

Francesco Burrai, Dott. Magistralis, PhD, Docente di Cure Complementari, Collaboratore Scuola C.R.I. di Bologna.

Sandra Scalorbi, Dott. Magistralis, Coordinatore didattico e Docente di Infermieristica preventiva e di comunità, Sezione formativa Bo 1 Scuola C.R.I., Università degli Studi di Bologna

La musicoterapia nell'assistenza infermieristica in area critica



Riassunto

La musicoterapia è considerata da anni, nei paesi in cui l'assistenza infermieristica come disciplina è maggiormente sviluppata, uno strumento di intervento terapeutico infermieristico autonomo (ITNI, Independent therapeutic nursing intervention). L'utilizzo dell'elemento sonoro-musicale all'interno dell'assistenza infermieristica in area critica è giustificato dalle numerose evidenze scientifiche, che ne consigliano la sua introduzione nella prassi assistenziale quotidiana, nell'ottica della best practice e nello sviluppo di una assistenza infermieristica di tipo olistico e umanizzante. La musicoterapia trova applicazione nell'assistenza infermieristica in area critica, come strumento efficace di comunicazione non verbale con l'obiettivo di migliorare diversi outcomes tra i quali la qualità di vita del paziente, la riduzione della sintomatologia dolorosa e degli stati d'ansia. Permette di raggiungere obiettivi complessi come la stimolazione, lo stabilire una comunicazione, il facilitare il recupero della coscienza, la sintonizzazione affettiva con il mondo interiore dei pazienti in coma attraverso l'elemento sonoro-musicale.

Parole Chiave: Musicoterapia, Olistico, Qualità di vita, Performance infermieristiche, Evidenze scientifiche.

La musicoterapia

La musicoterapia è una disciplina che utilizza l'elemento sonoro/musicale all'interno della relazione utente/operatore in un processo sistemico di intervento con finalità preventive, riabilitative e terapeutiche¹.

Le metodologie di applicazione sono due:

1. *la musicoterapia ricettiva o passiva, caratterizzata dall'ascolto di musica registrata (cd) scelta dal paziente o programmata dal terapeuta;*
2. *la musicoterapia attiva, dove la musica è creata dal paziente attraverso, strumenti musicali, oggetti, emissione di suoni e rumori.*

L'applicazione della musicoterapia come intervento sonoro-relazionale è dunque non limitata solo al posizionamento di un walk-man con la giusta scelta musicale e/o sonora. Nelle terapie intensive si riscontra il problema degli ambienti fisici, costantemente saturi di suoni e rumori, in aggiunta al livello sonoro prodotto dall'équipe assistenziale. Uno degli approcci musicote-

rapici più utilizzati nelle terapie intensive, si basa sul modello dell'ISO sonoro di R.Benezon. Secondo tale modello, la storia vitale di ogni individuo contiene un mondo sonoro soggettivo e unico: tale dimensione è definita dal principio dell'ISO. L'ISO è definito come l'insieme infinito di energie sonore, acustiche e di movimento, è il vissuto sonoro, l'immagine sonora di ogni soggetto.

Utilizzando le informazioni dell'ISO universale, rappresentato dai suoni arcaici, ancestrali ereditati geneticamente e contenuti a livello inconscio (il ritmo dato dal battito cardiaco o i suoni atavici della natura), dell'ISO *gestaltico* (che contiene i vissuti sonori del concepimento, come per esempio la voce della madre, il flusso sanguigno, i suoni esterni portati dal liquido amniotico, i rumori del corpo della madre), dell'ISO complementare (con energie sonore e musicali prodotte dalle influenze ambientali) e infine dell'ISO *grupppale*, (rappresentato dal mondo sonoro e musicale prodotto durante l'interazione con un particolare gruppo culturale, per esempio le differenze sonore tra occidentali ed orientali). L'azione musicoterapica diventa un intervento complesso

EDITORIALE

pervenuto il 06/03/07
approvato il 09/03/07

che lavora sugli strati profondi del paziente, cercando di entrare in comunicazione con tutte queste energie sonore, disponibili per una comunicazione non verbale con il paziente, anche in coma. L'obiettivo dunque è una stimolazione, lo stabilire un contatto, il facilitare il recupero della coscienza, la sintonizzazione affettiva con il suo mondo interiore attraverso l'elemento sonoro-musicale.

