



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Stop Nu Ander Plan (jongensversie)

Erkenning

Erkend door deelcommissie

Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 21 september 2018

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Maaïke Thio, Hennie Goudkamp & Lieke van Domburgh (1 juli 2017).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Stop Nu Ander Plan (jongensversie)'.

Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak	10
2 Uitvoering	14
2.1 Materialen	14
2.2 Locatie en type organisatie	14
2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders	14
2.4 Kwaliteitsbewaking	15
2.5 Randvoorwaarden.....	15
2.6 Implementatie	16
2.7 Kosten	16
3 Onderbouwing	19
3.1 Probleem.....	19
3.2 Oorzaken.....	19
3.3 Aan te pakken factoren	20
3.4 Verantwoording.....	20
4. Onderzoek	24
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	24
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	25
5 Samenvatting Werkzame elementen	27
5.1 Inhoudelijke elementen	27
5.2 Praktische elementen.....	27
Aangehaalde literatuur	28

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Stop Nu Ander Plan (SNAP) wil ernstig probleemgedrag van jongens tussen de 6 en 12 jaar verminderen en crimineel gedrag en recidive voorkomen. Het basisprogramma dat dertien weken duurt, bestaat uit parallelle groepstrainingen voor de jongens en de ouders. Met cognitieve gedragstherapeutische technieken, psycho-educatie, rollenspellen, huiswerkopdrachten, ontspanningsoefeningen en gedragscontracten wordt gewerkt aan het verminderen van de gedragsproblemen van de jongens en het vergroten van de opvoedvaardigheden van de ouders. Naast de groepstrainingen wordt, op basis van een risicotaxatie, aanvullende begeleiding geboden, zoals gezinsbegeleiding, huiswerkbegeleiding, individuele begeleiding van het kind, begeleiding bij pesten, brandpreventie of begeleiding bij het stoppen met stelen.

Doelgroep

Stop Nu Ander Plan, hierna te noemen SNAP, is bedoeld voor (multiprobleem)gezinnen met jongens van 6 tot 12 jaar die ernstige gedragsproblemen laten zien waardoor ze geschorst (dreigen te) worden van de basisschool of in aanraking komen met de politie. Daarnaast richt SNAP zich op intermediaire partijen als school en belangrijke personen in de vrijetijdsomgeving.

Doel

SNAP heeft primair als doel om jongens op school te houden en ernstig probleemgedrag bij jongens tussen de 6 en 12 jaar te verminderen en delictgedrag of recidive te voorkomen.

Aanpak

SNAP is een geïntegreerde multimodale aanpak gericht op kind, gezin, school en de gemeenschap. Het basisprogramma bestaat uit een parallelle ouder- en kindgroepstraining. Dit wordt aangevuld met geïndiceerde componenten, zoals omgaan met pesten en huiswerkbegeleiding. Elke ouder en elk kind krijgt daarnaast een van de trainers als mentor toegewezen. De mentoren hebben wekelijks contact met kind, gezin en school.

Materiaal

Het materiaal bestaat uit verschillende handleidingen:

- SNAP-training jongens: Handboek Jongenstraining
- SNAP-training ouders: Handboek Oudertraining
- Accreditatiebeschrijving SNAP Train-de-trainer
- SNAP- O (Ouders) theoretische handleiding
- EARL-theoretische handleiding
- EARL-vragenlijst
- EARL-PC

Onderbouwing

Interventies inzetten vóór het twaalfde levensjaar is van belang omdat onderzoek aantoont dat vroegtijdige interventie effectiever is dan ingrijpen in de adolescentie. SNAP werkt met een outreachende laagdrempelige aanpak. Op die manier houdt men rekening

met de responsiviteit van multiprobleemgezinnen. Tijdens SNAP worden het hele gezin en haar omgeving betrokken. Deze systemische benadering blijkt effectiever dan een kindgerichte aanpak bij het behandelen van gedragsproblemen in multiprobleemgezinnen. Daarnaast worden individuele behandeltrajecten aangeboden als aanvulling op de groepsessies. Zo springt men in op ongunstige gezinsfactoren zoals stress en scheiding die het risico op ernstige gedragsproblemen en (herhaald) delictgedrag vergroten. Door middel van cognitieve gedragstherapeutische technieken, psycho-educatie, rollenspellen, huiswerkopdrachten, ontspanningsoefeningen en gedragscontracten wordt gewerkt aan opvoedvaardigheden, emotie-regulatievaardigheden en oplossingsvaardigheden. Deze vaardigheden worden geassocieerd met verminderd delinquent, agressief en regel-overschrijdend gedrag van het kind.

Onderzoek

De eerste resultaten van onderzoek in Nederland laten onder andere zien dat SNAP in staat is een etnisch diverse groep van gezinnen in zorg te krijgen met forse problemen bij het kind en het gezin. Gedurende SNAP verminderen de gedragsproblemen en die afname zet door in het half jaar daaropvolgend. Daarnaast ervaren ouders minder opvoedbelasting na het volgen van SNAP.

Internationaal onderzoek toont aan dat SNAP gedragsproblemen verlaagt. Kinderen die SNAP hebben gevolgd laten verminderde symptomen van agressie, Oppositional Defiant Disorder (ODD) en Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) zien. Daarnaast verbeteren de sociale vaardigheden, woedemanagement en impulscontrole. Ouders tonen betere opvoedvaardigheden en verminderde stress na het volgen van SNAP.

1. Uitgebreide beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep van SNAP betreft jongens in de leeftijd van 6 tot 12 jaar die op de basisschool zitten en ernstige gedragsproblemen hebben waardoor zij een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een gedragsstoornis of al een gedragsstoornis hebben. De meest voorkomende gedragsproblemen van de jongens zijn: agressie, regeloverschrijdend of opstandig gedrag dat zich thuis en/of op school kan uiten; regelmatig spijbelen, impulsief gedrag, concentratieproblemen of weglopen. Er kan sprake zijn van (dreigende) schooluitval. De jongens zijn soms al in aanraking geweest met de politie of andere autoriteiten vanwege delictgedrag óf ze zijn betrokken geweest bij delicten van oudere jongens.

De gezinnen waarin deze jongens opgroeien, kunnen veelal als multiprobleemgezinnen worden aangemerkt. Daardoor zijn zij onvoldoende in staat te profiteren van alleen opvoedondersteuning. Ook hebben de gezinnen vaak al meerdere vormen van hulp gehad met onvoldoende resultaat. Hierdoor is wantrouwen ontstaan naar zorgprofessionals en wordt de zorg vermeden.

Intermediaire doelgroep

Het SNAP-programma richt zich ook op belangrijke opvoeders, zoals ouders, verzorgers en grootouders, en betrokkenen uit de naaste omgeving namelijk docenten en belangrijke personen uit de vrije tijd zoals trainers van sportverenigingen.

Selectie van doelgroepen

Zodra een verwijzer (politie, school, huisarts, jeugdzorg) belt naar SNAP, neemt een van de SNAP-trainers binnen 24 tot 48 uur contact op met de verwijzer. Op basis van een verkorte risicotaxatie wordt een eerste risico-inschatting gemaakt en besloten of een gezin mogelijk geschikt is voor SNAP met behulp van de EARL-pre screen. Factoren die een gezin geschikt maken voor SNAP zijn gedragsproblemen van het kind in de klinische range, schooluitval, delictgedrag en een risicotaxatie van matig tot hoog gecombineerd met gezinsproblematiek. Mogelijk geschikte gezinnen worden besproken met het gehele SNAP-team tijdens de case conference. Gedurende de case conference wordt de Early Assessment Risk Lists for boys (EARL-20B) ingevuld, dit is een risicotaxatie model dat onder andere systeemfactoren, delictgedrag en gedragsproblemen omvat. Gezinnen zijn niet gereed voor groepsdeelname wanneer er te veel stressoren aanwezig zijn om de informatie goed tot zich te kunnen nemen, een voorbeeld hiervan is een dreigende uithuisplaatsing of ernstige psychopathologie bij ouders. In dat geval wordt eerst met een individueel stabilisatietraject of behandeltraject voor ouders gestart en kan later bezien worden of SNAP gewenst is.

Indicatiecriteria

- Leeftijd tussen de 6 en 12 jaar
- Agressief gedrag t.o.v. volwassenen en leeftijdsgenoten dat het volgen van onderwijs belemmert of geheel dreigt uit te sluiten
- Delictgedrag (vandalisme, diefstal, beroving, geweldpleging) of betrokkenheid bij delicten gepleegd door andere jeugdigen
- Regeloverschrijdend of opstandig gedrag in de thuissituatie en/of vrije tijd (spijbelen, impulsief gedrag, concentratieproblemen, weglopen)

- Politiecontact of contact met andere autoriteiten als brandweer wegens strafbare feiten

Contra-indicaties

- Autismespectrumstoornis bij het kind
- Het kind volgt voortgezet onderwijs
- Ouders die geen Nederlands of Engels spreken
- Ouders met ernstige psychiatrische problemen (bv manifeste psychose, ernstige depressie, PTSS)
- Dreigende uithuisplaatsing

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep wordt op twee manieren betrokken bij de ontwikkeling van SNAP. Aan de ene kant wordt aan de hand van de evaluaties van de kinderen en ouders de interventie beter passend gemaakt voor de doelgroep. Voorbeelden zijn het aanpassen van een hand-out en in plaats van telefonisch contact vaker fysiek langs komen. Aan de andere kant worden op basis van structurele evaluaties van de hulpvraag van gezinnen, zoals opgemerkt door trainers en geuit in evaluatieformulieren, veranderingen doorgevoerd in de inhoud van het programma. Dit onderdeel wordt voornamelijk uitgevoerd vanuit SNAP-Canada waarbij nieuwe modules ontwikkeld worden zoals de module pesten. Naast betrokkenheid bij de ontwikkeling van het programma worden ouders en kinderen die SNAP succesvol hebben afgerond ook betrokken bij de behandeling van nieuwe SNAP-groepen. Zij worden namelijk ingezet als co-trainers in de nieuwe groepen. Dit systeem is in Canada reeds geïmplementeerd, in Nederland heeft Intermetzo de ambitie dit ook te doen.

