

Straatje 21 8510 BELLEGEM Ond.nr.
Telefoon 056/25.25.18 E-mail
Mobistar 0495/18.82.82 Fortis
Telefax 056/25.25.20 KBC

be 0.525.505.418
info@logocom.be
001-2098681-65
738-0033 140-85

AANGETEKENDE & GEWONE POST

Procureur des Konings

Voor: Lut Celie; Ingrid Claeys; E. Compennolle;
Langedock Veerle; Procureur des Konings
Psychologencommissie
Cardinael Daphne

8500 KORTRIJK

Bellegem, 17 oktober 2005

Geachte,

Betreft: ☛ Ingebrekestelling Lut Celie: ongeldig aanwenden van titel 'psychologe' en 'psychologisch verslag' als niet psychologe (attest Psychologencommissie in bijlage);
☛ Ingebrekestelling foutief, overmatig en langdurig rilatinevoorschrijven door kinderarts Ingrid Claeys; alsmede niet nakomen van haar belofte haar voorschrijfgedrag van mijn zoon Floris te laten bevestigen door een universitair iemand of de nodige medische bij-onderzoeken te laten uitvoeren; nalatigheid ontbreken van medische onderzoeken en correcte psychologische begeleiding.
☛ Ook in dat verband mededeling van de bijwerking van mijn internetsite <http://logocom.be/technisch/medisch/rilatine>;

1. Onderdeel bestemd voor Lut Celie: Aanwending *overgenomen in klsy* vals gebruik van terminologie 'psychologisch verslag' in kortgeding te Kortrijk en aanhouden van terminologie 'psychologe' in beroepsgeding te Gent

Na het ontbreken van enig antwoord op het blijven aanwenden van de terminologie 'psychologe' in de beroepsprocedure, zie ik mij genooddacht dit - op aanwijzen van het bevoegde ministerie - voor het parket voor te brengen, omwille van de schade die dit zowel mij als mijn zoon Floris toebrengt door onterechte negatieve beïnvloeding van de normale rechtsgang met oneigenlijke bewijzen.

U deel met deze nogmaals expliciet en officieel mede dat u niet alleen in de diverse besluiten, maar ook op de pleitdag door meester Tremmery op donderdag 10/04/2005 in de rechtbank te Kortrijk uitdrukkelijk en herhaaldelijk vernoemd werd als 'psychologe' met een 'psychologisch verslag' met als enige bedoeling de relatie tussen mijn zoon en mij in een kwaad daglicht te stellen, en wat de uitslag van de rechter nefast beïnvloed heeft (wat overigens volgende maand ook ter sprake komt in het beroep te Gent). Ik heb hierbij nog steeds geen schriftelijk antwoord van u ontvangen om dit 'psychologisch verslag' terug te nemen, dus u blijft blijikbaar bij uw verklaring daarin 'Vader is extreem opvliegend en schreeuwt zonder aanleiding', terwijl uitgebreide psychologische testen (zowel Beernem als Gent) door wél erkende psychologen bij mij vastgesteld hebben dat er sprake is van een hoog IQ en een overmatige rationele zelfbeheersing, dus compleet tegengesteld aan uw stelling. Hoewel u in ditzelfde verslag melding maakt van het feit dat u mij nooit ontmoet heeft, schetst u bovendien de problematiek van Floris niet eens in het kader van de rilatine die hij neemt en de bijwerkingen die u nochtans eigenlijk mooi en naaenvolgend beschrijft in hetzelfde verslag.

Ik vermeld intussen hierbij dat u van oorsprong een verpleegster bent, die zichzelf rouwtherapeute noemt op de site van Rouwzorg Vlaanderen (een titel zonder enige waarde die ik zelf ook mag dragen zonder enige vooropleiding) en dat u bovendien een persoonlijke band heeft met mijn echtgenote, die u omwille van tegenstrijdige belangen in de onmogelijkheid stelde zo'n verslag op te stellen met als enige bedoeling mij als vader onderuit te halen tegen de zin van mijn prachtige zoon Floris (12 jaar) en al even prachtige zusjes Marieke (9) en Stientje (3) in.

Dat wordt overigens bewezen door de verklaring van Floris zelf voor de rechtbank te Kortrijk, Burg. Nolfstraat 10A, 8500 KORTRIJK, lokaal 36, precies zes maanden geleden op 13 april op 13/04/05 om 14.00 h: "Ik zou graag dezelfde regeling hebben als mijn twee zussen. Ik zie mijn papa graag en ik wil samen met mijn papa zijn." A propos, co-ouderschap werd uitgesproken, en beide meisjes zien ook even graag hun moeke als papa (en papa koestert de hoop dat moeke terug komt en blijft geloven in het fundament dat het huwelijk moet betekenen voor kinderen en gedraagt zich zeker niet negatief).

Heden leg ik dan ook met dit schrijven klacht neer met dit (volledige) schrijven bij de Procureur des Konings.

De verklaringen in dit pseudo-psychologisch verslag staan bovendien ook diametraal tegenover de vermeldingen in het verslag dat de Universiteit Antwerpen, afdeling CBA (Centrum Begaafdheidsonderzoek Antwerpen) in 2003 opmaakte toen Floris naar het Eerste Latijn ging te Don Bosco en waar mijn echtgenote en ik zeer liefhebbend en vanzelfsprekend samen waren in het belang van Floris en om Don Bosco met een (overigens vrij duur) correct verslag in te lichten over het feit dat hij tot bijna twee jaar jonger was dan zijn klasgenootjes en om te vermijden dat dit tot pestgedrag zou leiden.

2. Ingrid Claeys, rilatinegebruik van mijn zoon Floris Van Belle

In de tweede problematiek, wens ik ook voor de gezondheid van mijn zoon op te komen omfrent de reeds zes jaar voorgeschreven medicatie door Ingrid Claeys, zijnde een zeer langdurig en volgens mij om gezondheidsredenen helemaal niet meer aangewezen, rilatinegebruik, bij mijn zoon Floris Van Belle. Bovendien lijkt deze kinderarts haar belofte niet na te komen mij een tussentijdse evaluatie van haar voorschrijfgedrag te laten geworden. Bijkomende informatie, die intussen ook via de kranten op algemene basis en vanuit onafhankelijke bronnen worden verspreid, dwingen mij tot het aangetekend in gebreke stelling met als enig oogpunt de gezondheid van mijn zoon Floris en een objectieve onderzoek daarnaar. Ik ga hierbij niet vaag, maar zeer concreet naar Ingrid Claeys toe, omdat zij nalaat mij in contact te brengen met de beloofde universitaire persoon die mij de bewijzen en het positieve van rilatine op medisch en technisch/chemisch/fysiek niveau zou aantonen.

Intussen is algemeen bekend dat West-Vlaanderen tot de nummer één behoort qua rilatinegebruik. Veel erger is echter dat anderen en mijzelf, bovendien de laatste maanden uitgebreid hebben kunnen nagaan dat Ingrid Claeys zeer concreet en binnen West-Vlaanderen tot de nummer één van de voorschrijvende kinderartsen behoort (u moet dus ook een zéér behoorlijk fiscaal inkomen hebben). Ik heb nu al weet van klassen waar 3/4den van de leerlingen rilatine neemt op UW VOORSCHRIFT, terwijl zelfs het boekje van ADHD van Cora De Vos van juni 2005 op blz. 20 vermeldt "Naar schatting heeft 2 tot 3 procent van alle kinderen deze stoornis, anderen spreken zelfs van 5 procent of meer. Dat komt neer op gemiddeld een tot twee kinderen per schoolklas".