La stimolazione sonoro-musicale

Nelle terapie intensive, o nei pazienti critici che non possono comunicare, gli approcci base di musicoterapica, prevedono l'uso di cd contenenti generalmente una decina di brani per la durata di 30 o 40 minuti di musica o suoni che il paziente gradiva o ascoltava abitualmente. Per il reperimento delle informazioni sul mondo sonoro del paziente, è indispensabile porre domande ai familiari, seguendo una scheda di raccolta dati per l'anamnesi sonoro-musicale. Reperire per esempio informazioni sulle tradizioni musicali del luogo di origine del paziente, sulle competenze musicali, sulle sue preferenze, sull'esistenza di registrazioni sonore delle voci del paziente e dei familiari, sui programmi radio e televisivi preferiti, sul volume di ascolto della musica, sulle musiche che provocavano rilassamento o tensione. Ovviamente questo è solo un esempio delle schede di raccolta dati musicoterapici, le quali indagano diversi aspetti del mondo sonoro del paziente.

L'ascolto del cd avviene tramite cuffie che permettono di isolare il paziente dai rumori del reparto, con ascolti completi di tutte le tracce; la somministrazione può essere fatta anche dai familiari, rispettando i protocolli di intervento musicoterapico. Oltre alla presenza di musica preferita dal paziente, saranno inseriti nella *track-list* voci, suoni e rumori legati alle attività di vita del paziente o che per lui possano rappresentare particolari significati, nonché suoni e musiche indicate da ricerche scientifiche in relazione allo stadio clinico del paziente critico. Non è indicato l'utilizzo di musiche contenenti loop, groove o fortemente ritmiche, perché hanno carattere ipnotico. L'intensità del volume può essere medio alta.

Gli ascolti devono essere effettuati tutti i giorni, due volte al giorno. Per il moni-

toraggio del paziente durante e dopo l'ascolto del cd, si devono registrare i parametri fisiologici, normalmente monitorati per i pazienti in coma attraverso la *Glasgow Coma Scale*.

Attraverso questo tipo di intervento, si cerca di portare al paziente contenuti di elevato valore emotivo e affettivo, in condizioni in cui il soggetto è in parziale contatto con l'ambiente esterno, dunque con perdita dei confini spazio temporali, in uno stato di fragilità e vulnerabilità per la perdita dell'intergrità individuale.

Nei pazienti in stato vegetativo gli interventi complessi di musicoterapica iniziano con l'utilizzo della voce, attraverso l'improvvisazione di melodie cantate di stampo infantile, dunque con strutture musicali elementari e semplici ma strategicamente sintonizzate sulla tipologia e sulla frequenza del respiro del paziente. Questo è il primo punto di contatto: la voce, a partire dalla vita fetale, è l'esperienza sonora primaria che consente un contatto più diretto. Se durante le sedute musicoterapiche il paziente manifesta una sequenza di movimenti, anche involontari o casuali, essi diventano subito lo spunto per cercare un adatto strumento sonoro da far suonare durante quel comportamento motorio, per esempio posizionando delle sonagliere sulle caviglie o sul polso o un piccolo tamburo appoggiato sulle mani. Questa produzione sonora, anche non volontaria, può rappresentare una prima via, un valore espressivo del paziente e una primordiale strada per un *feed-back* da sviluppare durante le sedute.

Gli effetti psicosomatici

Il suono, come ogni realtà, è una forma di energia che produce effetti sull'organismo umano attraverso la variazione dei campi di energia delle strutture organiche, mentre attraverso la forma materiale, gli effetti si manifestano attraverso la risonanza tra le frequenze sorgente e quelle mente-corpo.

Secondo la psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), il suono produce effetti terapeutici grazie alla sua azione riequilibratrice sull'asse psiconeuroendocrinoimmunologico: questa affermazione si basa sul fatto che ogni fenomeno psichico induce una modificazione biologica cerebrale, e al tempo stesso, ogni

modificazione strutturale-funzionale cerebrale, produce una modificazione della sfera emozionale, comportamentale, esperienziale.

Questo rapporto circolare, di *network* è in accordo con l'approccio musicoterapico che vede nel suono e nella musica una fenomenologia del paradigma olistico in cui l'uomo è visto come un tutto unificato che manifesta caratteristiche che sono più della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle stesse. Secondo alcuni studi, esistono correlazioni tra le frequenze, le note musicali del sistema temperato e le frequenze dei colori, i punti dell'agopuntura (in rispetto dell'equazione di uguaglianza tra massa ed energia), frequenze sonore ed oligoelementi, frequenze sonore e cellule, tessuti e organi. Secondo la teorica infermieristica Martha Rogers, il suono influenza l'asse mente-corpo grazie alla correlazione tra il principio di risonanza della fisica del suono e il principio di risonanza enunciato dalla teorica del nursing. Infatti il cambiamento nel modello e nell'organizzazione del campo umano e ambientale avviene e si propaga per mezzo di onde; il campo umano e il campo ambientale sono sistemi energetici strutturati in campi vibrazionali specifici (modelli d'onda); l'interazione tra uomo e ambiente avviene tramite un flusso ritmico di energia, determinando il processo della vita, come flusso infinito di modelli d'onda (cambiamento), ed infine l'uomo conosce l'ambiente come onda di risonanza.