1.2 Doel

Hoofddoel

SNAP heeft als doel om ernstig probleemgedrag bij jongens tussen de 6 en 12 jaar te verminderen, delictgedrag of recidive te voorkomen en te zorgen dat kinderen op school kunnen blijven.

Subdoelen

Doelen voor de jongens:

1. Jongens zijn in staat om hun eigen gedragsproblemen te herkennen
2. Jongens kunnen de SNAP-methode toe passen om zichzelf te reguleren en problemen op te lossen
 - Stop: Jongens zijn in staat hun emoties te reguleren. Ze gebruiken een stop (tot 10 tellen, in de vingers knippen) om rustig te worden wanneer ze merken dat ze boos worden.
 - Nu Ander: Jongens maken de keuze om hun probleem kleiner te maken en vervangen hierbij slechte gedachtes door goede gedachtes. Het gaat hierbij zoals in de cognitieve gedragstherapie wordt gebruikt respectievelijk om de disfunctionele en helpende gedachtes. Uit ervaring is gebleken dat 'slechte' en 'goede' beter aansluit bij de doelgroep.
 - Plan: Jongens hebben een vergroot probleemoplossend vermogen. Na de stop bedenken jongens meerdere manieren om te reageren op de situatie. Jongens evalueren de bedachte plannen door zichzelf de vraag te stellen: 'Maakt dit mijn probleem groter of kleiner?'. Vervolgens voeren zij het bedachte plan uit.
3. Jongens hebben passende sociale vaardigheden

- Eerlijk spelen
 - Excuses maken
 - Omgaan met afwijzing van andere kinderen
 - Luisteren naar hun ouders en doen wat hun gevraagd wordt.
4. Jongens laten minder agressief gedrag zien
- Gebruiken geen fysiek geweld
 - Bedreigen geen andere kinderen.
5. Jongens laten minder regeloverschrijdend gedrag zien
- Spijbelen niet van school
 - Houden zich aan de afspraken die zij met hun ouders maken
 - Stelen niet
 - Plegen geen vandalisme

Doelen voor de ouders/opvoeders:

6. Ouders kunnen de SNAP-methode toe passen om zichzelf te reguleren en problemen op te lossen
- Stop: ouders herkennen hun lichaamssignalen wanneer ze boos worden en passen een stop (tot tien tellen, diep ademhalen) toe
 - Nu Ander: ouders maken een keuze om hun probleem kleiner te maken en vervangen hierbij slechte gedachtes door goede gedachtes
 - Plan: ouders bedenken verschillende plannen en de consequenties daarvan en kiezen het beste plan
7. Ouders stimuleren hun kind de SNAP-methode toe te passen om zich te reguleren en gezamenlijk problemen op te lossen
- Ouders herinneren kinderen aan het toepassen van een Stop Nu Ander Plan wanneer ze zien dat het kind boos wordt
 - Ouders bespreken incidenten na met kinderen, bespreken of het probleem nu groter of kleiner is geworden en laten het kind alternatieven bedenken
8. Ouders zijn in staat passende opvoedstrategieën te hanteren
- Complimenteren hun kind
 - Belonen hun kind voor goed gedrag
 - Zijn helder en eenduidig in hun boodschap naar hun kind toe
 - Toename van ouderlijke betrokkenheid
 - Luisteren naar hun kind wanneer dit iets wil vertellen
 - Hebben zicht op wat hun kind doet gedurende de dag.
 - Hebben inzicht in hun eigen gedrag als opvoeder
 - Zijn in staat om het zorgelijke gedrag van hun kind te herkennen
 - Stellen grenzen aan het gedrag van hun kind
 - Zijn een positief rolmodel voor hun kind en blijven zelf uit de problemen met autoriteiten
 - Zijn in staat om dagelijkse structuur te bieden in hun opvoeding

Doelen voor het gezin:

9. Minder escalerende conflicten thuis tussen ouder en kind
10. Minder escalerende conflicten thuis tussen kinderen onderling
11. Meer positieve interacties in het gezin

Doelen belangrijke volwassenen in de omgeving van het kind:

12. Zijn een positief rolmodel voor het kind en blijven zelf uit de problemen met autoriteiten
13. Sturen het kind aan en spreken het kind aan met de SNAP-methode
- Geven complimenten en belonen het kind voor goed gedrag

- Herinneren het kind aan het toepassen van de Stop Nu Ander Plan in lastige situaties
- Bespreken incidenten na met kinderen, bespreken of het probleem groter of kleiner is geworden en laten het kind alternatieven bedenken
- Kunnen het kind passend begrenzen

Doelen voor school:

14. Docenten sturen het kind aan en spreken het kind aan met de SNAP-methode
 - Geven complimenten en belonen het kind voor goed gedrag
 - Herinneren het kind aan het toepassen van de Stop Nu Ander Plan in lastige situaties
 - Bespreken incidenten na met kinderen, bespreken of het probleem groter of kleiner is geworden en laten het kind alternatieven bedenken
 - Kunnen het kind passend begrenzen

Deze hierboven genoemde algemene doelen zijn gebaseerd op interventieniveau. Per individu worden de doelen voor gezinnen uitgewerkt in individuele doelen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie duurt drie tot negen maanden en wordt uitgevoerd door speciaal daartoe opgeleide hulpverleners, de SNAP-trainers. De geïntegreerde aanpak bestaat uit drie fasen: de aanmeldingsfase (fase I; 48 uur), de gestructureerde risicotaxatie (fase II; 6 weken) en de behandeling (fase III; 3 tot 9 maanden).

Het basisprogramma van SNAP (fase III) bestaat uit een 13-wekelijks sessies waarin zowel de jongens als de ouders/verzorgers een vast programma volgen in de vorm van groepssessies. Een sessie duurt negentig minuten. Tijdens de groepssessies vormen de jongens samen één groep en de ouders/verzorgers samen één groep. In de sessies 4, 8 en 13 worden de kind- en oudergroep samengevoegd.

Elke ouder en elk kind krijgt een mentor aangewezen, voor de ouder is dit een SNAP-trainer van de oudergroep en voor het kind is dit een SNAP-trainer uit de kindgroep. Buiten de groepssessies om hebben de mentoren van zowel de ouder als kind wekelijks contact met het gezin. Ook heeft de mentor van het kind regelmatig contact met school. Aanvullend worden gedurende de dertien weken maar ook daarna op basis van de risicotaxatie en de behoeftes van de kinderen en het gezin verschillende individuele modules aangeboden. Hierbij wordt gewerkt volgens het Risk-Needs-Responsivity(RNR)-model (Andrews & Bonta, 2010a).

Inhoud van de interventie

Fase I: Aanmeldingsfase

Tijdens de aanmeldfase wordt binnen 48 uur contact gelegd. Hiervoor wordt een protocol gehanteerd genaamd "Protocol voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar met antisociale gedragsproblemen zoals onder andere blijkt uit politiecontacten en problemen op school". Dit protocol staat beschreven in 1.1 'selectie van doelgroepen'.

Fase II: Gestructureerde risicotaxatie

Om de kinderen en hun ouders de juiste hulp te kunnen bieden, brengt het SNAP-team de risicofactoren in kaart met behulp van de EARL-20B. De EARL-20B is een gestructureerd risicotaxatie-instrument dat gevalideerd is in Noord-Amerika (Augimeri, Pepler, Walsh, Jiang, & Dassinger, 2009). In Nederland is een eerste validatiestudie uitgevoerd op basis van dossiers (van Domburgh & De Ruiters, in preparation). Het bestaat uit zes items over het gezin, twaalf items over het kind, twee responsiviteitsitems en ruimte om beschermende factoren en aanvullende informatie te noteren. De clinicus maakt vervolgens zelf een risico-inschatting.

Fase III: Behandeling

De kernbehandeling bestaat uit een kindgroep, een oudergroep en geïndiceerde individuele modules. Hiernaast kunnen een voor- en nazorgtraject worden aangeboden. Voor het uitvoeren van een kind- en oudergroep zijn zeven begeleiders nodig: twee voor de kindgroep, twee voor de oudergroep, één voor de broertjes en zusjes groep, een achterwacht en een supervisor. Omdat de sociale en cognitieve vaardigheden sterk kunnen verschillen tussen een 6- en 12-jarig kind wordt bij de indeling van de groepen gekeken naar leeftijd. Gestreefd wordt om aparte groepen te vormen voor ouders en kinderen van 6 tot 8 jaar en voor ouders en kinderen van 9 tot 12 jaar.

Binnen SNAP is er sprake van een eigen-contextprincipe, dit houdt in dat de individuele modules en de bijbehorende instrumenten zoveel mogelijk worden ingezet in de thuissituatie, school en vrijetijdsomgeving. De directe omgeving van de kinderen wordt betrokken in de uitvoering en er wordt op individueel niveau gekeken wie als positief rolmodel ingezet kan worden: (groot)ouders, leerkrachten, buurtwerkers, trainers en de mannelijke SNAP-trainer. Om de responsiviteit zo groot mogelijk te houden probeert SNAP laagdrempelig te werken. De groepssessies vinden bijvoorbeeld op dezelfde tijd en locatie plaats. Tevens is er gedurende de training opvangmogelijkheid voor broertjes en zusjes. Wanneer gezinnen problemen ondervinden met vervoer halen vrijwilligers of de SNAP-trainers hen op en brengen ze na de sessie weer naar huis. Daarnaast probeert SNAP gezinnen die niet direct geschikt zijn voor SNAP individueel te begeleiden tot ze klaar zijn voor het volgen van de groepssessies. Ook onderhoudt SNAP continu contact met gezinnen die moeten wachten op de start van een groep, zo wordt uitval van het gezin voorkomen. Contact wordt gebruikt om vragenlijsten af te nemen, risicotaxatie in te vullen, te inventariseren of er andere hulp, bijv. schuldhulpverlening, mogelijk is en kan worden opgestart en om alvast de SNAP-principes uit te leggen. Ook wordt een veiligheidsinschatting gemaakt middels *Signs of Safety*.

