

Lidcombe プログラム

治療の手引き



2016 年 3 月

Ann Packman, Mark Onslow, Margaret Webber,
Elisabeth Harrison, Simone Arnott, Kate Bridgeman, Brenda Carey, Stacey Sheedy, Sue O'Brian,
Verity MacMillan, Wendy Lloyd

訳：小見 和恵、土田 和世、根津 泰子、原 由紀、渡辺時生

概要

専門家の課題

専門的な知識を持った臨床家

リッカムプログラムは、これらに限らないが、次に挙げるような様々な名称として知られている専門家によって施術される：speech pathologist (Australia)、speech-language pathologist (North America)、speech and language therapist (United Kingdom)、Logopäde (Germany)、orthophoniste (France)、logopædagog (Denmark)、logopedist (Netherlands)。このガイドでは、総称として臨床家という用語を用いることとする。

特記事項

リッカムプログラムでは、専門的な知識を持った臨床家が、親を訓練し、指導し、監督することが必要不可欠である。このガイドも、他のどんな治療に関する書物も、専門家によるリッカムプログラム指導には匹敵しない。セラピーは、親が臨床家から独立して行うことを想定していない。このガイドは、セラピーにおける臨床家と親の参考書となることを目的としている。

リッカムプログラム指導者協会

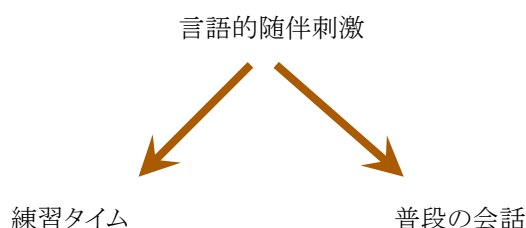
資格取得後の臨床家は、リッカムプログラム指導者協会(The Lidcombe Program Trainers Consortium)のトレーニングを受けることができる¹。リッカムプログラム指導者協会は、11 か国にメンバーを有しており、その他の国々においてもトレーニングを実施している。このトレーニングは、2 日間にわたって教育及び実技を行うものであり、その後フォローアップ研修が行われることもある。

行動療法

リッカムプログラムは子どもの吃音症状を対象とした行動療法である。リッカムプログラムにおいては、子どもに発話パターンを変更するよう指示することは、決して行わない。親は、このガイドに記載した通り言語的随伴刺激を用いること以外に、子どもの普段通りの発話や話し方の癖を決して変えてはならず、家庭生活のスタイルもどんな形にしても変えてはならない。親もしくはその他の養育者は、専門的な知識を持った臨床家の訓練及び監督の下で、リッカムプログラム治療を行う。

親は言語応答で随伴刺激を行う

親の言語的随伴刺激とは、子どもに吃がみられた場合もしくは吃がみられなかった場合の親の声かけのことである。親は、子どもとの練習タイム及び普段の会話において、言語的随伴刺激を用いる。



吃音の評価

リッカムプログラムにおける子どもの吃音の重症度は、重症度評定 (SR) 尺度を用いて定期的に評価される:0 は吃音がまったくみられない、1 は非常に軽度の吃音、9 は非常に重度の吃音である[†]。リッカムプログラムにおいて、親と臨床家は重症度評定尺度を用いる。

親は毎週来室する

1回あたり45~60分間の毎週の来室において、親は臨床家から治療の行い方について指導を受け、治療が適切に行われていることを確認する。来室の際に行われることや指導の詳細については、この治療ガイドにて後述する。

ステージ 1 及びステージ 2 の治療目標

リッカムプログラムのステージ 1 における治療目標は、吃音がまったくみられないか、ほとんどみられない、であり、ステージ 2 における治療目標は、長期間持続的に吃音がまったくみられないか、ほとんどみられない、である。

関連資料

オーストラリア吃音研究センター(Australian Stuttering Research Centre)のウェブサイトから、親及び臨床家のための SR チャート、また、親による治療のためのパンフレットをダウンロードすることができる。これらは複数の言語で作成されている²。このガイドに規定されたとおりに治療が行われているかどうかを確認するための臨床家用チェックリストも入手することができる³。

吃音の評価

重症度評定尺度

重症度評定の目的

重症度評定 (SR) によって、クリニック内外における子どもの吃音を評価する。重症度評定は簡潔であり、子どもの吃音の重症度について、臨床家と親が迅速に理解し合うための効果的な方法である。重症度評定を何度も繰り返しながら、リッカムプログラムの治療目標達成に向けて取り組むことができる。達成度が不十分であった場合、臨床家は重症度評定スコアを頼りに状況を把握し、解決手段を講じることができる。リッカムプログラムにおいては、主に重症度評定を軸として、このような問題解決、方向性の決定を毎回の手順として行っていく。臨床家はプログラム実施にあたって、初診時に、重症度評定の重要性を説明することが大切である。

さらに、親と臨床家は、重症度評定を頼りに、親の言語的随伴刺激の与え方について検討することができる。例えば、重度の吃がみられる状況を言語的随伴刺激のターゲットとしたい場合もあるかもしれないし、吃音が軽度である状況をターゲットとしたい場合もあるかもしれない。

重症度評定スコアで明確化された治療目標

親は毎日子どもの重症度評定を行い、臨床家は来室の際に毎回、重症度評定を行う。これらの重症度評定スコアから、リッカムプログラムのゴールが明確に示される(10 ページ「ステージ 2 に進むためのセラピー目標」参照)。

柔軟な評価法

重症度評定は、吃の重症度を評価するための柔軟性の高い尺度である。親はその日の子どもの代表的な発話に基づき、一日を通じた重症度を毎日記録する。子どもが幼稚園や保育園に通っている場合など、親は子どもの発話すべてを聞いているわけではない。そのような場合は、その日に親が聞いた発話だけをもって重症度を評定してよい。

[†] 2015 年以前のリッカムプログラムでは、1-10 の尺度を用いていたため、これまでの文献もその尺度に依っている。

臨床家が必要と考える場合、重症度評定法を少し変更することもできる。よく行われるのが、午前と午後にそれぞれ重症度評定を行うという方法である。毎日、例えば夕飯時、入浴時、買い物時といった特別な状況下において、補足的な重症度評定を行うよう、臨床家から親に依頼することもある。その場合、日々の重症度評定スコアに加えて、補足的な重症度評定スコアを記録する。別の方法としては、親が気付いたその日の一番高い重症度評定スコアと一番低い重症度評定スコアを記録するという方法もある。

親の重症度評定の正確性を高めることが不可欠である

研究結果から、親は重症度評定を正確に行うことが可能であり⁴、臨床家と一致させることができるということがわかっており、^{5,6} 臨床家は、その点を確実に達成しなければいけない。親が子どもの重症度を実際よりも軽度であると評価すると、十分に効果が現れる前にステージ 2 に進めてしまうことになる。逆に、実際より重度であると評価すると、必要以上に長い期間、ステージ 1 を継続しなければならない。

インターネットを利用した重症度評定

親は、毎週、手書きの重症度評定表を書面で持参する必要はない。書面のやり取りでは、親が指示に従って適切に進んでいるかどうか、また、毎日の終わりにスコアを記録しているかどうかを、臨床家が逐次確認できないという点で不便である。親が指示に従わず、スコアの記録を数日行わない、といったことも起こり得る。

