

# Psychospołeczne konsekwencje laryngektomii

## Psychosocial consequences of laryngectomy

KATARZYNA CIEŚLAK <sup>1/</sup>, WOJCIECH GOLUSIŃSKI <sup>2/</sup>, ANNA WEGNER <sup>2/</sup>, MARTA ZAGOZDA <sup>1/</sup>,  
MARIA KUŚNIERKIEWICZ <sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Pracownia Psychologii Klinicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii

<sup>2/</sup> Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Wielkopolskie Centrum Onkologii

Praca prezentuje psychologiczne i społeczne konsekwencje laryngektomii, koncentruje się na problematyce związanej z emocjami, komunikacją, seksualnością, funkcjonowaniem społecznym i jakością życia. Autorzy dokonują przeglądu badań w tym zakresie i podkreślają wagę rehabilitacji psychospołecznej.

**Słowa kluczowe:** laryngektomia, psychoonkologia, jakość życia

The paper presents the psychological and social consequences of laryngectomy, focuses on issues related to emotions, communication, sexuality, social functioning and quality of life. The authors present a review of research results in this field and underline the importance of psychosocial rehabilitation.

**Key words:** laryngectomy, psycho-oncology, quality of life

© Otorynolaryngologia 2017, 16(2): 58-61

www.mediton.pl/orl



**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Mgr Katarzyna Cieślak  
Pracownia Psychologii Klinicznej  
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań  
tel. 61 8850 882, fax. 61 8850 956  
e-mail: katarzyna.cieslak@wco.pl

### Wykaz skrótów:

QOL (quality of life) – jakość życia

Mówiąc o konsekwencjach psychospołecznych laryngektomii, należy zaznaczyć, że zmiany w sferze somatycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej u osób z chorobą nowotworową, następują już w okresie ustalania rozpoznania na podstawie badania histopatologicznego. Uznaje się, że okres oczekiwania na wynik tego badania w sposób bardzo znaczący emocjonalnie obciąża chorego [1]. Bezpośrednio po zabiegu laryngektomii, do głównych trudności, z którymi boryka się pacjent, Dooks i wsp. zaliczają problemy związane ze zmianą drogi oddychania, komfortem jedzenia, komunikacją i obrazem własnego ciała [2]. Osoby po operacji częściowego usunięcia krtani skarżą się najczęściej na pogorszenie warunków głosowych i problemy związane z zachłystywaniem się, natomiast pacjenci po laryngektomii całkowitej tracą

możliwość porozumiewania się przy pomocy głosu fizjologicznego, muszą zaadoptować się do zmiany toru oddechowego, zmiany wyglądu i osłabienia węchu [3]. Utrata głosu jest ważna także w kontekście funkcjonowania społecznego. Dzięki głosowi i mowie komunikacja jest bardzo precyzyjna, a wymiana komunikatów językowych przebiega szybko. Łatwiej można również przekazywać emocje, głos ma walor identyfikujący, wiąże się więc z tożsamością jednostki. Po zabiegu laryngektomii zmienia się charakter głosu, z czym trudno się pacjentom pogodzić. Ta radykalna zmiana, a także zmiana w wyglądzie w postaci otworu tracheostomijnego, mogą zaburzać poczucie obrazu własnej osoby, poczucie tożsamości, samoakceptacji [3, 4].

Przyczyną niemal wszystkich konsekwencji laryngektomii o charakterze psychologicznym i społecznym są oczywiście zmiany o charakterze somatycznym. Okaleczenie fizyczne skutkuje zmianą wyglądu i zmianą toru oddechowego. Po-

wietrze oddechowe nie jest oczyszczane, nawilżane i ogrzewane w górnych drogach oddechowych, co wywołuje podrażnienie błony śluzowej tchawicy. W konsekwencji często pojawiają się odczyny zapalne tchawicy i oskrzeli, niebezpieczne zwłaszcza wtedy, gdy zasychająca wydzielina zamyka światło dróg oddechowych. Zmienia się sposób odkrztuszania, wydzielina w niekontrolowany sposób wydostaje się na zewnątrz a odruch kichania odbywa się w formie kaszlu. Chory traci węch i subtelność smaku. Zwiększa się także męczliwość na skutek skrócenia drogi oddechowej. Pacjenci po laryngektomii całkowitej muszą zachowywać szczególną ostrożność w kontakcie z wodą, tak aby nie dostała się ona do tchawicy. Przede wszystkim jednak chory traci naturalny głos, czyli możliwość sprawnego porozumiewania się z otoczeniem [5, 6].

