (Bomyea et al., 2020). Ondanks dat CGT de standaard behandeling voor de gegeneraliseerde angststoornis is het nog altijd lastig te voorspellen bij wie de behandeling zal aanslaan en bij wie ook niet (Kinney et al., 2021).

5.3 hoe toegankelijk zijn KAP en CGT?

Een overzicht van de resultaten uit paragraaf 3.3 en 3.4 staat in tabel 8.

Tabel 8.

Conclusie deelvragen 3 en 4.

Deelvragen 3 en 4	KAP	CGT
Wat kost het?	Variërend van 50 – 600+ euro.	De kosten worden over het algemeen vergoed en komen daarom uit op 0 euro.
Waar kan je het doen?	Door heel Nederland zijn er locaties.	Door heel Nederland zijn er locaties en er is mogelijkheid tot online CGT.
Voor welke doelgroep is het geschikt?	Voor mensen die een sterke mentale basisgezondheid hebben.	Het is over het algemeen voor iedereen toegankelijk.
Hoe lang is de wachttijd ?	Er is geen wachttijd.	Gemiddeld 32 weken.
Wie geven het?	Het is belangrijk dat het gegeven wordt door iemand die goed getraind is.	CGT wordt gegeven door een psycholoog of psychiater.

5.4 conclusie hoofdvraag

KAP heeft het gevaar van het ontwikkelen van psychotische stoornissen wanneer het niet onder toezicht en met de juiste voorzorgsmaatregelen word uitgevoerd. Het is belangrijk dat de risico factoren eerst goed worden afgewogen voor gestart word aan een KAP sessie (Suchandra et al., 2021). Wanneer iemand niet wil of kan wachten op de wachttijd van CGT kan KAP overwogen worden. Dit is echter niet voor iedereen een optie door de gevaren die het met zich mee brengt en de kosten die er aan verbonden zijn. Er wordt hierdoor aanbevolen deze keuze goed te overwegen in de persoonlijke situatie. Daarnaast is uit de discussie gebleken dat niet alle informatie die van belang is voor een compleet antwoord is verworven binnen dit onderzoek. Er is daarom meer onderzoek nodig om alle benodigde informatie te verwerven.

5.5 aanbevelingen

De aspecten waar vooral naar gekeken zal moeten worden op basis van verschil met CGT zijn; kosten, gevaren en de instructeur.

Er zit een groot verschil in de kosten van CGT en KAP. Dit is iets waar op individueel niveau naar gekeken moet worden. De kosten van KAP zijn variërend, hierdoor zijn er ook opties voor mensen met een minder groot budget. Er kan dan gekeken worden naar bijvoorbeeld een groepsessie in plaats van een privé sessie.

De gevaren hangen van verschillende factoren af. Er zal per persoon goed gekeken moeten worden hoe de persoonlijke situatie is. Hiervoor is de mentale stabiliteit een belangrijke factor. Het is daarom belangrijk om een persoonlijke inschatting te maken van hoe groot het risico is, maar ook of iemand open staat om risico's te nemen.

Zoals uit de discussie is gebleken is er binnen dit onderzoek niet voldoende informatie verzameld over de juiste KAP instructeur om een goede aanbeveling te geven. Daarom wordt er aanbevolen om hier verder onderzoek naar te doen. Het kiezen van een goede KAP instructeur is van belang om de gevaren te minimaliseren en om goede resultaten te krijgen.

Er is geen zekerheid bij wie CGT zal aanslaan en bij wie niet. Het is van belang dat er in de keuze wordt meegenomen dat er een kans is dat de patiënt de wachttijd wacht op CGT en hier geen positief resultaat mee zal bereiken.

Concluderend hieruit is er niet één passend antwoord. De keuze of KAP een goed alternatief voor CGT kan zijn moet op een individueel level worden bekeken. Daarnaast is er de mogelijkheid dat beide behandelmethodes niet passend lijken te zijn. Wanneer dit het geval is moet er verder worden gezocht voor een andere passende behandelmethode voor gegeneraliseerde angststoornis. Dit advies geldt voor alle mensen die last hebben van de gegeneraliseerde angststoornis.