こういった問題点を解決するための手段として、書面を使う代わりに、パスワード管理できる、無料のインターネット上の情報共有サイトを用いる方法がある⁷。臨床家の判断によって、前の日のスコアを入力できないように設定することもできる。この方法だと、クリニック訪問の際、臨床家が親による重症度評定の整合性の問題に気付くことができる。リッカムプログラムにおいて重症度評定は重要な要素であり、整合性の問題などを意識することが大切であろう。

親の重症度評定トレーニング

親は初診時に重症度評定の使い方について訓練を受ける。まず臨床家は重症度評定尺度とそれぞれの到達点について説明する。重症度評定尺度の基準としては、臨床経験に基づいて行われた臨床家の診断を用いる。親の重症度評定の尺度が、臨床家の診断とまったく一致するか、もしくは 1 つ分のずれであった場合は、合意に至ったと判断とする。

初診時、重症度評定尺度について説明した後、普段と同じくらいの程度の吃症状が出るまで数分間、親か臨床家、もしくはその両者が子どもと会話する。数分後、その会話サンプルについて、親に重症度評定を行ってもらおう。臨床家は、親の評定スコアが妥当なものであるか説明し、必要であれば別のスコアに修正する。来室の際には毎回、親が子どもと会話することから始め、親が重症度評定を行い、臨床家は評定スコアが適切かどうか確認して、修正点があればその説明を行う。

親の訓練において、録音された発話サンプルを用いて重症度評定を行ったり、吃の回数を数えたり、吃のタイプについて話し合ったりすることもできる。吃のタイプに関する分類としては、3つの大分類(繰り返しの動き、固まった姿勢、無関係な動作)と7つの小分類がある^{8,9}。

吃頻度

吃頻度の評価は、以前はリッカムプログラムにて必ず行われていたが、現在は任意で行われる。このように変更するに至った理論的かつ実証的な理由については、すでに詳細に記載されている¹⁰。来室時の最初に、子どもが日常の状況に近い程度の吃症状が出た会話で、臨床家が吃頻度を評価する。その評価のためには、親は、吃がある場合、ある程度の吃症状が出るまで、子どもと会話することになる。市販のデュアルボタンデバイス、スマートフォンアプリ、コンピュータのソフトウェアプログラムや表計算ソフトなどを用いて、評価結果を集計する。吃頻度評価用トレーニングキットは、無料で入手できる¹¹。

親による言語的随伴刺激

リッカムプログラムでは、5つの言語的随伴刺激を用いる。吃のない発話には3つの言語的随伴刺激を用い、明らかな吃音に対しては2つの言語的随伴刺激を使用する。

吃のない発話に対する言語的随伴刺激

吃のない発話に対する言語的随伴刺激はリッカンプログラムの核とも言えるもので、なによりも重要なことは、セラピーが子どもにとって楽しいものでなければならない。従って、吃のない発話への親の言語的随伴刺激は、ポジティブで子どもを支えるようなものであり、なおかつ楽しめるものでなくてはならない。

賞賛

まず、吃のない発話に対する言語的随伴刺激のひとつに「賞賛」がある。



簡単に言えば、臨床家が行うのは、子どもが吃音のない発話をした時に、親にそれを褒めるように促すことである。例えば「今のは、すごくスラスラだったね」とか「つかえないで、上手に話せたね」といったことを、親が言えるように促していくということである。親たちが自分たちのやり方で賞賛することが、重要である。親の誉め方もそれぞれ異なるし、かつ、子どもにもそれぞれ、褒められ方に好みがある。臨床家は、親の賞賛は本当に、心からのものであるように確認しなくてはならない。また、子どもにとっての楽しさが消えてしまうほど、やりすぎないように注意しなくてはならない。

自己評価の促し

次に挙げる吃のない発話に対する言語的随伴刺激は、「自己評価の促し」である。



この言語的随伴刺激は、ある一定の時間、子どもに吃音がなかったことに対して使われる。一定の時間というのは、発話ひとつこと位の短い場合もあるし、数時間に渡る場合もある。吃のない発話がみられたとき、親は子どもに発話を評価するよう尋ねてみる。例えば、子どもが「うん」と答えることを期待しながら、「スラスラだった？」と聞いてみたり、「ううん」という反応を期待して「いまつかえることあった？」と尋ねるといったやり方だ。この言語的随伴刺激は吃のない発話にだけ使用するものであり、吃音に対しては用いない。

知らせる

3つ目の吃のない発話に対する言語的随伴刺激は、「知らせる」である。



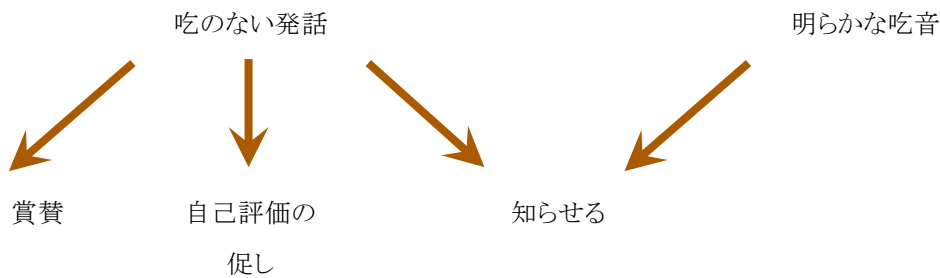
前に挙げた二つの言語的随伴刺激と異なるのは、賞賛や自己評価の促しは子どもの発話を評価するものではないということだ。吃のない発話を知らせることは、事実を即した言及であり、肯定的なことばかりである賞賛とは性質が異なる。「スラスラだ」「つかえてないね」ということば掛けが、例として挙げられる。

明らかな吃音に対する言語的随伴刺激

これらは慎重に導入されるべきである。なぜなら一部の子どもたちは、最初否定的に反応するかもしれないからだ。明らかな吃音に対する言語的随伴刺激は、吃のない発話へのそれと比べて、ずっと少なく使う。言い換えれば、リカムプログラム中に子どもたちが受け取る言語的随伴刺激の大半は、吃のない発話に対してのものである。吃のない発話への言語的随伴刺激で述べたのと同様に、それぞれの親は子どもとの関わりで異なるやり方がある。したがって、それぞれの子どもに合わせて、吃音のある発話への言語的随伴刺激を使用する必要がある。

