

## ГРУПНИ ТРЕТМАН У ЕДУКАЦИЈИ ЕЗОФАГУСНОГ ГЛАСА И ГОВОРА

*Веселиновић Мила<sup>1</sup>, Арбушина Тања<sup>2</sup>,  
Мишровић Слободан<sup>2</sup>, Мумовић Гордана<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Катедра за специјалну едукацију и рехабилитацију,  
Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду

<sup>2</sup>Клиника за болести ува, грла и носа,  
Клинички центар Војводине

*Тоштална ларинџектомија је радикална хируршка метода која, између осталога, подразумева трајни губишак ларинкса у коме се генерише основни ларингеални тон. Са аспекта комуникације операција има за последицу губишак способности вокалног комуникацирања. Едукација езофагусног гласа и говора је, у земљама у развоју, метод избора у рехабилитацији говора ларинџектомисаног пацијента. Дући низ година је индивидуални приступ у рехабилитацији говорно-језичких поремећаја био једини приступ, што се одразило и на приступ у едукацији езофагусног гласа и говора. Педесетих година прошлог века логопеди Бацкус и Беаслеу су дали смернице за увођење групе шрејмана у процес рехабилитације. Данас већина аутора сматра да група рехабилитација даје боље резултате у едукацији езофагусног гласа. У групи се ствара повољна клима која подстиче на едукацију и мање мотивисане пацијенте.*

*КЉУЧНЕ РЕЧИ: Тоштална ларинџектомија; езофагусни глас и говор; групе шрејман*

### УВОД

Глас је средство комуникације, али је истовремено и начин изражавања личности (7). У његовом стварању учествује готово читав организам, али се ларинкс наводи као орган у коме долази до генерисања звука, који се аудитивно перципира као хумани глас.

Говор је реализација симболичког система комуникације. Представља систем гласова и гласовних комбинација који се производе говорним органима (3).

Иако више од половине укупне комуникације човека припада невербалној комуникацији, не треба посебно истицати колики је значај вербалне комуникације у савременом свету. Вербална комуникација је интеракција, размена информација, мишљења, емоција и потреба међу људима који користе исти језички систем и исте говорне сигнале. Пораст интересовања за феномен вербалне комуникације утицао је на повећање броја нових сазнања.

Тотална ларингектомија представља радикални захват на ларинксу који даје предност радикалитету у лечењу малигног тумора ларинкса, у односу на друге функције ларинкса, пре свега респирацијску и фонацијску (11). Тотална ларингектомија остаје метод избора у лечењу узнапредовалих стадијума ларинксних и хипофаринксних карцинома, било да се примењује као примарни или као секундарни поступак после примене радио и хемотерапије (5). Овај радикални захват доводи до трајног губитка генератора и дела резонатора гласа, ларинкса у ком се ствара основни ларингеални тон. Сем ларинкса одстрањује се и хиоидна кост, делови хипофаринкса, трахеа, често делови базе језика, преларингеална мускулатура, штитаста жлезда. Прекида се веза између доњих и горњих дисајних путева и формира се дефинитивна трахеостома.

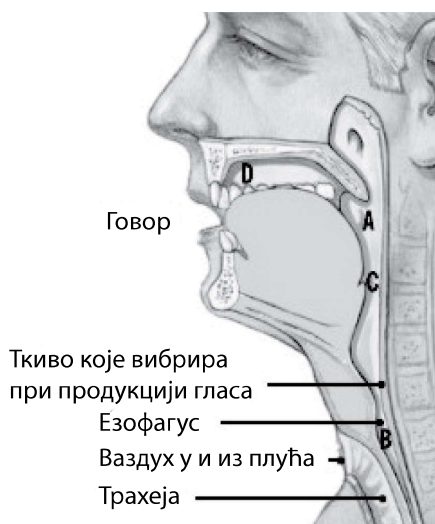
### ЕЗОФАГУСНИ ГЛАС И ГОВОР

Говор је специфична одлика људске врсте и главни ослонац за све облике социјалног живота, па је самим тим разумљиво зашто су велики напори стручњака управо усмерени на рехабилитацију говора после тоталне ларингектомије. Од посебног значаја за ове пацијенте је да говор буде што природнији и блискији нормалном говору. Управо се због тога пацијентима саветује едукација езофагусног гласа и говора који је минимално упадљив, спонтан и који не захтева поновну хируршку интервенцију.