Ik concludeer uit zo'n cijfers dat het eigenlijk méér dan mijn maatschappelijk plicht is, om deze problematiek waarin ook mijn zoon zijn gezondheid concreet betrokken is, voor te leggen op bredere basis aan de jeugdrechter. U hebt namelijk een machtspositie over mijn zoon en over mijn echtgenote (als collega met een hoger diploma) waarin bij eventuele misbruiken enkel een rechter een correcte uitspraak kan doen met objectieve informatie. U weigert namelijk AL uw cliënten mede te delen dat rilatine zich klasseert onder de rubriek 'verdovende middelen' en u het tot op heden enkel als 'medicament' voorstelt. Bovendien minimaliseert u de veelvuldige bijwerkingen en wat zeer ernstig is - blijft u in gebreke voor een jaarlijkse update en jaarlijks medisch bloedonderzoek zoals de (bijgevoegde) professionele bijsluiter vermeldt. Methylenfendaat zoals rilatine beïnvloedt namelijk het centrale zenuwstelsel en is een gedragsmanipulator en grijpt dus nog veel ernstiger in op het 'zijn' van de mens dan bijvoorbeeld de anticonceptiepil bij vrouwen al doet. Ik merk dat u als dokter hier blijvend lichtzinnig over gaat, en blijkbaar niet op de hoogte blijft van de evoluties in andere landen (verbod Canada en verwittigingen op verpakking Amerika: zie infra). In Griekenland zijn er reeds juridische precedents in de vorm van een correctionele bestraffing en tijdelijke schorsing in ambt van rilatinevoorschrijvende artsen die 'vergeten' een jaarlijks bloedonderzoek te laten uitvoeren (ook grootte linker hartkamer wordt dikwijls gecontroleerd omdat het ook bloedvatvernauwend werkt als andere sympathicomimetica). Ook de Scandinavische landen verengen hun beleid, terwijl bij een van die landen amfetamine-medicatie al verboden werd sinds 1968, een jaar nadat Tom Simpson stierf in de Ronde van Frankrijk en resten amfetamines in zijn T-shirt bij de autopsie werden ontdekt en het onderzoeksrapport dat als oorzaak ondubbelzinnig aanwees. Ik verwijs tevens naar de recente onderzoeken naar de zes à twaalf jaarlijkse Belgische doden bij de sport (hartstilstanden n.a.v. hartritimestoornissen en het onvermogen het hart te reanimeren met adrenaline, omdat die possters nèt al jaren net amfetamines slikten en het lichaam er niet meer op reageert) bij het ministerie van Volksgezondheid in samenwerking met de Universiteiten Gent, Antwerpen en Leuven (pas gestart sinds er effectieve doden vielen door het niet kunnen reanimeren van bepaalde voetballers, renners en lopers met een hartstilstand ten gevolge van amfetamines). Zie iets verder waar ik de niet mis te verstande officiële persmededeling overigens over rilatine bijvoeg.

Bovendien is het des te ernstiger, daar u al lang van mijn steeds bijgewerkte en druk bezochte internetpagina <http://logocom.be/technisch/medisch/rilatine> leest en mij zelfs contacteerde hierover omdat ik niet anders kon dan uw naam vermelden op een bepaald moment. U belde mij vervolgens en omdat u mij niet meer wou (of kon?) weerleggen, beloofde u mij in contact te brengen met een universitair iemand die zich - volgens uw zeggen - wél nog positief durfde uit te spreken tegen al de rest in (ondanks de enorme commerciële druk op iedereen die tegen rilatine en de daarbijhorende farmaceutische lobby ingaat). Maar ook daar verneem ik niets meer van.

Ik merk inderdaad dat het aantal bezoekers van vermelde site en de reacties in bijna verticaal stijgende lijn zijn toegenomen, want bij het zoeken via google op 'bijsluiter' en 'rilatine' staat deze pagina van mij al op nummer een. **Ik had u nochtans al lang om een officiële reactie gevraagd die ik integraal zou publiceren daarin.** Via diverse universitaire instellingen kreeg ik intussen echter ook al bijkomende rechtstreekse reacties, die een voor een worden opgeslagen en gearchiveerd. Het is ook op deze wijze dat ik werkelijk verstomd begon te staan van het aantal ouders die op uw voorschrift rilatine geven aan hun kinderen en de doses daarbij waarbij u telefonisch probleemloos bij de geringste indicatie van 'een probleempje op school' gewoon zegt de dosis te verhogen, alsof het het wondermiddel van de eeuw is (net zoals men continu koortswerende middelen zou voorschrijven bij het verhogen van de lichaamstemperatuur als vanzelfsprekendheid). Ik wist echter niet bij aanvang dat het geval van mijn zoon slechts het uiterste topje van de ijsberg zou zijn en dat deze internetpagina tot zo'n toevloed van ouders zou leiden die bij u cliënt zijn (het zijn er zoveel dat u ze volgens onmogelijk elk jaar kunt evalueren; want ADHD-vaststelling is een vrij complex iets, terwijl u zeer snel besluit tot het voorschrijven van rilatine).

En verleden week heeft u dan bovendien telefonisch geprobeerd het concrete geval van een van mijn contactpersonen, met name Cardinael, te doen afstappen van zijn toestemming aan mij om dat op internet te verklaren. Dat vind ik manipulatie ten top gedreven, maar de persoon in kwestie heeft nu al duidelijk door dat ze zelf moet instaan voor haar gedrag en dat ze door de jarenlange relatie nu een veel moeilijkere weg te gaan heeft, dan indien haar dit meteen was duidelijk gemaakt. Indien de rechter het wenst, is deze persoon voluit bereid haar geval toe te lichten, zeker nu ze gestopt is met relatie nadat ze het jarenlang heeft genomen, en ook over de inspanningen die het vergde om de groter geworden sprong naar zelfbeheersing te maken, maar dat ze nu eindelijk na al die jaren eindelijk zichzelf terug kan zijn.

Ik deel u tevens mede dat ik intussen ook al een serieuze lijst bekomen heb en dat stevast uw naam voorkomt in het voorschrijven van relatie in deze streek, maar u misbruikt het feit dat de mensen met u een vertrouwensrelatie hebben als 'dokter' en de stap voor veel mensen tot publicatie te groot is. Bij de eerste ernstige gevallen in deze streek (overlijden; overmatig grote hartkamer; zelfmoord ten gevolge van relatie), zal ik er echter op toezien dat u zich correctioneel zult moeten verantwoorden. In parallelle landen gebeurde dit al met concrete gevallen van overlijdens van kinderen in een aantal andere landen bij kinderen die relatie voorgeschreven kregen, waarvan ik nu probeer de medische dossiers te bekomen. Pas op, het gaat over bijvoorbeeld hartstilstanden, sommigen in hun slaap, sommigen gewoon tijdens het spelen of skateboarden, sommigen door het experimenteren met een overdosis, sommigen door onwetendheid en combinatie met een andere medicatie dat niet samengaat, sommigen in de kliniek zelfs door combinatie hiervan bij een operatie, **bij spoedopname vergeet men te vermelden dat het kind iets neemt dat rechtstreeks op het centrale zenuwstelsel werkt!** Of het gaat over dossiers van kinderen die plots naar school terugkomen met een geweer. Ik weet niet of het geruchten zijn of niet, maar de kinderen die die steen in de voorruit van die trein wierpen, zouden ook relatiepatiënten geweest zijn. Hier in België worden de dossiers echter angstvallig binnen de klinieken gehouden, om aansprakelijkheidsstellingen te voorkomen (een kinderarts is hier trouwens voor verzekerd zoals wij als boekhouder-fiscalist dat ook zijn voor onze burgerlijke aansprakelijkheid, dus ik zie geen probleem waarom dit niet correct zou zijn).

Om ook aan te duiden dat ik hier voor de evolutie van Floris niet zomaar dingen uit mijn duim zuig, voeg ik dus zoals vermeld hierbij meteen ook het verslag van de Universiteit Antwerpen, afdeling CBA (Centrum voor Hoogbegaafdheidsonderzoek) van 18 augustus 2003 en waarin u de geponeerde stellingen ook terug vindt, ditmaal door gespecialiseerde mensen op dit vlak en waar ik WEL aanwezig was en zelfs vragende partij voor was. Tessa KIEBOOM is momenteel de meest toonaangevende naam op dit vlak, maar is evenmin voor rilatine te vinden bij hoogbegaafden. Belangrijkste is trouwens dat beide ouders Floris zeer graag zien, en dat weet hij zeer goed.

Ik denk dat het belangrijkste is, dat wij als ouders niet iedereen moeten inschakelen, maar dat kinderen langzaam aan moeten beseffen dat ze meer en meer voor alles, en zeker voor hun eigen gedrag moeten instaan. En dit met respect voor de levende wezens en voor materiaal. Om dat te weten hoeven we helemaal niet lang gestudeerd te hebben, integendeel!

Met vriendelijke maar dringende groeten,



VAN BELLE Jean Marc
voor LOGOCOM - info@logocom.be

- bij telefonische afwezigheid : gelieve een fax te zenden naar +32-(0)56-25.25.20 •••
- ons GSM-nummer bij Mobistar is 0495/18.82.82 [handenvrij in de wagen, bel gerust] •••

Bijgevoegd stuk:

- ☞ Verklaring dat Lut Celie niet op de lijst van psychologen voorkomt.
- ☞ Verslag over Floris door Universiteit Antwerpen, afdeling CBA (Centrum voor Hoogbegaafdheidsonderzoek).
- ☞ Professionele bijgewerkte bijsluiters rilatine.
- ☞ Internetpagina van Vlaamse Vereniging Gilles de la Tourette met mededeling van het ministerie van Volksgezondheid over het overdreven gebruik van Rilatine bij kinderen (2004).