Kindgroep

Gedurende alle sessies komt het toepassen van de SNAP-methode terug. Dit is een techniek voor woede-regulatie en oplossingsvaardigheden. Kinderen leren in moeilijke situaties een Stop toe te passen, gevolgd door een keuzemoment waarin het kind beslist of hij zijn probleem groter of kleiner wil maken. Als laatste stap maakt het kind een plan. Kort samengevat: Stop Nu Ander Plan (SNAP). Materiaal hierbij is het SNAP-wiel.

De sessies van de kindgroep hebben een vaste structuur bestaande uit zeven verschillende activiteiten, de activiteitsnamen zijn gebaseerd op het thema ruimte. De activiteiten zijn: relaxte landing (10 minuten), lancering (15 minuten), missie actie (25 minuten), ruimtespel (20 minuten), ruimtesnack en missie van de week (10 minuten) en de terugvlucht (10 minuten). Tijdens de *relaxte landing* worden de kinderen onthaald en is er ruimte voor vrij spel. Vervolgens is de *lancering*, hierin wordt het onderwerp van de week geïntroduceerd en beginnen kinderen de problematische situatie (bijv. het kind mag niet meespelen met andere kinderen) te verkennen waarin ze SNAP moeten gebruiken. Hierna wordt in de *missie actie* de situatie uitgebeeld door de SNAP-trainers in een rollenspel, zij doen ook hardop de toepassing van SNAP voor. Hierna is het aan de kinderen om het rollenspel na te doen, dit wordt gefilmd door de SNAP-trainer. Na het oefenen wordt het filmmateriaal bekeken door de groep en voorzien van feedback, de SNAP-trainers stellen hierbij begeleidende vragen. Vervolgens vindt het *ruimtespel* plaats, dit is een ontspanningsactiviteit, vaak in de vorm van sport. Jongens krijgen hier de kans om aangeleerde vaardigheden in de praktijk te kunnen toepassen in de vorm van in real-life situaties zoals die ontstaan tijdens spel. Bij de gezamenlijke sessies wordt er samen met de ouders gesport. Na het ruimtespel krijgen de jongens een gezonde snack aangeboden wat een moment van pauze/ontspanning is tijdens de sessie, de *ruimtesnack*. De opdrachten voor de komende week worden besproken met de groep en er wordt gepland wanneer de jongens deze het beste kunnen uitvoeren, de *missie van de week*. Als afsluiting krijgen de jongens een ontspanningsoefening om rustig terug te keren naar hun ouders, de *terugvlucht*.

De dertien kindsessies hebben de volgende onderwerpen: introductie SNAP, meedoen, omgaan met boosheid, eerlijk spelen, excuses aanbieden, de schuld krijgen, jezelf belonen, stoppen met liegen en stelen, bezoek aan het politiebureau, omgaan met pesten, uit de problemen blijven en gezamenlijke sessies.

Er wordt gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie met als doel agressieregulatie, het omgaan met autoriteitsfiguren, oplossingsvaardigheden en sociale vaardigheden aan te leren. Technieken uit de cognitieve gedragstherapie zijn onder andere het gebruik van het SNAP Leer Logboek waarin kinderen de trigger van hun gedrag, hun gedachtes, lichaamssignalen, gevoelens en acties benoemen om vervolgens met het controlewiel en planwiel positieve plannen te bedenken. Ook het hardop oefenen met positieve gedachtes in rollenspellen valt onder deze technieken. Ook krijgen de jongens huiswerkopdrachten. Wanneer het kind een huiswerkopdracht uitvoert vinkt de ouder of leerkracht de opdracht af in het SNAP- missieboekje van het kind. Zo worden alle partijen betrokken bij de opdracht.

De kindtraining houdt uitdrukkelijk rekening met de aandachtspanne van het kind. Dit is terug te zien in de opbouw van het programma waarin blokken niet langer duren dan 25 minuten en er een pauze moment is ingepland. Daarnaast worden kinderen tijdens de missie-actie verplaatst van zitten aan een tafel naar zitten tegen een muur in combinatie met stretchoefeningen. Ook is er altijd een achterwacht aanwezig waar het kind naartoe kan gaan/ gestuurd kan worden wanneer hij tot rust moet komen.

Oudergroep

In de oudergroep staan opvoedvaardigheden, psycho-educatie, en ondersteuning van de jeugdige in diens opdrachten centraal. De oudergroep bestaat uit een vaste structuur van zeven onderdelen: welkom en ontspanning (10 minuten), nabespreking van huiswerkopdracht (10 minuten), bespreken onderwerp jongensclub (10 minuten), opvoedvaardigheid van de week (25 minuten), voordoen, rollenspel, nabespreking van de opvoedvaardigheid (30 minuten) en de huiswerkopdracht (5 minuten).

De onderwerpen van de oudergroep zijn: SNAP voor ouders, monitoren en observeren, luisteren en instructies geven, aanmoedigen en belonen, observeren en belonen, effectief straffen, belonen, stoppen met stelen, probleem oplossen, omgaan met pesten, contact tussen thuis en school en gezamenlijke sessies. Ook in de oudergroep wordt gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie.

In rollenspelen oefenen de ouders met de theorie aan de hand van hand-outs en eigen voorbeelden. Deze theorie is eerder in de sessie besproken tijdens de opvoedvaardigheid van de week. Voorbeelden van theorie zijn: de definitie van stelen en de uitleg van de SNAP-methode. Het videomateriaal waarvan gebruik gemaakt wordt tijdens de kindsessies krijgen ouders te zien om te leren hoe zij hun kind het beste kunnen ondersteunen en begeleiden bij het probleemgedrag van hun kind. Ouders leren probleemgedrag eerder te signaleren en krijgen handreikingen van de trainers en andere ouders om met het gedrag van hun kind aan de slag te gaan. Ouders en kinderen krijgen het visueel ondersteunende materiaal wat gebruikt wordt in de sessies ook mee naar huis om zo met elkaar met hetzelfde materiaal te kunnen werken aan de opdrachten.

Groepssessie gemist

De ouder- en kindgroepen borduren qua niveau en inhoud voort op de eerdere sessies. Wanneer een kind of ouder een sessie mist maakt de mentor een afspraak om diezelfde week nog langs te komen. Gedurende deze afspraak worden de vaardigheden uit de gemiste sessie en huiswerkopdrachten alsnog besproken. Zo lopen gezinnen geen achterstand op in het programma.

Individueel traject

Naast de ouder- en kindgroepen wordt op basis van de risicotaxatie en de individuele behoeften van het kind en het gezin een aanvullend behandelplan opgesteld. Dit plan kan bestaan uit gezinsbegeleiding, huiswerkbegeleiding, individuele begeleiding van het kind, begeleiding bij pesten, brandpreventie en stoppen met stelen. Het contact van deze trajecten gaat via de mentoren van kind en ouder. Daarnaast biedt SNAP de optie om rollenspellen extra te oefenen thuis wanneer dat nodig is, bijv. bij ouders met een licht verstandelijke beperking. Als SNAP de hulp, die in het gezin nodig is, niet zelf kan bieden, verwijst en begeleidt men aanvullend door naar de betreffende partnerorganisatie, denk hierbij bijvoorbeeld aan schuldsanering, hulp bij specifieke leerstoornissen en psychiatrische hulp voor ouders.

School, familie en sociale omgeving

SNAP betreft naast het gezin ook de omgeving van het kind. De mentor van het kind heeft contact met de docent en legt hem/haar uit wat het kind nu leert en hoe hij/zij het kind daarmee kan helpen. Daarnaast trainen zij de docent in het uitvoeren van SNAP. Het trainen gebeurt in een groepssessie met meerdere docenten van drie uur of in een individuele sessie van anderhalf tot twee uur. Gedurende de sessie leren docenten om te gaan met het SNAP-wiel (controle en plan wiel) en het leer logboek formulier. Daarnaast leren zij hoe de woede-regulatiemethode SNAP werkt en hoe zij het kind hiermee kunnen aansturen. Op die manier leert de docent op dezelfde manier op het kind te reageren als de ouders leren bij SNAP.

Ook andere betrokkenen bij het kind zoals de voetbaltrainer, de muziekleraar en familieleden worden geïnformeerd en getraind in SNAP. Zij sluiten aan bij de groepstraining van de docenten of nemen deel aan de oudertraining. Indien ze niet aan kunnen sluiten bij een groep, krijgen ze een aparte training in de SNAP-vaardigheden. Zo spreekt iedereen rondom het kind dezelfde SNAP 'taal'.

2 Uitvoering

2.1 Materialen

- SNAP-training jongens: Handboek Jongenstraining
- SNAP-training ouders: Handboek Oudertraining
- Accreditatiebeschrijving SNAP Train-de-trainer
- SNAP-theoretische handleiding
- EARL-theoretische handleiding
- EARL-vragenlijst
- EARL-PC
- SNAP jongensgroep integriteitschecklist
- SNAP jongens OUDERgroep integriteitschecklist
- SNAP competentiechecklist
- Factsheet SNAP

2.2 Locatie en type organisatie

Een SNAP-locatie moet tenminste twee verschillende trainingsruimtes bieden en een ruimte waarin de kinderen zich vrij kunnen bewegen zoals een sportzaal/sportruimte. Tevens dient er een ruimte aanwezig te zijn waar broers en zussen opgevangen kunnen worden en een ruimte waar een jongen met de achterwacht naartoe kan om even tot rust te komen/af te koelen. Van belang is dat er in ieder geval in de ruimtes de mogelijkheid aanwezig is om gebruik te maken van video-opnames, live meekijken via een one-way screen of middels een live video/skype verbinding. Daarnaast dient er voldoende ruimte te zijn om een televisie neer te zetten in de ruimtes om video's met de ouders en met de kinderen terug te kijken. Wanneer er gezamenlijke sessies zijn, is het van belang dat er in ieder geval één ruimte beschikbaar is waar men kan zitten met meer dan tien mensen (afhankelijk van het aantal deelnemers en deelnemende ouders/verzorgers).

