

---

**MANAGEMENT DEL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO**  
**Protocollo di preparazione psicologica alla riabilitazione vocale**

S.Monini - L.Bubbico - G.Bandiera  
G.Alberti - P.Bolasco



**R I A S S U N T O**

---

La riabilitazione vocale e le possibilità di reinserimento sociale del paziente sottoposto a laringectomia sono fondamentali ai fini di una sua buona qualità della vita. Gli autori propongono un protocollo di management del paziente laringectomizzato che si prefigge lo scopo di prepararlo psicologicamente all'intervento ed alla sua accettazione, di adattarlo al postoperatorio ed alle conseguenze dell'intervento ed infine di motivarlo alla riabilitazione vocale. L'applicazione di tale protocollo ad un gruppo di studio ed uno di controllo, il primo sottoposto alle fasi pre e post operatorie del protocollo, il secondo unicamente alla fase post operatoria, permette agli autori di fare alcune considerazioni sui diversi atteggiamenti psicopatologici nei due gruppi, sulle differenze delle aspettative e sul diverso peso della motivazione.

**Parole chiave** - Laringectomia, riabilitazione vocale, management psicologico.

**S U M M A R Y**

---

Vocal rehabilitation and social healing in laryngectomee patients have been proved to be very important for the quality of life. The authors propose a management trial of the patients undergone to laryngectomy pointed to the psychological pre and post operative care improving the attitudes to vocal and social rehabilitation. Two groups have been tested. The first one underwent to the complete trial; the second (control group) only to the post operative phase. The authors check the patients performances related to the different choiche psychological support

**Key words** - Laryngectomy, rehabilitation, psychological management.

---

**MANAGEMENT DEL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO**  
**Protocollo di preparazione psicologica alla riabilitazione vocale**

S.Monini - L.Bubbico - G.Bandiera  
G.Alberti - P.Bolasco

◇◇◇

Molte sono le cause del fallimento della riabilitazione alla comunicazione verbale nel laringectomizzato e si possono riassumere in tre gruppi principali: controindicazioni alla voce esofagea, caratteristiche psicologiche dei pazienti laringectomizzati, fattori meccanici che ostacolano l'emissione erigmofonica.

Negli ultimi decenni si è parlato molto di qualità della vita in rapporto agli interventi mutilanti ed è così fiorita, a proposito della problematica inerente alla laringectomia totale, una miriade di studi riguardanti i risvolti psicologici che questo intervento presenta (1,2,3,4,5,6).

Interviste guidate hanno permesso di studiare il profilo psicologico dei pazienti laringectomizzati: è emerso che non esiste un preciso profilo che differenzia pazienti senza laringe, buoni parlatori esofagei, da cattivi parlatori esofagei, ma che comunque esistono alcune variabili individuali che caratterizzano i buoni

parlatori, quali: un buon concetto di se stessi e del proprio corpo, un basso livello di ansietà, sentimenti che spesso sono significativamente correlati ad una voce efficiente.

Salmon e Goldstein (7) hanno evidenziato che buoni parlatori potevano essere differenziati dai non parlatori in base a particolari esigenze psicologiche come, "dominio" (essere un leader), "autonomia" (essere indipendente dagli altri) e "caparbietà" (lavorare sodo). Gli stessi autori studiando i rapporti tra psicopatologia e comunicazione verbale nei laringectomizzati, hanno messo in risalto che tra le variabili psicologiche correlate con l'attitudine a parlare, la motivazione al recupero fonatorio è quella maggiormente incidente. Per valutare quantitativamente questa motivazione hanno applicato le scale del Bender-Gestalt test (8) come scale di adattamento - non adattamento, intendendo per adattamento una risposta positiva e per non adattamento una risposta negativa alla fonte di stimolazione. In psicologia il termine "stimolazione" definisce un evento interno od esterno che possa causare un effetto sull'organismo. Un punteggio alto della scala di adattamento indicava un individuo "adience", cioè adattato, un punteggio basso un individuo "abience", cioè non adattato. In termini pratici, il primo è un individuo che si adatterà maggiormente a vari tipi di esperienze e cambierà in funzione di esse, mentre il secondo si farà sopraffare dagli eventi. Secondo gli autori si potrebbe dedurre che questi due comportamenti opposti siano parte della motivazione, e la motivazione individuale uno stato dell'organismo che porta ad un comportamento specifico. Il comportamento di un laringectomizzato "adience" sarebbe più costruttivo di quello di un laringectomizzato "abience", come dimostrato dagli indici di "adience" che erano più alti nei parlatori esofagei che non nei parlatori con protesi esterne, e, tra i pazienti con voce esofagea, in quelli con voce migliore.

