

Algemene inleiding

Aanleiding en doel

De richtlijn ‘SOLK en somatoforme stoornissen’ (2010) is sterk verouderd. In het afgelopen decennium hebben belangrijke wijzigingen plaatsgevonden, met name gerelateerd aan de inhoudelijke verandering van de diagnostische criteria voor classificaties opgenomen in ‘Somatoforme stoornissen’ in de DSM-IV (APA, 1994) naar de diagnostische criteria voor classificaties opgenomen in ‘Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen’ in de DSM-5 (APA, 2013). Het meest essentiële verschil voor het merendeel van deze DSM-5 stoornissen is het laten vervallen van het criterium dat de lichamelijke klachten somatisch onverklaard moeten zijn. Een belangrijke reden voor de wijzigingen in de diagnostische criteria was het overwinnen van het lichaam-geest dualisme, waarbij lichaam en geest kunstmatig van elkaar worden gescheiden. Deze wijzigingen weerspiegelen de verschuiving naar een positieve, geïntegreerde benadering van deze stoornissen.

Sinds deze wijziging maken we geen onderscheid meer tussen klachten die al dan niet somatisch verklaard zijn. Het concept van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) is dus verlaten. In plaats daarvan richten we ons op alle aanhoudende lichamelijke klachten. De definitie van aanhoudende lichamelijke klachten is een conceptueel andere, overkoepelende term voor lichamelijke klachten die langer dan drie maanden bestaan en het functioneren beperken of lijdensdruk veroorzaken, ongeacht hun oorzaak. De klachten kunnen voorkomen in de context van een somatische, psychische of functionele aandoening, of in de afwezigheid van een bekende aandoening. Voor individuele patiënten blijft adequate diagnostiek naar mogelijke somatische en/of psychische oorzaken essentieel, evenals het afstemmen van de behandeling op die bevindingen. Binnen de diagnostiek en behandeling van aanhoudende lichamelijke klachten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ligt de nadruk echter op de transdiagnostische biologische, psychologische en sociale factoren die een rol kunnen spelen bij het aanhouden van de klachten (Rutten, 2024; Löwe, 2024). Zie Tabel 1 voor een overzicht van definities.

In de DSM-5-Text Revision (DSM-5-TR, 2022) zijn de classificaties *somatisch-symptoomstoornis* en *functioneel-neurologisch-symptoomstoornis* op enkele punten aangepast ten opzichte van de DSM-5. Bij de **somatisch-symptoomstoornis** zijn de tekstuele toelichtingen uitgebreid, maar de kern van de criteria is gelijk gebleven. Bij de **functioneel-neurologisch-symptoomstoornis** is dit de primaire term geworden, en staat conversiestoornis nu tussen haakjes, in plaats van andersom.

In navolging van deze wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5 is het doel van deze herziening om de richtlijn te actualiseren naar de huidige stand van wetenschap en praktijk in een integratieve en gemeenschappelijke taal. Deze richtlijn richt zich primair op de diagnostiek en behandeling van somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis binnen de ggz. De classificatie somatisch-symptoomstoornis wordt uitsluitend binnen de ggz gesteld. Bij functionele neurologische klachten wordt de diagnose functionele neurologische stoornis door de neuroloog gesteld; de bijbehorende DSM-5-classificatie functioneel-neurologisch-symptoomstoornis wordt binnen de ggz vastgesteld, waarbij uitgegaan wordt van een neurologische diagnose. Vanuit ggz-perspectief vertonen somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis belangrijke overeenkomsten. Het betreft beide classificaties waarin aanhoudende lichamelijke klachten centraal staan. In beide gevallen vormt een integratieve benadering, met aandacht voor

biologische, psychologische en sociale beïnvloedende factoren, een belangrijk uitgangspunt voor behandeling. Verschillen in diagnostische uitgangspunten en specifieke behandelaccenten worden binnen de richtlijn expliciet beschreven. Mensen die voldoen aan deze classificaties worden in de gehele gezondheidszorg gezien, wat mogelijkheden biedt voor preventie en verbetering van samenwerking tussen zorgdomeinen. Daarom richten sommige modules zich specifiek op de paramedische en medisch-specialistische zorg. Voor de zorg die in de huisartsenpraktijk wordt geboden, is de NHG-standaard Aanhoudende Lichamelijke Klachten (in ontwikkeling ten tijde van de herziening van deze richtlijn) leidend.

Afbakening

Deze richtlijn richt zich primair op volwassenen met lichamelijke klachten bij wie een somatisch-symptoomstoornis en/of functioneel-neurologisch-symptoomstoornis volgens DSM-5-criteria kan worden geclassificeerd, die zorg krijgen in de ggz of bij wie verwijzing naar de ggz aangewezen is.