知らせる

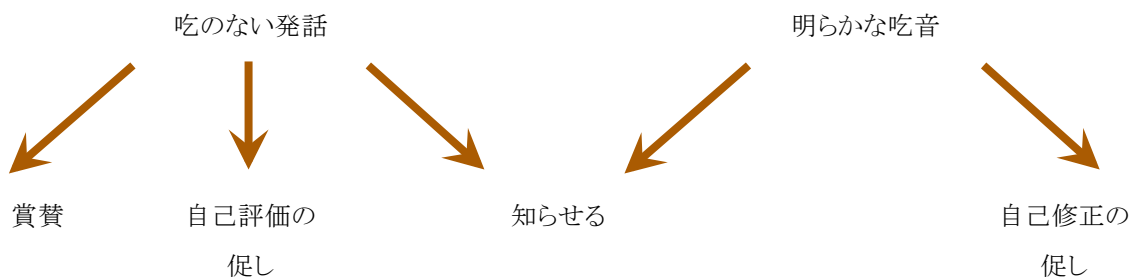
まず、明らかな吃音への言語的随伴刺激のひとつが、「知らせる」である。



吃のない発話の時の言語的随伴刺激と同様、この言語的随伴刺激も絶対に評価的になってはいけない。親は吃音があったことをただ伝えるだけで、次に移れば良い。例えば「ちょっと詰まったね」「なかなか出てこなかったね」といったように。

自己修正の促し

次の明らかな吃音に対する言語的随伴刺激は、「自己修正の促し」である。



ここでは、親は子どもに、再度同じ発話をどもらずに言うことを求める。大半の子どもはどもらずに言うことができるが、もしできなかった場合、親はそれ以上続けないほうが良い。もし、自己修正を求められたときの子どもの反応が否定的なものだったら、すぐに中止し、解決方法を臨床家と検討することが必要である。

自己修正の例としては、次のようなことば掛けがあげられる。「もう1回言ってくれる？」「スラスラで言える？」「つまったりしないで言えるかやってみよう」自己評価の促しは、時折入れるが、吃っている時間が長い時や、吃りが強い時は行わない。このルールの例外としては、一日の中で2, 3の吃音が出やすい時間があるときである（これはステージ1の終わりに近づくにつれ生じる）。この場合、臨床家は、吃音のある発話には毎回自己修正を入れるよう親に指示することが必要である。

任意の言語的随伴刺激

リッカムプログラムでは親が任意で使える言語的随伴刺激が二つある。

子どもが自分から吃のない発話を評価したときの賞賛

第一は、「子どもが自分から吃のない発話を評価したときの賞賛」である。リッカムプログラムを受けている幼児期後期の子どもは「いまスラスラだった」などと流暢に話せたことを自分から評価する場合がある。そういった場合、親は「すごい！自分でスラスラっていったの聞いてたんだね！」といったことを伝えてあげても良い。

親が自覚しておかなければならないことは、子どもが自分から吃のない発話を評価したことであって、流暢に話していたことではない。この微妙な違いを親は理解する必要がある。前に挙げた例で言うと、「すごい！自分でスラスラっていったの聞いてたんだね！」というのは、流暢だと自己評価したことへの賞賛であり、「すごい！スラスラ話せたね」は吃のない発話への賞賛である。

「いまつまっちゃった」といった吃音に対する自発的な自己評価に対してはどうだろうか。これは、賞賛しない方が良い。なぜなら、吃音のある発話の後に親に賞賛されたら、子どもが混乱しかねないからである。もし子どもが自分からどもったことを自己評価した場合、親はそのことをメモしておいて、臨床家に伝えたほうが良い。もちろんこれはリッカムプログラムがうまく機能していることを示すものであり、喜ばしいことである。

自発的な自己修正への賞賛

任意の言語的随伴刺激の二つ目は、「自発的な自己修正への賞賛」である。指示されなくても、子どもが吃のある発話を直した場合、親は褒めてあげてもよい。前にも述べたが、幼児期後期の子どもの場合、好んで自己修正することがある。この場合の言語的随伴刺激としては次のようなものが挙げられる。「すごいね！自分でつかえたのを直したの！」「つまったのを自分で直せちゃった、すごーい！」

言語的随伴刺激の例

次の表は、親が使える言語的随伴刺激の方法の例である。

吃のない発話	
褒める	「わあ、スラスラだったね！」 「上手に言えて、かっこいい」 「きれいな話し方で素敵」 「とってもとってもスムーズだったよ」
自己修正の促し	「今のスラスラだった？」 「今のつかえたところ、あった？」 「今のスムーズに話せたかな？」
知らせる	「お話上手」 「スムーズだったわ」 「またスラスラだね」

 明らかな吃音

知らせる

「今、少しつかえたね」

「今のちょっとだけ、はねたね」

「言いにくかったね」

自己修正の促し

「もう1回言ってみて」

「〇〇(実際につまったことば)ってスムーズに言えるかな？」

「できたら、つかえずに言ってみてごらん」

親の言語的随伴刺激に関する非常に重要な事柄
最初に、吃のない発話に対する言語的随伴刺激を教えること

臨床家は、親に対して言語的随伴刺激の使い方を一度に全部教えるはいけない。子どもが治療に対して気楽になれるようにするため、通常、吃のない発話に対する言語的随伴刺激の使い方を親に最初に教える。そして、使い分けが確実に出来そうになったら、明らかな吃音に対する言語的随伴刺激を教える。吃音に対する言語的随伴刺激よりも先に吃のない発話に対する言語的随伴刺激を導入することは、治療的に意義のあることである。なぜなら、言語的随伴刺激は、本質的に肯定的な手法であるからである。

親が言語的随伴刺激を正確に用いるようにすること

親が言語的随伴刺激を正確に用いるように、臨床家はしっかりと説明を行う必要がある。毎回のクリニック来室時に、それまでの一週間、子どもへどのように言語的随伴刺激を用いてきたかを実際に親がやってみせて、それに対して臨床家は親へフィードバックする。その際には、親が言語的随伴刺激を用いる様子を観察し、それに対して建設的なコメントを行い、さらにフィードバックの後に行う親の言語的随伴刺激の使い方を観察するようにする。ステージ1の間、期待されるよりも吃音が改善しない子どもに共通した理由の一つは、親が不正確に随伴刺激を用いていることである。

明らかな吃音のときに用いること

リカムプログラムの吃音に対する言語的随伴刺激は、明らかな吃音のときに用いるものである。もしも親が非流暢な発話が本当に吃音なのかどうか少しでも疑わしく思ったときは、言語的随伴刺激を用いてはいけない。プログラムの開始時には、一般的には子どもは明らかな吃音を毎日多くみせるので、親は随伴刺激を用いるための明らかな吃音をたくさん見つけることができるものである。吃音かどうかの曖昧な非流暢な発話に対して言語的随伴刺激を用いるかの問題は、ステージ1の終盤から現れてくる。つまり重症度が0か1のときであり、まったく吃音がないかほとんど毎日ごくわずかな吃音があるからである。

子どもにとって肯定的な経験となること

言語的随伴刺激は、子どもにとって肯定的な経験でなければならない。変わらない、集中的、侵襲的な刺激であってはならない。肯定的な経験でなくなっていないかどうか見極めることが重要であり、もしそうなりそうときは事前に予測でき、防ぐことができればなお良い。一部の親に対しては、言語的随伴刺激について時間をかけて入念に説明する必要がある。それは、子どもが言語的随伴刺激を自己尊重的で楽しいものであると受け入れることができるようにするためである。肯定的な経験でない場合、子どもが治療に満足していないことがクリニック来室時に自ずと明らかになるだろう。子どもは、言語的随伴刺激が楽しいものであり、嘘偽りのないものであることを知る必要がある。経験から言って、吃音に対するよりも吃のない発話に対する言語的随伴刺激の方をより多く用いるべきである。