Bronnenlijst

Admin. (2023). Opleiding Kundalini Lichaamswerk | MU-Coaching. *MU-Coaching*. <https://mu-coaching.nl/kundalini-bodywork-retraite/>

American Psychological Association. (2013(a)). In vivo exposure therapy. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/in-vivo-exposure-therapy>

American Psychological Association. (2013(b)). Psychotherapy. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/psychotherapy>
American Psychological Association. (2013(c)). Psychoeducation. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/psychoeducation>

American Psychological Association. (2013(d)). Somatic. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/somatic>

American Psychological Association. (2013(e)). Hatha yoga. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/hatha-yoga>
American Psychological Association. (2013(f)). Motor and sensory experiences. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/motor-and-sensory-experiences>

American Psychological Association. (2013(g)). Psychophysiological measures. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/psychophysiological-measures>

American Psychological Association. (2013(h)). Autonomic and central nervous systems. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/autonomic-and-central-nervous-systems>
American Psychological Association. (2013(i)). Infrared photoplethysmography. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/infrared-photoplethysmography>

American Psychological Association. (2013(j)). Electromyography. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/electromyography>

American Psychological Association. (2013(k)). Schizophrenia. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/schizophrenia>

American Psychological Association. (2013(l)). Neural substrates. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/neural-substrates>

American Psychological Association. (2013(m)). Top-down emotion regulation. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/top-down-emotion-regulation>

American Psychological Association. (2013(n)). Prefrontal cortex. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/prefrontal-cortex>

American Psychological Association. (2013(o)). Parahippocampal gyrus. In Dictionary of psychology (3e ed.). Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://dictionary.apa.org/parahippocampal-gyrus>

American Society of Health-System Pharmacists. (z.d.). Farmacotherapie. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/guidelines/therapeutic-guidelines.ashx>

Angststoornissen en PTSS. 14 goede vragen, hier goed beantwoord. (n.d.). Studeer Smart With Chris. <https://www.studysmartwithchris.com/nl/samenvattingen/vpk-mk-and-gdw-ggz/maladaptieve-antidepressiva-blootstelling/>

Assesor, E. B.-. E. (2022). Effects of Transcranial Alternating Current Stimulation in the Theta Frequency on Associative Memory consolidation. <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/43270>

Baan, C. A., Hutten, J. B. F., & Rijken, P. M. (2003). *Afstemming in de zorg* (Nr. 282701005). Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/282701005.pdf>

Bakker, E. (2018). Psychologische en farmacologische behandelmogelijkheden bij gegeneraliseerde angststoornis : een systematische review - University of Twente Student Theses. Essay.Utwente.Nl. Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://essay.utwente.nl/76215/>

Bomyea, J., Ball, T. M., Simmons, A. N., Campbell-Sills, L., Paulus, M. P., & Stein, M. (2020b, juni 15). Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*; Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.001>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021a, 3 september). *Mentale gezondheid in eerste helft 2021 op dieptepunt*. Geraadpleegd op 21 juni 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/35/mentale-gezondheid-in-eerste-helft-2021-op-dieptepunt#:~:text=In%20het%20vierde%20kwartaal%20van,voort%2C%20waarna%20een%20stabilisatie%20volgde>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021b, september 3). *Mentale gezondheid in eerste helft 2021 op dieptepunt*. Geraadpleegd op 20 juni 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/35/mentale-gezondheid-in-eerste-helft-2021-op-dieptepunt#:~:text=In%20het%20vierde%20kwartaal%20van,voort%2C%20waarna%20een%20stabilisatie%20volgde>

Cognitieve gedragstherapie zorgverzekering - Independer. (z.d.). <https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/cognitieve-gedragstherapie.aspx>

Cook, H. J. (2018). De ontmoeting met niet-westerse tradities. *Medische geschiedenis*, 65–78. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8_5

Deyneko, A. (2021, 30 januari). *Kundalini Activation Process*. Spirit And Flesh Magazine. Geraadpleegd op 23 september 2022, van <https://spiritandfleshmag.com/articles/kundalini-activation-process/>

Dierx, G. (2012, 12 februari). *Gegeneraliseerde angststoornis*. www.gerdierx.nl. Geraadpleegd op 1 juli 2022, van <https://www.gerdierx.nl/gegeneraliseerde-angststoornis/>

Gatchel, R. J., & Rollings, K. H. (2012). Cognitive Behavioral Therapy. *Elsevier eBooks*, 286–299. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-07293-9.00021-0>

Gezondheid en wetenschap. (z.d.). *Cognitieve gedragstherapie* · Gezondheid en wetenschap. gezondheidswetenschap.be. <https://www.gezondheidswetenschap.be/richtlijnen/cognitieve-gedragstherapie#:~:text=Via%20cognitieve%20gedragstherapie%20leert%20men,door%20opdrachten%20thuis%20te%20doen.>