Квалитетно успостављен езофагусни глас и говор је најхуманији вид комуникације ларингектомисаних болесника (16).

Рехабилитација гласа после тоталне ларингектомије има веома дугу традицију. Крајем XIX века Струбинг је први пут изнео мишљење да је аларинксни глас без вештачког ларинкса квалитетнији од гласа протезе. Гутзманн још 1909. године први пут у литературу уводи термин езофагусни глас. Највећи допринос прихватању едукације езофагусног гласа и говора као суверене методе рехабилитације, дао је Сееман (14).

У току нормалне фонације активатор гласа обезбеђује контролисану експираторну струју ваздуха за потребе фонације. Резервоар ваздуха су плућа, па је и за фонацију обезбеђено око 1500–2000 мл ваздуха. У измењеним анатоמו-функционалним односима, после тоталне ларингектомије, за настанак и одржавање звука неопходно је стварање резервоара ваздуха и звучног извора. Код езофагусног гласа извор енергије је у једњаку, који служи као нови резервоар ваздуха, а вибрације псеудоглотиса представљају звучни извор (17). Према Милутиновић (8) најбоље је да се резервоар ваздуха формира у пределу горњег дела једњака и најнижих партија хипофаринкса, што одговара пројекцији 5., 6. и 7. цервикалног пршљена. У овај резервоар може стати око 50–70 мл ваздуха, што већ указује на то да пацијенти морају говорити краће реченице или чешће узимати ваздух у току говорне продукције.



**Слика 8. Место формирања вибрација и продукција гласова**

Формирање псеудоглотиса зависи од активности крикофарингеалног мишића (8). О значају крикофарингеалног мишића у функцији неоглотиса говори више аутора. Сееман (14) је указао на то да се фарингоезофагусни вибрациони сегмент налази у висини В цервикалног пршљена. Мишићи констриктори фаринкса одвојени од хиоидне кости, тироидне хрскавице и крикоида показују склоност ка ретракцији, при чему повећава своју масу према задњем и латералним зидовима. Кон-

трахована крикофаринксна маса може да има функцију псеудоглотиса. Дакле, једњак прилагођава и појачава своје физиолошке покрете. Адекватан тонус неоглотиса је предуслов за добар езофагусни говор.

Ултразвучна испитивања, која су радили Боцклер и сар. (2) указују да постоји значајна корелација између величине и способности вибрирања псеудоглотиса и квалитета езофагусног гласа.

Већи ПЕ сегмент (фарингоезофагусни сегмент) који има бољу способност вибрирања, уочен је код бољих езофагусних говорника.

Нq и сар. (12) су испитивали проток ваздуха и притисак у субфарингоезофагусном простору и нашли да је проток ваздуха код езофагусног говора већи него код трахеоезофагусног, код езофагусног је 70, 50 мл/с, а код трахеоезофагеалног 134,15 мл/с. Мерењем притиска дошли су до следећих резултата: код езофагусног 25,13 цм Х<sub>2</sub>О, а код трахеоезофагусног је 22, 61 цм Х<sub>2</sub>О.

### ГРУПНИ ТРЕТМАН

Последњих неколико деценија, у стручним и научним круговима поставља се питање да ли је групна терапије ефикаснија од индивидуалне у рехабилитацији говорно-језичких поремећаја.