Alleen organisaties met een SNAP-licentie, verstrekt vanuit SNAP-Canada, mogen SNAP aanbieden. Voor verdere toelichting zie 2.5. De type organisaties die een SNAP-licentie kunnen aanvragen variëren, bijv. jeugdhulporganisaties en GGZ, maar ervaring met cognitieve gedragstraining is vereist.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

Opleiding en competenties

Er is een indeling gemaakt in trainers, vrijwilligers en supervisors waar binnen SNAP gebruik van wordt gemaakt.

Vrijwilligers zijn er om de broertjes en zusjesgroep/opvang te leiden. Deze vrijwilligers hebben kennis van SNAP maar zijn niet opgeleid in SNAP. Dit kunnen stagiaires zijn die binnen SNAP stage lopen.

SNAP-trainers

SNAP-trainers die de SNAP-methodiek aanbieden aan ouders en kinderen zijn hbo-gekwalificeerd en hebben een Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ)-registratie. SNAP-trainers hebben bovendien met succes de training van SNAP-trainer behaald. Deze training bestaat uit een vijfdaagse opleiding tot SNAP-trainer en een tweedaagse locatie specifieke training om te leren omgaan met problemen van de implementatie. Deze training is CEDEO erkend en heeft een accreditatie vanuit het SKJ van 68.5 punten.

Trainers zijn in staat om competentiegericht en gezinsgericht te werken. De trainer beschikt over voldoende vaardigheden om positieve feedback te geven en is in staat om feedback te ontvangen. Gestreefd wordt naar een multidisciplinair team met ervaring in zowel ambulante jeugdzorg als jeugd GGZ.

SNAP-train-de-trainers

SNAP-trainers kunnen na minimaal twee jaar werkervaring in overleg een SNAP-train-de-trainerscursus volgen en nieuwe trainers opleiden tot SNAP-trainer.

SNAP-supervisor

De SNAP-supervisor beschikt over dezelfde kwaliteiten en eigenschappen als de SNAP-trainer. Daarnaast beschikt de SNAP-supervisor over een wetenschappelijk onderlegde opleiding in de gedragswetenschappen en een specialisatie als GZ-psycholoog of een vergelijkbare opleiding.

2.4 Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit wordt binnen het SNAP-programma op verschillende manieren gewaarborgd:

- SNAP-trainers en supervisors selecteren nieuwe trainers middels opgestelde functieprofielen.
- Nieuwe trainers draaien altijd een groep met een ervaren SNAP-trainer.
- Alle sessies worden opgenomen op video. De supervisor kijkt mee via een videoverbinding of bekijkt op een later moment de opname. Na iedere sessie volgt een feedbacksessie aan de hand van de integriteitschecklist die ingevuld wordt. Sessies 1,4 en 7 worden ook beoordeeld door SNAP-Canada.
- De SNAP-trainers komen voorafgaand aan elke sessie bijeen om de sessie te bespreken aan de hand van de handleiding. Na elke sessie vindt er een gezamenlijke bijeenkomst plaats om na te bespreken en acties voor de komende week uit te zetten. De SNAP-trainers krijgen feedback van de supervisor waarbij de integriteitschecklisten en competentiechecklist gebruikt worden. Als laatste hebben de supervisors intervisiebijeenkomsten waarin zij de supervisors van Canada consulteren voor advies.

Naast kwaliteitsbewaking vanuit het SNAP-team worden ook de gezinnen betrokken bij het verbeteren van SNAP. Kinderen en ouders en kinderen vullen na einde van de groep een evaluatie in. Ook is er na zes maanden follow-up Routine outcome monitoring met de Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) vragenlijsten (Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991; Verhulst, Koot, Akkerhuis & Veerman, 1990), Teacher's Reportform (TRF; Achenbach et al., 2008; Verhulst, Ende & Koot, 1997a), en Youth Self Report (YSR; Achenbach et al., 2008; Verhulst, Ende & Koot, 1997b) en de Opvoedings Belasting Vragenlijst (OBVL; Vermulst, Veerman, Kroes, De Meyer & Nguyen, 2012). Het SNAP-programma werkt met een scientist-practitioner model, dit houdt in dat bij SNAP naast behandeling ook altijd onderzoek gedaan wordt. De resultaten worden gedurende de behandeling besproken met het team en de ouders zodat zij de vooruitgang kunnen zien.

2.5 Randvoorwaarden

SNAP is een handelsmerk van het Child Development Institute (CDI, Canada) en mag alleen gebruikt worden onder licentie van dit instituut. In Nederland is Intermetzo licentiehouders van het SNAP-programma. Licenties zijn beschikbaar tegen een honorarium en dienen jaarlijks hernieuwd te worden. Licentiehouders stemmen in met strikte nakoming van de standaarden, methoden, procedures en technieken beschreven in deze handleiding, bijgaande handleidingen en in beleidsverklaringen verstrekt door het

CDI. Het geprinte SNAP-materiaal dat door de licentiehouders gebruikt wordt moet aangeven dat CDI de eigenaar van het handelsmerk is en dat het gebruik onder licentie plaatsvindt.

Een voorwaarde voor de uitvoering van SNAP is dat er stabiliteit is in de trainers. Trainers dienen dertien weken lang voor de groepen te staan, zodat stabiliteit voor de deelnemers kan worden gewaarborgd. Ook moet een positief *mannelijk* rolmodel zich aan de jongensgroep verbinden. Daarnaast stelt men in Nederland de eis dat het behandelend personeel tenminste een hbo-opleiding heeft. Ook moet de organisatie een supervisor kunnen bieden met minimaal een GZ-opleiding.

2.6 Implementatie

Het systeem voor implementatie van het SNAP-programma is vastgelegd door het Child Development Institute (CDI) Canada. Er zijn zeven fasen van implementatie:

1. Potentiële SNAP-partner maakt contact met het Centre for Children Committing Offences (CCCO) van CDI. De potentiële SNAP-partner vult vervolgens de SNAP readiness checklist in om te bepalen of de doelgroep past binnen SNAP.
2. *SNAP Needs Assessment*: in een gesprek tussen het CCCO en de potentiële SNAP-partner worden de behoeften van de beoogde populatie besproken. Informatie over de instelling en het SNAP-programma worden uitgewisseld.
3. *SNAP Implementation and critical issues session*: het plaatselijke personeel van de potentiële partner wordt betrokken. Er wordt gekeken of de juiste vaardigheden aanwezig zijn onder het personeel. Een verwijzingsstelsel en evaluatiesysteem worden ontwikkeld.
4. *SNAP site readiness review meeting*: programma beschrijving, implementatie richtlijnen en doelen van het programma opgesteld door de potentiële partner worden geëvalueerd door het CCCO. De plaatselijke gemeenschap wordt geïnformeerd over bestaan SNAP. Daarnaast wordt er personeel geworven.
5. *Staff recruitment assistance and orientation training*: voltooiing werving personeel en trainen in de SNAP-methode.
6. Ondertekenen van de licentie overeenkomst.
7. *On-going SNAP affiliate site program implementation support*: SNAP-team heeft een wekelijkse vergadering over openstaande cases en elke drie maanden een consultatie/boostersessie met Canada. Het programma wordt periodiek geëvalueerd om te kijken of doelen zoals opgesteld in het evaluatieplan behaald worden.

Voor een gedetailleerdere uitleg verwijzen wij naar de SNAP Implementation Information Guide

(http://childdevelop.ca/snap/sites/default/files/documents/SNAP%20Model%20Implementation%20Overview%20%2808_26_15%29.pdf).

2.7 Kosten

De licentiekosten van SNAP bedragen € 690 per jaar. Scholing kost € 9950 in company voor een groep van twaalf deelnemers. Hierin zijn verblijf- en reiskosten van de train-de-trainers niet meegerekend.

De kosten van SNAP kunnen worden opgedeeld in personele (tabel 1 en 2) en materiële kosten.

Tabel 1: Personele kosten groepssessies SNAP

	Aantal betrokken begeleiders	Uren per training, per betrokken begeleider, per week (directe en indirecte tijd)	Totaal aantal uren per training per week	Totaal aantal uren per 13 groepssessies	Totaal kosten per 13 groepssessies
	Kindgroep: 2 trainers	4,25	8,5	110,5 (a €93,- p. u.)	€10.276,50
	Oudergroep 2 trainers	4,25	8,5	110,5 (a €93,- p. u.)	€10.276,50
	Supervisor: 1 supervisor	4,75	4,75	61,75 (a €93,- p. u.)	€5.742,75
	Achterwacht 1 persoon	2,75	2,75	35,75 (a €72,- p. u.)	€2.574,-
	Activiteitengroep 1 persoon	2,75	2,75	35,75 (a €72,- p. u.)	€2.574,-
Totaal aantal per groep van 6	7		27.25 uur	354,25	€31.443,75
Totaal aantal per jongere			4.54 uur	59,04	€5.240,63

Tabel 2: Personele kosten individuele zorg

	Totaal gemiddeld aantal uren individuele trajecten	Totaal gemiddeld aantal huisbezoeken binnen de individuele traject	Totaal gemiddeld aantal uren per huisbezoek	Totale kosten per huisbezoek (uren x €93,-)
	117 uur	40	2,92	€271,56
Totale kosten per jongere				€10.881

De materiële kosten worden opgesplitst in eenmalige kosten en kosten voor elke groep. De eenmalige kosten zijn € 4400,- voor de aanschaf van camera's, spelletjes, flipovers

etc. De kosten per groep bedragen € 300,- waarvan naamstickers, pennen, tussendoortjes etc. worden gekocht. Hierin zijn de telefoonkosten van de trainers, gezamenlijke maaltijden, vervoer en de materialen voor de opvang van de broertjes en zusjes niet meegerekend.