Godschalk, F. (2015, 14 februari). *Angst los je op met deprogrammeren*. alternatievegeneeswijzen-info.nl. Geraadpleegd op 1 juli 2022, van [https://www.alternatievegeneeswijzen-info.nl/artikel/id2681-Angst los je op met deprogrammeren.html](https://www.alternatievegeneeswijzen-info.nl/artikel/id2681-Angst%20los%20je%20op%20met%20deprogrammeren.html)

Ho Pian, K., & Nederstigt, M. (2020). *Slaapstoornissen in de psychiatrie* (Vol. 1). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2524-5_12

Hoevenaar, S. (2021, 31 augustus). *Kundalini Activation Process KAP - 16 oktober*. Key To Health. Geraadpleegd op 1 juli 2022, van <https://keytohealth.nl/event/kap-kundalini-activation-process-16-oktober/#:%7E:text=KAP%20%E2%80%93%20Kundalini%20activeringsproces%20is%20een,ieder%20mens%20in%20zich%20heeft.>

Jung – Kundalini – Therapie – Jungiaans instituut. (z.d.). <https://www.jungiaansinstituut.nl/events/jung-kundalini-therapie/>

Kinney, K. A., Burkhouse, K. L., Chang, F., MacNamara, A., Klumpp, H., & Phan, K. L. (2021). Neural mechanisms and predictors of SSRI and CBT treatment of anxiety: A randomized trial focused on emotion and cognitive processing. *Journal of Anxiety Disorders*, 82, 102449. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102449>

Klumpp, H., Roberts, J. L., Kennedy, A. E., Shankman, S. A., Langenecker, S. A., Gross, J. J., & Phan, K. L. (2017, 3 april). *Emotion regulation related neural predictors of cognitive behavioral therapy response in social anxiety disorder*. Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry; Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.01.010>

Laranjo, L. (2016, 1 januari). *Social Media and Health Behavior Change*. Elsevier eBooks; Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-809269-9.00006-2>

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (z.d.). *Critical review form – quantitative studies*. McMaster University. https://www.unisa.edu.au/siteassets/episerver-6-files/global/health/sansom/documents/icahe/cats/mcmasters_quantitative-review.pdf

Lobbezoo, A. (2022, 30 augustus). *Ervaren mentaal welzijn door adolescenten tijdens de COVID-19-pandemie*. SpringerLink. Geraadpleegd op 19 september 2022, van https://link.springer.com/article/10.1007/s12452-022-00285-8?error=cookies_not_supported&code=af48f5aa-de1f-4ff8-817a-e185a10d2fdb

Mayo Clinic. (2023, 31 mei). Cardiovascular disease. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cardiovascular-disease/symptoms-causes/syc-20353118>

MIND. (2022, 6 juli). *Behandeling angststoornis*. wijzijnmind.nl. Geraadpleegd op 24 juni 2022, van <https://wijzijnmind.nl/psychische-klachten/psychipedia/angststoornis/behandeling-angststoornis>

Modestino, E. J. (2016, 1 maart). *Neurophenomenology of an Altered State of Consciousness: An fMRI Case Study*. Explore-the Journal of Science and Healing; Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.004>

mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 307, 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.046>

National Institutes of Health. (z.d.(a)). Autonome hyperactiviteit. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://medlineplus.gov/ency/article/003950.htm>

National Institutes of Health. (z.d.(b)). Myocardinfarct. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://medlineplus.gov/ency/article/000195.htm>

National Institutes of Health. (z.d.(c)). Cerebrovasculair accident. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://medlineplus.gov/ency/article/000726.htm>

Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.). *Over NHG-Richtlijnen*. richtlijnen.nhg.org. Geraadpleegd op 2 juli 2022, van <https://richtlijnen.nhg.org/over-nhg-richtlijnen>

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2019, april). *Angst*. richtlijnen.nhg.org. Geraadpleegd op 1 juli 2022, van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst#samenvatting-richtlijnen-diagnostiek>

NOS. (2021, 14 juli). *Nog altijd wachten, wachten, wachten in de ggz, ervaar hier hoelang*. NOS.nl. Geraadpleegd op 20 juni 2022, van <https://nos.nl/op3/artikel/2389290-nog-altijd-wachten-wachten-wachten-in-de-ggz-ervaar-hier-hoelang>