Опште је познато, да сви припадају већам броју различитих група. Под групом, у најширем смислу се подразумева већи или мањи број појединаца који имају неку заједничку карактеристику (13). Групе постоје ради остваривања неких заједничких циљева њених чланова.

Према наводима Либермана (6), педесетих година прошлог века логопеди Бацкус и Беаслеу су развили смернице за увођење групне терапије у процес рехабилитације. Ови аутори су истицали да се говорно-језичка рехабилитација заснива на 4 основна принципа:

1. Рехабилитација целе индивидуе;
2. Стицање нових говорно-језичких образаца понашања;
3. Примена ових образаца понашања у свакодневним ситуацијама;
4. Задржавања ових образаца после отпуштања из терапије.

Њихов приступ терапији је био такав да појединци, као друштвена бића, могу у групи најбоље да уче једни од других. Циљ рехабилитације ових аутора био је да се специфични облици говорног понашања, којима пацијенти овладају у оквиру групе, има примену у реалној говорној ситуацији. Овај начин говорно-језичке рехабилитације није искључивао индивидуални начин рада. Индивидуални приступ је служио као помоћни начин успостављања и стабилизације специфичних облика говорног понашања, док је групни рад имао функцију да развија одговарајуће интерперсонал-

не и социјалне вештине. Аутори истичу значај приближавања терапијског поступка свакодневной ситуацији у којој ће се пацијент налазити, при чему групна терапија поштује индивидуализам сваког појединца (6).

Групна рехабилитација говорне патологије повлачи са собом бројна питања. На самом почетку рехабилитације са пацијентом се обавља информативни и саветодавни разговор. Може се обавити са сваким пацијентом индивидуално или у оквиру групе. Искуство говори у прилог индивидуалног започињања рехабилитације са пацијентом. Тек након узимања анамнестичких и других података и процене стања пацијента, он се може укључити у одговарајућу групу.

Према Селигман – овој (15), управо је саветовање пацијента посебно значајан део рехабилитационог поступка. Питање које ауторка поставља односи се на индивидуални и групни приступ у започињању рехабилитације. Она предност даје индивидуалном начину. Наводи предности и недостатке и једног и другог приступа. Као недостатак групног саветовања, наводи да се пацијенти не желе укључити одмах у групу. Да би се пацијенти могли укључити у групу, потребно је да на почетку имају бар минималан ниво комуникацијских вештина и поверење у терапеута. Као ретка предност групног саветовања, наводи се уштеда времена, а као највећи недостатак то што је групно саветовање стресније за пацијента.

Укључивање пацијента у одговарајућу групу захтева посебну вештину терапеута. Неопходно је да се оформи таква група која ће позитивно и стимулативно утицати на рехабилитацијски поступак.

Према Уалом (18) у рехабилитацији пацијената најбоље је применити обједињену терапију која може бити индивидуална, групна и комбинована. Аутор напомиње да при одабиру групне терапије посебна пажња мора бити посвећена формирању групе. Акцент је на компатибилности чланова те групе.

Према наводима Јовановић-Симић (4) на почетку програма, терапеут је дужан да створи атмосферу прихватања, да охрабри чланове групе и да објасни сличности и разлике између учесника, са пуно уважавања.

Велики број аутора, који подржава групну рехабилитацију говорних поремећаја, напомиње да је структура групе од посебног значаја за успех рехабилитације. Рехабилитација је ефикаснија ако се спроводи у хомогеним групама, при чему се пре започињања рехабилитације спроводи одговарајућа „скрининг селекција“ (20).

Неки аутори сматрају да је само укључивање у групу стимулативно за пацијенте који имају одређене говорне поремећаје, и да је важније од хомогености, структуре групе или броја пацијената. Тако, Модugno и сар. (10) постављају хипотезу да у третману говора, пацијената који има-

ју Паркинсонову болест, укључивање у позориште побољшава клиничку слику пацијента и побољшава његов квалитет живота. Ови аутори су спровели трогодишње истраживање у које је било укључено 20 пацијената који су имали умерени облик идиопатске Паркинсонове болести и нашли су да се код пацијената у трећој години уочава значајан помак на свим скалама којима су рађене процене, док је контролна група показивала стагнацију. Ипак, овакав је модел тешко применити на друге облике говорних поремећаја, посебно на пацијенте који су предмет овог рада.

