

Doserede forsinkelser i levende, receptiv musikterapi på hospice

*Marie Falk, diplomuddannet cellist fra
Det Jyske Musikkonservatorium, cand.mag.
i musikterapi fra Aalborg Universitet, mu-
sikterapeut på Sct. Maria Hospice og for-
mand for Dansk Musikterapeutforening.
Kontakt: falkmusikterapi@yahoo.dk*



I løbet af de sidste 8 år har jeg arbejdet som musikterapeut på tre forskellige hospicer i Danmark¹. Her har jeg utallige gange oplevet, hvordan receptiv musikterapi med levende musik kan give ro, lindring og velvære til patienter og pårørende. Når jeg spiller og synger i mit arbejde, anvender jeg min viden om entrainment meget bevidst for bedst muligt at kunne følge patienten og hjælpe til optimal lindring.

Det koncentrerede arbejde med entrainmentprincippet giver mig næsten altid en helt særlig og intens oplevelse af kontakt til patienten og en fornemmelse af, at musikken, som jeg spiller, virkelig forandrer noget i og for patienten. Det er en følelse af synkronicitet mellem musikken, patientens og mit eget nervesystem og af at jeg gennem denne synkronicitet kan påvirke patientens nervesystem konstruktivt med nøje doserede forsinkelser i musikkens timing.

Som det vil fremgå, er det begrænset,

hvor meget jeg indtil nu har mulighed for at vide præcist om de processer, der sker i hospicepatienterne under denne form for musikterapi. Jeg er derfor i gang med at undersøge den eksisterende forskning og litteratur indenfor de involverede vidensområder, for selv at kunne udføre en dybere, kvalitativ undersøgelse af, hvad det er for processer, der sker i og for patienten under denne form for musikterapi, og hvilke kliniske mål de eventuelle processer kan være med til at opfylde.

I denne artikel vil jeg beskrive lidt af den teoretiske baggrund for min anvendelse af entrainment i musikterapien, mine subjektive oplevelser af denne praksis, de spørgsmål, som de rejser, samt mine bevæggrunde for at forske i dem.

Entrainmentbegrebet

Ordet 'entrainment' dækker groft sagt over den naturlov, at fysiske svingninger, som er i

¹ Svanevig Hospice (Bandholm), Hospicegården Filadelfia (Dianalund) og Sct. Maria Hospice (Vejle).

kontakt med hinanden, over tid vil afstemme sig med hinanden, synkronisere sig og svinge i takt (Benzon, 2001). Clayton (2012) pointerer dog: "entrainmentteori er ikke domænespecifik men derimod en abstraktion, som kan bruges i forståelsen af mange forskellige fænomener"², heriblandt indenfor musik og anden social interaktion mellem mennesker.

Entrainment kan være symmetrisk, hvor begge svingninger påvirker hinanden, eller asymmetrisk, hvor påvirkningen helt overvejende sker fra det ene, svingende system til det andet (Clayton, 2012). Clayton (2012) henviser til en række studier, som viser en tendens til, at mennesker, som interagerer socialt, har større sandsynlighed for at entraine deres svingninger, end mennesker, som blot er i samme rum.

I musikterapi anvendes entrainmentprincippet således, at musikkens svingning kan blive styrende eller vejledende for patientens svingning(er) i f.eks. det autonome nervesystem, og dermed hjælpe til nedregulering af arousal og til lindring af plagsomme symptomer (Bonde, 2009; Schneck & Berger 2006, kap.6).

På baggrund af Claytons beskrivelser giver det mening at antage, at entrainmentprincippet i musikterapi bliver styrket af den sociale interaktion, som sker i den terapeutiske relation mellem patient og musikterapeut. At musikkens svingning kan være styrende for patientens svingninger, tyder på en form for asymmetrisk entrainmentproces.

Schneck & Berger (2006, kap.7) beskriver, hvordan patienten som svingende system i starten vil yde modstand mod en ny, ekstern svingning, hvorfor den nye svingning må tilføres jævnlige over tid, før entrain-

ment kan ske fuldt ud. De benævner netop den styrende svingning som en "*continuous disturbance*" (kap.6), altså en "kontinuerlig forstyrrelse".

For at lette denne proces, giver det mening, så vidt muligt, at lade musikken tage udgangspunkt i patientens svingning og kun gradvist at ændre svingningen i den nye og ønskede retning, så kontrasten mellem de to svingninger altid føles overkommelig for patientens fysiske og psykiske system. Netop denne form for gradvis brug af entrainment betegnes indenfor musikterapiteori "ISO-princippet" (Dimaio, 2010; Wärja & Bonde, 2014). Mit særlige fokus på det, jeg har valgt at kalde "doserede forsinkelser", er netop et eksempel på anvendelse af ISO-princippet, og det er i høj grad opstået på baggrund af den meget sårbare patientgruppe, jeg arbejder med på hospice.