Somatisch-symptoomstoornis

Diagnostische criteria

Bij de somatisch-symptoomstoornis volgens de DSM-5 is er sprake van één of meer aanhoudende lichamelijke klachten waar de betrokkene onder lijdt, of die het dagelijks leven in significante mate verstoren (A-criterium) in combinatie met een excessieve psychologische reactie op deze klachten, in de vorm van persisterende en disproportionele gedachten, gevoelens en/of gedragingen (B-criterium). Niet elke afzonderlijke lichamelijke klacht hoeft continu aanwezig te zijn; wel is het patroon van lichamelijke klachten persisterend, doorgaans langer dan zes maanden (C-criterium). Voor de classificatie is het niet relevant of de lichamelijke klachten geheel, deels of niet somatisch verklaard kunnen worden. Zie Tabel 1 voor de volledige classificatie criteria.

Tabel 1. Overzicht definities en classificatie criteria

Term	Definitie/uitleg
Aanhoudende lichamelijke klachten	Een overkoepelende term voor lichamelijke klachten die langer dan drie maanden bestaan en het functioneren beperken of lijdensdruk veroorzaken, ongeacht hun oorzaak. De klachten kunnen voorkomen in de context van een somatische, psychische of functionele aandoening, of in de afwezigheid van een bekende aandoening. Bij het aanhouden van deze klachten kunnen biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen (Rutten, 2024; Löwe, 2024).
300.82 Somatisch-symptoomstoornis	<p>A. Een of meer lichamelijke klachten waar de betrokkene onder lijdt, of die het dagelijks leven in significante mate verstoren.</p> <p>B. Excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met de lichamelijke klachten of de hiermee gepaard gaande zorgen over de gezondheid, tot uiting komend in minstens één van de volgende kenmerken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disproportionele en persisterende gedachten over de ernst van de klachten. 2. Een persisterende hoge mate van angst over de gezondheid of de klachten. 3. Het excessief veel tijd en energie besteden aan deze klachten of aan de zorgen over de gezondheid. <p>C. Niet elke afzonderlijke lichamelijke klacht hoeft steeds aanwezig te zijn, maar het hebben van klachten op zich is wel persisterend (meestal langer dan zes maanden).</p> <p>- Specificeer indien: Met voornamelijk pijn (voorheen pijnstoornis);</p> <p>- Specificeer indien: Persisterend (een persisterend beloop wordt gekenmerkt door ernstige klachten, duidelijke beperkingen in het functioneren en een lange duur (langer dan zes maanden).</p> <p>- Specificeer actuele ernst: Licht (slechts één van de in criterium B genoemde symptomen is aanwezig); Matig (er zijn twee of meer van de in criterium B genoemde symptomen aanwezig); Ernstig (er zijn twee of meer van de in criterium B genoemde symptomen aanwezig, en er zijn multiple lichamelijke klachten (of één zeer ernstige lichamelijke klacht) (DSM-5-TR, APA, 2022).</p>
300.11 Functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (conversiestoornis)	<p>A. Een of meer symptomen van veranderingen in de willekeurige motorische of de sensorische functies.</p> <p>B. Uit klinisch onderzoek blijkt dat het symptoom incompatibel is met bekende neurologische of andere somatische aandoeningen.</p> <p>C. Het symptoom of de deficiëntie wordt beter verklaard door een andere somatische of psychische stoornis.</p> <p>D. Het symptoom of de deficiëntie veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, of behoeft somatisch onderzoek.</p> <p>- Specificeer het type symptoom: Met parese of paralyse; Met abnormale bewegingen (zoals een tremor, dystone beweging, myoclonus, loopstoornis); Met sliksymptomen; Met spraaksymptomen (zoals dysfonie, onduidelijk spreken); Met aanvallen of convulsies; Met anesthesie of sensibiliteitsverlies; Met speciale zintuiglijke symptomen (stoornissen van de visus, de reuk of het gehoor); Met gemengde symptomen.</p> <p>- Specificeer indien: Acute episode (korter dan zes maanden); Persisterend (zes maanden of langer);</p> <p>- Specificeer indien: Met psychische stressor (specificeer stressor); Zonder psychische stressor (DSM-5-TR, APA, 2022).</p>
Functionele neurologische stoornis (FNS)	In neurologie en fysiotherapie gebruikte aanduiding voor exact dezelfde stoornis als de functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (DSM-5-TR). De neuroloog stelt de diagnose op basis van positieve klinische kenmerken bij anamnese en neurologisch onderzoek, waaronder specifieke symptomen zoals