Ван дер Схуит и сарадници (17) предлажу комбиновану групну и индивидуалну рехабилитацију говора. Оваква рехабилитација је, према њиховим истраживањима, довела до значајног побољшања целокупне комуникацијске способности деце са менталном ретардацијом. Индивидуална рехабилитација била је организована у кућним условима, док је групна тераија спровођена у оквиру различитих радионица. Групе нису биле хомогене у односу на говорно-језички поремећај.

Број пацијената је, такође, важан аспект у формирању групе. Комплетна реедукација која траје 4 до 6 недеља у малим групама, дала је свим ауторима боље резултате од рехабилитације рађене у две до три сеансе недељно, нагласио је Савару (17). У групи постоји повољна клима која подстиче на реедукацију и мање мотивисане пацијенте.

О малим групама говоре и други аутори, наводећи различите оптималне разлоге. Тако МцАлеер (7) наводи да се компатибилност лакше постиже у малој групи, као и да обавезе које имају пацијенти утиче на избор термина, што може да утиче, такође, на број учесника. При формирању групе посебно треба водити рачуна да се одређени учесници не осећају деградирано. Аутор наводи и да су, често, проблеми пацијената са патологијом говора универзални, па да се они и не могу укључити у групу.

### ФАЗЕ ТРЕТМАНА

Група мора бити уједначена према неком од критеријума: старост, образовање, време протекло од операције, интелектуалном статусу... Заједнички циљ, рехабилитација говора, значајно утиче да се превазиђу евентуалне различитости међу члановима групе.

Терапеут мора створити позитивну климу при увођењу новог члана групе, што подразумева и адекватно представљање сваког пацијента. Група мора бити пажљиво формирана, како би позитивни утицаји међу учесницима у групи помогли постизању заједничког циља, и како би ефикасност рехабилитације била највећа могућа. Група мора бити састављена од ограниченог броја пацијената. Према досадашњим искуствима, група

од 4 до 6 чланова показала се као најоптималнија. Мотивисаност међу пацијентима је већа када се рехабилитација изводи у оквиру групе.

Према стеченом искуству, рехабилитацију треба започети и пре оперативног захвата, индивидуално, при чему се пацијент информише о оперативном захвату, као и о томе шта тај захват са собом носи, у смислу губитка комуникације гласом и говором и могућностима рехабилитације. Преоперативно започињање рехабилитацијског поступка има свој смисао и у процени преоперативних карактеристика говора и језика пацијента.

Према Мајдевцу (11) карактеристике говора као и патологија говора која је постојала преоперативно, пренеће се и на езофагусни глас и говор.

Бергамини (1) наводи да је за пацијенте од велике користи да још преоперативно добију детаљне информације о оперативном захвату, као и о последицама истог. Аутори се припремили приручник који укратко анализира и објашњава најразличитије проблеме са којима се сусрећу ларингектомисани пацијенти. Приручник је написан једноставним језиком и детаљно описује могућности рехабилитације говора, после хирургије.