Mowa jest główną formą międzyludzkich procesów komunikacyjnych. Osoby laryngektomowane w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pozbawione są możliwości porozumiewania się za pomocą głośnej mowy. Stąd też komunikują się one z otoczeniem w sposób niewerbalny (np. dzięki gestom, ruchom warg) bądź też pisząc. Obniża to zarówno tempo jak i jakość komunikacji. Brak możliwości porozumiewania się z otoczeniem za pomocą dźwięcznej mowy zakłóca więc jej funkcję informacyjną i emotywną. Pacjenci czują się bezradni, pozbawieni wpływu na proces wymiany informacji, czego efektem bywa postępująca izolacja społeczna [3]. Uważa się, że funkcja niewerbalna mowy, prozodia, stanowi ok. 28% przekazu przy ok. 7% aspektu treściowego w procesie komunikowania się za pomocą mowy. Na prozodii składają się: intonacja, akcent, tempo i rytm mowy, barwa głosu. Wyróżniamy prozodię lingwistyczną i emocjonalną. Prozodia lingwistyczna to wzorce intonacyjne zdań oznajmujących, pytających i rozkazujących oraz akcent i pauzy. Przy współdziałaniu językowych elementów mowy i prozodii lingwistycznej wypowiedź staje się zrozumiała dla odbiorców. Prozodia emocjonalna tworzy kontekst wypowiedzi, wzmacnia lub obniża przekaz językowy. Informacje związane z prozodią uważa się za pierwszoplanowe i bardziej wiarygodne dla odbiorców niż informacje językowe. Zakłócenie prozodycznych elementów mowy zaburza funkcjonowanie emocjonalne człowieka, brak możliwości modulacji i zmiany barwy uniemożliwia wyrażanie bogactwa przeżyć [3, 6].

Pacjentom laryngektomowanym, mającym istotne problemy komunikacyjne i odczuwającym lęk przed odrzuceniem, towarzyszy zazwyczaj lęk przed samą chorobą. Dyskomfort psychiczny i obniżenie poczucia sensu życia mogą przejść w stan przygnębienia czy depresji, a nawet prowadzić do

myśli i tendencji samobójczych [7]. Zostało udowodnione, że poziom depresji jest wyższy u osób po całkowitej laryngektomii względem osób po laryngektomii częściowej [1, 8]. Odnotowano też, że chorzy po laryngektomii w mniejszym stopniu poddają się reakcjom depresyjnym niż pacjenci po chirurgicznym leczeniu innych guzów w obrębie głowy i szyi [1]. Badania Pruszevicza i wsp. na grupie 140 chorych po całkowitej laryngektomii, w 26% ujawniły zaburzenia stanu psychicznego (23% reakcja depresyjna i 3% zespół depresyjny pochodzenia reaktywnego), natomiast u chorych bez zaburzeń w 63% odnotowano fizjologiczny odczyn przygnębienia. Postępy w rehabilitacji mowy prowadziły do ustępowania objawów depresyjnych [1,9]. U chorych występować mogą również takie zespoły lękowe jak zespół lęku przewlekłego, fobie, lęk napadowy, zespół lękowej koncentracji na objawach. Przyjmuje się, że u chorych onkologicznie, u których zdiagnozowano nowotwory w obrębie głowy i szyi, zaburzenia te występują częściej ze względu na wysoki poziom stresu [1]. Offerman i wsp. wskazują, że istnieje również znaczna grupa pacjentów laryngektomowanych, którzy zgłaszają uczucie zależności od partnerów życiowych i odczucia przeciążania tychże partnerów swoim leczeniem chirurgicznym i jego konsekwencjami [10].