Tutti gli autori che si sono occupati della riabilitazione del paziente laringectomizzato (4,9,10) sono concordi nel ritenere che questa non può limitarsi alla terapia vocale post operatoria, ma deve iniziare con la preparazione pre operatoria del paziente attraverso la quale lo si informerà sulla natura dell'intervento e

sulle modificazioni funzionali che esso comporta. Ciò consentirà, se non di prevenire, almeno di attenuare lo stato depressivo relativo all'intervento mutilante che può condizionare, fino a pregiudicarla, la stessa riabilitazione vocale.

### SCOPO DELLA RICERCA

Tenendo presenti le suddette considerazioni, l'attuale ricerca si è proposta due scopi: quello di preparare un protocollo di management del paziente laringectomizzato che, almeno sul piano teorico e tenesse conto delle problematiche individuate e quello di verificare, successivamente, attraverso lo studio longitudinale dei comportamenti riabilitativi dei pazienti inseriti nel management rispetto a quelli di un gruppo che non era stato così seguito, l'efficacia o le eventuali insufficienze del programma di riabilitazione globale impostato.

### MATERIALI E METODI

Il materiale di studio consisteva in due gruppi di pazienti :

**Gruppo A** - Gruppo di studio di 60 pazienti affetti da cancro della laringe ricoverati per sottoporsi ad intervento di laringectomia totale. L'età media di questo gruppo era di 65 anni.

**Gruppo B** - Gruppo di controllo di 30 pazienti, non operati presso il nostro dipartimento O.R.L., ma afferiti ad esso unicamente per il trattamento foniatrico post-operatorio. Questa popolazione non è stata quindi seguita secondo l'intero protocollo. L'età media era in questi pazienti di 62 anni.

Il gruppo di controllo non è stato randomizzato tra coloro che erano affluiti al nostro dipartimento per il trattamento chirurgico in considerazione del fatto che riteniamo indispensabile, per la riabilitazione globale del paziente laringectomizzato, il management psicologico pre e post-operatorio.

Il protocollo è stato centrato su due aspetti fondamentali del management del paziente candidato all'intervento di laringectomia: la preparazione prima all'evento chirurgico e successivamente alla riabilitazione. Era prevista la somministrazione di questionari

clinici e psicologici nel corso di incontri individuali preordinati in successione temporale, con i membri di una équipe composta da un chirurgo otorinolaringoiatra, un foniatra ed un medico psicologo. Ogni fase successiva doveva tener conto di quella precedente. Il protocollo era diviso in tre fasi. Mentre il gruppo A è stato sottoposto a tutte le fasi, il gruppo B unicamente al punto 1 e 3 della prima fase in maniera retrospettiva, al punto 2 della seconda fase ed a tutta la fase 3.



La prima fase riguardava l'ingresso del paziente ed il periodo preparatorio e prevedeva:

- 1 - Anamnesi clinica e questionario anamnestico;
- 2 - Visita e colloquio del paziente con il chirurgo;
- 3 - Somministrazione guidata del questionario clinico di Goldberg, di un questionario sull'adattamento, del test ACL a seconda del grado di istruzione del paziente;
- 4 - Colloqui con lo psicologo.

Il questionario anamnestico raccoglie informazioni sul decorso clinico ed i vissuti psicologici della malattia in relazione, soprattutto, alla qualità e quantità di informazioni che il paziente ha ricevuto sulla malattia stessa. Questa anamnesi, raccolta dal medico psicologo, non si sovrappone e non interferisce con l'anamnesi clinica raccolta dal medico specialista, ma la deve precedere. Questa fase prepara e condiziona il successivo colloquio con il chirurgo responsabile, dal momento che questi dovrà sottolineare la necessità dell'intervento in relazione alla sopravvivenza e dovrà introdurre il problema post-operatorio della perdita della voce e delle altre mutilazioni funzionali ed estetiche.

Il questionario clinico di Goldberg (11,12,13,14), individua eventuali aree di problematizzazione e/o di psicopatologia. Si articola in 4 scale che rappresentano: la somatizzazione (A), l'ansia e l'insonnia (B), il disadattamento sociale (C), la depressione (D).