Quadackers, D. M. C., Davy, D. C., Liemburg, E. J., Houtman, I. E. M., Oud, M. J. T., Berger, M. Y., Cahn, W., & Mulder, H. (2021). *Stemmings- en angststoornissen als risicofactor voor cardiovasculaire ziekten*. <https://pure.rug.nl/>. Geraadpleegd op 17 juni 2022, van https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/220167827/Artikel_NTvG_nr44_print.pdf

Quantitative EEG, Event-Related Potentials and Neurotherapy. (n.d.). ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/book/9780123745125/quantitative-eeg-event-related-potentials-and-neurotherapy>

Quenneville, A. F., Kalogeropoulou, E., Nicastro, R., Weibel, S., Chanut, F., & Perroud, N. (2022). Anxiety disorders in adult ADHD: A frequent comorbidity and a risk factor for externalizing problems. *Psychiatry Research*, 310, 114423. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114423>

Redactie DOP. (2023, 3 april). *Is 'psycholoog' een beschermde titel? De Online Psycholoog*. De Online Psycholoog. <https://www.de-online-psycholoog.nl/is-psycholoog-een-beschermde-titel/>

Rolls, E. T. (2016, 1 december). *Functions of the anterior insula in taste, autonomic, and related functions*. Brain and Cognition; Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.07.002>

Sanches, M., Nguyen, L. K., Chung, T. H., Nestadt, P., Wilcox, H. C., Coryell, W. H., Soares, J. C., & Selvaraj, S. (2022). Anxiety symptoms and suicidal thoughts and behaviors among patients with

Scott, A. J., Bisby, M. A., Heriseanu, A. I., Hathway, T., Karin, E., Gandy, M., Dudeney, J., Staples, L. G., Titov, N., & Dear, B. F. (2022). Understanding the untreated course of anxiety disorders in treatment-seeking samples: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 89, 102590. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102590>

SESSIES - Isabel de Groot. (2023, 8 mei). Isabel de Groot. <https://isabeldegroot.nl/kap-sessies/>

Shenhav, A., Botvinick, M., & Cohen, J. D. (2013, 24 juli). *The Expected Value of Control: An Integrative Theory of Anterior Cingulate Cortex Function*. Neuron; Cell Press. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.07.007>

Smits, T. (2022, 15 april). *Neurofeedback bij angst - depressie, dwang-, paniek- en angststoornissen*. Brainmed.nl. Geraadpleegd op 27 juni 2022, van <https://www.brainmed.nl/neurofeedback/neurofeedback-bij-angst/#:%7E:text=Effectiviteit%20neurofeedback%20bij%20angst,angst%20een%20kans%20van%20s lagen>

Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J., & Dillon, L. (2003, augustus). *Quality in qualitative evaluation: A framework for assessing research evidence*. National Centre for Social Research. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/498321/Quality-in-qualitative-evaulation_tcm6-38739.pdf

Suchandra, H. H., Bojappen, N., Rajmohan, P., Phurailatpam, S., Murali, L., Ok, A. S., Pahuja, E., Bhargav, H., Mehta, U. M., Manjunatha, N., & Thirthalli, J. (2021). "Kundalini-like experience as psychopathology: A case series and brief review". *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 42, 101285. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101285>

Thom, R. P., Pineda, J., Nowinski, L., Birtwell, K., Hooker, J. M., McGuire, J. F., & McDougale, C. J. (2022). A Virtually Delivered Adapted Cognitive-Behavioral Therapy Group for Adults With Williams

Syndrome and Anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.025>

Thuisarts.nl. (2019, 31 maart). *Ik heb een angst- en piekerstoornis*. Geraadpleegd op 1 juli 2022, van
<https://www.thuisarts.nl/angststoornis/ik-heb-gegeneraliseerde-angststoornis>

UMOYA Chiropractic. (2022, September 23). *Wat is Neuro-Functionele Integratie – UMOYA Chiropractic*. <https://www.umoya-chiropractic.nl/nl/neuro-functionele-chiropractie/>

Van Esch, B., & Van Iersel, A. (2020, 26 februari). *Alternatieve behandeling angststoornis*.
www.dezonnevlechtsilburg.nl. Geraadpleegd op 23 juni 2022, van
<https://www.dezonnevlechtsilburg.nl/angst/>