	<p>variatie in tijd en plaats. Neurologen hanteren andere criteria dan de DSM-5-Text Revision (DSM-5-TR), zoals de ICD-11 criteria, de Gupta & Lang criteria voor functionele bewegingsstoornissen of de consensuscriteria van de International League Against Epilepsy voor functionele aanvallen. In de DSM-5-classificatiecriteria is een vereiste dat de diagnose door een neuroloog is gesteld.</p> <p>Zowel de term functioneel-neurologisch-symptoomstoornis als functionele neurologische stoornis worden afgekort met FNS. Hieronder vallen ook specifieke vormen van FNS, zoals functionele bewegingsstoornis, functionele aanvallen/wegrakingen of functionele cognitieve stoornis (Aybek, 2022).</p>
Chronische pijn	<p>Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met, of lijkt op die geassocieerd met, werkelijke of potentiële weefselschade. Chronische pijn is pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt of steeds terugkeert. Chronische pijn is multifactorieel: biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan een pijnsyndroom (ICD-11, MG30). De diagnostische criteria voor chronische pijn vereisen niet dat er ook sprake hoeft te zijn van het B-criterium van de somatisch-symptoomstoornis (Löwe, 2024). In toenemende mate wordt de term ‘aanhoudende pijn’ gebruikt.</p>
Functioneel somatische syndromen	<p>Syndromen met aanhoudende lichamelijke klachten, waarbij er een verstoring is in de manier waarop het lichaam functioneert, zonder dat er een eenduidige organische oorzaak te vinden is, zoals het prikkelbaredarmsyndroom, spanningshoofdpijn, fibromyalgie en aspecifieke lage rugpijn. De diagnostische criteria voor specifieke functionele somatische syndromen vereisen niet dat er ook sprake hoeft te zijn van het B-criterium van de somatisch-symptoomstoornis (Löwe, 2024).</p>

Wijzigingen classificatie

In de voormalige DSM-IV-classificatie ‘somatoforme stoornissen’ werd nog ‘het ontbreken van een eenduidige somatische verklaring’ voor de lichamelijke klachten als belangrijkste criterium vereist. Dit criterium is volledig losgelaten in de DSM-5. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen of lichamelijke klachten somatisch verklaard of onverklaard zijn (zie criterium A). Volgens de DSM-5 kan de somatisch-symptoomstoornis ook worden geclassificeerd als mensen met een somatische aandoening (bijv. kanker, astma of een reumatoïde artritis) aanhoudende lichamelijke klachten ervaren én een excessieve psychologische reactie op deze klachten hebben (B-criterium). Kortom, de psychologische respons staat centraal, namelijk de mate van gedachten, gevoelens of gedragingen met betrekking tot de lichamelijke klachten. De etiologie van deze lichamelijke klachten is voor de classificatie van een somatisch-symptoomstoornis niet relevant.

Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

De DSM-IV classificaties somatisatiestoornis, hypochondrie, pijnstoornis en ongedifferentieerde somatoforme stoornis zijn komen te vervallen in de DSM-5. Voor veel, maar niet alle mensen aan wie deze classificaties voorheen werden toegekend, kan nu de somatisch-symptoomstoornis vastgesteld worden. Personen bij wie eerder hypochondrie (DSM-IV) werd vastgesteld, zullen naar verwachting grotendeels vallen onder de classificatie somatisch-symptoomstoornis en voor een kleiner deel onder de classificatie ziekteangststoornis (Sauer, 2023). In het DSM-5 hoofdstuk ‘somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen’ zijn, naast de somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis, de volgende classificaties opgenomen:

- Ziekteangststoornis
- Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden
- Nagebootste stoornis
- Andere gespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis
- Ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis.

Op deze classificaties zal deze richtlijn zich niet specifiek richten, behalve in de modules of paragrafen die gaan over differentiaal diagnostiek.