Patientgruppen

Hospicepatienter har alle en livstruende sygdom. Kurativ behandling er afsluttet, og de har komplekse symptomer, som kræver specialiseret, lindrende behandling³. Den gennemsnitlige liggetid for hospicepatienter har i en årrække ligget omkring 2-3 uger⁴, og det er for de flestes vedkommende den sidste del af et langt og lidelsesfyldt sygdomsforløb.

De fleste patienter på hospice har plagsomme fysiske symptomer som f.eks. smerter, åndedrætsbesvær, træthed og søvnbesvær, og mange af dem har også psykiske, sociale og åndelige symptomer, som kommer til udtryk som blandt andet angst og depression (Østergaard & Skogermann, 2013). Disse mangfoldige former for lidelse beskrives indenfor palliationen ofte under samlebeteg-

2 Min oversættelse.

3 <https://www.sctmariahospice.dk/dk/patienter-og-paaroerende/saadan-bliver-man-henvist-til-sct-maria-hospice/> 07-2021

4 <https://www.hospiceforum.dk/Nyheder.1549.aspx?recordid1549=318> 07-2021.

nelsen 'total smerte' (Mehta & Chan, 2008) (Saunders, Baines & Dunlop, 1995), og som det ses i det følgende, må de alle antages at være årsag til stress, anspændthed og forhøjet arousal hos patienten.

Der findes mange mere eller mindre divergerende definitioner på stress med udgangspunkt i forskellige, faglige paradigmer (Fink, 2016). Kim & Diamond (2002, s. 454) har dog formuleret denne definition på stress, som kan anvendes på tværs af faglige paradigmer: *"[Stress is] a condition in which an individual is aroused by an aversive situation [...]. The magnitude of the stress and its physiological consequences are influenced greatly by the individual's perception of its ability to control the presence or intensity of the stimulation"*. Her defineres stress altså på baggrund af 3 komponenter: 1) forhøjet arousal, 2) ubehag hos personen og 3) personens oplevelse af mangel på kontrol over situationen. Bredden i Kim & Diamonds definition underbygger forestillingen om en sammenhæng mellem begrebet 'total smerte' og stress, og den kan være en hjælp i forståelsen af total smerte samt lindringen af den.

Også patienternes pårørende vil typisk være ramt af en total smerte bestående af blandt andet sorg og depression som følge af det igangværende tab og den deraf følgende livsomvæltning (Nielsen & Guldin, 2017), og tilsvarende må de antages at have et højt stress- og arousalniveau. De pårørende kan også modtage musikterapi på hospice, og som det vil fremgå, gælder meget af det, som denne artikel handler om, også i arbejdet med pårørende. Jeg vil dog for enkelhedens skyld primært fokusere på de erfaringer, jeg har med musikterapi for patienter.

Musikterapi til sænkelse af arousal

På baggrund af det ovenstående, vil musikken, som jeg fremfører for patienterne, meget

ofte have som primært eller i hvert fald sekundært mål at hjælpe patienten til beroligelse, afspænding, velvære og lindring af den totale smerte. Som vi har set, handler det mere overordnet om nedregulering af arousal og beroligelse af nervesystemet.

Vi ved, at musik ofte har større tendens til at virke beroligende og nedregulerende, når den er velkendt og afholdt (Grocke & Wigram, 2007) af patienten. I nogle forskningsprojekter indenfor musikterapeutisk palliation til lindring af smerter, blodtryk, angst eller stress har man dog anvendt musiklytning med afspændende musik valgt af musikterapeuten (Gutgsell et al. 2013). Gutgsell et al. (2013) argumenterer for dette valg ud fra en klinisk erfaring om, at patienter med stærke smerter er sårbare og ofte har et større ønske om at få smerterne lindret med afspændingsmusik end om at høre velkendt musik. Jeg har en tilsvarende erfaring fra mit kliniske arbejde, og som vi vil se, er der desuden tilfælde, hvor det er uvist, hvilken musik patienten kender og holder af. Meget ofte må forudsigeligheden derfor forsøges udtrykt i musik, som patienten aldrig har hørt før.