3 Onderbouwing

3.1 Probleem

Acht procent van de kinderen onder de 12 jaar in Nederland vertoont gedragsproblemen (Reijneveld, Vogels, Hoekstra, & Crone, 2006), waaronder delictgedrag, agressief gedrag en regeloverschrijdend gedrag. Ernstig wordt het echter wanneer kinderen heftige vormen van agressief gedrag laten zien zoals bij ODD (drie procent van de kinderen onder de 12 jaar) en CD (twee procent van de kinderen onder de 12 jaar) (Huisman et al., 2010). Voorbeelden van dit gedrag zijn dierenmishandeling, dreigen, pesten en het opzettelijk kapot maken van spullen. Ook frequent regeloverschrijdend gedrag zoals spijbelen, stelen, brutaal en opstandig gedrag bij jonge kinderen is problematisch. Delictgedrag bij 12-minners bestaat meestal uit diefstal, vandalisme, brandstichting en bedreiging waardoor kinderen al op jonge leeftijd in aanraking komen met de politie. Van de kinderen die in contact komen met de politie leidt een derde van de kinderen aan agressieve gedragsstoornissen (CD), opstandige gedragsstoornissen (ODD) of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (Cohn et al., 2012). Regelmatig komt ook een combinatie van CD/ODD met ADHD voor.

Delinquent, agressief en regeloverschrijdend gedrag in de kindertijd (beneden de 12 jaar) worden gezien als belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van een ernstige en persistente criminele carrière (Loeber & Farrington, 2001; Moffitt, 1993; Krohn, Thornberry, Rivera, & Le Blanc, 2001). Ook blijkt de leeftijd waarop de gedragsproblemen beginnen een goede voorspeller voor een ernstige criminele loopbaan (Bacon, Paternoster & Brame, 2009). Kinderen die voor hun 12e antisociaal gedrag vertonen hebben een twee tot drie keer hogere kans om ernstig, gewelddadig en persistent delinquent gedrag te vertonen in vergelijking tot jongeren die in de adolescentie starten (Loeber & Farrington, 2000; Van Der Laan, Slot & Hoeve, 2008; Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Kinderen die delinquent gedrag vertonen hebben daarnaast een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen en problemen op sociaal en maatschappelijk gebied, zoals schooluitval, relatieproblemen, werkloosheid en tienermoederschap (Moffitt et al., 2002; Loeber, 1998; Loeber, Slot, Van der Laan & Hoeve, 2008).

Naast de gedragsproblemen spelen er in de omgeving van deze kinderen vaak vele andere problemen. De kinderen met het hoogste risico op een negatieve ontwikkeling komen relatief vaak uit multiprobleemgezinnen. In negentig procent van de aanmeldingen voor SNAP gaat het om kinderen uit een multiprobleemgezin. In Nederland zijn er ongeveer 70.000 multiprobleemgezinnen (<http://www.nji.nl/Multiprobleemgezinnen-Probleemschets-Cijfers>).

Multiprobleemgezinnen kenmerken zich door een combinatie van psychosociale en socio-economische problemen. Ze komen moeilijk bij reguliere hulp aan en weten daar onvoldoende van te profiteren.

3.2 Oorzaken

Risicofactoren voor delinquent, agressief en regeloverschrijdend gedrag kunnen worden opgesplitst in factoren van het individu (biologisch en psychologisch) en factoren van de omgeving. Deze factoren zijn voortdurend met elkaar in interactie, ook wel het biopsychosociaal model genoemd (Engel, 1977).

Bekend is dat factoren van het individu zoals beperkingen in de sociale informatieverwerking, temperament, gebrekkig probleemoplossend vermogen, antisociale overtuigingen, impulsiviteit, beperkte concentratie, sensatie zoeken,

middelenmisbruik, zwakke sociale vaardigheden en laag IQ risicofactoren zijn voor deze gedragingen (Loeber, R & Farrington D.P. (2001) Child Delinquents). Anderzijds zijn omgevingsfactoren zoals laag sociaaleconomische status, antisociale overtuigingen en gedragingen van ouders, ouderlijke conflicten, uithuisplaatsing, mishandeling, verwaarlozing, beperkte opvoedvaardigheden, scheiding, en ouderlijke stress, risicofactoren voor de escalatie van de gedragsproblemen en het delinquente gedrag van kinderen (Ferberda, Jakobs, & Beke, 1996; Lipsey & Derzon, 1998; Junger-Tas, 1996; Kumpfer, Molgaard & Spoth, 1996; Van Leerdam, Kooijman, Ory & Landweer, 2003; Loeber, 1998; Vogelvang, 2005; Deater-Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1998). Daarnaast speelt de jonge leeftijd waarop gedragsproblemen ontstaan en worden behandeld een belangrijke rol in het risico op een negatieve gedragsontwikkeling (Dishion & Patterson, 1997).

Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren. Beschermende factoren zijn factoren die de kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen verkleinen. Voorbeelden van beschermende factoren zijn goede banden met en prestaties op school, familie en vrienden die antisociaal gedrag afkeuren, positieve ouder-kind relatie, nee kunnen zeggen, pro sociaal contact met leeftijdsgenoten en familieleden, goede sociale vaardigheden, religie, planvaardigheden, participatie in sociale activiteiten (vrijtijdsbestedingen), aanwezigheid van de ouder gedurende de dag, tweeouder gezin, goed sociaal netwerk, goede buurt en afwezigheid van concentratieproblemen (Herrenkohl, Tajima, Whitney, Huang, 2005; Herrenkohl, Lee, Hawkins, 2012; Wasserman et al., 2003; Van Domburgh et al., 2009).

De combinatie van risico- en beschermende factoren in het kind en diens omgeving bepalen uiteindelijk of een kind vervalt in persistent antisociaal gedrag. Hierbij geldt een zogenaamde dose-response relatie: hoe meer risicofactoren en hoe minder beschermende factoren, hoe hoger het risico op persistentie in gedragsproblemen en delinquentie (Loeber, et al., 2008).

3.3 Aan te pakken factoren

SNAP richt zich op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders (subdoel 8). Hierbij wordt ook aandacht besteed aan positieve interacties in het gezin (subdoelen 9-11). Middels de SNAP-methodiek werken kinderen en ouders aan hun probleemoplossend vermogen (subdoelen 2, 6 en 7). Kinderen werken daarnaast aan hun sociale vaardigheden (subdoelen 3). In de kindgroep wordt daarnaast gewerkt aan alternatieven voor antisociale overtuigingen en gedragingen (subdoelen 1, 4, en 5). Door het outreachende en multimodale karakter van de interventie richt de interventie zich daarnaast expliciet op het bereiken en motiveren van gezinnen en het verlagen van stress bij de ouders. Tot slot richt SNAP zich expliciet op het aanboren van in de omgeving aanwezige hulpbronnen voor het gezin en het kind door hen te betrekken in de behandeling (school, vrijetijd verenigingen, familie/vrienden) (subdoelen 12, 13 en 14).

3.4 Verantwoording

Vroegtijdige interventie

Onderzoek toont aan dat voor het voorkomen van delinquent gedrag vroegtijdige interventie (voor het 12^e levensjaar) effectiever is dan ingrijpen in de adolescentie (Junger-Tas, 1996; Tremblay & Craig, 1997; Boendermaker, 2008). SNAP wordt daarom zo vroeg mogelijk, maar in ieder geval voor het 12^e levensjaar, ingezet.

Risk-Need-Responsivity model

Het hoofddoel van SNAP is het voorkomen van delict gedrag of recidive. Bij de behandeling van delict gedrag is het Risk-Need-Responsivity (RNR) model eerste keus en wordt daarom gebruikt binnen SNAP (Andrews & Bonta, 2010a, 2010b; Andrews, et al., 1990). Het RNR-model kent drie kernprincipes: de intensiteit van de behandeling wordt aangepast aan de mate van het risico, de behandeling wordt aangepast aan de behoeften van de cliënt en de behandeling wordt aangeboden op een manier die aansluit bij de leerstijl en motivatie van de cliënt.

Risicobeginsel: Voorafgaand aan SNAP wordt de mate van het risico bepaald op basis van gestructureerde risicotaxatie via de EARL-20B. De intensiteit van de aanvullende modules en mate van tussentijds contact kan vervolgens worden aangepast op basis van deze risicotaxatie.

Needbeginsel: op basis van de EARL-20B wordt bepaald wat de behoeften zijn van het gezin. Op basis daarvan wordt bepaald welke modules aanvullend op de basis groepstraining worden ingezet. Door gebruik te maken van een multimodale aanpak kan er nog ingesprongen worden op ongunstige gezinsfactoren zoals stress en scheiding die het risico op (herhaald) delict gedrag vergroten en het risico op ernstige gedragsproblemen doen toenemen (Dishion & Patterson, 1997). Ook blijkt dat kinderen uit multiprobleemgezinnen met alleen een gedragstraining niet voldoende zijn geholpen, er is een integrale aanpak van de problematiek nodig. Door de inzet van een geïntegreerde, multimodale interventie kan delinquentie en verder afglijden in de toekomst worden voorkomen.

Responsiviteitsbeginsel: de interventie gebruikt verschillende principes die aansluiten bij de leerstijl en motivatie van kinderen en ouders. Dat gaat ten eerste om methodieken waarvan in brede zin is aangetoond dat ze effectief zijn in het behandelen van kinderen met gedragsproblemen (Garland, Hawley, Brookman-Frazee & Hurlburt, 2008):

- Cognitief gedragstherapeutische technieken
- Mediatie-behandeling via het versterken van de opvoed/begeleidingsvaardigheden van ouders/omgeving zoals school
- Gebruik van rollenspellen
- Gebruik van gedragscontracten
- Gebruik van rolmodellen
- Systemische benadering
- Combinatie van ouder benadering met cognitieve gedragstechnieken bij kinderen en ondersteuning op school
- Psycho-educatie

Daarnaast zijn elementen toegevoegd waarvan blijkt dat deze van belang zijn bij de behandeling van multiprobleemgezinnen (Zoon & Berg-le Clerq, 2014):

- Outreachend en laagdrempelig (huisbezoeken, meedenken over vervoer, opvang voor broertjes en zusjes, tijdstip aan het begin van de avond zodat werk door kan gaan, aanwezigheid van eten/snacks, bij afwezigheid een extra huisbezoek om gemiste sessie te trainen, bezoek aan school, bezoeken aan vereniging, doornemen van andere stressoren in het gezin en ondersteunen in aanboren hulpbronnen/instanties zoals woningbouw en sociale dienst).
- Vaste begeleiding ter bevordering van de vertrouwensband (White, Warrener, Reeves, & La Valle, 2008).