Kenmerken en validiteit

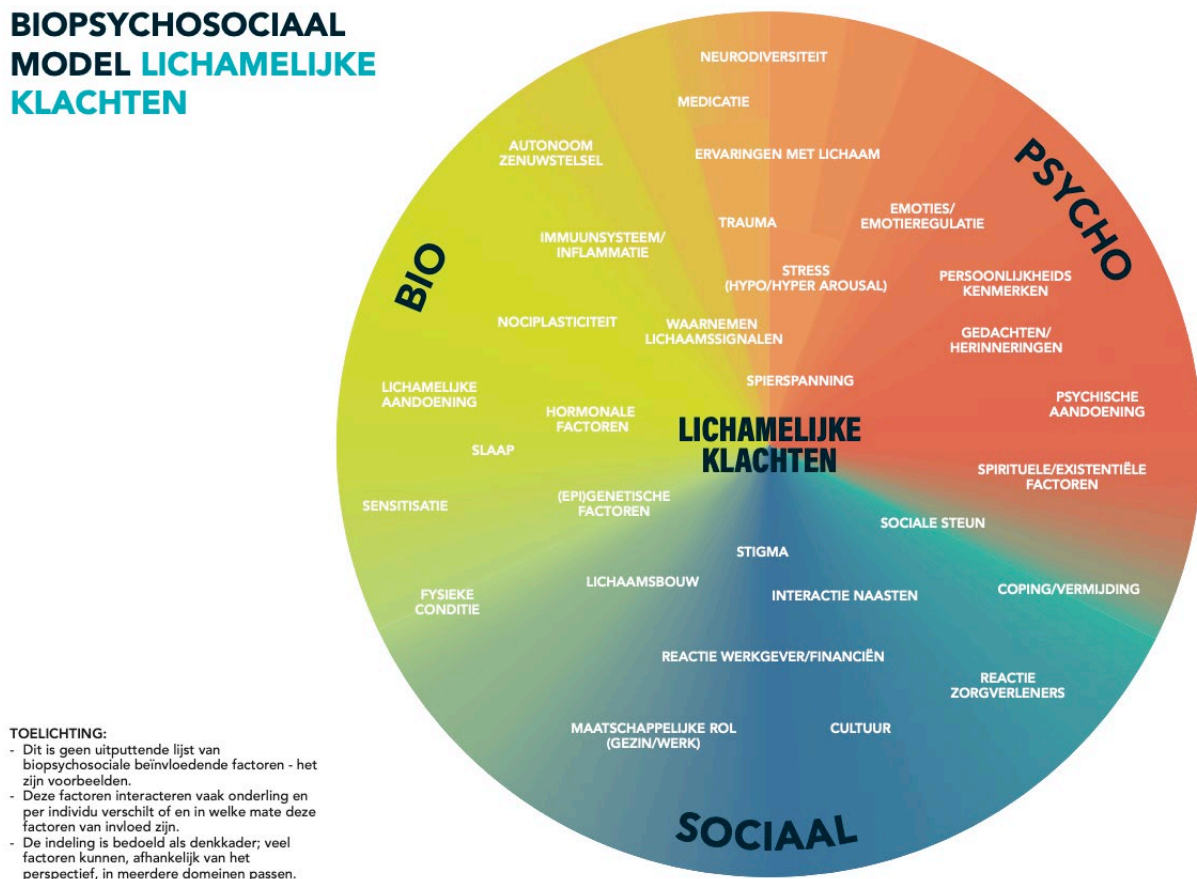
De prevalentie van somatisch-symptoomstoornis in de algemene bevolking wordt geschat op ongeveer 13% (Löwe, 2022). In klinische settings worden hogere frequenties gerapporteerd, bijvoorbeeld rond 24% in algemene medische zorg. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg komt somatisch-symptoomstoornis frequent voor, waarbij gerapporteerde frequenties sterk variëren tussen populaties en settings (Löwe, 2022). Deze cijfers zijn voornamelijk gebaseerd op vragenlijsten en klinische beoordelingen en dienen daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd; studies met gestructureerde diagnostische interviews zijn schaars. De etiologie van de somatisch-symptoomstoornis wordt gezien als een complex en persoonlijk samenspel van vele mogelijke biopsychosociale kwetsbaarheids-, uitlokkende en beïnvloedende factoren (Löwe, 2022). Zie Figuur 1 voor voorbeelden van zulke biopsychosociale factoren die een rol kunnen spelen bij lichamelijke klachten (het A-criterium van de somatisch-symptoomstoornis). Dit betreft geen uitputtende lijst van biopsychosociale factoren - het zijn enkele voorbeelden. Deze factoren interacteren vaak onderling; per individu verschilt of en in welke mate deze factoren van invloed zijn. Bovendien hangt de indeling in biologische, psychologische of sociale factoren af van het niveau van beschouwing: angst of stress kunnen bijvoorbeeld worden beschouwd als psychologische factoren, maar ook als (fysiologische arousal) verschijnselen met genetische invloeden en daarmee als biologische factoren.

De somatisch-symptoomstoornis vertoont hoge comorbiditeit met angst en depressie. Mensen met een somatisch-symptoomstoornis rapporteren consequent een lager niveau van kwaliteit van leven en een hoger niveau van functionele beperkingen en arbeidsongeschiktheid in vergelijking met mensen zonder een somatisch-symptoomstoornis. Somatisch-symptoomstoornissen zijn wereldwijd

frequent en behoren tot de psychische stoornissen met de grootste ziektelast (Siig, 2025). De ernst van de somatisch-symptoomstoornis hangt samen met een hogere mate van functionele beperkingen en meer gezondheidszorggebruik (Löwe, 2022).

De DSM-5-classificatie somatisch-symptoomstoornis is bedoeld om minder dualistisch te zijn dan eerdere versies. Toch blijft er risico op stigmatisering, bijvoorbeeld wanneer de classificatie wordt opgevat als een ontkenning van de lichamelijke klachten of als een vorm van ‘overdrijving’, ‘inadequate coping’ of ‘aanstellerij’. Goede communicatie en begripvolle uitleg van de classificatie door zorgverleners zijn essentieel om dit te voorkomen. Daarnaast kan het gebruik van termen zoals ‘disproportionele’ of ‘excessief’ in het B-criterium door patiënten als beschuldigend of veroordelend worden ervaren. De werkgroep is van mening dat deze termen onnodig normatief zijn en bij voorkeur in de toekomst aangepast zullen worden. Omdat het B-criterium valide bevonden is in onderzoek naar de classificatie somatisch-symptoomstoornis, wordt voor nu in de klinische praktijk aanbevolen om neutrale bewoordingen te kiezen bij het geven van uitleg over deze classificatie. Mensen herkennen doorgaans dat hun dagelijks denken, voelen en doen negatief worden beïnvloed door de lichamelijke klachten, en dat ze daardoor lijdenslast en/of een verstoring van hun functioneren ervaren.

BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL LICHAAMELIJKE KLACHTEN



Figuur 1. Voorbeelden van biopsychosociale beïnvloedende factoren.

Functioneel-neurologisch-symptoomstoornis

Diagnostische criteria

Bij een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis zijn er één of meer symptomen van veranderingen in de willekeurige motorische of de sensorische functies (A-criterium). Uit neurologisch onderzoek blijkt dat het symptoom incompatibel is met bekende neurologische of andere somatische aandoeningen (B-criterium). Het symptoom of de deficiëntie kan niet beter

worden verklaard door een andere somatische of psychische stoornis (C-criterium). Tot slot veroorzaakt het symptoom of de deficiëntie klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, of behoeft somatisch onderzoek (D-criterium). Zie voor de volledige classificatie criteria Tabel 1.

In deze richtlijn worden de classificatiecriteria volgens de DSM-5-TR beschreven, welke alleen in de ggz worden toegepast. Het is echter belangrijk om te benadrukken dat de diagnose functionele neurologische stoornis door een neuroloog wordt gesteld, dit is ook een vereiste in de DSM-5-TR criteria. Neurologen hanteren hierbij andere criteria dan de DSM-5-Text Revision (DSM-5-TR), zoals de ICD-11 criteria, de Gupta & Lang criteria voor functionele bewegingsstoornissen of de consensuscriteria van de International League Against Epilepsy voor functionele aanvallen.

Wijzigingen classificatie

In de DSM-5-TR is de volgorde van de benaming gewijzigd, waarbij functioneel-neurologisch-symptoomstoornis nu de primaire term vormt en conversiestoornis als alternatieve benaming wordt vermeld tussen haakjes. Het B-criterium verwijst naar incompatibiliteit met een andere neurologische aandoening ('incongruentie') en/of de aanwezigheid van bevindingen die passen bij een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis ('positieve klinische kenmerken') die bij neurologisch onderzoek worden gevonden. Hierbij kan gedacht worden aan variatie in de aard en ernst van de symptomen over de tijd en/of bij verschillende taken (ook wel 'interne inconsistentie' genoemd). Het benoemen van deze positieve klinische kenmerken is nieuw ten opzichte van de DSM-IV classificatie conversiestoornis, en onderstreept het belang van een positieve diagnose. De neuroloog sluit niet alleen andere oorzaken uit (het is geen diagnose per exclusionem), maar kijkt naar aanwijzingen voor de diagnose. Bovendien is het criterium 'psychische factoren worden verondersteld met het symptoom of uitvalsverschijnsel samen te hangen omdat het begin of het verergeren van het symptoom of uitvalsverschijnsel voorafgegaan wordt door conflicten of andere stress veroorzakende factoren' verlaten ten opzichte van de DSM-IV. Deze wijziging werd onder andere doorgevoerd omdat onderzoek aantoonde dat bij ongeveer één derde van de mensen met een functionele neurologische stoornis (zoals deze aandoening wordt genoemd in neurologische literatuur, zie Tabel 1) geen psychische stressor vastgesteld kon worden ten tijde van het ontstaan of verergeren van de klachten (Stone, 2009). In de DSM-5-TR wordt gesproken van 'functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (conversiestoornis)'. De werkgroep is van mening dat de toevoeging conversiestoornis verlaten moet worden, omdat deze een etiologische, dualistische aanname doet die niet in lijn is met de huidige kennis over functioneel-neurologisch-symptoomstoornis. Ook valt op dat in de criteria zoals beschreven in de DSM-5 toch nog steeds het uitsluiten van andere stoornissen beschreven wordt, in plaats van alleen te focussen op het aantonen van een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis. Zo staat er bijvoorbeeld geschreven in het B-criterium 'incompatibel met een bekende neurologische aandoening', terwijl een functionele neurologische stoornis ook een bekende neurologische aandoening is. We hopen dat er in de toekomst aangesloten kan worden bij de thans lopende internationale discussie over een eenduidige, overkoepelende definitie.

Kenmerken en validiteit

Functioneel-neurologisch-symptoomstoornis komt naar schatting bij 80-140 op de 100.000 mensen voor (Finkelstein, 2025) en wordt bij ongeveer 15% van de patiënten op een algemene polikliniek neurologie gesteld; daarmee is het de derde meest voorkomende diagnose in deze setting (Ahmad, 2016). De diagnose wordt gesteld op basis van specifieke positieve klinische kenmerken bij neurologisch onderzoek die een hoge specificiteit hebben, en ook wel 'positieve symptomen' worden genoemd (Aybek, 2022). Het beloop van functioneel-neurologisch-symptoomstoornis is heterogeen. Langetermijn-follow-upstudies laten zien dat een substantieel deel van de patiënten klachten houdt, met name bij een langere klachtenduur voorafgaand aan diagnose (Gelauff, 2014).