Dette kan ske ved omhyggeligt instrumentvalg og bevidst anvendelse af alle de 6 musikalske grundelementer: rytme, melodi, harmonik, klang, dynamik og form (Schneck & Berger, 2006, s. 31). Jo mere de musikalske grundelementer hver især afspejler et lavt spændingsniveau, og desuden opfører sig forudsigeligt og med få, langsomme og gradvise skift, jo mere afspændende vil musikken potentielt være (Bonde, 2009; Grocke & Wigram, 2007). Tempoet er kun et af disse elementer, men det ser ud til, at netop dette har særlig betydning i musik til stressreduktion og sænkelse af arousal (Vuust & Gebauer, 2014).

Den musikterapeutiske praksis

Når jeg som musikterapeut træder ind ad døren til en patientstue, møder jeg altid et menneske, som er svært syg og som oftest også et, som er udmattet af (totale) smerter, et langt behandlingsforløb og omfattende medicinerings. Ofte er patientens overskud til at sætte ord på sin situation sparsom, og det sker også ofte, at patienten er så træt allerede ved ankomst til hospicet, at jeg aldrig rigtigt får mulighed for at tale med vedkommende. Også den mimiske og kropssproglige kommunikation fra patienten kan være minimal, når kræfterne er små.

Derfor har det været afgørende at finde måder at være musiksk tilstede for patienten, som så vidt muligt kan give lindring og velvære, også når ordene er få eller helt fraværende. Jeg må i udpræget grad rette mit fokus mod de informationer om patientens tilstand og behov, som jeg får uden ord, samt at svare musikalsk og empatisk på dem på baggrund af min musikterapeutiske viden og erfaring.

Jeg anvender al min viden om musikkens afspændende grundelementer i den musik, som jeg fremfører for patienterne. Ofte spiller jeg et helt enkelt, gentagende akkompagnementsmønster på en ni-toners sansula og improviserer nonverbalt med min stemme hen over dette mønster.

Sansulaen er et lille, enkelt instrument, som er nemt altid at have med sig. Det er en videreudvikling af kalimbaen, et afrikansk instrument, som består af en træklods med en række fastspændte metaltunger i forskellige længder, som giver hver sin tone og svingning til træklodsen, når man spiller på dem, oftest med tommelfingrene. På sansulaen er kalimbaen blevet fastspændt på et lille trommeskind, som yderligere forstærker og afrun-

der lyden og giver flere udtryksmuligheder.⁵ Min sansula er stemt pentatont i A-dur.

Det er min erfaring, at patienterne generelt oplever sansulaens klang som behagelig og følelsesmæssigt neutral, og anvendelsen af nonverbal stemme kan give associationer til vuggeviser og tidlige oplevelser af tryghed uden en tekst, som kan aktivere hjernens analytiske sans uhensigtsmæssigt. Musikken følger typisk en enkel funktionsharmonik i dur med lille melodisk ambitus, rolig og jævn rytme/tempo, middel til sagte dynamik og blød klangfarve i stemmen. Den går ofte i 4/4-tempo i 2-, 4- eller 8-taktsfraser og består tit af serier af A-B-A- eller A-A-B-A-former, to meget velkendte former indenfor den vestlige musikkultur (Grocke & Wigram, 2007), som sammen med sansulaens gentagelser skaber forudsigelighed.

Udover alle disse musikterapeutiske greb har jeg som nævnt et særligt fokus på at anvende entrainment, herunder ISO-princippet, i alle de musikalske forandringer, der sker i løbet af et stykke levende musik, og det kommer tydeligst til udtryk netop i forbindelse med musikkens tempo.

“Doserede forsinkelser” som subjektivt fænomen

I den levende, receptive musikterapi for patienter forsøger jeg i starten netop at finde hen til et spændingsniveau i musikken, som så vidt muligt svarer til patientens spændings- eller arousalniveau. Af og til er der en åndedrætsrytme, som det giver mening at følge i musikkens tempo, men som oftest må jeg navigere efter intuition og mine egne indre, fysiske oplevelser.

Jeg har alle mine sanser - inklusiv de intuitive - rettet mod patienten og forsøger

⁵ <https://www.bonustimemusic.com/sansulas>

at tillade mit nervesystem at synkronisere sig - entraine sig - med patientens. Her forsøger jeg altså at lade entrainmentprocessen være asymmetrisk således, at det er patientens svingning, som bliver styrende i forhold til min og musikens svingning: jeg justerer på alle de musikalske elementer i musikken med særligt fokus på tempoet, mens jeg prøver at fornemme, om jeg, med den musik jeg spiller, ligger over eller under patientens spændingsniveau.

Signalet om at patientens spændingsniveau er fundet, oplever jeg nogle gange som en følelse af et næsten fysisk "klik" indvendigt. Det kan også være en fornemmelse af, at patienten, musikken, jeg selv og hele det rum, vi befinder os i, er blevet ét. Det er en fornemmelse af ro, fordi der ikke længere er flere stemninger eller vibrationer, som støder sammen, men blot én, sammenhængende vibration.