La revisione della letteratura

La musicoterapia ha un notevole *background* di evidenze scientifiche.

Numerosi sono gli studi di carattere psicologico e medico; si espone di seguito, una revisione della letteratura delle ricerche prodotte dal mondo infermieristico specificatamente per l'area critica. Twiss et al.² nel loro studio RCT, hanno rilevato che l'ascolto di musica in pazienti anziani sottoposti a chirurgia cardiovascolare determinava valori inferiori nei livelli di ansia ($F = 5.57$, $p = .022$) e tempi ridotti di intubazione postoperatoria ($F = 5.45$, $p = .031$). Stubbs³ osserva una induzione di stati di rilassamento e calma nel periodo post ventilazione meccanica in pazienti trattati con la musicoterapia.

Lo studio di Cardozo⁴ riscontra nell'uso dei suoni armonici, un intervento strategico per ridurre i livelli di dolore e di ansia nei pazienti in terapia intensiva, mentre Alemrud et al.⁵ rilevano in pazienti sottoposti a ventilazione meccanica, una diminuzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica durante la sessione di musicoterapia, ed un corrispondente incremento dei valori pressori al termine del trattamento musicoterapeutico.

Murrock⁶ rileva in pazienti in fase riabilitativa post chirurgica da innesto di bypass aorto-coronarico, un significativo miglioramento dell'umore durante le sessioni sinergiche di esercizi riabilitativi e musicoterapia (gruppo sperimentale) rispetto alla stessa tipologia di pazienti che non usufruivano del trattamento musicoterapeutico durante gli esercizi riabilitativi (gruppo di controllo). Nello studio RCT di Lee et al.⁷, 64 soggetti in ventilazione meccanica sono stati assegnati casualmente in due gruppi: quello sperimentale era trattato con 30 minuti di ascolto di musica, mentre quello di controllo con il riposo, allo scopo di misurare l'effetto della musica sui livelli di ansia.

I risultati hanno mostrato miglioramenti significativi sulla percezione dell'ansia e sul comfort; l'elemento sonoro-musicale è indicato come strumento di *best practice* per l'assistenza infermieristica in unità di terapia intensiva. Lindquist et al.⁸, evidenzia che il 96.4% degli infermieri americani usa uno o due terapie complementari tra cui la musica come strumento per la gestione dello stress e il mantenimento di un equilibrio psicofisico. Richards et al.⁹ riscontrarono nell'uso della musica un intervento che favorisce il sonno nei pazienti critici, indicandola come un intervento infermieristico sicuro e che dovrebbe essere applicato ordinariamente nell'assistenza in area critica.

Il lavoro di revisione di Iriarte Roteta¹⁰ condotto sui database Medline, CINAHL, Embase e PsycLit del Cochrane, per la ricerca di revisioni sistematiche e studi RCTs, individua due *Random Control Trials* e una revisione che rispetta i criteri di inclusione, i quali riportavano risultati indicanti differenze significative fra i gruppi sperimentali e di controllo sul post-test nella riduzione dell'ansia nei pazienti in ventilazione meccanica. McCaffrey et al.¹¹ affermano che l'utilizzo della musica rappresenta

un intervento assistenziale infermieristico di tipo integrale e olistico e rappresenta un intervento efficace, non invasivo che permette la promozione della salute e del benessere attraverso la riduzione del dolore, dell'ansia, favorendo il rilassamento e permettendo attraverso l'effetto della distrazione di ottenere effetti benefici rispetto agli stati emotivi negativi del paziente. White¹² afferma che la musica è sempre stata usata dalla medicina e dal nursing nella storia dell'assistenza, non solo per i classici trattamenti indicati per la musicoterapia ma anche per ridurre il consumo dell'ossigeno da parte del miocardio e per migliorare le funzioni gastrointestinali. Sempre White¹³ indica la musicoterapica come un intervento di facile gestione, relativamente economico e non invasivo che migliora il livello di soddisfazione e diversi *outcomes* dei pazienti critici. Chlan et al.¹⁴ rilevarono l'utilità della musica nella gestione dello stress e per una migliore percezione del controllo ambientale da parte dei pazienti critici. Standley¹⁵ riscontra che l'ascolto del pezzo musicale di Brahms "Lullaby" con durate di ascolto di 15-30 minuti, per una o due volte alla settimana, da parte di neonati prematuri in terapia intensiva, aumenta il rapporto peso/giorno sia per i maschi che per le femmine, nonché un aumento della tolleranza agli stimoli ambientali e un aumento dello stato di calma da parte dei neonati prematuri. Infine nello studio quasi sperimentale di Byers et al.¹⁶ l'ascolto di musica, in prima giornata post-operatoria, in pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca, ha diminuito la sensibilità al rumore ambientale del reparto, la frequenza cardiaca e i valori della pressione sistolica.