Interesujących informacji na temat psychospołecznych konsekwencji laryngektomii dostarczają wyniki badań koncentrujących się na wskaźnikach demograficznych. Cox i wsp. przyjmują, że rak krtań może mieć większy wpływ na funkcjonowanie psychiczne kobiet niż mężczyzn. Kobiety wykazują bowiem częściej niż mężczyźni obawy dotyczące nie tylko ich samych, ale i rodziny. Ponadto okaleczenie w wyniku laryngektomii nie tylko zmienia w istotny sposób obraz własnego ciała, ale stoi też w sprzeczności z utrwalonymi społecznie oczekiwaniami estetycznymi dotyczącymi kobiet. Kluczową jednak rzeczą jest poczucie utraty kobiecości w wyniku posługiwania się mową zastępczą. Również przypadkowym osobom znacznie trudniej jest zidentyfikować płć żeńską na podstawie słuchania mowy zastępczej, co powoduje problemy choćby w sytuacji rozmowy telefonicznej. Można więc powiedzieć, że oczekiwania społeczne dotyczące pewnej wizji kobiecości w zderzeniu z poczuciem utraty tejże kobiecości przez pacjentki po laryngektomii, z jednej strony powodują często odrzucenie społeczne, z drugiej wyższy poziom niepokoju czy depresji. Oczywiście i mężczyźni ulegają stygmatyzacji i doświadczają utraty „jabłka Adama”, zewnętrznej oznaki męskości, co powodować może obniżenie poziomu poczucia własnej wartości, a w konsekwencji wycofanie społeczne [1]. Jednocześnie

daje się zauważyć, że kobiety lepiej niż mężczyźni radzą sobie z konsekwencjami laryngektomii, kiedy mają one silne wsparcie ze strony rodziny [11]. Jeśli chodzi o dane związane z wiekiem pacjentów, to młodsi z nich (poniżej 65. roku życia) mają większą tendencję do wystąpienia problemów natury psychicznej. Również niskie dochody, bezrobocie, brak stałej pracy wiążą się ze zwiększonym ryzykiem depresji czy zaburzeń psychicznych. Nie zauważa się natomiast różnicy w częstotliwości występowania zaburzeń psychicznych w grupach pacjentów do i powyżej pięciu lat od laryngektomii, co sugeruje, że wszyscy pacjenci, bez względu na czas, który minął od zabiegu, powinni mieć zapewnione wsparcie psychologiczne [8].

Bardzo często przy okazji refleksji dotyczącej psychospołecznych konsekwencji choroby nowotworowej pojawia się pojęcie jakości życia (ang. *quality of life*, QOL) [12-14]. Jest ona definiowana jako wielowymiarowy konstrukt, który obejmuje przynajmniej ocenę szeroko rozumianej fizycznej, psychicznej i społecznej płaszczyzny funkcjonowania [15, 16]. Badania dotyczące QOL pacjentów laryngektomowanych przeprowadziła między innymi Nalbadian i wsp. Problemy komunikacyjne z obcymi wskazało 57% badanych, z członkami rodziny 29%. 30% wstydziło się swojego głosu, 32% wyglądu, 42% stwierdziło symptomy depresji, 30% czuło się osamotnionych. 3 na 4 pacjentów potwierdziło, że życie codzienne uległo zmianie. Połowa pacjentów doświadczała trudności finansowych, 37% nie brało udziału w spotkaniach towarzyskich poza domem [17, 18]. Palmer i Graham odkryli, że możliwość komunikowania się ma najsilniejszy związek z poprawą QOL [15, 19]. Pereira da Silva i wsp. wskazują natomiast na fakt, że badane przez nich osoby pod kątem QOL, które uczestniczyły w zajęciach terapii mowy, miały wyższe wyniki we wszystkich użytych kwestionariuszach [20]. Osoby laryngektomowane uzyskują niższe wyniki QOL niż osoby, u których stosowana była wyłącznie radioterapia [21].

Psychospołeczne konsekwencje laryngektomii nie są wyłącznie udziałem samych pacjentów. Rak dotyka również małżonków czy opiekunów [22, 23]. Mogą oni doświadczać nawet większego stresu niż pacjenci [10]. Największy lęk to lęk przed śmiercią laryngektomowanego partnera. Lęk dotyczy też obawy, że chory partner nie poradzi sobie w sytuacji zagrożenia czy też w dużej grupie społecznej. Partnerzy pacjentów bywają także bardziej poirytowani niż oni sami, w sytuacjach, kiedy inni komunikują się z nimi ignorując niejako obecność chorych, bądź też obawiając się niezręcznej czy trudnej z nimi rozmowy. Dla większości badanych par, związek wydaje się