Per la valutazione dei risultati si considera un punteggio totale dato dalla somma dei punteggi parziali delle 4 scale ed un

---

punteggio parziale relativo a ciascuna delle 4 scale. Viene considerato nei limiti della norma un punteggio totale fino a 4, al di sopra del quale si configurano situazioni di rischio psicopatologico.

Il questionario sull'adattamento mira a verificare la quantità e la qualità delle informazioni ritenute dal paziente e dalla sua famiglia circa l'intervento e le sue conseguenze con le relative reazioni emotive.

L'ACL, lista di aggettivi costruiti nella modalità del sè ideale e del sè reale, quando può essere somministrato, evidenzia il quadro motivazionale, le eventuali problematiche nella mobilitazione e canalizzazione delle motivazioni e dei bisogni, come la presenza di adeguate capacità di integrazione con gli altri e di adattamento alle situazioni. I risultati di questo test non sono stati considerati in quanto, a causa della bassa scolarità di ambedue i gruppi (5 anni di media), non si è potuto raggiungere un numero statisticamente valido di liste compilate.

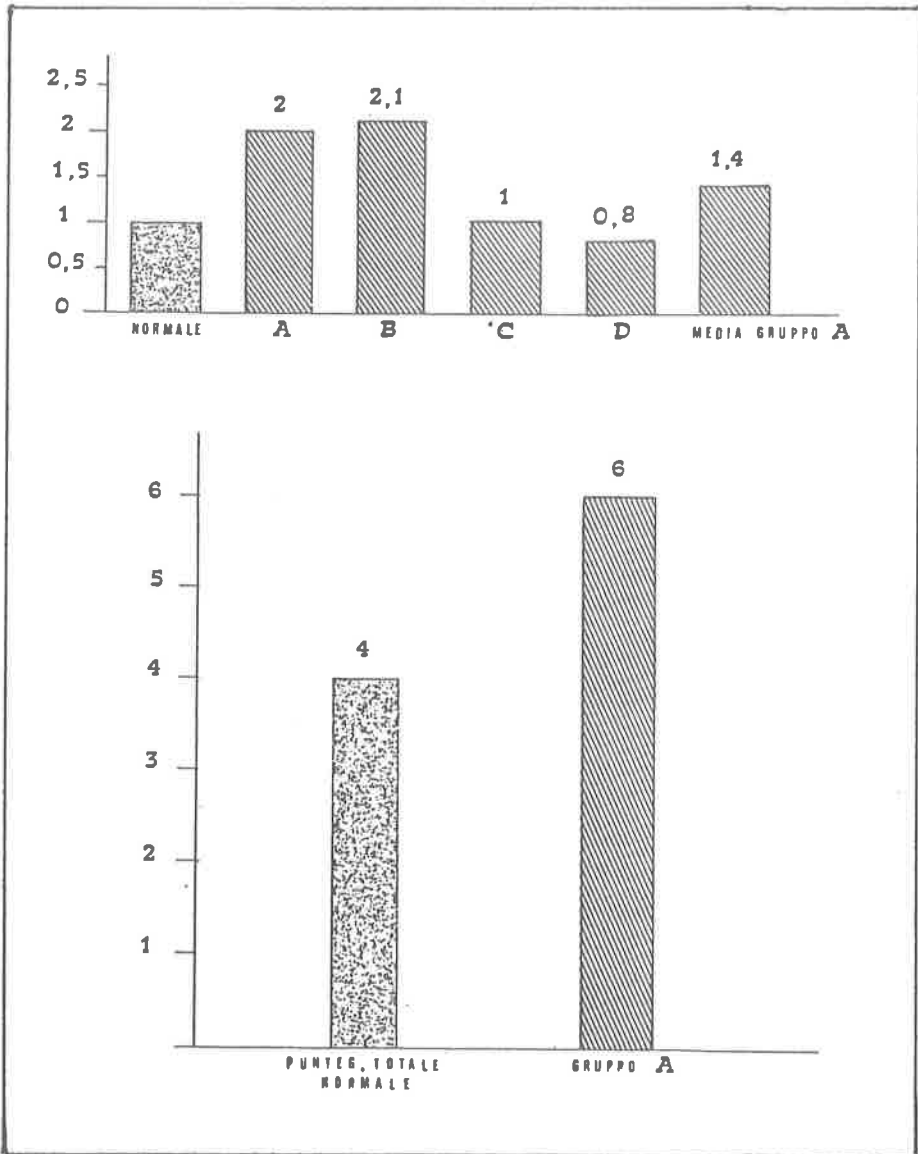
A questo punto il paziente viene sottoposto ad intervento chirurgico.