Conclusioni

Nei paesi in cui l'assistenza infermieristica come disciplina è maggiormente sviluppata come gli U.S.A., Australia e Canada, l'uso della musica sta avendo da diversi anni un notevole sviluppo sia nella metodologia d'uso, sia nei sistemi di valutazione degli *outcomes* che nella ricerca. La musicoterapia è considerata in tali paesi come strumento di intervento terapeutico infermieristico autonomo (ITNI, Independent therapeutic nursing intervention), ed è spesso in sinergia con altri interventi di cure complemen-

tari¹⁷⁻¹⁸. In Italia non esiste una formazione in musicoterapia specifica per gli infermieri e l'unica strada formativa è rappresentata da scuole di musicoterapia di durata generalmente triennale, le quali, nella maggior parte dei casi, aderiscono alla Confederazione Italiana Associazioni di Musicoterapia (COFIAM), la quale, attraverso un protocollo d'intesa, definisce i criteri didattici che devono essere rispettati nella formazione in musicoterapia.

Bibliografia

1. BUNT L., *Music therapy: an art beyond words*, Routledge, 199, England.
2. TWISS E., SEAVER J., MCCAFFREY R. *The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery*. Nurs Crit Care. 2006 Sep-Oct;11(5):224-31.
3. STUBBS T. *Experiences and perceptions of music therapy in critical illness*. Nurs Times. 2005 Nov 8-14;101(45):34-6.
4. CARDOZO M. *Harmonic sounds: complementary medicine for the critically ill*. Br J Nurs. 2004 Dec 9-2005 Jan 12; 13(22):1321-4.
5. ALEMURUD S., PETERSSON K., (2003) *Music therapy-a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients*. Intensive and Critical Care Nursing 19,21-23.(32)
6. MURROCK CJ.,(2002) *The effects of music on the rate of perceived exertion and general mood among coronary artery bypass graft patients enrolled in cardiac rehabilitation phase II*. Rehabilitation Nursing 27(2),227-231.
7. LEE OK, CHUNG YF, CHAN MF, CHAN WM. *Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study*. J Clin Nurs. 2005 May;14(5):609-20
8. LINDQUIST R., TRACY MF., SAVIK K. *Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003 Sep;15(3):393-9
9. RICHARDS K., NAGEL C., MARKIE M., ELWELL J., BARONE C. *Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003 Sep;15(3):329-40.
10. IRIARTE ROTETA A. *Music therapy effectiveness to decrease anxiety in mechanically ventilated patients*. Enferm Intensiva. 2003 Apr-Jun;14(2):43-8
11. MCCAFFREY R., LOCSIN RC. *Music listening as a nursing intervention: a symphony of practice*. Holist Nurs Pract. 2002 Apr; 16(3):70-7.
12. WHITE JM. *Music as intervention: a notable endeavor to improve patient outcomes*. Nurs Clin North Am. 2001 Mar;36(1):83-92
13. WHITE JM. *State of the science of music interventions*. Critical care and periopera-

- tive practice. Crit Care Nurs Clin North Am. 2000 Jun;12(2):219-25.
14. CHLAN L., TRACY MF. *Music therapy in critical care: indications and guidelines for intervention*. Crit Care Nurse. 1999 Jun;19(3):35-41.
15. STANDLEY JM. *The effect of music and multimodal stimulation on responses of premature infants in neonatal intensive care*. Pediatr Nurs. 1998 Nov-Dec;24(6):532-8
16. BYERS JF., SMYTH KA. *Effect of a music intervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients*. Am J Crit Care. 1997 May;6(3):183-91
17. GAGNER-TJELLESEN D., YURKOVICH EE., GRAGERT M.(2001) *Use of music therapy and other ITNIs in acute care*. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service 39(10),26-37.
18. BARBER CF. (1999) *The use of music and colour theory as a behaviour modifier*. British Journal of Nursing 8(7),443-448.