Indien u echter ondanks al deze feiten, zeker blijft van uw stelling dat rilatine totaal onschadelijk is en kan zonder èchte psychologische begeleiding in het geval van mijn net 13 geworden zoon Floris (die volgens mij noch rilatine, noch psychologische begeleiding nodig heeft, vermits hij een meer dan normaal IQ heeft), maan ik u aan, dat er alsnog snel met mij contact wordt opgenomen. Ik ben als gezonde zelfstandige en zeer actieve mens zeer ruim bereikbaar op mijn GSM-nummer 0495/18.82.82, maar dat weet u intussen al. Ik verwacht ditmaal wèl een schriftelijke bevestiging met de weerlegging voor het geval u - zoals tot op heden het geval was - halsstarrig zonder commentaar op uw standpunt blijft staan zonder enig weerwoord of enige verdere argumentatie van uwentwege.

Bijkomende onderzoek voor mijn zoon Floris omtrent de erfelijke factor:

Intussen heb ik opzettelijk en op mijn expliciete aanvraag zelf ook heel wat medische en psychische testen laten uitvoeren op mezelf om de erfelijke factor te onderzoeken en de zogezegde ADHD van Floris in de juiste erfelijke context te laten plaatsen waarbij intussen al duidelijk gebleken is dat dit geen kwaal hoeft te zijn, maar als kwaliteit kan aangewend worden. Ook al maken zo'n mensen het hun omgeving inderdaad wat lastiger door de vele vraagstellingen in voor velen evidente zaken (zoals wellicht voor u het voorschrijven van rilatine een evidente zaak is), moge blijken uit mijn huidige schrijven. Zou het niet eerder evident moeten zijn dat elke hoogontwikkelde dokter beroepsmatig en vanuit zijn/haar deontologie de invraagstelling eigenlijk zelf continu moet behouden?

Ik kom bovendien uit een gezin van een nu 75-jarige maar nog steeds hyperactieve moeder die nog steeds elf hyperactieve kinderen heeft. Bovendien had ook mijn vader een zeer hoog IQ (had een hoge functie bij de belastingadministratie te Brugge maar is verleden jaar overleden), maar had als gevolg daarvan ook de licht autistiforme kenmerken en eigenschappen die tevens naar het Asperger-syndroom verwijzen (zeer gedetailleerd opslaan van omgevingsfactoren en enorme verwerkingssnelheid en -noodzaak in het hoofd). Dit betekent echter niet dat wij allemaal abnormaal zouden zijn daar diverse van mijn zeven broers ook vrij hoge functies bekleden (Universiteit Kaapstad Zuid-Afrika; Belgische Ambassade te India; topkader Dexia). Maar indien iedereen op deze wijze rilatine had gekregen, waren alle mensen als Da Vinci, Jezus Christus, Einstein platgelegd nog voor ze enige uitvinding deden en leefden we nu wellicht nog in de middeleeuwen (ja, nieuwe spelling van de middeleeuwen zal nu terug met kleine 'm' worden geschreven sinds de nieuwe versie van het Groene Boekje verleden week, ook dat probeer ik op te volgen naast mijn lessen Spaans).

Met deze laatste paragraaf is het trouwens helemaal NIET mijn bedoeling mij hautain of 'intelligent' op te stellen, maar wel te poneren dat ik als vader, mèt dezelfde kenmerken, wellicht beter de vermelde kenmerken van autistiform-Asperger-begaafdheid-ADHD-MBD begrijp, dan u als kinderarts die deze kenmerken NIET heeft. Wat niet belet dat ik als zelfstandige het gezonde verstand moet behouden om normaal te functioneren in de maatschappij, en geen lid zou zijn van de persraad VJV (Vlaamse Journalisten Vereniging); erkend boekhouder-fiscalist (BIBF, al hou ik ook daar mijn kritiek tegen de teloorgang van de economie en fraude door andere accountants/boekhouders niet voor mezelf) en in diverse besturen en schoolraden en studiediensten zetel als actief medewerker en bovendien moet zorgen dat mijn gezin financieel boven water blijft.

Dit schrijven geldt echter wel als ingebrekestelling en ik verwacht nu eindelijk een antwoord en een concreet nieuw onderzoek naar mijn zoon toe.

Omdat ook het Ministerie Intussen hier al duidelijk en vrij recent standpunt hierover innam, laat ik dit hierbij ook geworden. Pas op, dit gebeurde NA en OP advies van de toonaangevende diensten kindergeneeskunde van zowel de KUL (Professor Caesar - ditmaal gebruik ik een erkende titel) als van UZ Gent (Professor Leroy; idem) en de dienst Kinderpsychiatrie (Professor Danckaerts; idem). Ik herhaal hier hun standpunt (dat ook op diverse OFFICIELE sites letterlijk wordt aangehaald, zie ook bijlage):

**Mededeling van het ministerie van volksgezondheid :
Overdreven gebruik van Rilatine® bij kinderen**

Methylphenidatum (Rilatine®, een stimulans van het centrale zenuwstelsel, is in ons land vooral bekend als medicamenteuze therapie bij kinderen lijdend aan het aandachtstekortsyndroom met hyperactiviteit, beter bekend als ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Dit geneesmiddel is in ons land onderworpen aan de wetgeving betreffende de verdovende middelen.

Recent werd in de Verenigde Staten en Canada gewaarschuwd voor het toenemende misbruik van deze medicatie. Daar zag men in de periode tussen 1990 en 1995 een 2,5-voudige stijging van de verkoop.

België heeft voor diezelfde periode een vergelijkbare stijging van de verkoopcijfers hoewel er in ons land proportioneel een lage behandelingsratio zou zijn. Verlenging van de therapieduur en toename in medicamenteuze behandeling van kinderen met aandachtsproblemen zonder noemenswaardige hyperactiviteit gelden als mogelijke verklaringen voor deze toename van het verbruik van methylphenidatum in de Verenigde Staten. Er heerst onder de artsen een grote variabiliteit in het stellen van de diagnose en de behandeling van ADHD bij kinderen. Algemeen wordt aanvaard dat ADHD een multidisciplinaire aanpak vergt. Deze klinische diagnose, gebaseerd op de observatie van de 3 kernsymptomen: overactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort, wordt best pas gesteld na verschillende consulten. Een grondig klinisch onderzoek en de informatie over het functioneren van het kind via de ouders en de school, zijn onontbeerlijk. Een behandeling met psychostimulantia zou pas mogen gebeuren na een volledige evaluatie van het kind, is geen eerste keuze behandeling en moet gezien worden als onderdeel van een combinatie-therapie waarbij ook het functioneren van het kind op school en binnen het gezin moet begeleid worden. Een chronisch lage dosis, oraal toegediend ter behandeling van een correct gestelde diagnose van ADHD en in combinatie met een multidisciplinaire aanpak, is niet geassocieerd met misbruik van dit geneesmiddel. Onoordeelkundig voorschrijven van methylphenidatum daarentegen, door het gebruik van een te hoge dosis of bij een onjuiste indicatie, is kinderen onnodig blootstellen aan risico's verbonden aan het gebruik van psychostimulantia (potentieel verslavend karakter, slapeloosheid, anorexie,...). Vandaar het advies om bij het voorschrijven van dit geneesmiddel de nodige waakzaamheid in acht te nemen.

Deze tekst kwam tot stand met goedkeuring van Professor Casaer (dienst Kindergeneeskunde K.U.L.), Professor Leroy, (dienst Kindergeneeskunde U.Z. Gent) en Professor Danckaerts (dienst Kinderpsychiatrie, K.U.L.)

Toen Floris een maand geleden plots weeral moest overgeven en het weekend ziek was (dat is al een paar maanden zo!), vroeg ik ook aan de behandelende huisdokter van mijn echtgenote zelf om Floris het eens te laten proberen met een verminderde dosis van 1 pilletjes 's morgens en 1 pilletjes 's middags, maar afgelopen weekend vernam ik dat dit helemaal niet ter sprake was gekomen en dat er zelfs niet eens van een nieuw gesprek met u sprake is en waar zowel mijn echtgenote ik, u als Floris aanwezig moeten zijn. Floris zelf wil namelijk ook zelf wel stoppen maar wordt meer als slachtoffer heen en weer gesmeten in die discussie zodat de discussie op zich alleen al rilatine zou rechtvaardigen. Bovendien zou ik dit liefst onder mijn geduldige maar resolute begeleiding doen en graag zijn eerste ontwenningsoptredens en depressies wil opvangen. Bovendien zal dit stoppen hiervan ook de medewerking van de school zal vragen- die ik overigens al gevraagd heb en Don Bosco staat hiervoor open omdat zij ook bekommerd zijn over het volledige welzijn en gezondheid van Floris). Doordat de school dichtbij mij is, kan ik eventueel de afwisselende weken hem elke dag afhalen van school en samen met hem middagmalen om alles verder op te volgen. Ik sta hem trouwens nu al toe, als hij zich eens colèrig voelt, om zich af te reageren op mij omdat ik daar als fysisch sterke maar zelfbeheerste man natuurlijk ook gemakkelijk tegen kan.