być podobny do okresu poprzedzającego laryngektomię. Co więcej, jedna piąta par ocenia związek jako lepszy w okresie po operacji. Nie zmienia to jednak faktu, że w związkach zachodzą negatywne zmiany związane zwłaszcza ze stosunkiem zależności wobec zdrowego partnera. Inną negatywną konsekwencją jest pogorszenie w sferze kontaktów intymnych. Jeden na trzech laryngektomowanych bądź ich partnerów zgłasza zmniejszenie liczby kontaktów intymnych w stosunku do ich ilości przed zabiegiem. U części chorych lub ich partnerów pojawia się lęk przed problemami oddechowymi podczas zbliżenia. Również jeden na czterech laryngektomowanych czuje się fizycznie mniej atrakcyjny poprzez deformację spowodowaną zabiegiem chirurgicznym. W związku z sytuacją partnerów osób chorych, można wskazać kilka postulatów. Osoby te powinny zostać objęte wsparciem psychologicznym, ponieważ często doświadczają one większego stresu niż sami chorzy. Zmiana dynamiki związku w okresie po zabiegu wymagać może również adekwatnej psychoedukacji. Szczególną uwagę personelu medycznego powinny być obdarzone zwłaszcza kobiety, osoby słabo wyedukowane, czy też starsze. Ci bowiem partnerzy są relatywnie bardziej narażeni na negatywny wpływ skutków laryngektomii w odniesieniu do funkcjonowania psychospołecznego ich samych oraz ich partnerów [10].

Niwelowanie – dzięki wsparciu informacyjnemu, psychicznemu i społecznemu – niekorzystnych konsekwencji pojawiających się w różnych sferach życia pacjentów laryngektomowanych, powinno zacząć się szybko, jeszcze w czasie diagnozy i leczenia chirurgicznego, i przebiegać wielotorowo. Utrata głosu wpływa w sposób istotny na obniżenie QOL. Niezmiernie ważne jest więc wdrożenie rehabilitacji głosu i mowy przełykowej przy jednoczesnym obniżaniu poziomu lęku. Udowodniony jest silny związek między tymi zmiennymi (korelacja dodatnia) [5, 24]. Równie istotne jest wprowadzanie jeszcze podczas hospitalizacji elementów rehabilitacji psychospołecznej, np. pracy nad podniesieniem samooceny pacjenta, objęcie wsparciem i psychoedukacją najbliższych, pomoc w powrocie do pracy zawodowej, pokazanie możliwości przekwalifikowania czy korzystania z orzecznictwa rentowego i pozarentowego. Szczególnie ważne wydaje się być to ostatnie dla grupy młodych pacjentów, dla których to istotnym czynnikiem motywującym jest nadzieja na powrót do pracy zawodowej, najlepsza z form rehabilitacji psychofizycznej [25]. Dobrze wyniki daje przedstawienie chorym przed operacją i na początku ćwiczeń osób dobrze mówiących po laryngektomii, stąd istotna wydaje się być współpraca zespołów



terapeutycznych ze stowarzyszeniami zrzeszającymi pacjentów laryngektomowanych. Jak widać wyraźnie z powyższych rozważań, w opiece nad pacjentami po laryngektomii ważną i jedyną drogą rehabilitacji psychospołecznej jest pomoc udzielana

pacjentom poprzez współdziałanie interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, obejmującego laryngologa, foniatrę, logopedę, psychologa, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, a także seksuologa, pracownika socjalnego czy doradcę zawodowego [1].