Hierbij wordt op basis van de kenmerken van het gezin een afweging gemaakt over een benaderingswijze die aansluit bij de motivatie, leerstijl en mogelijkheden van kind en gezin. Dat kan bijvoorbeeld gaan om het inplannen van huisbezoeken ofwel telefonisch

contact tussen de sessies door afhankelijk van de extra ondersteuning die gezinnen nodig hebben om zich de nieuwe vaardigheden eigen te maken. De ervaring leert dat ouders zich gesteund voelen door de intensieve inzet van de SNAP-trainers op de diverse probleemgebieden en daardoor zelf ook meer gemotiveerd worden om ook een intensieve bijdrage te leveren in de behandeling.

Risico- en beschermende factoren

SNAP combineert de richtlijnen ernstige gedragsproblemen en multiprobleemgezinnen (www.richtlijnenjeugdhulp.nl). De richtlijn ernstige gedragsproblemen stelt dat bij kinderen tot twaalf jaar een oudertraining altijd dient te worden ingezet. Levert deze onvoldoende op, dan is de aanbeveling om ook de kinderen van acht tot twaalf jaar cognitieve gedragstherapie aan te bieden. SNAP is gericht op gezinnen waarbij gezien de hoogte van het risico alleen een oudertraining niet voldoende zal zijn. Vanuit de richtlijn multiprobleemgezinnen komt naar voren dat een interventie ook moet hebben voor stressreductie in het gezin en goed ouderschap en meer effect heeft als er sprake is van een outreachende integrale systemische aanpak. Al deze elementen komen in SNAP naar voren.

Goed ouderschap

Goed ouderschap is een belangrijke beschermende factor voor delinquent gedrag van het kind (Loeber, et al., 2008). De richtlijn 'Multiprobleemgezinnen' van het Nederlands Jeugd Instituut (Zoon & Berg-le Clerq, 2014) omvat een uitgebreide beschrijving van goed ouderschap, waaronder de opvoedcapaciteit van de ouder. De opvoedcapaciteit omvat zes dimensies: basale verzorging, garanderen van veiligheid, emotionele warmte, stimuleren, regels en grenzen en stabiliteit. Via psycho-educatie leert SNAP ouders wat normaal en wat abnormaal gedrag van het kind is en welke rol de ouder hierin zelf speelt. Vervolgens verbetert SNAP het ouderschap door het aanleren van opvoedvaardigheden (belonen en ondersteunen van het kind, duidelijke en heldere boodschap uitdragen naar het kind, gezamenlijk probleem oplossen, effectieve grenzen stellen, monitoren van het kind) en woede-regulatie. Deze vorm van oudertraining blijkt effectief in het behandelen van probleemgedrag (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay & Jennings, 2008; Dretzke, Davenport et al., 2009). Daarnaast stimuleert SNAP ouders om kinderen positief te bekrachtigen. Hierdoor verminderen gedragsproblemen en verbeteren de opvoedvaardigheden (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). Deze vaardigheden worden aangeleerd door ze te bespreken in de groepssessies, via huiswerkopdrachten, CGT en rollenspellen. Deze elementen vergroten de effectiviteit van interventies voor gedragsproblemen (Landenberger & Lipsey, 2005).

Pro sociaal gedrag

Pro sociaal gedrag wordt geassocieerd met het beheersen van emotieregulatievaardigheden en oplossingsvaardigheden (Burns, et al., 2003; Lengua, 2002). Deze vaardigheden komen terug in SNAP in de woederegulatie-techniek Stop Nu Ander Plan (SNAP). SNAP wordt aangeleerd middels technieken uit de cognitieve gedragstherapie; het toevoegen van CGT aan oudertraining kan bij kinderen met ernstige gedragsproblemen het verschil maken (Kazdin, Siegel & Baas, 1992). Jongens oefenen tijdens de groepssessies in rollenspellen met SNAP. Om de transfer naar de praktijk te maken wordt na incidenten het SNAP-wiel of leerlogboek (formulieren waar het kind de SNAP-methode op kan uitschrijven) ingevuld, waardoor jongens oefenen met het oplossen van problemen. Ook tijdens het sport- en spel element van de groepssessies

wordt in de praktijk geoefend met het toepassen van SNAP. Het toepassen van de SNAP-methode helpt jongens vervolgens hun emotieregulatievaardigheden, die bij agressieve jongens vaak onderontwikkeld zijn (Orobio de Castro, Merk, Koops, Veerman & Bosch, 2005), en oplossingsvaardigheden te ontwikkelen. Jongens leren via psycho-educatie hun woede te herkennen om vervolgens een stop toe te passen (emotieregulatievaardigheid). Daarnaast oefenen ze gedurende het programma met het bedenken en toetsen van oplossingen aan de hand van de vraag 'maakt dit mijn probleem groter of kleiner?' (oplossingsvaardigheden). Deze techniek is effectief bij het verminderen van agressief gedrag (Orobio de Castro, Bosch, Veerman, & Koops, 2003). Specifieke sociale vaardigheden van het kind worden getraind aan de hand van de themasessies eerlijk spelen, excuses maken en meedoen. Hierin worden aan de hand van rollenspellen en huiswerkopdrachten deze vaardigheden eigen gemaakt. De combinatie van rollenspellen en huiswerkopdrachten maakt de transfer van het toepassen van vaardigheden in oefensituaties naar het toepassen van vaardigheden in het alledaagse leven mogelijk.

Bij het aanpakken van antisociale gedragingen en gedachtes van het kind is het van belang de ouders te betrekken. Agressie wordt namelijk vaak aangeleerd binnen de context van gezinsinteracties. Doordat agressief gedrag van het kind ouders toe laat geven, leert het kind via operante conditionering dat agressief gedrag helpt. Belangrijk bij de gedragsverandering van jongens is daarom dat gewenst gedrag positieve consequenties heeft (een compliment of beloning) en ongewenst gedrag negatieve consequenties (straf) (Patterson, 1992). SNAP focust zich op de positieve bekrachtiging (Slot & Spanjaard, 2009) omdat dit constructieve communicatie mogelijk maakt en effectief begrenzen soms nodig is om gedragsverandering te bewerkstelligen (Deur, Parke & Ross, 1970). SNAP leert ouders en andere belangrijke personen in de omgeving van het kind door cognitieve gedragstherapie, rollenspellen, gedragsprotocollen en huiswerkopdrachten kinderen te complimenteren en belonen voor goed gedrag. Door belonen van goed gedrag wordt de kans dat het kind pro sociaal gedrag gaat vertonen groter. Daarnaast draagt dit bij aan een positieve ouder-kind relatie.

Het stellen van grenzen is van belang voor het verminderen van gedragsproblemen (Patterson & Chamberlain, 1994). SNAP leert te straffen volgens SOV: Specifiek (consequentie is direct gekoppeld aan het gedrag), Onmiddellijk en Voorspelbaar (alle volwassenen reageren op dezelfde manier). Hierbij is het van belang dat ouders hun woede reguleren met de SNAP-methode zodat zij niet uit frustratie reageren.

Multimodale systemische aanpak

SNAP werkt met een systemische aanpak. Uit de literatuur blijkt dat een integrale aanpak effectiever is dan een enkel kindgerichte aanpak bij multiprobleemgezinnen (Bastiaanssen, Veerman & De Mey, 2011; Brestan & Eyberg, 1998, Chorpita e.a., 2002; Lipsey & Wilson, 1998; Zoon & Berg-le Clerq, 2004). SNAP betreft daarom naast het gezin ook school en andere belangrijke personen uit de omgeving bij de behandeling. Zij worden allen getraind in het toepassen en stimuleren van de SNAP-methode. Een ander aspect van de systemische aanpak is het werken met rolmodellen. Gedurende de SNAP-sessies is bij de jongensgroep onder de trainers altijd een mannelijk rolmodel aanwezig. Ook stimuleren de SNAP-trainers ouders tot het worden van een positief rolmodel. In Canada worden ook oud-SNAP kinderen ingezet als rolmodel, zij nemen de rol van co-trainer op zich tijdens groepsessies van nieuwe kinderen. Het doel is om dit ook in Nederland te verwezenlijken.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

A: Augimeri, Walsh & Slater (2011)

B: Dit artikel is een verhalend overzicht van verscheidene onderzoeken (RCT, pre-post) naar de implementatie, evaluatie en replicatie van het SNAP-programma over een periode van 25 jaar.

C: SNAP is in 1985 opgericht in Canada als gevolg van de Young Offenders Act, een wet waardoor kinderen vanaf 12 jaar verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor criminele daden. Hierdoor ontstond de behoefte aan een behandeling voor kinderen jonger dan 12 jaar. SNAP werd ontwikkeld door middel van een review van wetenschappelijk onderzoek, het maken van een theoretisch kader, het ontwikkelen van handleidingen en meerdere evaluaties en onderzoeken. In 1996, ruim tien jaar na ontwikkeling, werden naar aanleiding van grootschalig onderzoek omvangrijke veranderingen doorgevoerd. Allereerst bleek dat een subgroep hoog-risico jongens niet of langzamer profiteerde van SNAP ten opzichte van laag-risico jongeren. Daarom werd besloten om van een time-limited model naar continued care model over te gaan. Ten tweede bleek dat meisjes wanneer zij in een groep zaten met jongens het gedrag van jongens overnamen, aandacht probeerden te trekken van de jongens of overschaduwd werden door het gedrag van de jongens. Ook bleek er andere problematiek te spelen onder meisjes dan jongens. Daarom werd SNAP opgesplitst in twee seksspecifieke interventies: SNAP-boys en SNAP-girls. Ten derde was er vraag naar een manier om risico- en beschermende factoren gestructureerd in kaart te brengen. Hiervoor werden twee gestructureerde klinische risicotaxatiemodellen in het leven geroepen: de Early Assessment risk list for boys (EALR-20B) en de Early Assessment risk list for Girls (EARL-21G).