Wel bent u, mevrouw de kinderarts - doordat u dus een hoger geplaatste collega van mijn echtgenote¹ bent en naast haar lokaal werkt (door uw diploma staat u dus wel op een hiërarchisch hogere plaats) - misschien ook beter af als u zelf een collega kinderarts het dossier eens zou doorsturen en **aanstellen** om een second opinion te vragen in het belang van de patiënt, mijn zoon Floris (die volgens u voldoende begaafd is waardoor ik concludeer dat hij met zo'n IQ toch ook zelf zijn eventuele problematiek - ik zelf heb totaal geen problemen met Floris omdat ik zelf ook zo ben - kan leren oplossen of de scherpe kantjes ervan afkomen). Zoniet is het beter dat de jeugdrechter zo iemand aanstelt of een vraag stelt aan het ministerie hierover.

¹ Mijn echtgenote zelf is van studies een logopediste (ik leerde ze ook kennen tijdens die opleiding) die door omstandigheden een al even vakbewame psychomotorische therapeute geworden is, maar door haar werkuren niet altijd de kinderen net rond de schooluren kan opvangen. Ze is bovendien een zeer liefhebbende en zachte moeder, die het momenteel echter wellicht moeilijk heeft met het verwerken van het overlijden van haar vader en wat op zoek is naar zichzelf. Tegenover de kinderarts ('collega') heeft ze nooit erg assertief kunnen reageren en dat is ook een deel van de reden dat ik er in het begin ook bij wou zijn.

Maar in 2002 en 2003 raakt het niet alleen mij, maar algemeen bekend dat rilatine helemaal geen geneesmiddel is, maar een zuivere amfetamine (het dus voorkomt op de detaillisten van drogerende middelen van de apothekers) met ernstige bijwerkingen en dat rilatine eigenlijk een zeer speciale uitzondering vormt dat het mag gegeven worden om medische doeleinden (terwijl het zeer expliciet en hard verboden verboden blijft via de drugswetten en ook nog steeds niet onder de toegelaten drugs voor privé gebruik valt!). Bovendien werd het recentelijk (2005!) in Canada volledig verboden en werden daar nieuwe voorafgaandelijke onderzoeken geëist naar aanleiding van verdachte overlijdens bij kinderen die dit periodiek namen en na een schandaal over hoe oorspronkelijk gelobby't werd om dit oorspronkelijk goed te keuren (zoals aspartaam eigenlijk ook). Een paar maanden daarna besliste ook de hoogste FDA (Food & Drugs Administration) in Amerika en wel op 28 juni 2005 met eenparigheid van stemmen dat op de bijsluiter van methylfenidaat (rilatine, concerta) expliciet moet melding gemaakt worden dat deze middelen *"visuele hallucinaties, zelfmoordneigingen, psychotisch gedrag, agressie en gewelddadig gedrag kunnen veroorzaken"*. Ook de professionele bijsluiter, die de kinderartse al enige tijd gelezen heeft bij haar bezoeken op mijn internetsite <http://logocom.be/technisch/medisch/rilatine>, wijst op zeer ernstige gevaren en een primaire psychologische behandeling en rilatine ENKEL als kortstondige aanvulling hiervan. Dit terwijl Floris met steeds verhoogde doses nu zijn zesde jaar daarmee ingaat en zijn sociale achterstand verhoogt i.p.v. te verlagen (en zijn IQ omgekeerd evenredig; ik beveel binnenkort een nieuwe IQ-test om dit te staven).

Als ik nu trouwens terug de diagnose overloop en uw conclusie om rilatine voor te schrijven, lijkt mij deze trouwens compleet foutief, want gezien het hoge IQ had zeker de voorkeur moeten gaan naar eerder een zelfbeheersingscursus en een cursus socialisering dan naar het louter voorschrijven van een psychoticum dat zijn zintuiglijke waarneming en adrenaline-afgifte plat legt. Bovendien schrijft u rilatine meestal voor aan mensen die komen met aandachts- of concentratiestoornissen op school (die mevrouw op de schaatsbaan zei dat haar zoontje nu betere punten heeft; terwijl de punten van mijn zoon steeds afnemen met rilatine en hij nu verlaagd is van Latijnse naar Wetenschappelijke en die rilatine dus geen echte rol speelt want hij haalt dezelfde punten als ik vroeger, zij het dat ik er nog minder voor deed toen). ***Ik neem u hierbij niet kwalijk dat u dit oorspronkelijk niet wist, maar dat u wel halsstarrig weigert een nieuw onderzoek te starten of een tussenevaluatie met bijsturingen noch enig medisch onderzoek beveelt naar zowel de bloedplaatjes, de grootte van zijn hartkamers en zijn hartritmestoornissen, eetproblematiek, gewicht en depressieve neigingen gewoon compleet negeert (zijn regressie hoeft niet noodzakelijk van de rilatine voort te komen), terwijl andere voorschrijvende artsen in Vlaanderen langzaam aan dit wel doen. Ook bij apothekers werden een aantal interne opleidingen en verwittigingen gelanceerd, maar het kan toch niet de bedoeling zijn de apothekers hierin bevoegd te maken en hen steeds meer op te leggen de voorschrijf-vergissingen van u als arts te corrigeren.***

Als ik de tekst van 2005 van het nieuwste "Brein & Psyche" er op nalees, zal het er bovendien voor een jeugdrechter eigenlijk binnenkort op neerkomen, dat geen enkele jongere delinquent eigenlijk nog door hem zou mogen bestraft worden door de simpele totaal verzachtende omstandigheid dat hij/zij 'rilatine' gebruikt, en dus eigenlijk niet meer verantwoordelijk kan zijn voor zijn/haar eigen gedrag, daar deze 'medicatie' (lees: drogerende middelen) zijn/haar gedrag nu bepaalt. En doordat het - zoals alle drugs - maar een tweetal uren werkt (Concerta werkt iets langer door een vertraging in het afgiftesysteem), zit je natuurlijk met een dubbel probleem als het uitgewerkt raakt. En 's avonds mag dit bovendien eigenlijk dan nauwelijks worden gegeven, want een andere bijwerking is dat je er moeilijk van in slaap raakt (adolescenten-studenten gebruiken nu blijkbaar ook al om die reden soms rilatine in de examenperiodes, onvoorstelbaar). Bovendien mag het absoluut niet gecombineerd worden met de meeste andere medicijnen en alcohol, en kan het in combinatie met slaappillen of anti-depressiva zelfs tot de dood lijden. Dat Floris hierbij 1,5 pilletjes 's morgens neemt en 1,5 pilletjes 's namiddags, stemt overeen met de dosis voor een normale volwassene, terwijl hij net als bijwerking heeft dat hij minder weegt dan zijn drie jaar jongere zus van 10 jaar.

Om het relaas niet te lang te houden, nu even zeer concreet naar mijn zoon Floris Van Belle toe:

Bij uw oorspronkelijke diagnose zes jaar geleden over mijn zoon Floris Van Belle had u toen zowel verwezen naar het autistiforme spectrum als naar het Asperger syndroom. Daarnaast toonde u op een schema met de verdeling van mensen over de IQ-schaal dat mijn zoon zich bevond in het uiterste percentage van de schaal bij de hoogbegaafden, en het maakte en diepe indruk op mij toen u vermeldde dat het andere uiterste dat daartegen stond de zwakbegaafden (mentaal gehandicapten) omvatte. U schreef toen rilatine voor en toen ik vroeg naar de werking ervan, kon u nog alleen antwoorden *"de echte werking is niet gekend, maar het is zeer eigenaardig: Als dit gegeven wordt aan bepaalde mensen die hyperactief zijn, worden die er om een ongekende reden net zeer rustig en beheerster door"*. Ik ging daar toen mee akkoord, maar heb mij de afgelopen zes jaren intussen zelf ook zeer grondig ingewerkt op de medische, psychische psychologische zijde daarvan, hoewel ik desnoods graag via de rechter een derden-onderzoek door echte psychologen en artsen zou willen laten bevelen voor mijn zoon Floris zelf en m.b.t. de rilatine en de nu reeds geconstateerde gevolgen voor de rest van zijn leven (vooral de hartritmestoonissen baren mij ernstige zorgen, daar geen van de twee ouders enig medisch precedent hiervan heeft). Het is mij vooral duidelijk geworden - toen mijn echtgenote het moeilijk vond om dit te bespreken met u en wellicht de gemakkelijkste weg via rilatine wou behouden - toen ik om die reden zelf een poos rilatine heb genomen en voelde hoe dit mijn zintuiglijke waarneming en de denksnelheid in mijn hoofd afremde (terwijl ik inderdaad zeer mak werd, maar vraag is natuurlijk hoe lang dat zou duren, en na een week stond ik al twee weken achter met mijn werk als zelfstandige omdat ik ook vrij apathisch werd tegenover alles). Omdat dit ook zelfvergiftiging is en verboden bij de wet [als u wil, kunt u mij dagvaarden hiervoor, de gezondheid van mijn drie kinderen is mij als vader echter meer waard dan mijn eigen leven], en ook door de snelle achterstand wegens het minder actief zijn als zelfstandige (financieel dus) heb ik dit experiment vervolgens snel gestopt, maar ben ik daarna resoluut naar het kamp van de tegenstanders overgestapt (zo'n paardenmiddel kan onmogelijk gezond zijn op lange termijn). Intussen begrijp ik wèl de werking ervan en de beschrijving door de universiteitsstudies.