必要なだけたくさんの言語的随伴刺激を親は与えること

一日の言語的随伴刺激の数について、すべての子どもに成功が保障されると知られているような一定した基準はない。研究から分かっていることは、言語的随伴刺激により吃音を抑制できるということだけであり、治験からは、親が言語的随伴刺激を行うリッカンプログラムは有効な治療法であることが示されている。親と臨床家は、それぞれの子どもの適した言語的随伴刺激の数がどの程度なのかを確立させる必要がある。万一、子どもが改善の兆しをみせない場合には、言語的随伴刺激の数は、変更対象となりえる治療上の可変的な項目である。

正確であること

親が言語的随伴刺激を使用しようとする前に、臨床家は、親がそれを正しく提示できることを確認することが、重要である。明らかな吃音と吃のない発話を、親が区別できていることを臨床家は確認する必要がある。吃のない発話や吃音の直後すぐに、言語的随伴刺激を親が示すことができるようにすることも非常に重要である。遅れたり不正確であったりする言語的随伴刺激は、効果的ではないだろう。

練習タイムにおける言語的随伴刺激

どのようなことか

練習タイムに言語的随伴刺激を用いる。これによって、親が全体的な手続きを安全に正しく行えるよう臨床家は確実に導ける。練習タイムでは、子どもが吃音のない話し方を練習するための最適な割合の機会を与える。つまり、吃のない望ましい行動反応が大勢を占めるべきであり、吃音は、親が言語的随伴刺激を時々示すことができる程度にしか生じさせないのが望ましい。従って、練習タイムでは吃音はめったに生じさせないようにする。

吃のない発話を最大限に増やす

練習タイムにおいて吃音がめったに生じないようにするために、親は子どもの表出を量的にも質的にも調整する方法を身に付ける。この方法には、交互に会話すること、ことばの模倣、文完成、選択肢のある質問、二択の質問、などが含まれる。

研究によるエビデンス(注:成果の証拠、根拠)では、文法的に複雑さが増したり発話の長さが増したりした場合に吃音も増すことがわかっており^{12,13}、それは実際に子どもたちによく見受けられてきた知見でもある^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}。練習タイムにおいて吃のない発話が最大となることをめざし発話の可変性を調整するよう、臨床家はこの知見に基づき親へ指導しても良い。一、二語の長さから始め、数語の発話へ:このような調整をしながら、練習タイムにおける治療では、発話の長さの幅をどうするか、複雑な文法をどのように変化させるか、検討すると良い。練習中の子どもの吃音重症度を踏まえながら、臨床家はこれらの調整を決定する。

親による文法の複雑さや発話の長さの調整方法には、決まった手続きはない。練習タイムにおける子どもの吃音重症度に合わせながら、親は発話の長さやことばの複雑さを必要に応じて変更する。

臨床家は、練習タイムにおいて以下のような状況が生じた際、その困難さを乗り越えるために、どのように対処すべきかについて親と話し合うと良い。

- ・ 吃音が重症である
- ・ こまごまと長々と、抽象的、想像的な話を子どもが続ける
- ・ 子どもとの会話を親が気詰まりに感じるほどに誘導しなくてはいけない
- ・ 子どもが、親と交互に会話することに従わない
- ・ 子どもが、一つの活動にすぐに飽きてしまう

どんな頻度で行うか

一日のうち、普通は一回、たまに二回の練習中言語的随伴刺激を示すように親へ指導する。練習タイムは、通常一回あたり10-15分である。必要と思われたら、一日あたりの練習回数をもっと増やすように臨床家は助言しても良い。一般的には、静かな部屋で親は子どもと一緒にテーブルについたり床に座ったりして、本やゲームなどの適切な活動を行う。このような活動は必須ではなく、食事の支度やお風呂の時間、買い物などのような様々な状況を利用して、練習タイムのセラピーを行っても良い。しかし、多くの事例では、いやおそらくもっとも多く行われているのは、家庭のなかでテーブルについたり床に座ったりするやり方であり、それは実用的である。

もしも臨床家が有用だと考えるならば、吃のない発話に対する言語的随伴刺激を、非言語的な随伴刺激で補っても良い。たとえば、トークン(注:ちょっとしたご褒美のようなもの)や身ぶりが挙げられる。トークンの例としては、シール、スタンプ、チェックマーク、積み木、などがある。身ぶりの例としては、ハイタッチ(注:親と子が手と手を合わせる)、微笑む、ウインクする、うなづく、などがある。非言語的な随伴刺激は、言語的随伴刺激を置き換えるものではなく、あくまでも言語的随伴刺激に追加して補うものであるということが大切である。

普段の会話における言語的随伴刺激

どのようなことか

普段の会話における言語的随伴刺激とは、子どもとの日々の様々な状況のなかで、親が言語的随伴刺激を与えるというものである。練習タイムの時とは違い、吃のない発話の機会を最適にするように、子どもの毎日の生活における普段の会話を調整することは決してしない。その代わりに、一日の中で自然に吃音重症度が低下している時間帯を活用して言語的随伴刺激を与える。

親が言語的随伴刺激を与えやすい子どもとの普段の会話の例としては、ご飯の支度、食事中、お風呂、幼稚園への登園中、公園、買い物などがある。練習タイムのときの言語的随伴刺激の使い方と同様に、臨床家が有用だと思うときは、非言語的な随伴刺激を補っても良い。

その目的

リッカンプログラムの基本原則は、吃音を取り除く、または著しく減少させるために、親の言語的随伴刺激が積極的な治療の要素となることである。そのため、臨床家が適切だと感じた場合には、普段の会話において親が子どもに言語的随伴刺激を用いることは、合理的なことである。

いつ導入するか

普段の会話での言語的随伴刺激は、親が練習タイムにおいて安全に正しく言語的随伴刺激を用いていると、臨床家が認めたら導入する。通常は、この頃になると、日々の一定あるいはすべての状況下で、子どもの吃音重症度は改善を示しているだろう。

練習タイムのセラピーから普段の会話への移行

一定期間、練習タイムと普段の会話を並行して親はセラピーを行う。最終的には、練習タイムのセラピーから普段の会話へと替わり、練習タイムのセラピーは完全に行わなくなる。臨床家は、ステージ2が始まってしばらく経つまでは、完全に移行しないように腹を固めるのも良いかもしれない。

この移行の仕方は柔軟に行う。親が練習タイムと普段の会話の両方で言語的随伴刺激を用いている間は、臨床家は練習タイムの回数と時間を少し変えてみるように助言しても良いだろう。たとえば、練習タイムを毎日行うのではなく一日おきに行うように変更することが挙げられるだろう。同様に、親が練習タイムと普段の会話の両方で言語的随伴刺激を用いている間は、臨床家は普段の会話のなかで用いる親の言語的随伴刺激の数や種類をたくさん変化させるように教示しても良いだろう。