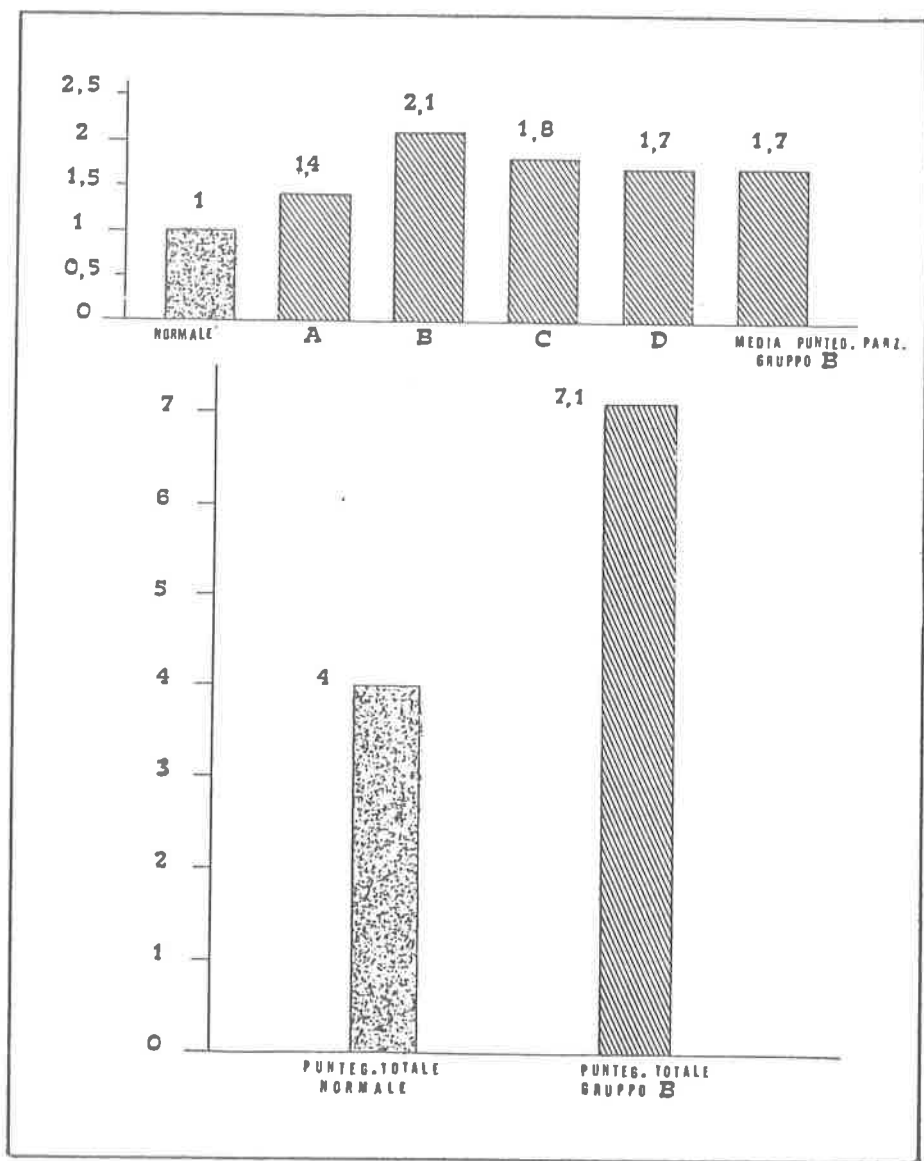
Dopo l'estrazione della sonda, che avviene in decima giornata, inizia la seconda fase di applicazione del protocollo che si articola:

- 1 - Proiezione di un audiovisivo;
- 2 - Colloquio con lo psicologo ed il foniatra (due giorni dopo la proiezione).