Door positieve onderzoeksresultaten kwam er rond 1998 steeds meer interesse in SNAP vanuit andere jeugdhulporganisaties. Er werd een pakket gemaakt waarmee replicatie van het programma mogelijk werd. Om de kwaliteit van het programma te waarborgen werd de SNAP-licentie in het leven geroepen. Deze licentie gaf het Child Development Institute de mogelijkheid replicatie programma's te monitoren. Een jaar later werd het Centre for Children Committing Offences (CCCO) geopend, deze organisatie is verantwoordelijk voor het opzetten van nieuwe SNAP-programma's en het controleren van de kwaliteit door middel van evaluatie van ingezonden video's en onderzoek. Na langdurige evaluatie blijken voor succesvolle implementatie en replicatie van SNAP de volgende vijf aspecten van belang:

1. Naleving van het model. Hiervoor zijn de handleidingen zoals aangeboden door SNAP leidend.
2. Terughoudendheid met het toebrengen van veranderingen. Kleine veranderingen ten behoeve van aanpassen aan een cultuur zijn toegestaan. Echter grote inhoudelijke veranderingen worden afgeraden.
3. Training en voortdurende consultatie met het CCCO.
4. Selectie van het juiste personeel.
5. Deelname aan voortdurende loyaliteit en integriteitscontrole, om de doeltreffendheid van het programma te waarborgen.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Nederlands onderzoek naar SNAP

A: Van Domburgh & De Ruiter (2017)

B: Dit onderzoek omvat een pre-post en follow-up van 75 jongens en hun opvoeders die deel hebben genomen aan SNAP zoals gegeven door Intermetzo, Nederland. Er is gekeken naar de behandelintegriteit, het functioneren van de jongens en opvoedbelasting van de ouders.

C: De eerste resultaten van de implementatie van SNAP in Nederland laten zien dat de interventie behandel integer wordt uitgevoerd voor wat betreft de groepssessies. De eerste resultaten laten ook zien dat de interventie in staat is een hoog-risicogroep te includeren van etnisch zeer diverse afkomst. De eerste resultaten laten daarnaast een significante afname in zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag zien. Deze afname lijkt zich door te zetten in het half jaar na beëindiging van de groepssessies. Wat betreft de opvoedbelasting wordt na afloop van de groepssessies een afname in ervaren opvoedbelasting en ervaren problemen tussen opvoeder en kind gerapporteerd.

Internationaal onderzoek naar SNAP

A: Farrington & Koegl (2015)

B: In dit onderzoek is een follow-up gedaan van 376 kinderen tussen de 12 en 20 jaar die hebben meegedaan aan SNAP in Toronto, Canada. Er is gekeken naar de bespaarde kosten van voorkomen van delicten t.o.v. de kosten van het SNAP-programma opgesplitst in drie risicogroepen te weten laag, middel en hoog. De risicogroepen werden gevormd aan de hand van de EARL-20B. Gepleegde delicten werden opgezocht in de strafbladen van de jongeren. Er werd ook rekening gehouden met delicten die niet worden geregistreerd.

C: Gebaseerd op veroordelingen bespaart het SNAP-programma tussen de \$2.05 en \$3.75 per \$1 die uitgegeven is aan het programma op basis van de strafbladen. Wanneer rekening wordt gehouden met niet geregistreerde delicten stijgt dit bedrag naar tussen de \$17.33 en \$31.77. De ratio was het hoogst voor laag risico jongeren.

A: Burke & Loeber (2014)

B: Dit onderzoek beschrijft een RCT naar de effectiviteit van het SNAP-programma t.o.v. reguliere behandeling in Canada. 252 jongens werden geïncludeerd voor deze studie, hiervan ontvingen 130 SNAP en 122 de reguliere behandeling. Er is gekeken naar mate van agressie, totale externaliserende problemen, regelovertrekend gedrag, antisociale gedragsproblemen, angst, depressie, totale internaliserende problemen, somatische klachten, symptomen van ADHD, ODD en CD. Metingen werden bij start, na 3, 9 en 15 maanden gedaan. Voor de analyse is een intent-to-treat model gebruikt.

C: Kinderen behandeld met SNAP toonden een grotere daling in agressie, antisociale gedragsproblemen, totaal externaliserend gedrag, symptomen van ODD en ADHD ten opzichte van de controlegroep. Bijkomend hadden de SNAP-kinderen minder angstige en depressieve klachten.

SNAP bleek effectiever voor jongens met ernstigere gedragsproblemen bij de start van het programma dan voor jongens met minder ernstige gedragsproblemen. Bij de follow-up na een jaar bleef het effect voor agressie, ADHD en ODD, depressie en angst bestaan met matige effectsizes (range Cohen's $d = .25 - .31$). Kinderen die SNAP volgden hadden

significant minder justitiële aanklachten dan kinderen die de gewone behandeling volgden.

A: Lipman, Kenny, Sniderman, O'Grady, Augimeri, Khayutin & Boyle (2008)

B: Deze longitudinale studie beschrijft de effectiviteit van het SNAP-programma ten opzichte van een controlegroep die geen behandeling ontving. Meetmomenten waren aan het begin (pre SNAP), na 6, 12, 24, 36 en 48 maanden (post SNAP). Er werden 223 SNAP-kinderen en 116 controls geïnccludeerd. Probleemgedrag werd bekeken aan de hand van de subschalen het breken van regels, agressie en antisociaal gedrag op de CBCL en de TRF. Sociale competentie werd gemeten op basis van totale problemen op de CBCL en TRF, totale competentie op de CBCL en aanpassingsvermogen op de TRF.

C: SNAP-kinderen toonden verbetering op alle schalen van de CBCL en op de schaal aanpassingsvermogen van de TRF. De controlegroep toonde verbetering op alle schalen van de CBCL behalve totale competentie en geen verbeteringen op de TRF. Multivariantie analyse laat een significant verschil in verbetering zien tussen SNAP en controlegroep op alle schalen van de CBCL met uitzondering van totale competentie met effect sizes variërend van $d = .36$ tot $.41$.

A: Lewis, Granic, Lamm, Zelazo, Stieben, Todd, Moadab & Pepler (2008)

B: Deze pre-post studie onderzoekt neurofysiologische markers die geassocieerd worden met emotieregulatie in 27 kinderen van 8 tot 12 jaar met zowel externaliserende als internaliserende problematiek voor en na behandeling met SNAP. Daarnaast werden 19 niet klinische kinderen van 8 tot 12 jaar geïnccludeerd. De kinderen deden een go/no-go taak terwijl ze verbonden waren aan een 128-channel electrode. ERP-amplitudes werden gemeten bij de piek van het 'inhibitoire' N2 en vergeleken tussen verbeteraars, niet-verbeteraars en niet-klinische kinderen.

C: Er waren geen verschillen in ERP-amplitude tussen de groepen. Verbeteraars toonden wel een vermindering van ventraal prefrontale activatie na SNAP waarmee ze op hetzelfde niveau uitkwamen als de niet-klinische groep. De ventrale activatie van niet-verbeteraars bleef hoog. Zowel verbeteraars als niet-verbeteraars vertoonden hoge dorsale activatie ten opzichte van niet klinische kinderen. Aanvullende analyses indiceerden dat alleen de ventraal prefrontale regio's binnen het N2 tijdsraam verminderde activiteit post SNAP toonde, wijzend op een verandering in regulatie processen in plaats van algehele emotionele opwinding.

A: Augimeri, Farrington, Koegl & Day (2007)

B: Dit Canadees onderzoek omvat een RCT naar de effectiviteit van het SNAP-programma ten opzichte van een controlegroep die het activiteiten/recreatie programma 'Cool runners club' ontving. Er werden 30 kinderen geïnccludeerd die evenredig werden verdeeld over de SNAP-groep en de controlegroep. Na 3 maanden, het moment dat het SNAP-programma voltooid is, werden de groepen gewisseld. De controlegroep ontving alsnog SNAP en de SNAP-groep volgde de 'Cool runners club'.

Het niveau van antisociaal gedrag werd gemeten pre- en post-interventie en 3, 6 en 12 maanden na het eind van SNAP, met behulp van de CBCL. Daarnaast werd een follow-up gedaan na de 18^e verjaardag van de kinderen om te kijken naar gepleegde delicten op basis van het strafblad van de jongeren.

C: De oorspronkelijke SNAP-groep toonde een grotere daling op de subschalen delinquentie en agressie van de CBCL bij de post meting dan de controlegroep. Dit effect bleef behouden over de tijd. Effect sizes waren groot op de delinquentie en agressie schalen van de CBCL ($d = .79 - 1.19$).

5 Samenvatting Werkzame elementen

5.1 Inhoudelijke elementen

- Vroegtijdig ingrijpen
- Cognitief gedragstherapeutische technieken
- Mediatie behandeling via het versterken van de opvoed/begeleidingsvaardigheden van ouders/omgeving zoals school
- Gebruik van rollenspellen
- Gebruik van gedragscontracten
- Gebruik van rolmodellen
- Aanleren van regulatievaardigheden in combinatie met oplossingsvaardigheden
- Systemische benadering
- Multimodale aanpak
- Combinatie van ouder benadering met cognitieve gedragstechnieken bij kinderen en ondersteuning op school
- Psycho-educatie
- Continue evaluatie van het programma

5.2 Praktische elementen

- Outreachende benadering
- Laagdrempelige aanpak
- Heldere hand-outs voor ouders en kinderen
- Vaste begeleiding

Aangehaalde literatuur

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251–275.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010a). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010b). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, 16, 39-55.

Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.

Augimeri, L.K., Farrington, D.P., Koegl, C.J., & Day D.M. (2007). "The SNAP™ Under 12 Outreach Project: Effects of a Community-Based Program for Children With Conduct Problems." *Journal of Child and Family Studies*, 16, 799–807.

Augimeri, L.K., Pepler, D., Walsh, M.M., Jiang, D. & Dassinger, C.R. (2009). *Aggressive and Antisocial Young Children: Risk Prediction, Assessment and Clinical Risk Management*.

http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/gai_attach/RG-976_Final_Outcomes_Report.pdf

Augimeri, L., Walsh, M., Woods, S. & Jiang, D. (2012). Risk Assessment and Clinical Risk Management for Young Antisocial Children: The forgotten group. *Universitas Psychologica*, 11, 1147-1156.