Wachttijd – Pec ggz. (z.d.). <https://www.pecggz.nl/praktisch/wachttijd/>

Woollacott, M. H., Kason, Y., & Park, R. D. (2021). Investigation of the phenomenology, physiology and impact of spiritually transformative experiences – kundalini awakening. *EXPLORE*, 17(6), 525–534. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.07.005>

Bijlagen

Bijlage 1 'Framework for Assessing Qualitative Evaluations' (Spencer et al., 2003)



FRAMEWORK FOR ASSESSING QUALITATIVE EVALUATIONS³

Study being appraised:

	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
1 FINDINGS	How credible are the findings?	Findings/conclusions are supported by data/study evidence (<i>i.e. the reader can see how the researcher arrived at his/her conclusions; the 'building blocks' of analysis and interpretation are evident</i>) Findings/conclusions 'make sense'/have a coherent logic. Findings/conclusions are resonant with other knowledge and experience (<i>this might include peer or member review</i>) Use of corroborating evidence to support or refine findings (<i>i.e. other data sources have been used to examine phenomena; other research evidence has been evaluated: see also Q14</i>)	
2 FINDINGS	How has knowledge/understanding been extended by the research?	Literature review (where appropriate) summarising knowledge to date/key issues raised by previous research Aims and design of study set in the context of existing knowledge/understanding; identifies new areas for investigation (<i>for example, in relation to policy/practice/substantive theory</i>) Credible/clear discussion of how findings have contributed to knowledge and understanding (<i>e.g. of the policy, programme or theory being reviewed</i>); might be applied to new policy developments, practice or theory Findings presented or conceptualised in a way that offers new insights/alternative ways of thinking Discussion of limitations of evidence and what remains unknown/unclear or what further information/research is needed	

³ For those wishing to read further about qualitative and evaluative research methods a short list of useful references can be found at the end.



	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
3 FINDINGS	How well does the evaluation address its original aims and purpose?	Clear statement of study aims and objectives; reasons for any changes in objectives Findings clearly linked to the purposes of the study – and to the initiative or policy being studied Summary or conclusions directed towards aims of study Discussion of limitations of study in meeting aims (<i>e.g. are there limitations because of restricted access to study settings or participants, gaps in the sample coverage, missed or unresolved areas of questioning, incomplete analysis, time constraints?</i>)	
4 FINDINGS	Scope for drawing wider inference – how well is this explained?	Discussion of what can be generalised to wider population from which sample is drawn/case selection has been made Detailed description of the contexts in which the study was conducted to allow applicability to other settings/contextual generalities to be assessed Discussion of how hypotheses/ propositions/findings may relate to wider theory; consideration of rival explanations Evidence supplied to support claims for wider inference (<i>either from study or from corroborating sources</i>) Discussion of limitations on drawing wider inference (<i>e.g. re-examination of sample and any missing constituencies; analysis of restrictions of study settings for drawing wider inference</i>)	
5 FINDINGS	How clear is the basis of evaluative appraisal?	Discussion of how assessments of effectiveness/evaluative judgements have been reached (<i>i.e. whose judgements are they and on what basis have they been reached?</i>) Description of any formalised appraisal criteria used, when generated and how and by whom they have been applied Discussion of the nature and source of any divergence in evaluative appraisals Discussion of any unintended consequences of intervention, their impact and why they arose	



	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
6	How defensible is the research design?	Discussion of how overall research strategy was designed to meet aims of study Discussion of rationale for study design Convincing argument for different features of research design (<i>e.g. reasons given for different components or stages of research; purpose of particular methods or data sources, multiple methods, time frames etc.</i>) Use of different features of design/data sources evident in findings presented Discussion of limitations of research design and their implications for the study evidence	
7	How well defended is the sample design/ target selection of cases/documents?	Description of study locations/areas and how and why chosen Description of population of interest and how sample selection relates to it (<i>e.g. typical, extreme case, diverse constituencies etc.</i>) Rationale for basis of selection of target sample/settings/documents (<i>e.g. characteristics/features of target sample/settings/documents, basis for inclusions and exclusions, discussion of sample size/number of cases/setting selected etc.</i>) Discussion of how sample/selections allowed required comparisons to be made	
8	Sample composition/case inclusion – how well is the eventual coverage described?	Detailed profile of achieved sample/case coverage Maximising inclusion (<i>e.g. language matching or translation; specialised recruitment; organised transport for group attendance</i>) Discussion of any missing coverage in achieved samples/cases and implications for study evidence (<i>e.g. through comparison of target and achieved samples, comparison with population etc.</i>) Documentation of reasons for non-participation among sample approached/non-inclusion of selected cases/documents Discussion of access and methods of approach and how these might have affected participation/coverage	