Il filmato si propone di chiarire al paziente le modificazioni anatomofunzionali provocate dall'intervento chirurgico, e le possibilità di riabilitazione vocale secondo le diverse modalità correntemente praticate. L'apprendimento corretto di queste metodiche prevede, infatti, che il paziente abbia nozione esatta delle modificazioni che sono avvenute nel suo organo vocale. Solo così il nuovo potenziale apparato fonatorio diverrà familiare al paziente e questi riuscirà a sfruttare al meglio le possibilità di recupero che esso gli offre. Due giorni dopo la proiezione, lo psicologo sottopone al paziente un questionario appositamente costruito che si



**Fig.1** - Punteggi "Totali" e "Parziali" delle scale secondo Goldberg del Gruppo A in riferimento alla Popolazione normale



**Fig.2** - Punteggi "Totali" e "Parziali" delle scale secondo Goldberg del Gruppo B in riferimento alla popolazione normale



---

propone di verificare la sua disponibilità alla riabilitazione.



Ad un mese dall'intervento o dal termine dell'eventuale radioterapia inizia la terza fase del protocollo che si articola in: 1) riabilitazione vocale, 2) sedute con lo psicologo.

## R I S U L T A T I

Sul questionario anamnestico è risultata significativa la differenza delle medie del tempo intercorso tra la comparsa del primo sintomo e l'intervento, che era di cinque mesi per il gruppo A e di 11 mesi per il gruppo B. Questo dato era in accordo con la frequenza del trattamento medico che era stato intrapreso in un terzo del gruppo A ed in due terzi del gruppo B, e con la diagnosi di ricovero, che nel gruppo di controllo era stata di dispnea laringea nel 30% di casi. Non si sono evidenziate differenze significative nei pazienti dei due gruppi per quanto riguarda la diagnosi effettuata durante la prima visita, che è stata recepita dalla quasi totalità dei pazienti come estremamente imprecisa tanto da indurre il 50% di ambedue i gruppi ad optare per un secondo controllo; le notizie da questo emerse sono state precise nel 30% di ambedue i gruppi.

Per quanto concerne le aspettative legate al ricovero, oltre un terzo dei pazienti del gruppo A si attendeva da esso e dall'intervento l'allontanamento della morte. Queste aspettative erano evidentemente collegate all'informazione ricevuta dal chirurgo circa la necessità dell'intervento in relazione alla sopravvivenza, mentre i due terzi si aspettavano la risoluzione della patologia attuale, ovvero la completa guarigione. Il gruppo B ricordava, invece, che prima dell'intervento la sola aspettativa (92% dei soggetti) era quella della risoluzione della malattia senza conseguenze. La differente situazione psicologica nei due gruppi può essere spiegata con il tipo di informazione ricevuta dal chirurgo, realistica nel gruppo A, forse troppo ottimistica nel gruppo B.

Riguardo alle informazioni ricevute sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze, a differenza del gruppo A che era

completamente informato, anche se con notizie più o meno precise, il 23% del gruppo B riferiva la totale carenza di informazione

Nella valutazione delle risposte dei due gruppi al questionario clinico di Goldberg ed a quello relativo all'adattamento ed alla disponibilità alla successiva riabilitazione, bisogna tener conto che essi sono stati somministrati ai due gruppi in situazioni psicologiche diverse, ovvero al gruppo A in occasione del ricovero ospedaliero ed il giorno precedente l'intervento, al gruppo B in occasione delle prime sedute foniatriche.



Le figure 1 e 2 mostrano i risultati ottenuti nei gruppi A e B alle diverse scale corrispettive delle quattro principali aree di problematizzazione e confrontano il punteggio totale con quello di una popolazione normale.

Nel gruppo A i valori della scala C (disadattamento sociale) e D (depressione) risultano mediamente nei limiti della norma, mentre presentano valori doppi rispetto alla norma le scale A (somatizzazione) e B (ansia ed insonnia).

Nella condizione del paziente che deve essere sottoposto ad intervento di laringectomia totale la somatizzazione costituisce una amplificazione dei sintomi oggettivi, l'ansia e l'insonnia rappresentano lo stato di tensione preoperatoria. I valori normali delle scale C e D nel gruppo A si spiegano con il fatto che questi pazienti non hanno ancora sperimentato le difficoltà e le limitazioni legate all'intervento di laringectomia.

Nel gruppo B, invece, sono risultati alterati i valori medi parziali di tutte le scale; il punteggio totale è risultato più alto sia di quello dei soggetti normali che di quelli del gruppo A. Tale risultato configura, sul piano psicopatologico, la presenza in questi pazienti di uno stato ansioso depressivo con disadattamento sociale, conseguenti all'intervento mutilante ed alla sperimentazione della realtà quotidiana.

Le interviste guidate ed i questionari proposti dopo l'intervento hanno inteso focalizzare due condizioni particolari del paziente e cioè le limitazioni correlate all'impossibilità di parlare e le aspettative per la vita futura.