Zowel biologische, psychologische als sociale factoren lijken een rol spelen bij het ontstaan van de aandoening (Hallet, 2022). Wetenschappelijk onderzoek suggereert dat de symptomen van een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis ontstaan door verstoringen in het functioneren van bepaalde hersennetwerken (Drane, 2020).

Mensen met een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis ervaren vaak stigma, zowel in hun privéleven, de maatschappij en de gezondheidszorg (McLoughlin, 2024). Zij hebben vaak bijkomende psychische aandoeningen, zoals angst en depressie (Carle-Toulemonde, 2023). De kwaliteit van leven, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en zorgzwaarte voor mantelzorgers zijn vergelijkbaar met die van andere neurologische aandoeningen (Carson, 2016; Jones, 2016). De zorgkosten voor de maatschappij behoren tot de hoogste van alle chronische aandoeningen (O'Mahony, 2023).

Overlappende concepten (buiten DSM)

In medisch-somatische context wordt bij mensen met lichamelijke klachten, waarvoor geen bekende somatische verklaring wordt gevonden, vaak een functioneel somatisch(e) klacht, syndroom of stoornis gediagnosticeerd, afhankelijk van de op de voorgrond staande klacht(en). Voorbeelden zijn fibromyalgie, prikkelbaredarmsyndroom, tinnitus, mondbranden, aspecifieke lage rugpijn, klachten van arm, nek en schouder (KANS) of functionele dyspepsie. Voor deze syndromen bestaan soms meerdere termen of classificatie-criteria. Tegelijkertijd staat bij deze aandoeningen ter discussie in hoeverre sprake is van een 'ontbrekende bekende somatische verklaring', aangezien toenemende wetenschappelijke kennis wijst op onderliggende pathofysiologische mechanismen. Zo wordt het prikkelbaredarmsyndroom tegenwoordig ook geconceptualiseerd als een *disorder of gut-brain interaction*, waarbij positieve kenmerken van ontregeling in de interactie tussen darm en centraal zenuwstelsel centraal staan (Keszthelyi, 2025). Ook bij andere chronische somatische aandoeningen, zoals reumatoïde artritis of colitis ulcerosa, is er vaak sprake van aanhoudende lichamelijke klachten die het functioneren belemmeren en lijdenslast geven. Er wordt geschat dat bij ongeveer een kwart van de mensen met een functioneel somatisch syndroom of andere chronische somatische aandoening, een somatisch-symptoomstoornis geassocieerd kan worden (Löwe, 2022). De beoordeling van het 'excessieve' karakter van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties, kan echter onbewust mede beïnvloed worden door de mate waarin er een somatische verklaring voor de klachten bekend is. Mensen met chronische primaire pijn (ICD-11) en chronische secundaire pijn (ICD-11) hebben per definitie aanhoudende lichamelijke klachten, en zullen vanuit klinische ervaring frequent ook voldoen aan de classificatie somatisch-symptoomstoornis. Echter, dit is wetenschappelijk nog nauwelijks onderzocht. Zie Tabel 1 voor overlap en verschillen in terminologie.

Motivering afbakening en verantwoording keuzes

Bij het zoeken naar literatuur voor deze richtlijn kunnen de vele (deels overlappende) definities en terminologie rondom somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis leiden tot zeer uitgebreide systematische literatuuronderzoek opbrengsten, die vervolgens moeilijk consistent te wegen en beschrijven zijn. Aanvankelijk was de wens van de werkgroep ook de ziekteangststoornis aan bod te laten komen in deze richtlijn. Op basis van een afweging van wetenschappelijke, klinische en haalbaarheid argumenten, is uiteindelijk gekozen op de somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis te richten; en niet op de (deels overlappende) concepten en andere classificaties in het DSM-5 hoofdstuk Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. De werkgroep is zich ervan bewust dat deze benadering ook nadelen kent.

DSM-IV versus DSM-5 classificaties

De beschreven classificaties in het DSM-5 hoofdstuk 'Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen' zijn overlappend, maar inhoudelijk niet precies hetzelfde als de classificaties beschreven in het DSM-IV hoofdstuk 'Somatoforme stoornissen'. Alleen zoeken op DSM-5 classificaties zou theoretisch de voorkeur hebben, maar naar verwachting leiden tot weinig literatuur vanwege de