ステージ2

ステージ2の目的

ステージ2には、二つの目的がある。一つめは、子どもの吃音をマネジメントする責任を系統的にそして完全に親に引き渡していくということである。二つめは、ステージ1で獲得した吃のない、或いは、ほぼ吃のない発話を維持することである。リッカンプログラムで成功した後に吃がぶりかえすことは、起こりうる³⁶。報告によると、ステージ1を開始後平均5年で、半数の子どもが一時的に吃音を見せたとしている。

系統的な言語的随伴刺激の除去

ステージ2の間、親は、徐々に、系統的に言語的随伴刺激を除去(取り除いて)していく。しかも吃音を増加させないように行われる。臨床家は、言語的随伴刺激を減らすタイミングを助言する。その助言は、子どもの重症度の様子や、親との話し合いの情報から導き出される

ステージ2に進むためのセラピー目標

ステージ2に進むためには、2つの基準を満たさなければならない。1週間毎の来院時、3回続けて(1)その前の週に親がつけた重症度が、0か1であり、1週間のうち少なくとも4日は0であること、(2)臨床家の来室時の重症度評定値が0か1であること。理想として、ステージ2の間は、親は、来室時の1週間前だけ重症度評定をつけられればよい。しかし、臨床家の指示によってもう少し頻回に重症度評定を付けてもらう場合もある。

もし、ステージ1で吃頻度をつけているならば、(3ページの「吃頻度」参照)ステージ2に進むためのさらなる目標値がある(2ページ「重症度評定スコアに明確化された治療目標」参照)1週間ごとの来院時の吃頻度が3回続けて1.0以下である必要がある。

随伴刺激行動の維持

随伴刺激行動を維持するための計画が吃音のセラピーに適用される。その潜在的な利点については述べられてきた。²⁴随伴刺激行動の維持というのは、親子がクリニックに戻ってくる、その間隔をより長く伸ばしていきながら、セラピー目標を維持し続けることを求めるものである。つまり、2週間おきに2回、4週間おきに2回、そして8週間おきに2回、最後に16週間おきに2回。この過程は通常1年かそれ以上かかる。随伴刺激行動の維持が重要であることは、ステージ2に達した子どもの半数が、ステージ2の間にセラピー目標を達成できないことが少なくとも1回はあるということからも示されている。²⁵

理想的には、ぶり返しが、ステージ2の来室時の早い時期の兆候としてみられた場合、親は、練習タイムを再開するか、または、言語的随伴刺激の量を増やすことで、目標の0か1の範囲、前述した(ステージ2に進むためのセラピー目標参照)に戻すことができるだろう。このように重症度評定を目標の0から1の範囲に戻せない場合、親は予定の来室日より早く臨床家に連絡をとってアドバイスをもらう。

ステージ2のよくある問題点

子どもがステージ1を完了し、吃音がないか、ほぼない状態となった時、親または臨床家、或いはその双方が、自己満足してしまい、ステージ2の所定の維持プログラムに従わないことがある。これは、ぶり返しが起こる深刻な危険性をもたらす。ステージ2の間も、吃音の無い時の言語的随伴刺激を続けることは重要であり、何らかの明らかな吃音が起きた時にも親からの言語的随伴刺激が与えられることが大切である。われわれの長期にわたる経過観察³⁶からも、ステージ2の間は、臨床家が親に対して、セラピー後の吃音の兆候を注意深く観察し、聴くことを奨励するように示唆している。

リッカムプログラムの面接で行うこと

ステージ1での面接

ステージ1では、親子は週に1回面接する。面接時には通常次のような内容が含まれる。

[1] 子どもと話す

親または臨床家と子ども、または三者で話しながら吃の範囲を確認する。臨床家は重症度評定(SR)を記録し、必要な場合は吃頻度(%SS)をつける。

[2] 親の重症度評定(SR)を確認する

臨床家は親がつけた重症度評定を前述(3ページ「親の重症度評定トレーニング」参照)の手順に従い確認する。

[3] 前の週と比べた変化を話し合う

前の週の重症度評定(SR)のグラフを参考にして、毎日の吃症状や練習に対しての感度(働きかけに対して意図したとおりに反応が返ってきたか<訳者注>)について丁寧に話し合う。話し合いは次のような事柄が含まれる:

- ・ 練習タイムは計画通りにできたか、頻度はどれぐらいで、長さはどれぐらい続いたか?
- ・ 練習タイムでの言語的随伴刺激でどのように吃状態の緩和が得られたか?
- ・ 普段の会話の中でどれぐらい言語的随伴刺激を与えたか?
- ・ 練習タイムや普段の会話で使った言語的随伴刺激はどんなものか?
- ・ 練習タイムは1日の中のどんな時に行ったか?
- ・ 普段の会話で言語的随伴刺激を使ったのは親子が何をしていたときか?
- ・ 言語的随伴刺激は普段の会話のどこで使ったか?
- ・ 普段の会話で使った言語的随伴刺激はどれぐらい続いたか?
- ・ 会話の中で子どもはどれぐらい話したか?
- ・ 1週間の中で特にうまくいった・いかなかったと思うようなことがあったか?

よく出現するのは、以下の問題である

- ・ 練習タイムが適切に構造化されておらず、子どもの吃音が重すぎた
- ・ 毎日の練習タイムや普段の会話の中で親が計画通りに言語的随伴刺激を出さなかった
- ・ 毎日普段の会話の中で親が十分な言語的随伴刺激を出さなかった

[4] 親が言語的随伴刺激を使ってみる

親が前の週に計画したような言語的随伴刺激を臨床家の前でやってみる。臨床家は練習タイムを観察し、次のようなことについて確認する。

- ・ 子どもが練習タイムを楽しんでいるか
- ・ 親が確実に吃音のない発話と吃音がある発話を聞き分けているか
- ・ 練習タイムを吃症状が最低に抑えられるよう適切に構成しているか
- ・ 言語的随伴刺激は子どもにとって適切か
- ・ 言語的随伴刺激のほとんどが吃音がない発話に与えられているか
- ・ 言語的随伴刺激にバリエーションがあるか

[5] 親がやってきた言語的随伴刺激について親と話し合う

面接に来るまでの1週間に親が行った練習タイムの内容が、面接の場で行ったものにどの程度正確に再現できているかを臨床家は見極める。親が家庭で使っている刺激材料(練習タイムで使うおもちゃなど<訳者注>)や、言語的随伴刺激の入った録音や動画を持ってきていけば役に立つだろう。また、使っている言語的随伴刺激についての親の意見を求める。どの言語的随伴刺激が役に立ったか、または役に立たなかったか、改善すべきものについて話し合う。

[6] 次の週に向けての変更点を考える

次の週に向けてのやり方の変更について話し合うがその中には、次のことが含まれる。

- ・ 練習タイムで吃音の重症度を低く抑える方法
- ・ 練習タイムにつかう活動
- ・ 練習タイムで使う言語的随伴刺激のタイプや頻度
- ・ 普段の会話のいつどこで言語的随伴刺激を使うか