Op het bijgevoegde verslag van de Universiteit Antwerpen, afdeling CBA (Centrum Begaafdheidsonderzoek Antwerpen), vindt u onderstaande gegevens ook nog eens samengevat.

Hoewel wij op dat beginmoment zelf nog geen enkel probleem met Floris thuis hadden (en eigenlijk heb ik dat nog steeds niet, maar voor mij is het natuurlijk gemakkelijk omdat ik dezelfde geaardheid heb en mijn zoon dus gemakkelijk begrijp en aanvoel en hem liefheb), maar in school vonden de duo-leraressen uit het tweede leerjaar hem 'vrij druk'. Gelijktijdig stelde het CLB voor om hem - omwille van het door hen gemeten en zeer hoge IQ van boven de 140 - meteen van het tweede leerjaar naar het derde leerjaar door te zenden, terwijl hij niettemin naar het einde van het jaar toe verjaart, waardoor het leeftijdsverschil met een aantal andere klasgenootjes rap twee jaar bedraagt. Verder zijn er nooit noemenswaardige problemen met Floris geweest en heeft hij ook vlot het eerste en tweede Latijn afgelegd zonder veel te studeren, maar werd de dosis van rilatine wel stelselmatig opgedreven tot minstens drie pilletjes per dag. Eigenlijk vond ik het zelfs zeer abnormaal voor een kind van zijn leeftijd dat hij nooit eens met een minpunt op zijn rapport naar huis kwam omdat ik het eigenlijk normaler vindt dat een jongen van die leeftijd wel eens een gedragsgrens speels of onder sociale invloed van andere leerlingen overschrijdt ("durf je?").

Maar omdat mijn echtgenote voorstander bleef hiervan, wou ik dit gesprek niet tussen ons laten komen om onze prachtige relatie te bezoedelen.

De Heer VAN BELLE Jean-Marc
Straatje 21

B-8510 BELLEGEM

Brussel, 27 juli 2005

Betreft : Wet van 8 november 1993 over de bescherming van de titel van psycholoog.

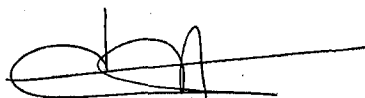
Geachte Heer,

In antwoord op uw e-mail van 26 juli ll. bevestigt de psychologencommissie dat Mevrouw Lut Celie de titel van psycholoog niet mag gebruiken.

De titel van psycholoog is beschermd sinds de wet van 8 november 1993 en wordt slechts toegekend aan houders van een universitair diploma, die ingeschreven zijn op een lijst van erkende psychologen die wordt bijgehouden door de Psychologencommissie.

Bij nazicht werd vastgesteld dat zij op deze lijst niet voorkomt.

Hoogachtend.



Voor de psychologencommissie
M. Castin
Voorzitster-Raadsheer bij het Hof van Beroep te Bergen.



UNIVERSITEIT
ANTWERPEN

Antwerpen, 18 augustus 2003

B

Betreft: Advisering van Van Belle Floris, dd. 23 juli 2003
(°03/10/1992)

Reden van aanmelding

De ouders willen advies inwinnen aangaande de schoolse aanpak voor Floris. Verder stellen ze zich vragen over zijn depressieve buien en het feit dat hij sociale relaties moeilijk kan inschatten en aangaan.

Achtergrondgegevens

Thuisituatie

Floris is de oudste in een gezin met drie kinderen. Hij heeft een goed contact met zijn jongere zusjes.

De ouders geven aan dat Floris soms maniakaal bezig is met een bepaald onderwerp. Hij praat er dan voortdurend over en lijkt niet aan te voelen dat dit anderen niet altijd interesseert. Floris heeft nood aan structuur en regelmaat. De ouders proberen alles zo voorspelbaar mogelijk te maken. Op sociaal vlak merken ze dat Floris zijn sociale interacties rationaliseert. Hij doet erg zijn best om erbij te horen en plant vooraf het sociaal proces. Bijgevolg komt hij niet spontaan over. Op het einde van afgelopen schooljaar had Floris last van depressieve buien. Hij voelde zich niet begrepen en voelde zich anders dan zijn klasgenoten. Hij gaf meermaals aan niet gelukkig te zijn. Sinds de vakantie is Floris terug opgewekt. Het is alsof er een last van zijn schouders is gevallen.

Schoolloopbaan

De kleuterschool was voor Floris een aangename periode. De leerkrachten signaleerden dat Floris een andere denkwereld had dan zijn leeftijdgenoten en merkten op dat hij snel informatie kon opnemen. Floris werd creatief gestimuleerd en was er heel gelukkig. Dit veranderde in het eerste leerjaar. Floris voelde zich een uitzondering. In het tweede leerjaar kon de leerstof hem niet langer boeien en kwam hij min of meer in opstand. Zo scheurde hij bijvoorbeeld bladen uit zijn



UFSIA

dr. Tessa Kleboom

Centrum voor Begaafdheidsonderzoek Antwerpen

Instituut voor Didactiek en Andragogiek - Het Brantijser, St.-Jacobsmarkt 9-13, 2000 Antwerpen

Tel. + 32-3-220 46 83 - fax + 32-3-220 47 28 - e-mail: tessa.kleboom@ufsia.ac.be

Hoofdadres: Prinsstraat 13, B-2000 Antwerpen 1 - tel. + 32-3-220-41 11 - fax + 32-3-220 44 20 - <http://www.ufsia.ac.be/cbo>

schrift en liep hij weg van school. Floris werd dat jaar ook gepest op school. Zijn resultaten daalden met 20%, wat aanleiding gaf tot een intelligentieonderzoek. De CLB - medewerker nam een intelligentietest af en stelde een hoge begaafdheid vast. Er werden tevens schoolvorderingentesten afgenomen en men kwam tot de conclusie dat Floris best een jaar kon overslaan. Na de krokusvakantie heeft hij de overstap gemaakt naar het derde leerjaar. Er was een totale ommekeer merkbaar. Floris was opnieuw het zonnetje in huis en functioneerde zowel cognitief als sociaal goed. In het vierde leerjaar was het positieve effect van de versnelling verdwenen. Floris had nood aan uitdaging en de leerkracht bood differentiatie aan. Het vijfde leerjaar verliep moeizaam op dat vlak. Aangezien de school geen specifieke opvang kon bieden voor hoogbegaafde leerlingen is Floris van school veranderd. Het zesde leerjaar bracht hij door in een andere school.

Volgend schooljaar start Floris in de richting Latijn. Hij toont een sterke interesse voor deze studierichting en is gemotiveerd om ervoor te werken. Hij weet alleen niet goed hoe hij de leerstof moet verwerken en instuderen. De school waar Floris naartoe gaat, biedt studiebegeleiding aan. De school heeft al aangegeven dat ze vragende partij zijn om informatie in te winnen in verband met de begeleiding van hoogbegaafde leerlingen.

Advies

Floris zal volgend schooljaar starten in het secundair onderwijs met een beperkte bagage aan studievvaardigheden. Hij heeft namelijk de lagere school doorlopen met een minimum aan inspanningen en faalervaringen. Hij heeft met andere woorden niet geleerd om te gaan met falen, doorzetten bij moeilijke taken en heeft zo niet de kans gekregen om zich een adequate studiemethode eigen te maken. Vandaar dat het zinvol is om Floris op dit vlak enige ondersteuning te bieden. Het is dan ook positief te vernemen dat de school een dergelijke studiebegeleiding aanbiedt. Indien deze niet toereikend genoeg is, is het aangewezen om contact op te nemen met een studiementor. Dit met de bedoeling om wekelijks te werken rond het leren instuderen van de leerstof en het plannen van het schoolwerk. U kan hiervoor terecht bij mevr. Barbara Frère. Zij is te bereiken op het nummer: 050/35.69.51.

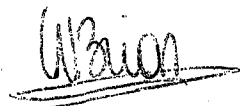
Aangezien de school bereid is om een Floris op schools vlak te begeleiden, maar niet goed weet hoe dit concreet aan te pakken is een schoolgesprek aan te bevelen. Tijdens dit gesprek kan met u als ouder, de leerkrachten, de directie, de CLB - medewerker en onze dienst worden nagegaan op welke manier we Floris het best kunnen opvolgen.