nieuwheid van deze classificaties, waardoor er in deze richtlijn weinig handvatten voor de praktijk gegeven zouden kunnen worden. Bovendien zijn er sinds publicatie van de multidisciplinaire richtlijn SOLK en Somatoforme stoornissen (2010) enkele belangrijke systematische reviews en meta-analyses verschenen die nog gebaseerd zijn op de DSM-IV terminologie, en die naar de verwachting van de werkgroep ook relevant zijn voor diagnostiek en behandeling van somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis. Er is voor gekozen de zoekstrategie primair te richten op somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (DSM-5). Als er onvoldoende bewijs is om aanbevelingen op te kunnen baseren, wordt ook gezocht op de classificaties ongedifferentieerde somatoforme stoornis, conversiestoornis, pijnstoornis en somatisatiestoornis (DSM-IV). De literatuur gebaseerd op DSM-5 wordt in de betreffende modules apart gepresenteerd van de literatuur gebaseerd op DSM-IV. Hierbij dient in ogenschouw te worden genomen dat bij aanbevelingen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek naar mensen met DSM-IV classificaties het bewijs vooral somatisch onverklaarde aanhoudende lichamelijke klachten betreft, en lichamelijke klachten met somatische oorzaak onderbelicht blijven. Bovendien is bij de meeste van deze studies gebaseerd op de DSM-IV onbekend of er ook excessieve gevoelens, gedachten en gedragingen in reactie op de lichamelijke klachten waren.

Afbakening binnen somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (DSM-5)

In het DSM-5 hoofdstuk somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen staan ook ziekteangststoornis, nagebootste stoornis, psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden, andere gespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis en ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis. Deze richtlijn beperkt zich tot de somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis. Een deel van de andere genoemde stoornissen staat wel beschreven in de submodule Geestelijke gezondheidszorg met verwijzingen naar andere relevante richtlijnen.

Afbakening ten opzichte van andere concepten en aandoeningen (buiten DSM-5)

De werkgroep heeft ervoor gekozen om studies die gaan over aanhoudende lichamelijke klachten, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, medisch onverklaarde klachten, chronische pijn, functionele somatische syndromen en chronische lichamelijke en/of psychische klachten bij een somatische aandoening buiten beschouwing te laten in de systematische literatuur zoekstrategie. Deze studies gaan immers niet specifiek over mensen met een somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis, omdat er bijvoorbeeld geen sprake hoeft te zijn van het B-criterium van de somatisch-symptoomstoornis. Deze aandoeningen hebben daarnaast in sommige gevallen hun eigen richtlijn. Voor sommige onderwerpen in deze richtlijn bleken er geen studies te bestaan die zich specifiek richten op mensen met een somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis of vergelijkbare DSM-IV classificaties, maar wel relevante literatuur over bovengenoemde andere concepten en aandoeningen. Daar waar deze literatuur naar verwante concepten en aandoeningen wordt meegenomen in de overwegingen en aanbevelingen, is dit expliciet benoemd.

Bijzondere patiëntgroepen

Deze richtlijn richt zich op volwassenen. Indien relevant worden aanvullende aanbevelingen geboden over bijzondere patiëntgroepen, zoals ouderen, mensen met een migratieachtergrond of met lage gezondheidsvaardigheden.

Modules en aanbevelingen buiten qgz

Het onderscheid tussen lichaam en geest is diep verankerd. Zowel patiënten, naasten, zorgverleners als de samenleving denken nog vaak in dualistische termen. Dit kan in de spreekkamer leiden tot interactieproblemen tussen zorgverleners en patiënten en hun naasten, met ongewenste gevolgen voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. Omdat mensen met een somatisch-symptoomstoornis of functioneel-neurologisch-symptoomstoornis ook veel in de eerste lijn en de

somatische gezondheidszorg worden gezien, zal een aantal modules zich ook specifiek op deze settings buiten de ggz richten of op samenwerking tussen verschillende settings. Ook is er een specifieke module over de rol van naasten.

Taalkeuzes en visie

We streven naar een holistische benadering, waarin we mensen zien als het geheel dat ze zijn. In de werkgroep hebben we veel waarde gehecht aan het gebruik van een integratieve en zo neutraal mogelijke taal – een taal die aansluit bij onze visie en die makkelijk te begrijpen en gebruiken is. Toch liepen we tegen de uitdaging aan dat ons huidige zorgsysteem nog sterk dualistisch is ingericht, met een scheiding tussen bijvoorbeeld ‘lichamelijk’ en ‘psychisch’. Ook veel zorgverleners denken en werken nog vanuit dit perspectief. Om sommige knelpunten helder te kunnen beschrijven, konden we daarom niet altijd om termen heen als ‘biomedische factoren’, ‘somatische aandoening’, ‘psychosociale factoren’ of ‘psychische aandoening’. Wanneer we deze termen gebruiken, bedoelen we niet dat deze indelingen objectief of scherp af te bakenen zijn. In de praktijk zijn zulke factoren vaak met elkaar verweven of zijn ze zelfs in essentie hetzelfde. Bijvoorbeeld: is een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis een neurologische of psychische aandoening, of (soms) beiden, of is deze indeling überhaupt niet houdbaar? Wanneer we deze termen gebruiken, verwijzen we dus vooral naar hoe deze aspecten doorgaans binnen het zorgsysteem worden benoemd of benaderd.