Индивидуални начин рада се примењује код оних пацијената код којих, из неког разлога, није могуће укључивање у групу. У те разлоге убрајамо изричите жеље пацијента, психолошко стање, неке друге болести, неадекватан термин за рехабилитацију због објективне спречености, и друго. Заједничка карактеристика и индивидуалног и групног приступа је да сви пацијенти морају проћи кроз одређене фазе рехабилитације:

### **Рехабилитација целе индивидуе**

Последице тоталне ларингектомије одражавају се на психолошки, социјални, радни и сексуални аспект живота сваког пацијента. Рехабилитација вербалне комуникације утиче да се те последице значајно умање. Тимски рад у рехабилитацији читаве индивидуе и њене породице захтева укључивање стручњака различитих профила. Пацијентима је потребна психолошка потпора, брига о социјалном статусу, саветовање о разним проблемима који се могу јавити, контрола и нега трахеостоме и навикавање пацијента на њу, упознавање са могућношћу набавке помоћних средстава за ларингектомисане. Ларингектомисани пацијенти имају страх од појављивања у јавности, од контаката са околином, избегавају свакодневне активности као што је одлазак у продавницу, јавља се осећање беспомоћности и бескорисности. Свака од ових и још многе друге тешкоћа на које наилазе, захтева помоћ и ако је могуће њихово потпуно решавање. Дакле, рехабилитација целе индивидуе, подразумева рехабилитацију физичког, психичког и социјалног статуса пацијента.

### Стицање нових говорних образаца понашања

Овај део рехабилитационог поступка подразумева конкретне, практичне поступке који ће бити примењени у едукацији езофагусног гласа и говора.

Као што је већ напоменуто, измењени анатомо-функционални односи захтевају да се у продукцију говора укључе органи који до тада нису имали ту функцију. За ову фазу едукације важно је успостављање акта еруктације ваздуха из једњака. Метода која ће бити коришћена за потискивање, убацивање ваздуха у једњак зависи и од одлуке терапеута, али и од пацијентових способности да примени и разуме предложено. Пацијенту се саветује да потисне ваздух у једњак покретима базе језика, померањем браде напред, да ваздух ушмрче на нос или ухвати на отворена уста. Иза тога ваздух враћа кроз псеудоглотис, чије вибрације обезбеђују озвучавање ваздуха. Сва упуства су праћена примером рехабилитатора. Циљ овог дела је да пацијент успостави вољни руктус, који се у даљем току едукације продужавао и контролише од стране самог пацијента. Уколико пацијент не може на овај начин да успостави акт еруктације ваздуха из једњака, дају му се упутства да брзо изговара логатоме ТКА, ЧКА, који на неки начин имитирају покрете гутања. На овај начин, неки пацијенти успеју да потисну ваздух у једњак. У току овог дела едукације важно је бодрити и мотивисати пацијента. Очекује се да пацијент у току прве недеље едукације савлада вољну еруктацију ваздуха. Успостављање акта еруктације, за неке пацијенте може бити непријатно, у смислу друштвено прихватљивог начина понашања, па је важно да рехабилитатор одреди да ли је групни или индивидуални приступ бољи у току ове фазе едукације. За неке пацијенте ће индивидуални начин дати боље резултате, док ће другима пример оних који су већ савладали ову фазу, бити од непроцењивог значаја. Када пацијент успостави вољни руктус, захтева се да више пута понавља научено и да вољно продужава или скраћује еруктацију ваздуха. Ако пацијент не савлада ову фазу едукације у прве три недеље едукације, предлажу се други видови ала-ринксне комуникације.

Тек када је пацијент савладао претходно, од њега се захтева да у току еруктације изговара вокале. Вокал А је, за велики број пацијената, најједноставнији за изговор јер су артикулациони органи за време изговора најмање померени из своје позиције коју заузимају у току мирног дисања. Међутим, то није правило. За неке је једноставније изговарање вокала предњег реда И и Е, док други мање напора улажу у изговор вокала задњег реда У и О.