Daarnaast is het naar ons inziens van belang om Floris psychologische begeleiding aan te bieden. Dit omwille van het rationaliseren van elke sociale interactie en het feit dat Floris een aantal kenmerken vertoont van het syndroom van Asperger. De ouders hebben hier vragen rond en wensen na te gaan of er al dan niet sprake is van

een stoornis binnen het autistiform spectrum. We verwijzen u door naar Filip Vanneste, bereikbaar op het nummer: 056/41.65.89

We hopen u hiermee van dienst te zijn geweest. Indien er nog verdere vragen zijn, kan u terug contact opnemen.

Met vriendelijke groeten,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'W Brion', with a horizontal line drawn underneath it.

Wendy Brion
Psycho - pedagogisch consulente CBO

dr. Tessa Kieboom
Directeur CBO

Benaming: RILATINE®
(methyphenidatum)
Registratiehouder: Novartis Pharma NV, 1800 Vilvoorde.
Fabrikant:
Novartis Farmaceutica SA, Barbera del Valles - Spanje.
Novartis Pharma Stein AG, Stein - Zwitserland.

Samenstelling:
Methyphenidati hydrochlorid, 10 mg — Lactos: — Tricalc. phosphas — Gelatin.
— Amyl. — Magnes. stearas — Talc. pro compres. un.

Vorm, toedieningsweg en verpakking: Verpakking met 20 tabletten.

Eigenschappen:

Farmacodynamiek.

Farmacotherapeutische groep: psychostimulerend geneesmiddel (ATC code: N06BA04).

Rilatine is een licht stimulant van het centraal zenuwstelsel met een meer uitgesproken effect op de mentale dan op de motorische activiteiten. Het werkingsmechanisme bij de mens is nog niet helemaal opgehelderd, maar men veronderstelt dat dit stimulerend effect toe te schrijven is aan een activatie van de hersenschors en misschien van de formatio reticularis van de hersenstam. Het mechanisme van de mentale en gedragsgebonden effecten van Rilatine bij kinderen is nog niet volledig opgehelderd. Er zijn ook geen overtuigende gegevens die wijzen op een verband tussen deze effecten en een bepaalde pathologische aandoening van de hersenen.

Farmacokinetiek.

Absorptie.

Na orale toediening wordt methyphenidaat hydrochloride snel en bijna volledig geresorbeerd. Als gevolg van een belangrijk first pass effect bedraagt de systemische biologische beschikbaarheid slechts ongeveer 30 % (11 - 51 %) van de toegediende dosis. Gelijktijdige inname van voedsel versnelt de resorptie, maar heeft geen invloed op de geresorbeerde hoeveelheid. Maximale plasmaconcentraties van gemiddeld ongeveer 40 nmol/l (11 ng/ml) worden over het algemeen bereikt 1 à 2 uur na toediening van 0,30 mg/kg. De maximale plasmaconcentraties vertonen sterke interindividuele verschillen. De oppervlakten onder de plasmaconcentratiecurve (AUC) en de maximale plasmaconcentraties (C_{max}) zijn evenredig met de toegediende dosis.

Distributie.

In het bloed verdelen methyphenidaat en zijn metabolieten zich over het plasma (57 %) en de erytrocyten (43 %). De binding met serumeiwitten is zwak (10 - 33 %). Het schijnbaar distributievolumie bedraagt ongeveer 13,1 l/kg.

Biotransformatie.

De biotransformatie van methyphenidaat verloopt snel en is aanzienlijk. De maximale plasmaconcentraties van de belangrijkste niet-verasterde metaboliet (α -fenyl 2-piperidine-azijnzuur) worden bereikt ongeveer 2 uur na toediening en zijn 30 tot 50 maal hoger dan deze van de onveranderde substantie. De halfwaardetijd van α -fenyl 2-piperidine-azijnzuur is ongeveer tweemaal hoger dan deze van methyphenidaat en de systemische klaring bedraagt 0,17 l/u/kg. Slechts kleine hoeveelheden gehydroxyleerde metabolieten (bijv. hydroxymethyphenidaat en hydroxyritalinezuur) zijn aantoonbaar. De therapeutische activiteit lijkt hoofdzakelijk te danken te zijn aan de oorspronkelijke molecule.

Eliminatie.

De gemiddelde plasmahalfwaardetijd van methyphenidaat bedraagt 2 uur en zijn gemiddelde systemische klaring 10 l/u/kg. Binnen de 48 tot 96 uur na orale toediening wordt 78 - 97 % van de toegediende dosis onder de vorm van metabolieten uitgescheiden in de urine en 1 - 3 % in de faeces. Slechts kleine hoeveelheden niet-gemetaboliseerd methyphenidaat worden in de urine teruggevonden (<1 %). Het grootste deel van de toegediende dosis wordt in de urine uitgescheiden onder de vorm van α -fenyl 2-piperidine-azijnzuur (60 - 86 %).

R

Specifieke populaties.

Er zijn geen duidelijke verschillen in de farmacokinetiek van methylfenidaat tussen hyperactieve kinderen en gezonde volwassen vrijwilligers. Gegevens, van patiënten met een normale nierfunctie, suggereren dat de renale eliminatie van methylfenidaat nagenoeg niet zou mogen veranderen in geval van een verminderde nierfunctie. De excretie van de metaboliet α -fenyl 2-piperidine-azijnzuur in de urine zou echter kunnen verminderd zijn.

Indicaties:

- 1) **Narcolepsie**, met als symptomen slaperigheid overdag, inslapen op een ongelegen moment en een plots verlies van de tonus van de willekeurige spieren.
- 2) **Aandachtstekortstoomis met hyperactiviteit** (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder ADHD).

Er zijn verschillende benamingen voor deze gedragsstoornis: hyperactiviteitsstoornis met aandachtstekort, aandachtstekortstoomis of hersendysfunctie à minima bij kinderen, hyperkinetisch syndroom, hyperkinetische reactie bij kinderen, hersenletsel à minima, minimale hersendysfunctie, mineure hersendysfunctie en psycho-organisch syndroom bij kinderen.

Rilatine is aangewezen in het kader van een globaal behandelingschema dat nog andere (psychologische, educatieve, sociale) maatregelen omvat; de behandeling met Rilatine is gericht op de stabilisatie van kinderen met een gedragsyndroom dat gekenmerkt wordt door volgende symptomen: matige tot ernstige verstrooidheid, korte duur van de aandacht, hyperactiviteit (niet steeds aanwezig), emotionele labiliteit en impulsieve reacties. De diagnose moet worden gesteld in functie van de criteria van de DSM-IV of de richtlijnen van de ICD-10. Niet-geïsoleerde (discrete) neurologische tekens, leerstoornissen en een abnormaal EEG kunnen al dan niet aanwezig zijn. De diagnose dysfunctie van het centraal zenuwstelsel kan al dan niet worden bevestigd.

Speciale beschouwingen in verband met de diagnose

De etiologie van dit syndroom is niet gekend en er is geen eenduidige diagnostische test.

Een correcte diagnose vereist niet alleen een medische, maar ook een neuropsychologische, educatieve en sociale aanpak.

Vaak gerapporteerde kenmerken zijn: antecedenten van onvermogen om zich over een langere periode te concentreren, verstrooidheid, emotionele labiliteit, impulsiviteit, matige tot ernstige hyperactiviteit, mineure neurologische tekens en een abnormaal EEG. Het leervermogen is niet noodzakelijk aangetast. De diagnose moet beruilen op een volledige anamnese en evaluatie van het kind, en niet enkel op de aanwezigheid van één of meer van de hierboven vermelde kenmerken.

Een medicamenteuze behandeling is niet aangewezen bij alle kinderen met dit syndroom. Het gebruik van stimulantia is niet aangewezen bij kinderen met symptomen te wijten aan omgevingsfactoren (in het bijzonder kindermishandeling) of van primaire psychiatrische stoornissen. Het is van essentieel belang dat het kind baat vindt bij een aangepaste pedagogische structuur, en psychosociale tussenkomst is gewoonlijk niet uit te sluiten. Indien deze maatregelen niet volstaan, moet de beslissing stimulantia voor te schrijven gebaseerd zijn op de strikte evaluatie van de ernst van de symptomen bij het kind.

Posologie en wijze van gebruik:

De posologie dient individueel te worden bepaald naargelang de behoeften en de klinische respons van de patiënt.

Bij de behandeling van de aandachtstekortstoomis met hyperactiviteit moet de toediening van het geneesmiddel zo gepland zijn dat de tijdsduur tijdens de dag met de meest stresserende situaties voor de patiënt (school, gedrag, sociaal leven) behandeld worden.