	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
9	How well was the data collection carried out?	Discussion of: • who conducted data collection • procedures/documents used for collection/recording • checks on origin/status/authorship of documents Audio or video recording of interviews/discussions/conversations (if not recorded, were justifiable reasons given?) Description of conventions for taking fieldnotes (e.g. to identify what form of observations were required/to distinguish description from researcher commentary/analysis) Discussion of how fieldwork methods or settings may have influenced data collected Demonstration, through portrayal and use of data, that depth, detail and richness were achieved in collection	
10	How well has the approach to, and formulation of, the analysis been conveyed?	Description of form of original data (e.g. use of verbatim transcripts, observation or interview notes, documents, etc.) Clear rationale for choice of data management method/tool/package Evidence of how <u>descriptive</u> analytic categories, classes, labels etc. have been generated and used (i.e. either through explicit discussion or portrayal in the commentary) Discussion, with examples, of how any <u>constructed</u> analytic concepts/typologies etc. have been devised and applied	
11	Contexts of data sources – how well are they retained and portrayed?	Description of background or historical developments and social/organisational characteristics of study sites or settings Participants' perspectives/observations placed in personal context (e.g. use of case studies/vignettes/individual profiles, textual extracts annotated with details of contributors) Explanation of origins/history of written documents Use of data management methods that preserve context (i.e. facilitate within case description and analysis)	



	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
12	How well has diversity of perspective and content been explored?	Discussion of contribution of sample design/ case selection in generating diversity Description and illumination of diversity/multiple perspectives/alternative positions in the evidence displayed Evidence of attention to negative cases, outliers or exceptions Typologies/models of variation derived and discussed Examination of origins/influences on opposing or differing positions Identification of patterns of association/linkages with divergent positions/groups	
13	How well has detail, depth and complexity (i.e. richness) of the data been conveyed?	Use and exploration of contributors' terms, concepts and meanings Unpacking and portrayal of nuance/subtlety/intricacy within data Discussion of explicit and implicit explanations Detection of underlying factors/influences Identification and discussion of patterns of association/conceptual linkages within data Presentation of illuminating textual extracts/observations	
14	How clear are the links between data, interpretation and conclusions – i.e. how well can the route to any conclusions be seen?	Clear conceptual links between analytic commentary and presentations of original data (<i>i.e. commentary and cited data relate; there is an analytic context to cited data, not simply repeated description</i>) Discussion of how/why particular interpretation/significance is assigned to specific aspects of data – with illustrative extracts of original data Discussion of how explanations/ theories/conclusions were derived – and how they relate to interpretations and content of original data (<i>i.e. how warranted</i>); whether alternative explanations explored Display of negative cases and how they lie outside main proposition/theory/ hypothesis etc.; or how proposition etc. revised to include them	



	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
15 REPORTING	How clear and coherent is the reporting?	Demonstrates link to aims of study/research questions Provides a narrative/story or clearly constructed thematic account Has structure and signposting that usefully guide reader through the commentary Provides accessible information for intended target audience(s) Key messages highlighted or summarised	
16 REFLEXIVITY & NEUTRALITY	How clear are the assumptions/theoretical perspectives/values that have shaped the form and output of the evaluation?	Discussion/evidence of the main assumptions/hypotheses/theoretical ideas on which the evaluation was based and how these affected the form, coverage or output of the evaluation (<i>the assumption here is that no research is undertaken without some underlying assumptions or theoretical ideas</i>) Discussion/evidence of the ideological perspectives/values/philosophies of research team and their impact on the methodological or substantive content of the evaluation (<i>again, may not be explicitly stated</i>) Evidence of openness to new/alternative ways of viewing subject/theories/assumptions (<i>e.g. discussion of learning/concepts/ constructions that have emerged from the data; refinement restatement of hypotheses/theories in light of emergent findings; evidence that alternative claims have been examined</i>) Discussion of how error or bias may have arisen in design/data collection/analysis and how addressed, if at all Reflections on the impact of the researcher on the research process	