Abstract

Music therapy is considered, from several years in countries with an advanced nursing, an Independent Therapeutic Nursing Intervention. The use of the sonorous musical element in critical nursing care area is justified by the numerous scientific evidences, and its introduction in the daily nursing praxis, for development the best practice and holistic nursing. Music therapy is an optimal instrument for critical nursing care area, because its is an effective not oral communication modality, to improve various outcomes like the patient quality of life, pain and anxiety reduction, until complex objectives like stimulation, establishing a communication, facilitating conscience linking, an affective synchronization with the inner patients coma world by sonorous-musical element.

Key words: Music Therapy, Holism, Life Quality, Nursing Performance, Evidence Based Nursing.



IX Congresso ANIARTI - Umbria
Assisi – S. Maria degli Angeli
08 giugno 2007



Infermieri nel mondo
L'Infermieristica abbatte i confini nazionali e si apre
"al respiro del mondo"

Sessione del Mattino

08.00 Registrazione dei partecipanti - **INIZIO DEI LAVORI**

Prima Sessione: la solidarietà, il volontariato, gli operatori sanitari nel mondo; la filosofia Aniarti.
Moderatore: Francesco Dottori

08.30 / 08.45 L'Infermiere nel mondo; introduzione alla tematica. **Relatore: Nora Marinelli**

08.45 / 09.30 ANIARTI: il contributo degli Infermieri di Area Critica alle attività del volontariato internazionale. **Relatore: Gianfranco Cecinati**

09.30 / 10.30 Aniarti e le esperienze formative internazionali: Exchange Program – Programma di scambio di EfCCNa. **Relatore: Erika Bassi**

10.30 / 10.45 Coffee break

Seconda Sessione: le esperienze nel mondo. Moderatore: Francesco Dottori

10.45 / 11.45 Esperienza di un infermiere in Iraq e in Africa. **Relatore: Filippo De Bruno**

11.45 / 12.45 Esperienza in un Ospedale di Emergency in Sierra Leone. **Relatore: G. Antonio Senni**

12.45 / 13.30 Esperienza di un gruppo d'infermieri in Eritrea. **Relatore: Ilaria Zuccherfno.**

Chiusura della sessione - Pausa pranzo

Sessione Pomeridiana INIZIO DEI LAVORI

Terza Sessione: organizzazione e progettualità del volontariato internazionale.
Moderatore: Silvia Scelsi

14.45 / 15.45 Medici senza Frontiere, presentazione, iniziative, esperienze.
Relatore: Grazia Marcianesi Casadei.

15.45 / 16.30 Esperienza di un Infermiere a Kabul con Emergency. **Relatore: Massimo Spallato**

16.30 / 17.15 Progetto AIFO. Kimbaw. Repubblica democratica del Congo. **Relatore: Chiara Castellani**

17.15 / 18.00 Esperienza di un infermiera in Pakistan: terremoto del 2005. **Relatore: Paola Barzagli**

18.00 / 19.00 Tavola rotonda su:

Il ruolo dell'associazionismo internazionale nelle politiche per la pace e per il superamento delle diseguità sociali. **Conducono: Giancarlo Brunetti – Andrea Mezzetti**

Questionario di apprendimento - Chiusura lavori congressuali - Consegna attestati di partecipazione

La brochure informativa dell'evento, completa di tutte le informazioni necessarie per la partecipazione, è disponibile per il download e la stampa nella sezione eventi formativi del sito www.aniarti.it

I destinatari per il quale è stato richiesto l'accreditamento ECM, sono unicamente gli **Infermieri**.

Sono disponibili 300 posti - Iscrizioni aperte sino al 30 maggio 2007

Segreteria scientifica: Nora Marinelli, Silvia Scelsi

Organizzazione e informazioni: Francesco Dottori 3397691469, Gian Domenico Giusti 3487230282

Per iscriversi occorre compilare il modulo di iscrizione nella sezione eventi formativi del sito www.aniarti.it ed inviare unicamente tramite fax al numero 075/6309844 la ricevuta di versamento del bonifico bancario o del bollettino postale. L'assegnazione dei posti disponibili avverrà in base alla data di invio della scheda d'iscrizione. Chiunque inviasse l'iscrizione entro il termine previsto (30 maggio 2007) ma in condizioni di esaurimento dei posti, non ha diritto all'iscrizione e riceverà il rimborso della quota. Si consiglia di verificare l'avvenuta iscrizione contattando il delegato ANIARTI – UMBRIA Francesco Dottori al numero 339/7691469. Non verranno accettate iscrizioni prive della copia della ricevuta di pagamento o inviate con modalità diverse rispetto a quelle indicate o ad altro numero di fax.