Када је пацијент савладао изговор вокала прелази се на логатоме који се састоје од једног пловива и вокала. Једноставнији покрети артикулаторног апарата при изговору пловива, намеће ову групу консонаната као прву у едукацији. Који ће се пловиви користити, да ли ће бити звучни или беззвучни зависи од конкретне ситуације. Увек ће се прво увежбавати они који су пацијенту једноставнији за изговор. После пловива се увежбава изговор логатома који се састоје од африката и вокала, затим и сви остали гласови. Глас Х се последњи увежбава јер је он пацијентима најтежи за изговор. Глас Х је акустички, састављен од чистих шумава а артикулационо, смештен је између задњег дела језика и меког непца, на подручју које је доста широко. Због тих његових карактеристика пацијенти га врло тешко или никада не савладају. У езофагусном говору честа је супституција гласа Х са гласом К.

Добро увежбана, контролисана еруктација ваздуха, правилан изговор логатома даје предуслов да се пређе на изговарање краћих речи. Речи које се састоје од два слога лакше ће изговарати они пацијенти који су савладали контролисану еруктацију у смислу трајања звука. У овој фази добро је користити и аутоматизоване низове (бројање, дани у недељи..) јер се у току говора могу концентрисати само на правилан изговор а не и на садржај поруке.

Пошто су савладали изговор речи, пацијенти прелазе на изговор краћих па дужих реченица. У следећој етапи може се прећи на читање фонетски избалансираног текста, затим на примену наученог у току спонтане комуникације.

Услов, да се са једне фазе едукације пређе на другу, је добро савладана претходна фаза. Фаза коју пацијент не може да савлада утиче на процену успешности едукације.

### **Примена нових говорних образаца у свакодневной комуникацији**

Ово је посебно важна фаза било које врсте рехабилитације патологије вербалне комуникације, па и у едукацији езофагусног гласа и говора. Рехабилитације говора није сама по себи циљ, већ је циљ да се савладана говорна техника примењује у свакодневной комуникацији индивидуе и њене средине. Како би се пацијент охрабрио да нове облике говорног понашања примењује у свакодневной ситуацији, такве се ситуације симулирају у току третмана. Пацијенту се дају, перманентно, савети да се научено мора примењивати.

### **Задржавања ових образаца после отпуштања из терапије**

Трајање едукације езофагусног гласа и говора има своју временску димензију. О дужини трајања едукације биће више речи у наредним поглављима.

Повремене контроле, после завршене рехабилитације су неопходне. Праћење пацијената има за циљ да се обрасци говорног понашања задрже и примењују и после завршетка рехабилитације.

Индивидуални приступ у едукацији езофагусног говора има своје предности и недостатке. Предности се односе на; могућност да пажња рехабилитатора буде усмерена само на једног пацијента; план рада се може прилагодити индивидуалном напредовању сваког појединачног пацијента; методе едукације су прилагођене појединцу.

Као недостаци, индивидуалног приступа наводе се: мотивисаност пацијента је мања, дуже трајање рехабилитације.

### **ЗАКЉУЧАК**

Побољшање квалитета живота ларингектомисаних пацијената мора бити најважнији циљ свих оних који су укључени у процес рехабилитације ових особа. Успостављање вербалне комуникације је само један од видова рехабилитације целокупне личности ларингектомисаних. Индивидуални приступ мора имати своје место у рехабилитацији ларингектомисаних пацијената, у складу са посебним потребама самог пацијента или логопедским индикацијама. Код пацијената у едукацији езофагусног гласа и говора, рад у групи стимулативно делује на појединца, ствара се повољна клима која подстиче на едукацију и мање мотивисане пацијенте. Едукацију треба спроводити у оквиру мале групе која је пажљиво формирана, поштујући све принципе рехабилитације. Укључивање пацијената у одговарајућу групу захтева посебну вештину терапеута и спремност пацијената за рад у групи.