Literatuur

- Ahmad O, Ahmad KE. Functional neurological disorders in outpatient practice: An Australian cohort. *J Clin Neurosci*. 2016;28:93-6
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Aybek S, Perez DL. Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ* 2022;376:o64. doi:10.1136/bmj.o64.
- Carle-Toulemonde G, Goutte J, Do-Quang-Cantagrel N, Mouchabac S, Joly C, Garcin B. Overall comorbidities in functional neurological disorder: A narrative review. *Encephale*. 2023 Aug;49(4S):S24-S32. doi: 10.1016/j.encep.2023.06.004. Epub 2023 Jul 4. PMID: 37414721.
- Carson AJ, Lehn A. Epidemiology. In: Hallett M, Stone J, Carson A, editors. *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 139 (3rd series). Functional neurological disorders. Elsevier; 2016. p. 47-60.
- Drane D, Fani N, Hallett M, Khalsa S, Perez D, Roberts N. A framework for understanding the pathophysiology of functional neurological disorder. *CNS Spectr*. 2020;4:1-7.
- Finkelstein SA, Diamond C, Carson A, Stone J. Incidence and prevalence of functional neurological disorder: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2025 Mar 24;96(4):383-395. doi: 10.1136/jnnp-2024-334767. PMID: 39663114; PMCID: PMC12015090.
- Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 Feb;85(2):220-6. doi: 10.1136/jnnp-2013-305321. Epub 2013 Sep 12. PMID: 24029543.
- Hallett M, Aybek S, Dworetzky B, McWhirter L, Staab J, Stone J. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *Lancet Neurol*. 2022;21(6):537-50.
- International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021. <https://icd.who.int/browse11>.
- Jones B, Reuber M, Norman P. Correlates of health-related quality of life in adults with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review. *Epilepsia*. 2016 Feb;57(2):171-81. doi: 10.1111/epi.13268. Epub 2015 Dec 24. PMID: 26701628.
- Keszthelyi D, Keefer L. "A Rose by Any Other Name"? - Beyond Diagnostic Nomenclature in Neurogastroenterology. *Gastroenterology*. 2025 Jul;169(1):19-21. doi: 10.1053/j.gastro.2025.01.229. Epub 2025 Feb 1. PMID: 39900306.

- Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, Shedden-Mora M, Toussaint A, Uhlenbusch N, Weigel A. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med.* 2022 Mar;52(4):632-648. doi: 10.1017/S0033291721004177. Epub 2021 Nov 15. PMID: 34776017; PMCID: PMC8961337.
- Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, Huang WL, Burton C, Weigel A, Levenson JL, Henningsen P. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *Lancet.* 2024 Jun 15;403(10444):2649-2662. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00623-8. PMID: 38879263.
- McLoughlin C, McWhirter L, Pisegna K, Tijssen MAJ, Tak LM, Carson A, Stone J. Stigma in functional neurological disorder (FND) - A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2024 Aug;112:102460. doi: 10.1016/j.cpr.2024.102460. Epub 2024 Jun 13. PMID: 38905960.
- O'Mahony B, Nielsen G, Baxendale S, Edwards MJ, Yogarajah M. Economic Cost of Functional Neurologic Disorders: A Systematic Review. *Neurology.* 2023 Jul 11;101(2):e202-e214. doi: 10.1212/WNL.0000000000207388. Epub 2023 Jun 20. PMID: 37339887; PMCID: PMC10351557.
- Rutten S, den Boer C, Tak LM. Van SOLK naar ALK. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2024 Jun 27;168:D8101.
- Sauer KS, Witthöft M, Rief W. Somatic Symptom Disorder and Health Anxiety: Assessment and Management. *Neurol Clin.* 2023 Nov;41(4):745-758. doi: 10.1016/j.ncl.2023.02.009. Epub 2023 Apr 20. PMID: 37775202.
- Siiig EJP, Hvidtfelt Lykke VM, Mantilla Herrera AM, Jørgensen TSH, Ferrari AJ, Santomauro DF. The prevalence and estimated burden of somatoform disorders: a systematic review and meta-analysis of their epidemiology. *Lancet Psychiatry.* 2025 Oct 15:S2215-0366(25)00272-X. doi: 10.1016/S2215-0366(25)00272-X. Epub ahead of print. PMID: 41109320.
- Stone J, Carson A, Aditya H, Prescott R, Zaubi M, Warlow C, Sharpe M. The role of physical injury in motor and sensory conversion symptoms: a systematic and narrative review. *J Psychosom Res.* 2009 May;66(5):383-90. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.07.010. Epub 2008 Dec 17. PMID: 19379954.
- van der Feltz-Cornelis CM, van Houdenhove B. DSM-5: van somatoforme stoornissen naar 'somatic symptom and related disorders' [DSM-5: from 'somatoform disorders' to 'somatic symptom and related disorders']. *Tijdschr Psychiatr.* 2014;56(3):182-6. Dutch. PMID: 24643828.