Circa le limitazioni soggettive indotte dalla perdita della voce il 100% dei pazienti, sia del gruppo A che del gruppo B ha denunciato la coscienza di una limitazione nei rapporti sociali di vario tipo.

Considerando le articolazioni delle risposte alle domande sulla limitazione vocale, il gruppo A, in un'alta percentuale di casi, si sente menomato in tutte le situazioni a causa forse della mancata sperimentazione della realtà; pertanto, le risposte sono state più articolate.



Per quanto riguarda le prospettive della vita futura si riscontrano, nei due gruppi, differenze significative. L'83% del gruppo A risulta avere aspettative positive ma non strutturate, il 17% aspettative concrete strutturate; il gruppo B mostra delle aspettative positive non strutturate nel 15% e concrete strutturate nel 15%; l'incidenza delle aspettative negative è del 60%. Il gruppo A, inoltre, mostra avere un atteggiamento positivo per la riabilitazione vocale complessivamente nell'83,3% dei casi anche se di questi il 50% risulta avere un'aspettativa positiva non strutturata. Nel gruppo B si evidenzia un'alta percentuale, pari al 30%, con atteggiamento negativo pessimistico. La positività delle reazioni osservate nel gruppo A in questa fase dello studio, è probabilmente da ricondursi all'esperienza della visione del filmato che conforta il paziente circa le possibilità di recupero fonatorio e, quindi, di reinserimento sociale. Le aspettative negative del gruppo B sono probabilmente legate all'esperienza della realtà quotidiana che hanno avuto questi pazienti non confortata dalla conoscenza delle possibilità offerte dalla riabilitazione foniatria. Simili atteggiamenti improntati a realismo e pessimismo possono essere un momento demotivante nell'affrontare la riabilitazione. D'altra parte la verifica di una incidenza positiva sulla riabilitazione da parte del filmato come stimolo motivante, sarà possibile solo successivamente al termine della riabilitazione ancora in corso.

## COMMENTO E CONCLUSIONI

Al momento attuale non è possibile trarre delle conclusioni circa l'efficacia del protocollo di management riabilitativo del paziente laringectomizzato, in quanto i pazienti sono ancora agli inizi della riabilitazione vocale. L'analisi dei risultati permette di fare comunque due ordini di considerazioni.

Da una parte, il gruppo di studio è risultato avere un punteggio di psicopatologia minore rispetto a quello di controllo; d'altra parte, le aspettative di vita futura e l'atteggiamento nei confronti della riabilitazione sono risultati maggiormente "positivi" e "strutturati" nel gruppo A che nel gruppo B. A parte la possibile contaminazione dei risultati causata dalla diversa realtà di osservazione, due fasi del protocollo sembrano condizionare maggiormente questi comportamenti: il counseling psicologico e la proiezione del filmato sulla riabilitazione vocale.

Il gruppo A seguito nel management risulta avere una maggiore coscienza dell'intervento, delle sue conseguenze, e di ciò che si può aspettare dalla vita futura, sia, delle aspettative positive e strutturate in relazione alle informazioni ricevute dal filmato che mostra i vari metodi ed i successi della riabilitazione vocale. Il gruppo B, che non ha visionato il film, risulta avere aspettative positive e strutturate solo nel 46% dei casi. Bisogna sottolineare che questi dati indicano l'atteggiamento emotivo attuale verso la riabilitazione, in assenza di un'esperienza diretta per entrambi i gruppi.

Sarà interessante determinare nel proseguio della ricerca se l'aspettativa positiva legata alla maggiore e sistematica informazione sia motivante, oltre che ad intraprendere, anche a determinare il successo della riabilitazione, e quanto, sull'accertato stato ansioso/depressivo del gruppo B, influisca l'assistenza psicologica e la stessa riabilitazione foniatrica.





- 
- 12 - GOLDBERG D.P., RICKELS K., DOWNING R., HESBACHR P. A comparison of two psychiatric screening tests. Br. J. Psychiatry 129, p. 61-67, 1976.
- 13 - GOLDBERG D.F., HILLIER V.F. - A scaled version of the general Health. Questionnaire from the department of Psychiatry, Univ. of Manchester.
- 14 - SIDNEY B., DECALMER P., HARAN D. - Community screening for mental illness. A validity study of the general health questionnaire. Br. J. Psychiatry, 140, p. 174-180, 1982.

◆◆◆