次の週のセラピーの内容に何らかの変更があれば、臨床家はやってみせ親に説明する。次に親が同じようにやってみて臨床家がそれについてフィードバックをする。

[7] 面接の最後

臨床家は次の週にすることをまとめ、親が気になることについて、質問を受け付ける

ステージ2での面接

ステージ2の典型的な面接時間は30分である。臨床家は初めに前の週のSRが週を通して典型的なものであることを確認する。さらにSRについて親と詳しく話し合い、直接子どもと話して、臨床家のSRが親と一致するかを確認する。それまでの週で、普段の会話の中でよくかけられる言語的随伴刺激に数についても話し合う。

子どもの状態がセラピーの目標に達していれば、随伴刺激の維持をするステージ2スケジュールへ進む。目標に達していなければ、先へ進むことは推奨されない。代わりに、[1]次週の面接を予約し、吃状態が悪化したことに対しての方策をアドバイスするか、[2]来院の間隔を短くするか、[3]あまりないことだが、ステージ1へ戻る、のいずれかになる。

ステージ2では子どもは維持期のセラピーを約1年またはそれ以上続けることになる。ステージ2が終了しても、收拾がつかないような再発が起きた場合は、臨床家に連絡をする。

2016年現在のリックカムプログラムのエビデンス

治験について

研究をもとにしたセラピー

リックカムプログラムは、基礎研究および臨床研究によって検証されている。幅広い文献により、吃音は、受け取る側の反応によってコントロールでき、その反応刺激は言語刺激^{26,27}ということが示されてきた。リックカムプログラムは、幼児のための臨床手段のひとつであるという臨床研究にから生まれている^{28,29,30}。

毎週来室するという形式

毎週の来院という伝統的な形からリックカムプログラムは発展してきた。このガイドではその伝統的な形の手続きを説明している。伝統的な形の最初の臨床研究は1990年に発表された³¹。続いて非ランダム化フェーズII治験^{32,33,34}、ランダム化コントロール下でのフェーズIII治験³⁵が行われた。また、これらの研究で対象となった子どもたちの3~7年にわたる追跡報告がある³⁶。ランダム化治験³⁷では、リックカムプログラムの毎週来室しての18か月の結果と、要求能力モデル(RESTART-DCM)とを比較し、両者に違いがみられなかったと示唆している。

遠隔診療と集団療法

これまでに、遠隔診療治験は四つ行われている:フェーズI治験³⁸、非ランダム化フェーズII治験³⁹、ランダム化フェーズII治験⁴⁰、そしてランダム化コントロールフェーズIII治験⁴¹である。リックカムプログラムの遠隔医療治験の発表とウェブカメラの技術発達に伴い、リックカムプログラムの遠隔システムでの提示は新たなサービスのオプションとして出現している。個別療法と同様に効果的でコストパフォーマンスのはるかにいい集団療法の形式のランダム化コントロール下の治験も発表されている⁴²。

ランダム化治験

ランダム化コントロール治験に加え、リックカムプログラムを部分的に試行した群とコントロール群を比較したランダム化実験も行われた^{43,44}。ほかに、要求能力モデルに基づいたセラピーとリックカムプログラムとの比較⁴⁵がある。また、言語的随伴刺激の寄与とセラピーの結果についてのもの^{46,47}もある。

リックカムプログラムについての情報とその有効性は言語臨床の分野を超えて医療の分野にまで広がっている^{48,49}。

メタ分析

リックカムプログラムのランダム化コントロール下のエビデンスおよびランダム化コントロール下の治験(N=134)では⁵⁰、ランダム化6.3か月後オッズ比7.5で1.0%未満の音節で吃音が見られた。つまり、6.3か月のランダム

化後リッカムプログラムを受けた子供たちは受けていない子供たちと比べて 7.5 倍の比率で吃音がないまたはほぼない状態となったということである。

移行研究

この場合の移行とは、治験の結果が臨床のコミュニティーでどの程度達成されるかということである。報告⁵¹ではオーストラリアの 31 ヶ所のコミュニティーの臨床家がリッカムプログラムを 57 人の未就学児に行ったとある。

開始から 9 か月後、クリニックの外の吃音の吃頻度の平均が 1.7%SS であった。しかし、協議会で研修を受けた臨床家の成績は更によく、セラピーを受けた子供の吃頻度の平均は 1.1%であり、研修を受けていない臨床家が 2 倍以上の 2.4%であった。それ以外の変数は見つかっていない。協議会の研修を受けた臨床家の結果は治験結果と合致すると研究者は結論付けている。

基礎研究

セラピーの忠実度というのは、意図された通りにセラピーが実施されているかということである。考慮することは、一般的^{52,53}にも特に吃音臨床^{54,55}においても、重要なことである。マニュアルの手順から離れたり、臨床家が術語を適当に使う⁵⁶ことは望ましくない。これまでの報告でリッカムプログラムの忠実性を扱い、プログラムの実行において重要な意味であると強調しているものが 5 本ある^{51,57,58,59,60}。

このプログラムについては効果を説明するためにいくつもの研究がなされてきた。治療後の親や子どものことばの変化は報告された結果を説明できるものではない^{61,62}し、子どもの治療後のスピーチの音響的变化も説明できない⁶³。意図されたとおりに行えば安全なプログラムであるということは確認されている⁶⁴し、子どもの不安や親子間の愛着を損なうようなネガティブな心理状態を引き起こすものでもない。

リッカムプログラムを行う際の親が経験することについてはわかることは多く^{65,66}、それらの研究は臨床を行う前に読むことを薦めている。

ステージ 1 で必要な来院回数について

2016 年 3 月現在、リッカムプログラムが基準としているのは、調査 5 本^{5,57,67,68,69}、治験 4 本^{32,37,41,42}、追跡研究⁷⁰、移行研究⁵¹である。これらの研究で総数 868 人の子供が対象となっている。その中の平均では、ステージ 2 に到達するまでに平均で 16 回の来院があり、最初の 4 週間で SR (吃重症度) が 1/3 に減少⁷¹している。

来院回数は、臨床家が専門であるのかジェネラリストであるかでも変わり、ケース数や経験、トレーニングによっても違う。たしかにしたがって、報告の中間値のレンジは 11-23 の間である。

これらの研究は、専門家が基準として意識するものではなく、ステージ 1 の来院の大まかな目安として使われることが望ましい。担当ケースの進度がリッカムプログラムの典型でないと気付く目安としては使えるかもしれない。それで、同僚と話し合うきっかけになりうるだろう。

日本語版に関する補足資料

リッカムプログラムで使われる用語の英語の対照表

acknowledge(ment)	知らせる・認める
ASRC	オーストラリア吃音研究センター
clinical trial	治験・試験
clinic visit	来室・来院・来所、通院・面接
clinician	臨床家、ST
LPTC	リッカムプログラム指導者協会
natural conversation	普段の会話<->練習タイム practice session
performance contingent maintenance	随伴刺激行動の維持
percent syllables stuttered (%SS)	吃頻度
practice session	練習タイム<->普段の会話 natural conversation
severity rating (SR)	重症度評定
stage 1・2	ステージ 1・2
treatment	治療、セラピー
telehealth	(電話・インターネット回線等を利用した)遠隔診療・遠隔医療
verbal contingency	言語的随伴刺激

用語についての注

acknowledge(ment)

