

Robert van de Graaf

verslavingsarts

DE MEEST VOORKOMENDE VERSLAVING

*WE ZITTEN ER BOVENOP MAAR
TOCH ZIEN WE HEM NIET*

Het gebruik heeft bij hem inmiddels geleid tot significante lijdensdruk. Hij gebruikt dagelijks langduriger en in grotere hoeveelheden dan hij elke ochtend weer van plan is. In de loop van de jaren is het gebruik ook toegenomen. Hij besteedt een groot deel van de dag aan het gebruik. Al lange tijd wil hij minderen en heeft vele pogingen daartoe gedaan. Steeds krijgt hij echter last van onthoudingsklachten en ontstaat de grote behoefte om weer te gebruiken. Telkens valt hij dan ook weer terug, over het algemeen al binnen een week. Hij zit niet goed in zijn vel en heeft een slechte conditie. Daarnaast heeft hij allerlei belangrijke sociale en vrijetijdsactiviteiten opgegeven vanwege het gebruik, en geregeld komt hij belangrijke verplichtingen in zijn privéleven niet na.

Hierdoor ontstaan wrijvingen met zijn vrouw en kinderen, en allerlei sociale contacten verwateren. Meerdere malen heeft hij ervaren dat het drastisch reduceren van het gebruik hem mentaal, fysiek en sociaal direct veel positiefs oplevert. Hij weet ook dat hij nu het risico loopt op allerlei lichamelijke ziekten, zoals kanker, en vroegtijdig overlijden. Dat wil hij voorkomen. Hij wil zich fitter voelen, het goede voorbeeld geven aan zijn kinderen en een betere echtgenoot zijn.

“De meest voorkomende verslaving, die wereldwijd verantwoordelijk lijkt te zijn voor naar schatting vijf miljoen vroegtijdige sterfgevallen, is het gebruik van comfortabele stoelen en banken.”

Deze patiënt scoort 10 van de 11 criteria van een verslavingsstoornis (DSM-5); er is dus sprake van een ernstige verslaving. Het is een man die volledig vast zit in zijn verslavingsgedrag en dit wil veranderen, maar absoluut niet weet hoe.

Ik zie dagelijks mensen met dit verhaal. De meeste patiënten zitten muurvast in het gebruik van alcohol of andere drugssoorten. Voor deze verslavingen kan je door de huisarts verwezen worden naar de verslavingszorg, die wordt vergoed. Dit wordt gezien als ‘echte’ verslavingen. Veel van mijn patiënten hebben echter ook ‘andere’ verslavingen, waarvoor geen verslavingszorg beschikbaar is, zoals het roken van tabak en het eten van junkfood. Voor deze verslavingen is er wel een beperkt aanbod van monodisciplinaire begeleiding (rookstopcoaching of leefstijlcoaching), maar voor een deel van de patiënten is coaching volstrekt onvoldoende met alle gevolgen van dien. Voor de negatieve gevolgen hebben we wel weer dure reparatiezorg beschikbaar, die we vanzelfsprekend ook met elkaar betalen.

En dan is er nóg een verslaving, waarvan we niet eens door hebben dat die bestaat, laat staan dat we zorg hebben voor de mensen die daar aan onderdoor gaan. Dit is wellicht de meest voorkomende verslaving, die wereldwijd verantwoordelijk lijkt te zijn voor naar schatting vijf miljoen vroegtijdige sterfgevallen. Dit komt in de buurt van het aantal jaarlijkse tabaksdoden. Het is een verslaving die geassocieerd is met velerlei problemen, klachten en ziekten. Namelijk de verslaving aan het gebruik van comfortabele stoelen en banken. Naar analogie van de ‘echte’ verslavingen noem ik deze ‘stoornis in het stoelgebruik’.

Noem het beestje bij de naam: de stoel

Tien jaar geleden sloeg de WHO alarm over ons excessieve zitgedrag. We leerden dat ‘zitten het nieuwe roken’ is. We bewegen te weinig en zitten teveel. Desondanks lukt het ons niet om dit gedrag te veranderen. Sterker nog, er zijn aanwijzingen dat de mate van lichamelijke inactiviteit en sedentair gedrag tijdens de coronacrisis alleen maar is

toegenomen. ‘Zitten is het nieuwe roken’ heeft inmiddels z’n kracht verloren en het urgentiegevoel om er iets aan te doen ontbreekt bij vrijwel iedereen. Maar wat vooral ontbreekt is dat we niet beseffen wat de hoofdoorzaak is, en zolang we dit niet (willen) weten, kunnen we er ook weinig aan doen. De belangrijkste oorzaak is simpel: stoelgebruik! Zeer veel mensen wereldwijd zitten muurvast in het stoelgebruik. Niet elke stoelgebruiker is verslaafd, maar bij doorvragen kun je vaak concluderen dat er wel degelijk sprake is van een ‘stoornis in het stoelgebruik’.

Een stoel is net als tabak, alcohol of junkfood een consumentenproduct dat gemaakt is voor ons comfort, genot en gemak. Enkele eeuwen geleden had vrijwel niemand een stoel, men zat wel, maar dan op de grond, op de knieën of gehurkt. Het ‘gezonde zitten’ noemen we dit. Alleen welgestelden hadden een stoel (bijv. een troon). Was een stoel vroeger een product dat niet noodzakelijk was voor het goed dagelijks functioneren, inmiddels hebben we de stoel een centrale rol gegeven in onze maatschappij, waardoor het vrijwel onmogelijk is ‘m niet te gebruiken. Zitten is an sich niet ziekmakend en dodelijk, maar stoelgebruik kan dit wel zijn. Hoe meer je gebruikt, hoe groter de risico’s.

Wat te doen?

Kunnen we leren van de aanpak van roken, alcohol- en junkfoodgebruik? Het verminderen van de zichtbaarheid en beschikbaarheid werkt voor stoelen waarschijnlijk ook. ‘Stoeltax? Campagnes vanuit de Rijksoverheid zouden zeker helpen. Tevens is het van belang dat de zorg het stoelgebruik in de spreekkamer bespreekbaar maakt. Evenals verwijsmogelijkheden, zoals verslavingszorg, voor de mensen die dit nodig hebben.

De man in de inleiding is een voorbeeld van een patiënt die verslaafd is aan stoelgebruik. Hij is inmiddels succesvol behandeld met dezelfde behandelmethodieken als voor mensen met de ‘echte’ verslavingen. Hij zit nog wel, maar met mate, en bij voorkeur niet op een comfortabele stoel.