## Piśmiennictwo

1. Studzińska K, Obrębowski A, Wiskirska-Woźnica B, Obrębowska Z. Problemy psychologiczne w rehabilitacji chorych po operacjach całkowitego usunięcia krtani. *Pol Przegląd Otorinolaryngol* 2012; 2(1): 124-8.
2. Dooks P, McQuestion M, Goldstein D, Molassiotis A. Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Support Care Cancer* 2012; 20(3): 489-98.
3. Kuśnierkiewicz M. Zaburzenia procesu komunikacji i ich wpływ na funkcjonowanie emocjonalne osób po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi. Materiały zjazdowe, Konferencja „Współczesna fizjoterapia w nowotworach głowy i szyi”, Poznań, 21.01.2011.
4. Cieślak K, Kędziora-Antkowiak J, Kuśnierkiewicz D i wsp. Emocjonalne konsekwencje zaburzeń komunikacji u osób leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi. *Forum Logopedy* 2015; 10: 48-52.
5. Kuśnierkiewicz M, Pruszewicz A, Kruk-Zagajewska A, Żebryk-Stopa A, Kraśny J, Zygarowicz M i wsp. Wpływ czynników osobowościowych na przebieg procesu rehabilitacji głosu i mowy u osób po operacji całkowitego usunięcia krtani. *Psychoonkologia* 2001; 9: 29-35.
6. Augystyniak M. Chorzy po laryngektomii – problemy kliniczne. *Psychoonkologia* 1999; 5: 51-4.
7. Urbańska G, Trzebiatowska IA, Paradowska D, Kowalska B. Próba oceny jakości życia laryngektomowanych w oparciu o badanie uczestników turnusu rehabilitacyjnego. *Psychoonkologia* 1999; 5: 21-5.
8. Bussian C, Wollbrück D, Danker H, Herrmann E, Thiele A, Dietz A, et al. Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010; 267(2): 261-6.
9. Pruszewicz A, Gąsiorek J, Obrębowski A, Czerwiński A. Znaczenie rehabilitacji psychicznej w procesie wykształcania mowy zastępczej u laryngektomowanych. *Otolaryng Pol* 1979; 33: 533-8.
10. Offerman MPJ, Pruyn JFA, de Boer MF, Busschbach JJ, Baatenburg de Jong RJ. Psychosocial consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners. *Oral Oncology* 2015; 51(4): 389-98.
11. Cox SR, Theurer JA, Spaulding SJ, Doyle PC. The multidimensional impact of total laryngectomy on women. *J Commun Disord* 2015; 56: 59-75.
12. Singer S, Danker H, Guntinas-Lichius O, Oeken J, Pabst F, Schock J, et al. Quality of life before and after total laryngectomy: Results of multicenter prospective cohort study. *Head Neck* 2011; 36(3): 359-68.
13. Devins GM, Otto KJ, Irish JC, Rodin GM. Head and neck cancer. (w) *Psycho-Oncology*. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R, Butow PN (red.). Oxford University Press, New York 2015: 92-7.
14. Wiegand S. Evidence and evidence gaps of laryngeal cancer surgery. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2016; 15: 1-30.
15. Kazi R, De Cordova J, Kanagalingam J, Venkitaraman R, Nutting CM, Clarke P, et al. Quality of life following total Laryngectomy: assessment using the UW-QOL Scale. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2007; 69(2): 100-6.
16. Eadie TL, Doyle PC. Quality of life in male tracheoesophageal (TE) speakers. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42(1): 115-24.
17. Nalbadian M, Nikolaou A, Nikolaidis V, Petridis D, Themelis C, Daniilidis I. Factors Influencing quality of life in laryngectomized patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258(7): 336-40.
18. Giordano L, Toma S, Teggi R, Palonta F, Ferrario F, Bondi S, et al. Satisfaction and quality of life in laryngectomees after voice prosthesis rehabilitation. *Folia Phoniatr Logop* 2011; 63(5): 231-6.
19. Palmer AD, Graham MS. The relationship between communication and quality of life in alaryngeal speakers. *J Speech Lang Pathol Audiol* 2004; 28(1): 6-24.
20. Pereira da Silva A, Feliciano T, Vaz Freitas S, Esteves S, Almeida E Sousa C. Quality of life in patients submitted to total laryngectomy. *J Voice* 2015; 29(3): 382-8.
21. Campbell BH, Marbella A, Layde PM. Quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer. *Laryngoscope* 2000; 110(6): 895-906.
22. Blood GW, Simpson KC, Dineen M, Kauffman SM, Raimondi SC. Spouses of individuals with laryngeal cancer: caregiver strain and burden. *J Commun Disord* 1994; 27(1): 19-35.
23. Meyer A, Keszte J, Wollbrück D, Dietz A, Oeken J, Vogel HJ, et al. Psychological distress and need for psycho-oncological support in spouses of total laryngectomized cancer patients- results for the first 3 years after surgery. *Support Care Cancer* 2015; 23(5): 1331-9.
24. Keszte J, Danker H, Dietz , Meister E, Pabst F, Vogel HJ, et al. Mental disorders and psychosocial support during the first year after total laryngectomy: a prospective cohort study. *Clin Otolaryngol* 2013; 38(6): 494-501. Erratum in: *Clin Otolaryngol* 2014; 39(2): 134.
25. Gorajska J. Rehabilitacja osób po wycięciu krtani – doświadczenia własne. *Psychoonkologia* 1999; 5: 55-9.