### **ЛИТЕРАТУРА**

5. Bergamin G, Cantoni L, Chidini A, Galetti R, Pre- and post-operative information for the laryngectomized patient: verification of the validity of a brochure. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 1989;sep-oct:9(5):463–73.
6. Bockler R, Wein B, Klajman S. Ultrasonic diagnosis of the pseudoglottis in laryngectomized patients. *HNO*, 1988 Mar;36(3):115–8

7. Голубовић С. Клиничка логопедија II. Универзитет у Београду, Београд, 1998: 380.
8. Јовановић-Симић Н. Структура модела групне терапије у логопедском третману. Београдска дефектолошка школа, 2005:97–106.
9. Kazi R. Surgical voice restoration following total laryngectomy. *J Can Res Ther* 2007;3:188–9
10. Lieberman RJ, Ann Michael. Group therapy revisited: using cooperative learning procedures in speech-language therapy. *NSSLHA Journal*;1986:51–67.
11. McAleer Hamaguchi Patricia. Childhood speech, language, and listening problems. John Wiley & Sons, New Jersey. 1995;66–70.
12. Милутиновић З. Студија гласа после лечења карцинома ларинкса. Нова књига,
13. Митровић С. Комуникација без ларинкса. Мед Прегл. 2008; LXI (3–4):121–2. Београд, 1985.
14. Modugno N, Laconelli S, Fiorlli M, Active theater as a complementary therapy for Parkinson's disease rehabilitation: a pilot study. *ScientificWorldJournal*, 2010 Nov 16;10:2301–13.
15. Mumović G. Konzervativni tretman disfonija. Novi Sad: Medicinski fakultet, 2004:284.
16. Ng ML. Aerodynamic characteristics associated with oesophageal and tracheoesophageal speech of Cantonese. *Int J Speech lang pathol*, 2011. Mar 8. [Epub ahead of print]
17. Rot N. Општа психологија. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd. 1974: 272–80.
18. Seeman M, Tarneaud J. La voix et la parole. Etudes cliniques et therapeutiques, Maloine, Paris, 1950
19. Seligman L, Diagnosis and treatment planning in counseling. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York. 2004:179.
20. Stankovic P, Đukić V, Janošević Lj. Analiza kvaliteta života laringektomisanih bolesnika. *Acta Chir Jugosl*. 2004;51(1):43–7.
21. Станковић П. Фонијатријска рехабилитација ларингектомисаних пацијената успостављањем езофагусног гласа и говора модификованом Семановом методом. Докторска дисертација. Универзитет у Београду, Медицински факултет. 1997.
22. Yalom D. Irwin, Leszcz Molyn. Theory and practice of group psychotherapy. Basic books:2005;420.

23. Van der Schuit M, Segers E, van Balkom H, Stoep J, Immersive communication intervention for speaking and non-speaking children with intellectual disabilities. *Augment Altern Commun*: 2010 Sep;26(3):203–18.
24. Wium AM, Louw B, Eloff I. Speech-language therapists supporting foundation-phase teachers with literacy and numeracy in a rural and township context. *S Afr J Commun Disord*, 2010 Dec;57:14–21.

### **GROUP TREATMENT FOR ESOPHAGEAL SPEECH EDUCATION**

VESELINOVIĆ MILA<sup>1</sup>, ARBUTINA TANJA<sup>2</sup>,  
MITROVIĆ SLOBODAN<sup>2</sup>, MUMOVIĆ GORDANA<sup>2</sup>  
Department of Special Education and Rehabilitation,  
School of Medicine, University of Novi Sad

#### **SUMMARY**

Total laryngectomy is a radical surgical procedure which, among others, as a result brings permanent loss of basic laryngeal tone generator – larynx. Normal communication is greatly affected by this operation due to consequential loss of ability to communicate vocally. In developing countries, esophageal speech education is a method of choice in speech rehabilitation of laryngectomized patient. For a long time, the only approach in rehabilitation of speech and voices disorders was the individual approach, and that affected esophageal speech education. In early fifties, speech pathologists Backus and Beasley published guidelines for introduction of group treatment into rehabilitation process. Nowadays most of the authors agrees that group rehabilitation produces better results in esophageal speech education. Group creates advantageous environment that instigate even the less motivated patients.