辞書的には「指摘(する)」だが、日本語の「指摘(する)」には、「間違いを指摘する」など評価するニュアンスが含まれるために注意が必要。リッカムプログラムでは、間違っている・よくないことを指摘するのではなく、あくまでスラスラ言えている事実を伝える、吃っている事実を伝えるだけであるからである。そのため、より評価的なニュアンスの少ない「知らせる」を使っている。「認める」も、よい・悪いを認めるのではなく事実を事実のままに認めているという意味で使っている。

performance contingent maintenance

ステージ2に入ると、徐々に言語的随伴刺激を減らしていく除去過程に入っていくが、重症度評定0~1を保った状態であっても、言語的随伴刺激は与え続け(ほぼすべてが吃のない発話に対して)て意識を発話に向けるようにして重症度が低い状態を維持する。

治験の用語について (phase I/II/III) (ウィキペディア「治験」の項より抜粋
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%B2%BB%E9%A8%93> 2015年3月21日)

第 I 相試験 (フェーズ I)

自由意思に基づき志願した健常成人を対象とし、被験薬を少量から段階的に増量し、被験薬の薬物動態(吸収、分布、代謝、排泄)や安全性(有害事象、副作用)について検討することを主な目的とした探索的試験である。動物実験の結果をうけてヒトに適用する最初のステップであり、安全性を検討する上で重要なプロセスである。しかし、手術や長期間の経過観察が必要な場合や、抗がん剤などの投与のようにそれ自体に事前に副作用が予想されるものは、外科的に治療の終わった患者(表面的には健常者)に対して、補助化学療法としての試験を行うことがある。また、抗がん剤の試験の場合は、次相で用いる用法・用量の限界を検討することも重要な目的となる。

第 II 相試験 (フェーズ II)

第 II 相試験は第 I 相の結果をうけて、比較的軽度な少数例の患者を対象に、有効性・安全性・薬物動態などの検討を行う試験である。多くは、次相の試験で用いる用法・用量を検討するのが主な目的であるが、有効性・安全性を確認しながら徐々に投与量を増量させたり、プラセボ群を含む 3 群以上の用量群を設定して用量反応性を検討したり、その試験の目的に応じて様々な試験デザインが採用される。探索・検証の両方の目的を併せ持つことが少なくないため、探索的な前期第 II 相と検証的な後期第 II 相に分割することもある。その他にも、第 I/II 相として第 I 相と連続した試験デザインや、第 II/III 相として第 III 相に続けて移行する試験デザインもある。また、毒性の強い抗がん剤に関しては、この第 II 相で腫瘍縮小効果などの短期間に評価可能な指標を用いて有効性を検証し、承認申請を行うことがある。

第 III 相試験（フェーズ III）

上市後に実際にその化合物を使用するであろう患者を対象に、有効性の検証や安全性の検討を主な目的として、より大きな規模で行われるのが第 III 相である。それまでに検討された有効性を証明するのが主な目的であるため、ランダム化や盲検化などの試験デザインが採用されることがほとんどである。数百例以上の規模になることもあるため、多施設共同で行う場合が多い。抗がん剤の場合は、製造販売後に実施されることが多い。

REFERENCES

- ¹ Australian Stuttering Research Centre. (2013). Lidcombe Program Trainers Consortium. Retrieved from http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/continuing_education/index.shtml
- ² Australian Stuttering Research Centre. (2013). Lidcombe Program Brochure. Retrieved from <http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/downloads/index.shtml>
- ³ Swift, M., O'Brian, S., Onslow, M., & Packman, A. (2012). Checklist of parent Lidcombe Program administration. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, *14*, 12–17.
- ⁴ Eve, C., Onslow, M., Andrews, C., & Adams, R. (1995). Clinical measurement of early stuttering severity: The reliability of a 10-point scale. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, *23*, 26–39.
- ⁵ Onslow, M., Harrison, E., Jones, M., & Packman, A. (2002). Beyond-clinic speech measures during the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, *4*, 82–85.
- ⁶ Onslow, M., Andrews, C., & Costa, L. (1990). Parental severity scaling of early stuttered speech: Four case studies. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, *18*, 47–61.
- ⁷ Google Drive. (n.d.). Create and collaborate. Retrieved from http://www.google.com/drive/apps.html?usp=ad_search&gclid=CLC9u_S8nLsCFUQgpQodAFsA9Q
- ⁸ Packman, A., & Onslow, M. (1998). The behavioral data language of stuttering. In A. Cordes & R. J. Ingham (Eds.), *Treatment efficacy in stuttering: a search for empirical bases*. (pp. 27–50). San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- ⁹ Teesson, K., Packman, A., & Onslow, M. (2003). The Lidcombe behavioral data language of stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *46*, 1009–1015.
- ¹⁰ Bridgman, K., Onslow, M., O'Brian, S., Block, S., & Jones, M. (2011). Changes to stuttering measurement during the Lidcombe Program treatment process. *Asia Pacific Journal of Speech, Language, and Hearing*, *14*, 147–152.
- ¹¹ SMS Stutter Measurement System. (n.d.). Retrieved from <http://sms.id.ucsb.edu/index.html>
- ¹² Jayaram, M. (1983). Phonetic influences on stuttering in monolingual and bilingual stutterers. *Journal of Communication Disorders*, *16*, 287–297.
- ¹³ Jayaram, M. (1984). Distribution of stuttering in sentences: relationship to sentence length and clause position. *Journal of Speech and Hearing Research*, *27*, 338–341.
- ¹⁴ Watson, J. B., Byrd, C. T., & Carlo, E. J. (2011). Effects of length, complexity, and grammatical correctness on stuttering in Spanish-speaking preschool children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *20*, 209–220.
- ¹⁵ Bernstein Ratner, N., & Sih, C. C. (1987). Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children's dysfluency. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *52*, 278–287.
- ¹⁶ Kadi-Hanifi, K., & Howell, P. (1992). Syntactic analysis of the spontaneous speech of normally fluent and stuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, *17*, 151–170.
- ¹⁷ Gaines, N. D., Runyan, C. M., & Meyers, S. C. (1991). A comparison of young stutterers' fluent versus stuttered utterances on measures of length and complexity. *Journal of Speech and Hearing Research*, *34*, 37–42.
- ¹⁸ Yaruss, J. S., Newman, R. M., & Flora, T. (1999). Language and disfluency in nonstuttering children's conversational speech. *Journal of Fluency Disorders*, *24*, 185–207.
- ¹⁹ Yaruss, J. S. (1999). Utterance length, syntactic complexity, and childhood stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *42*, 329–344.
- ²⁰ Weiss, A. L., & Zebrowski, P. M. (1992). Disfluencies in the conversations of young children who stutter: Some answers about questions. *Journal of Speech and Hearing Research*, *35*, 1230–1238.
- ²¹ Logan, K. J., & Conture, E. G. (1997). Selected temporal, grammatical, and phonological characteristics of conversational utterances produced by children who stutter. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *40*, 107–120.