Augimeri, L.K., Walsh, M.M, Liddon, A.D., & Dassinger, C. R. (2011). From risk identification to risk management: A comprehensive strategy for young children engaged in antisocial behavior. In D. W. Springer & A. Roberts, (Eds). *Juvenile delinquency and juvenile justice: Policies, programs and intervention strategies* (pp. 117-140). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Bacon, S., Paternoster, R. & Brame, R. J, (2009). Understanding the Relationship Between Onset Age and Subsequent Offending During Adolescence. *Youth Adolescence*, 38, 301.

Bastiaanssen, I., Veerman, W.V., & De Mey, W. (2011). De kracht van combineren van theorie, wetenschap en praktijk: STOP4-7 vermindert gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Jeugd en Co Kennis*, 2, 8-17.

Boendermaker, L. (2008). Jeugdzorg– drang en dwang in de jeugdzorg. *Jeugd en Co*, 2, 8–20.

Brestan, E.V. & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.

Burke, J.D., & Loeber, R. (2016). Mechanisms of Behavioral and Affective Treatment Outcomes in a Cognitive Behavioral Intervention for Boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 179-89.

Burke, D.J. & Loeber, R. (2014). The Effectiveness of the Stop Now and Plan (SNAP) Program for Boys at Risk for Violence and Delinquency. *Preventive Science*, 16, 242-253.

Chorpita, B.F., Yim, L.M., Donkervoet, J.C., Arendsdorf, A., Amundsen, M.J., McGee, C., Serrano, A., Yates, A., Burns, J.A. & Morelli, P. (2002). Toward Large-Scale Implementation of Empirically Supported Treatments for Children: A Review and Observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology*, 9, 165–190.

Cohn, M., Domburgh, L. van, Vermeiren, R., Geluk, C., & Doreleijers, Th.A.H. (2012). Externalizing psychopathology and persistence of self-reported offending in children with a first police contact. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 243-251.

Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S., (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469–493.

Deur, J. L., & Parke, R. D. (1970). Effects of inconsistent punishment on aggression in children. *Developmental Psychology*, 2, 403.

Dishion, T.J., & Patterson, G.R., 1997. The timing and severity of antisocial behavior: Three hypotheses within an ecological framework. In Stoff, D.M., Breiling, J., Maser, J.D., (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 205-217). New Jersey: John Wiley & Sons.

Domburgh, L. van, Loeber, R., Bezemer, D., Stallings, R., & Stouthamer-Loeber, M., 2009. Childhood predictors of desistance and level of persistence in offending in early onset offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 967-80.

Domburgh, van L., & Ruiters, de C. (in voorbereiding). Predictive Validity of the Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B) after First Police Contact: Differences between Western and Non-Western Boys in The Netherlands.

Domburgh, L. van, Loeber, R., Bezemer, D., Stallings, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2009). Childhood predictors of desistance and level of persistence in offending in early onset offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 967-80.

Domburgh, L. van, Thio, M (in voorbereiding). Stop Nu Ander Plan! Bereiken en behandelen van kinderen met ernstige gedragsproblemen uit multiprobleem gezinnen.

- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R.S., Sandercock, J., & Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, ArtID 7.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Farrington, D.P., & Koegl, C.J. (2015). Monetary benefits and costs of the Stop Now And Plan program for boys aged 6-11, based on the prevention of later offending. *Journal of Quantitative Criminology*, 31, 263-287
- Foolen, N., Ince, D. & De Baat, M. (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* www.nji.nl
- Ferwerda, H.B., Jakobs, J.P. & Beke, B.M.W.A. (1996). *Signalen voor toekomstig crimineel gedrag*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Garland, A.F., Hawley, K.M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M.S. (2008). Identifying Common Elements of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children's Disruptive Behavior Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 505 – 514.
- Geluk, C., Domburgh, L. van, Doreleijers, T.A.H., Vermeiren, R. & Nauta-Jansen, L. (2009). *Zeer jeugdige delinquenten in Nederland: een zorgwekkende ontwikkeling?* Amsterdam: VU medisch centrum.
- Herrenkohl, T.I., Tajima, E.A., Whitney, S.D. & Huang, B. (2005). Protection against antisocial behavior in children exposed to physically abusive discipline. *Journal of Adolescents and Health*, 36, 457-65.
- Herrenkohl, T.I., Lee, J. & Hawkins, D. (2012). Risk Versus Direct Protective Factors and Youth Violence. *American Journal Prevention Medicine*, 43, S41–S56.
- Huisman, J., Flapper, B.C.T., Kalverdijk, L.J., L'Hoir, M.P. & Van Weel, E.A.F. (2010). *Gedragsproblemen bij kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Junger-Tas, J. (1996). Youth and Violence in Europe. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 5, 31-58
- Kaminski, W.K., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 733.
- Koegl, C.J., Farrington, D.P., Augimeri, L.K., & Day, D.M. (2008). "Evaluation of a Targeted Cognitive-Behavioral Program for Children With Conduct Problems—The SNAP®

Under 12 Outreach Project: Service Intensity, Age, and Gender Effects on Short- and Long-Term Outcomes." *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 419–34.

Krohn, M. D., Thornberry, T. P., Rivera, C., & LeBlanc, M. (2001). Later delinquency careers. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: Development, intervention, and service needs* (pp. 67-93). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kumpfer, K.L, Molgaard , V., Spoth, R.P., & McMahon, R.J. (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 241-267). Thousand Oaks, CA: Sage.

Landenberger, N.A. & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.

Van Leerdam, F.J.M., Kooijman, K., Öry, F. & Landweer, M. (2003). *Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Lengua, L. J. (2002). The Contribution of Emotionality and Self-Regulation to the Understanding of Children's Response to Multiple Risk. *Child Development*, 73, 144–161.

Lewis, M.D., Granic, I., Lamm, C., Zelazo, P.D., Stieben, J., Tod, R.M., Moadab, I. & Pepler, D. (2008). Changes in the neural bases of emotion regulation associated with clinical improvement in children with behavior problems. *Development and Psychopathology*, 20, 913–939.

Lipman, E.L., Kenny, M., Sniderman, C., O'Grady, S., Augimeri, L., Khayutin, S. & Boyle, M.B. (2008). Evaluation of a Community-based Program for Young Boys At-Risk of Antisocial Behaviour: Results and Issues. *Journal of the Canadian Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 17, 12–19.

Lipsey, M.W. & Derzon, J.H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. R. Loeber & D.P. Farrington, (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* , (pp. 313-345). Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber. R. (1998). Ontwikkelingspaden en risicopatronen voor ernstige jeugddelinquentie en hun relevantie voor interventies: nooit te vroeg en nooit te laat. In W. Koops, & W. Slot, (pp.15-320). *Van lastig tot misdadig*. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Diegem.

Loeber, R. & Farrington, D.P. (2001). *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R. & Farrington, D.P. (1998). Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Studies on Crime & Crime Prevention, 7*, 7-30.

Loeber, R., Slot, W., Van der Laan, P., & Hoeve, M. (2008). *Tomorrows criminals: The Development of Child Delinquency And Effective Interventions*. London: Ashgate.

Loeber, R., Slot, W., Van der Laan, P., & Hoeve, M. (2012). *Misdadigers van morgen*. Amsterdam: SWP.

Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.

Meij, H., & Boendermaker, L. (2008). *Oorzaken en achtergronden van een problematische ontwikkeling*. www.nji.nl.

Moffitt, T. E., (1993). "Life-course persistent" and "adolescent-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674-701.

Moffitt, T.E. (1997). Adolescence-limited and life-course-persistent offending: A complementary pair of developmental theories. In T.P. Thornberry, (ed.), *Developmental Theories Of Crime And Delinquency, 7*, 11-54.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology, 14*, 179-207.

Orobio de Castro, B., Bosch, J. D., Veerman, J. W., & Koops, W. (2003). The effects of emotion regulation, attribution, and delay prompts on aggressive boys' social problem solving. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 153-166.

Orobio de Castro, B., Merk, W., Koops, W., Veerman, J. W., & Bosch, J. D. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 105-116.

Patterson, G.R. & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of parent resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 53-70.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Piquero, A.R., Farrington, D.P., Welsh, B.C., Tremblay, R., & Jennings, W.G. (2008). Effect of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Campbell Systematic Reviews, 11*. DOI: 10.4073/csr.2008.11

Pollard, J.A., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social work research, 23*, 145-158.

Reijneveld S.A., Vogels, A.G.C., Hoekstra, F., & Crone, M.R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6, 197.

Rots-De Vries, M. C., Goor, I. van de, Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: Intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 211–219.

Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (2009). Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. *Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Uitgeverij Intro.

Tremblay, R.E. & Craig, W.M. (1997). Developmental juvenile delinquency prevention. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 5, 33–49.

Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1997a). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus MC.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997b). *Handleiding voor de Juni 2011. Diagnostische instrumenten. Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie onderbouwing Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.

Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.

Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J.W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)*. Handleiding. Nijmegen: Praktikon

Vogelvang, B.O. (2005). *De jongere aanspreken; handboek methode jeugdreclassering*. Utrecht: MO groep.

Wasserman, G.A., Keenan, K., Tremblay, R. E., Coie, J. D., Herrenkohl, T. I., Loeber, R., & Petechuk, P. (2003). Risk and protective factors of Child Delinquency. *Child delinquency bulletins*. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/193409.pdf>

Webster, C.D., Augimeri, L.K., & Koegl, C.J. (2002). "The Under 12 Outreach Project for Antisocial Boys: A Research-Based Clinical Program." In R.R. Corrado, R. Roesch, S.D. Hart, & J.K. Gierowski (eds.). *Multiproblem Violent Youth: A Foundation for Comparative Research on Needs, Interventions, and Outcomes (pp. 207-218)*. Amsterdam. Holland: IOS Press.

White, C., Warrenner, M., Reeves, A., & La Valle, I. (2008). *Family intervention projects: An evaluation of their design, set-up and early outcomes*. London: Department for Children, Schools and Families.

Zoon, M., & Berg-le Clerq, T. (2014). Wat werkt in multiprobleemgezinnen? Beschikbaar: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Multiprobleemgezinnen.pdf

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