De behandeling moet worden ingesteld met lage doses, die geleidelijk, om de week, worden verhoogd. Het wordt niet aanbevolen de dagdosis van 60 mg te overschrijden.

Als na één maand therapie met een aangepaste dosis, geen verbetering optreedt, moet men de behandeling stopzetten.

Indien de symptomen verergeren of andere ongewenste effecten optreden, moet men de dosis verlagen of, indien nodig, de Rilatine-toediening stopzetten.

Als de werking van het geneesmiddel te vroeg in de avond afneemt, kunnen de gedragsstoornissen en/of inslaapproblemen opnieuw optreden. De inname van een lage dosis 's avonds kan dit probleem helpen oplossen. De behandeling met Rilatine moet periodiek worden onderbroken om de toestand van het kind te evalueren. Een verbetering van de toestand kan zich handhaven, zowel bij tijdelijke als bij permanente stopzetting van de behandeling.

Een behandeling met Rilatine mag niet onbeperkt worden voortgezet. De behandeling kan over het algemeen worden stopgezet tijdens of na de puberteit. De aandachtstekortstoomis met hyperactiviteit kan echter aanhouden op volwassen leeftijd, en een behandeling met Rilatine kan van nut zijn bij deze patiënten na de puberteit.

Kinderen (vanaf 6 jaar)

Beginnen met 5 mg 1 tot 2 maal per dag (bijv. bij het ontbijt en het middagmaal) en de dosis geleidelijk verhogen met 5 - 10 mg per week.

De totale dagdosis over verschillende innamen verdelen.

Volwassenen

De gemiddelde posologie bedraagt 20 - 30 mg per dag verdeeld over 2 à 3 innamen.

Bij sommige patiënten zal het nodig zijn 40 - 60 mg per dag toe te dienen; bij anderen volstaan 10 - 15 mg per dag.

Patiënten die moeilijk instappen bij inname van Rilatine te laat op de dag, nemen de laatste dagdosis best vóór 18 uur.

Contra indicaties:

Gekende overgevoeligheid voor methylfenidaat of een ander bestanddeel van Rilatine. — Angst en psychische spanning. — Opwinding. — Zenuwtrekkingen. — Zenuwtrekkingen bij broers en zussen. — Familiale antecedenten of diagnose van het syndroom van Gilles de la Tourette. — Glaucoom. — Hyperthyroidie. — Hartitmestoornissen. — Ernstige angina pectoris. — Kinderen jonger dan 6 jaar.

Ongewenste effecten:

Raming van de frequentie: zeer frequent $\geq 10\%$, frequent $\geq 1\%$ tot $< 10\%$, weinig frequent $\geq 0,1\%$ tot $< 1\%$, zelden $\geq 0,01\%$ tot $< 0,1\%$, zeer zelden $< 0,01\%$. Nervositas en insomnie zijn zeer frequente ongewenste effecten. Ze treden op bij de aanvang van de behandeling, maar ze kunnen gewoonlijk onder controle worden gebracht door de dosis te verlagen en/of door de tabletten niet 's namiddags of 's avonds in te nemen. Ook vermindering van de eetlust is een frequent doch gewoonlijk voorbijgaand ongewenst effect.

Centraal en perifere zenuwstelsel

Frequent: hoofdpijn, slaperigheid, vertigo, dyskinesie.

Zelden: accommodatiestoornissen en wazig zicht.

Zeer zelden: hyperactiviteit, convulsies, spierkrampen, choreo athetische bewegingen, zenuwtrekkingen of verergering van bestaande zenuwtrekkingen, syndroom van Gilles de la Tourette, toxische psychose (soms gepaard gaande met visuele en tactiele hallucinaties), voorbijgaande depressieve stemming, arteriële en/of cerebrale occlusie. Chronisch misbruik van Rilatine kan psychische afhankelijkheid veroorzaken (zie "Bijzondere voorzorgen").

Er werden enkele zeer zeldzame gevallen van het maligne neuroleptica-syndroom (MNS) gerapporteerd. In de meeste gevallen kregen deze patiënten ook andere geneesmiddelen. De rol van Rilatine in deze gevallen is onduidelijk.

Gastro intestinale tractus

Frequent: abdominale pijnen, nausea en braken. Deze symptomen treden over het algemeen op in het begin van de behandeling en kunnen verminderen door gelijktijdige inname van voedsel. Droge mond.

Zeer zeldzaam: leverfunctiestoornissen, gaande van een stijging van de transaminasen tot hepatisch coma.

Cardiovasculair stelsel

Frequent: tachycardia, palpaties, aritmieën, veranderingen in bloeddruk en hartfrequentie (meestal in de zin van een verhoging).

Zelden: angina pectoris.

Huid en/of overgevoelighedsreacties

Frequent: huiduitslag, pruritus, urticaria, koorts, arthralgie, haaruitval.

Zeer zelden: trombocytopenische purpura, exfoliatieve dermatitis en multiform erytheem.

Bloed

Zeer zelden: leukopenie, trombocytopenie, anemie.

Andere ongewenste effecten

Zelden: langdurige behandeling kan bij kinderen aanleiding geven tot een matige daling van de gewichtstoename en tot lichte groeivertraging.

De volgende ongewenste effecten werden wel vastgesteld bij analogen van Rilatine, maar tot nu toe niet bij Rilatine: confusie, libidostoornissen, karakterstoornissen, gynaecomastie.

Bijzondere voorzorgen:

Rilatine mag niet worden toegediend aan kinderen jonger dan 6 jaar, daar er voor deze leeftijdsgroep geen gegevens beschikbaar zijn over de veiligheid en de werkzaamheid van dit geneesmiddel.

Rilatine komt niet in aanmerking voor de behandeling van reactionele of endogene depressie.

Bij psychotische kinderen kan Rilatine de symptomen van de gedragsstoornissen en van de stoornissen van het denkvermogen verergeren.

Chronisch misbruik van Rilatine kan een uitgesproken gewenning teweegbrengen, en een psychische afhankelijkheid gepaard gaand met verschillende graden van abnormaal gedrag.

Er kunnen ook uitgesproken psychotische episoden optreden.

Adolescenten en volwassenen tijdens hun kinderjaren met Rilatine behandeld, blijken geen bijzondere problemen van toxicomanie te vertonen.

Behandeling met Rilatine is niet aangewezen bij alle gevallen van aandachtstekortstoomis met hyperactiviteit, en mag slechts in overweging worden genomen na een gedetailleerde anamnese en evaluatie. De beslissing tot het voorschrijven van Rilatine hangt af van de evaluatie van de ernst van de symptomen bij het kind en van de aangepastheid aan zijn leeftijd, en niet uitsluitend van één of meer abnormale gedragskenmerken. Indien deze symptomen gepaard gaan met acute stressreacties, is een behandeling met Rilatine gewoonlijk niet aangewezen.

Rilatine zou met voorzichtigheid moeten worden gebruikt bij patiënten met epilepsie; de klinische ervaring toont aan dat Rilatine de frequentie van de aanvallen bij een klein aantal patiënten kan verhogen. Bij een verhoogd aantal aanvallen, moet de toediening van Rilatine worden stopgezet.

Rilatine moet met voorzichtigheid worden gebruikt door emotioneel instabiele personen, zoals personen met antecedenten van geneesmiddelenverslaving of alcoholisme, daar deze patiënten de dosis op eigen initiatief zouden kunnen verhogen.

Voorzichtigheid is geboden bij hypertensiepatiënten, en ernstige hypertensie is een relatieve contra indicatie voor Rilatine gebruik. Bloeddrukcontroles moeten regelmatig worden uitgevoerd bij alle patiënten behandeld met Rilatine, vooral bij hypertensiepatiënten.

De veiligheids- en de werkzaamheidsprofielen van Rilatine op lange termijn zijn niet volledig gekend. Ook patiënten die een langdurige therapie vereisen, moeten aandachtig worden gevolgd: er wordt aangeraden periodiek een volledige bloedformule met differentiële telling en een telling van de bloedplaatjes uit te voeren.

Een zorgvuldige controle is vereist tijdens de periode van stopzetting van de behandeling. Bij sommige patiënten kan een langdurige follow up nodig zijn. Na analogie van gelijkaardige preparaten moet men rekening houden met een mogelijk dervingssyndroom gekenmerkt door depressie, lethargie, inhaalslaap, grote eetlust, viagen van agressie, eventueel zelfmoord en, in zeer zeldzame gevallen, lichamelijke symptomen.

Zwangerschap en lactatie:

Er werden geen risico's voor de foetus aangetoond, maar de ervaring tijdens de zwangerschap is beperkt. Bij diereperimenten heeft Rilatine geen invloed gehad op het reproductiviteit noch op de fertiliteit; Rilatine heeft geen embryotoxisch, foetotoxisch noch teratogeen effect in doses die 2 tot 5 maal hoger zijn dan de aanbevolen therapeutische doses bij de mens.