- ²² Chon, H., Sawyer, J., & Ambrose, N. G. (2012). Differences of articulation rate and utterance length in fluent and disfluent utterances of preschool children who stutter. *Journal of Communication Disorders, 45*, 455–467.
- ²³ Brundage, S. B., & Bernstein Ratner, N. B. (1989). Measurement of stuttering frequency in children's speech. *Journal of Fluency Disorders, 14*, 351–358.
- ²⁴ Ingham, R. J. (1980). Modification of maintenance and generalization during stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Research, 23*, 732–745.
- ²⁵ Webber, M., & Onslow, M. (2003). Maintenance of treatment effects. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide* (pp.81–90). Austin, TX: Pro-Ed.
- ²⁶ Quist, R. W., & Martin, R. R. (1967). The effect of response contingent verbal punishment on stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research, 10*, 795–800.
- ²⁷ Cooper, E. B., Cady, B. B., & Robbins, C. J. (1970). The effect of the verbal stimulus words wrong, right, and tree on the disfluency rates of stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Research, 13*, 239–244.
- ²⁷ Christensen, J., & Lingwall, J. (1982). Verbal contingent stimulation of stuttering in laboratory and home settings. *Journal of Fluency Disorders, 7*, 359–368.
- ²⁸ Manning, W. H., Trutna, P. A., & Shaw, C. K. (1976). Verbal versus tangible reward for children who stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 41*, 52–62.
- ²⁹ Reed, C., & Godden, A. (1977). An experimental treatment using verbal punishment with two preschool stutterers. *Journal of Fluency Disorders, 2*, 225–233.
- ³⁰ Martin, R. R., Kuhl, P., & Haroldson, S. (1972). An experimental treatment with two preschool stuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research, 15*, 743–752.
- ³¹ Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 55*, 405–416.
- ³² Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Harrison, E., & Jones, M. (2007). An investigation of language and phonological development and the responsiveness of preschool age children to the Lidcombe Program. *Journal of Communication Disorders, 40*, 382–397.
- ³³ Lincoln, M., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*, 51–58.
- ³⁴ Onslow, M., Andrews, C., & Lincoln, M. (1994). A control/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research, 37*, 1244–1259.
- ³⁵ Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *British Medical Journal, 331*, 659–661.
- ³⁶ Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Ormond, T., & Schwarz, I. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders, 43*, 649–661.
- ³⁷ De Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M-C. (2015). Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The RESTART randomized trial. *PLoS One, 10*, e0133758. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517884/>
- ³⁸ Harrison, E., Wilson, L., & Onslow, M. (1999). Distance intervention for early stuttering with the Lidcombe Programme. *Advances in Speech Language Pathology, 1*, 31–36.
- ³⁹ Wilson, L., Onslow, M., & Lincoln, M. (2004). Telehealth adaptation of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: five case studies. *American Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 81–93.
- ⁴⁰ Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., Simpson, J. A., & Jones, M. (2008). A Phase II trial of telehealth delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology, 17*, 139–149.

- ⁴¹ Bridgman, K., Onslow, M., O'Brian, S., Jones, M., & Block (in press). Lidcombe Program webcam treatment for early stuttering: A randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*.
- ⁴² Arnott, S., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., & Block, S. (2014). Group Lidcombe Program treatment of early stuttering: A randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 57, 1606–1618. This reference is slightly out of alignment, but I can seem to fix it.
- ⁴³ Lattermann, C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 52–65.
- ⁴⁴ Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 203–214.
- ⁴⁵ Franken, M. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 189–199.
- ⁴⁶ Harrison, E., Onslow, M., & Menzies, R. (2004). Dismantling the Lidcombe Program of early stuttering intervention: Verbal contingencies for stuttering and clinical measurement. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 257–267.
- ⁴⁷ Donaghy, M., Harrison, E., O'Brian, S., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., & Jones, M. (2015). An investigation of the role of parental request for self-correction of stuttering in the Lidcombe Program. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 511–517.
- ⁴⁸ O'Brian, S., & Onslow, M. (2011). Clinical management of stuttering children and adults. *British Medical Journal*, 342, 35–38.
- ⁴⁹ Onslow, M., & O'Brian, S. (2013). Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49, E112–E115.
- ⁵⁰ Onslow, M., Jones, M., Menzies, R., O'Brian, S., & Packman, A. (2012). Stuttering. In P. Sturme & M. Hersen. (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: Vol 1. Child and Adolescent Disorders* (pp. 185–207). Hoboken, NJ: Wiley.
- ⁵¹ O'Brian, S., Iverach, L., Jones, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2013). Effectiveness of the Lidcombe Program for early stuttering in Australian community clinics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 593–603.
- ⁵² Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: An essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 369–379.
- ⁵³ Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (2003). Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 13, 135–151.
- ⁵⁴ Thomas, C., & Howell, P. (2001). Assessing efficacy of stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 311–333.
- ⁵⁵ Ingham, J. C., & Riley, G. (1998). Guidelines for documentation of treatment efficacy for young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 753–770.
- ⁵⁶ Walter, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119–127.
- ⁵⁷ Koushik, S., Hewat, S., Shenker, R., Jones, M., & Onslow M. (2011). North-American Lidcombe Program file audit: Replication and meta-analysis. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 301–307.
- ⁵⁸ Carr Swift, M., O'Brian, S., Hewat, S., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2011). Investigating parent delivery of the Lidcombe Program. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 308–316.
- ⁵⁹ Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Dredge, R., & Harrison, E. (2002). Australian speech pathologists' use of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Acquiring knowledge in speech, language and hearing*, 4, 67–71.
- ⁶⁰ Swift, M. C., Jones, M., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2015). Parent verbal contingencies during the Lidcombe Program: Observations and statistical modeling of the treatment process. *Journal of Fluency Disorders*, 47, 13–26.

- ⁶¹ Bonelli, P., Dixon, M., Bernstein Ratner, N., & Onslow, M. (2000). Child and parent speech and language following the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics*, *14*, 427–446.
- ⁶² Lattermann, C., Shenker, R. C., & Thordardottir, E. (2005). Progression of language complexity during treatment with the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *14*, 242–253.
- ⁶³ Onslow, M., Stocker, S., Packman, A., & McLeod, S. (2002). Speech timing in children after the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics*, *16*, 21–33.
- ⁶⁴ Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *37*, 31–40.
- ⁶⁵ Hayhow, R. (2009). Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *11*, 20–25.
- ⁶⁶ Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S., & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: Mothers' experience. *Journal of Fluency Disorders*, *35*, 70–84.
- ⁶⁷ Kingston, M., Huber, A., Onslow, M., Jones, M., & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: Replication and meta-analysis. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *38*, 165–177.
- ⁶⁸ Jones, M., Onslow, M., Harrison, E., & Packman, A. (2000). Treating stuttering in young children: Predicting treatment time in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *43*, 1440–1450.
- ⁶⁹ Guitar, B., Kazenski, D., Howard, A., Cousins, S. F., Fader, E., & Haskell, P. (2015). Predicting treatment time and long-term outcome of the Lidcombe Program: A replication and reanalysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *24*, 533–544.
- ⁷⁰ Miller, B., & Guitar, B. (2009). Long-term outcome of the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *18*, 42–49.
- ⁷¹ Onslow, M., Harrison, E., Jones, M., & Packman, A. (2002). Beyond-clinic speech measures during the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, *4*, 82–85.