	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
17 ETHICS	What evidence is there of attention to ethical issues?	Evidence of thoughtfulness/sensitivity about research contexts and participants Documentation of how research was presented in study settings/to participants (including, where relevant, any possible consequences of taking part) Documentation of consent procedures and information provided to participants Discussion of confidentiality of data and procedures for protecting Discussion of how anonymity of participants/sources was protected Discussion of any measures to offer information/advice/services etc. at end of study (i.e. where participation exposed the need for these) Discussion of potential harm or difficulty through participation, and how avoided	
18 AUDITABILITY	How adequately has the research process been documented?	Discussion of strengths and weaknesses of data sources and methods Documentation of changes made to design and reasons; implications for study coverage Documentation and reasons for changes in sample coverage/data collection/analytic approach; implications Reproduction of main study documents (e.g. letters of approach, topic guides, observation templates, data management frameworks etc.)	

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission -

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

Instructions: Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

CITATION	Provide the full citation for this article in APA format:
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? ☐ Yes ☐ No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? ☐ Yes ☐ No	Describe the justification of the need for this study:
DESIGN ☐ Randomized (RCT) ☐ cohort ☐ single case design ☐ before and after ☐ case-control ☐ cross-sectional ☐ case study	Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.): Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:
SAMPLE N = Was the sample described in detail? ☐ Yes ☐ No Was sample size justified? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A	Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?: Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:

OUTCOMES Were the outcome measures reliable? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed Were the outcome measures valid? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed	Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):	
INTERVENTION Intervention was described in detail? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed Contamination was avoided? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed ☐ N/A Cointervention was avoided? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed ☐ N/A	Outcome areas:	List measures used.:
RESULTS Results were reported in terms of statistical significance? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A ☐ Not addressed Were the analysis method(s) appropriate? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed	What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?	

Clinical importance was reported? ☐ Yes ☐ No ☐ Not addressed	What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)
Drop-outs were reported? ☐ Yes ☐ No	Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)
CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given study methods and results ☐ Yes ☐ No	What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?

Bijlage 3. overzicht wetenschappelijke bronnen

Titel	Site	Auteurs	Soort onderzoek	Onderzoeksvraag
"Kundalini-like experience as psychopathology: A case series and brief review"	ScienceDirect	Suchandra, H. H., Bojappen, N., Rajmohan, P., Phurailatpam, S., Murali, L., Ok, A. S., Pahuja, E., Bhargav, H., Mehta, U. M., Manjunatha, N., & Thirthalli, J.	Kwalitatief	Deelvraag 1 & 3
<i>Neurophenomenology of an Altered State of Consciousness: An fMRI Case Study.</i>	ScienceDirect	Modestino, E. J.	Kwantitatief	Deelvraag 1
<i>Social Media and Health Behavior Change.</i> Elsevier eBooks	ScienceDirect	Laranjo, L.	Kwalitatief	Deelvraag 2 & 4
Cognitive Behavioral Therapy	ScienceDirect	Gatchel & Rollings	kwalitatief	Deelvraag 2 & 4
<i>Emotion regulation related neural predictors of cognitive behavioral therapy response in social anxiety disorder</i>	ScienceDirect	Klumpp, H., Roberts, J. L., Kennedy, A. E., Shankman, S. A., Langenecker, S. A., Gross, J. J., & Phan, K. L.	kwalitatief	Deelvraag 2
Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders	ScienceDirect	Bomyea, J., Ball, T. M., Simmons, A. N., Campbell-Sills, L., Paulus, M. P., & Stein, M.	kwalitatief	Deelvraag 2
<i>The Expected Value of Control: An Integrative Theory of Anterior Cingulate Cortex Function</i>	Google Scholar	Shenhav, A., Botvinick, M., & Cohen, J. D.	kwantitatief	Deelvraag 2
<i>Functions of the anterior insula in</i>	ScienceDirect	Rolls, E. T.	Kwalitatief	Deelvraag 2

<i>taste, autonomic, and related functions</i>				
Investigation of the phenomenology, physiology and impact of spiritually transformative experiences – kundalini awakening	ScienceDirect	Woollacott, M. H., Kason, Y., & Park, R. D.	Kwalitatief	Deelvraag 1
<i>Quantitative EEG, Event-Related Potentials and Neurotherapy.</i>	ScienceDirect		Kwantitatief	Deelvraag 1
Effects of Transcranial Alternating Current Stimulation in the Theta Frequency on Associative Memory consolidation	ScienceDirect	Assesor, E. B.- . E.	kwantitatief	Deelvraag 1