Twee gevallen van spina bifida bij pasgeboren konijnen werden vastgesteld na toediening aan de moeder van dosissen die 6 tot 7 maal hoger lagen dan diegene die toegediend werden aan de mens (in termen van blootstelling aan het actieve bestanddeel).

Rilatine mag niet worden toegediend aan zwangere vrouwen tenzij het potentiële voordeel opweegt tegen het risico voor de foetus.

Foliumzuursupplementen aan een dosis van 4 mg per dag moeten gegeven worden te beginnen gedurende de maand die de conceptie voorafgaat na analogie met de secundaire preventie van embryopathie welke aanbevolen is tijdens de inname van antiepileptica.

Men weet niet of het werkzaam bestanddeel van Rilatine en/of zijn metabolieten al dan niet overgaan in de moedermelk. Om veiligheidsredenen mogen moeders die borstvoeding geven, geen Rilatine innemen.

Interacties:

Rilatine kan het antihypertensief effect van guanethidine verminderen. Voorzichtigheid is geboden bij gelijktijdige inname van vasopressoren of van MAO remmers.

Uit humane farmacologische studies blijkt dat Rilatine een inhiberend effect kan hebben op het metabolisme van coumarine anticoagulantia, van sommige anticonvulsiva (bijv. fenobarbital, fenytoïne, primidon), van fenybutazon en van tricyclische antidepressiva. Het kan nodig blijken de dosologie van deze geneesmiddelen te verlagen indien ze samen met Rilatine worden toegediend. Aangezien alcohol de bijwerkingen van psychostimulantia (waaronder Rilatine) op het centraal zenuwstelsel kan verergeren, wordt aangeraden tijdens de behandeling met Rilatine geen alcohol te gebruiken.

Besturen van voertuigen en gebruik van machines:

Rilatine kan vertigo en slaperigheid veroorzaken. Ook wordt aanbevolen voorzichtig te zijn bij het besturen van voertuigen, het gebruik van machines of de uitvoering van risicodragende activiteiten.

Overdosering:

De tekenen en symptomen van acute intoxicatie, die hoofdzakelijk te wijten zijn aan hyperstimulatie van het centraal en sympathisch zenuwstelsel, zijn de volgende: braken, agitatie, tremor, hyperreflexie, onwillekeurige spiercontracties, convulsies (eventueel gevolgd door coma), euforie, confusie, hallucinaties, delirium, zweten, warmte-opwellingen, hoofdpijn, hyperthermie, tachycardie, palpitaties, hartaritmieën, hypertensie, mydriase en droge mucosae.

De behandeling bestaat in aangepaste ondersteunende maatregelen. Men dient de patiënt te beschermen tegen automutilatie en tegen uitwendige stimuli die de reeds aanwezige hyperstimulatie kunnen verergeren.

Indien de symptomen niet te ernstig zijn en de patiënt is bewust, kan men het geneesmiddel evacueren door braken uit te lokken of een maagspoeling uit te voeren. In geval van ernstige intoxicatie moet de maagspoeling worden voorafgegaan door toediening van een nauwkeurig bepaalde dosis van een kortwerkend barbituraat.

Intensieve zorgen zijn onontbeerlijk voor het behoud van de circulatoire en respiratoire functies. In geval van hyperthermie kan het nodig blijken de patiënt af te koelen. De doeltreffendheid van peritoneale dialyse of extracorporele hemodialyse werd bij overdosering van Rilatine niet aangetoond.

Bewaring:

Buiten invloed van vocht en niet boven 30° C bewaren.

Houdbaarheid: Zie vervaldatum op de verpakking. Deze datum wordt voorafgegaan door de letters EXP, en omvat de maand (van 01 tot 12) gevolgd door het jaartal.

Aflevering: Geneeskundig voorschrift. Rilatine is onderworpen aan de wetgeving betreffende verdovende middelen.

Laatste bijwerking van de bijsluiter: 14.04.2003.

Prijs: € 2,80.

R/



Site	Tourette	Tourette+	Documentatie	Getuigenissen	Behandeling	Forum	Zoek	Verenig
------	----------	-----------	--------------	---------------	-------------	-------	------	---------

Ga onmiddellijk naar ...

Rilatine®

De controverse over het gebruik bij kinderen van psychofarmaca in het algemeen en Rilatine in het bijzonder blijft voortduren en dat is niet zonder reden.

Rilatine dat vooral voorgeschreven wordt bij ADHD, verbetert bij hyperkinetische en aandachtsgestoorde kinderen o.a. de concentratie en de schoolprestaties. Daardoor denken sommige mensen dat het een 'wonderpil' is die ondermaats presterende studenten punten kan doen scoren of 'lastige' kinderen in de klas kan omtoveren tot makke leerlingen.

Nog nooit zijn er zoveel kinderen aan de zware medicatie gezet zonder enig wetenschappelijk bewijs van de ziekte of stoornis waaraan ze zouden lijden. Een kind dat lijdt onder tics, dwanggedachten, angsten, depressief is, ... kan eveneens concentratiestoornissen en/of rusteloos, ontremd, impulsief gedrag vertonen.

Ouders worden ook onvoldoende geïnformeerd over de bijwerkingen en risico's van de psychiatrische middelen die aan hun kinderen voorgeschreven worden en ze krijgen zeker geen informatie over mogelijke alternatieve behandelingen zoals bvb. het opsporen van allergische reacties en vervolgens aanpassing van het dieet, aanvullingen van vitaminen en mineralen of beschikbare homeopathische hulpmiddelen. De U.S Drug Enforcement Administration stelt dat methylfenidaat een hoog misbruik risico heeft en soortgelijke effecten geeft als cocaïne en amfetaminen.

In België werd door de overheid een waarschuwing verspreid.

Mededeling van het ministerie van volksgezondheid : Overdreven gebruik van Rilatine® bij kinderen

Methylphenidatum (Rilatine®), een stimulans van het centrale zenuwstelsel, is in ons land vooral bekend als medicamenteuze therapie bij kinderen lijdend aan het aandachtstekortsyndroom met hyperactiviteit, beter bekend als ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Dit geneesmiddel is in ons land onderworpen aan de wetgeving betreffende de verdovende middelen.

Recent werd in de Verenigde Staten en Canada gewaarschuwd voor het toenemende misbruik van deze medicatie. Daar zag men in de periode tussen 1990 en 1995 een 2,5-voudige stijging van de verkoop.

België heeft voor diezelfde periode een vergelijkbare stijging van de verkoopcijfers hoewel er in ons land proportioneel een lage behandelingsratio zou zijn. Verlenging van de therapieduur en toename in medicamenteuze behandeling van kinderen met aandachtsproblemen zonder noemenswaardige hyperactiviteit gelden als mogelijke verklaringen voor deze toename van het verbruik van methylphenidatum in de Verenigde Staten.

Er heerst onder de artsen een grote variabiliteit in het stellen van de diagnose en de behandeling van ADHD bij kinderen. Algemeen wordt aanvaard dat ADHD een multidisciplinaire aanpak vergt. Deze klinische diagnose, gebaseerd op de observatie van de 3 kernsymptomen: overactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort, wordt best pas gesteld na verschillende consulten. Een grondig klinisch onderzoek en de informatie over het functioneren van het kind via de ouders en de school, zijn onontbeerlijk. Een behandeling met psychostimulantia zou pas mogen gebeuren na een volledige evaluatie van het kind, is geen eerste keuze behandeling en moet gezien worden als onderdeel van een combinatie-therapie waarbij ook het functioneren van het kind op school en binnen het gezin moet begeleid worden.

Een chronisch lage dosis, oraal toegediend ter behandeling van een correct gestelde diagnose van ADHD en in combinatie met een multidisciplinaire aanpak, is niet geassocieerd met misbruik van dit geneesmiddel. Onoordeelkundig voorschrijven van methylphenidatum daarentegen, door het gebruik van een te hoge dosis of bij een onjuiste indicatie, is kinderen onnodig blootstellen aan risico's verbonden aan het gebruik van psychostimulantia (potentieel verslavend karakter, slapeloosheid, anorexie,...). Vandaar het advies om bij het voorschrijven van dit geneesmiddel de nodige waakzaamheid in acht te nemen.

Deze tekst kwam tot stand met goedkeuring van Professor Casaer (dienst Kindergeneeskunde K.U.L.), Professor Leroy, (dienst Kindergeneeskunde U.Z. Gent) en Professor Danckaerts (dienst Kinderpsychiatrie, K.U.L.)

Laatste wijziging op 18-06-2004

Copyright © vzw Vlaamse vereniging Gilles de la Tourette