Når jeg fornemmer, at patienten, musikken og jeg selv er på bølgelængde, begynder jeg gradvist at regulere ned i mit nervesystem og i den musik jeg spiller, som en form for invitation til patientens nervesystem om løbende at entraine sig med musikken og følge med ned. Man kan måske sige, at jeg stiller mit nervesystem til rådighed og går foran ind i den afspænding og beroligelse, som jeg gerne vil tilbyde til patienten.

I den proces forsøger jeg fortsat hele tiden at være i tæt kontakt med patientens nervesystem, og entrainmentprocessens symmetri ser nu ud til at være forandret sådan, at asymmetrien dels er omvendt i forhold til i den indledende fase, og dels er mindre asymmetrisk end før: nu tillader jeg mit nervesystem og musikken at blive mere styrende i forhold til patientens svingning, samtidig med at de stadig er påvirkelige af denne.

Det er her, de oplevelser opstår, hvor jeg

føler, at jeg ved at forsinke en tones ansats en lille smule mere end patienten – og jeg selv - naturligt ville forvente, blidt kan "skubbe" til mit og patientens nervesystemer. Gør jeg dette for markant eller for mange gange i træk, oplever jeg, at processen bliver forceret med mulig fare for, at jeg "taber" patientens nærvær, måske fordi modstanden i patienten, som tidligere omtalt, bliver for stor. Da må jeg finde tilbage til patientens svingning igen, før jeg kan nedregulere yderligere. Jeg mærker således en stærk fokusering på at placere hver musikalsk hændelse med millisekunders nøjagtighed i "doserede forsinkelser" efter, hvad jeg fornemmer, at patientens nervesystem er klar til.

I takt med at patienten bliver mere afspændt, følger musikken med. Overordnet bliver tempoet normalt betydeligt langsommere, og ændringerne i tempo kan nu ske oftere og mere udtalt uden at patienten "tabes". Af og til ender musikken på en måde, hvor dynamikken er forsvindende sagte og pulsen gradvist næsten opløses af de mange "doserede forsinkelser". Dette gør sig især gældende,



når patienten er faldet i søvn under musikterapien, og kan ses dels som et resultat af den gensidige entrainment, og dels som et bevidst ønske fra min side om, at patienten ikke skal blive vækket af et pludseligt ophør af lyd og puls.

Patientens udbytte

Som det tydeligt fremgår, baserer rigtig meget af denne praksis sig på intuition og tolkninger, fordi patienten kommunikerer sparsomt og under den receptive musikterapi normalt slet ikke. Fornemmelsen af enten at være på bølgelængde med patienten, at "tabe" patienten eller at kunne "skubbe til" patienten, oplever jeg som beskrevet ofte især i mit eget nervesystem.

Det store og vigtige spørgsmål er i den sammenhæng naturligvis, om disse oplevelser så kun sker i mit eget nervesystem med lille eller ingen sammenhæng med patientens, eller om det faktisk er lykkedes at entraine mit nervesystem med patientens således, at jeg i større eller mindre grad mærker og påvirker patientens nervesystem gennem mit eget. Her må jeg indtil videre forlade mig helt på de reaktioner hos patienterne, som jeg har kunnet observere under mit arbejde, og på patienternes egne tilbagemeldinger.

Mange patienter får under denne form for receptiv musikterapi enten relativt hurtigt eller mere gradvist en afspændt mimik, måske med sluppet kæbe. Nogle får et ansigtsudtryk, som jeg bedst kan tolke som lettet eller opløftet, et udtryk, som virker afspændt og samtidig koncentreret og af og til nærmest smilende, selvom mundvigene måske objektivt set ikke krummer opad. Nogle slapper gradvist mere af i kroppen, læner hovedet dybere tilbage i hovedpuden, slipper sengestenen med hånden eller retter kroppen mere ud. Mange får gradvist roligere og dybere respiration under musikterapien.

Ofte vil en samtale om patientens oplevelser i musikterapien bagefter give et uhensigtsmæssigt brud på den opnåede afspænding, og mange patienter magter det i det hele taget ikke. En del falder som nævnt i søvn under musikterapien, og det er sjældent, at det giver mening at spørge dem om deres indtryk senere.

Alligevel er der mange patienter, som spontant sætter nogle få ord på deres oplevelse, når den sidste tone har lydt. De fortæller helt overvejende, at de oplever musikken som afspændende, beroligende, velgørende og emotionelt støttende og rørende, og en del oplever, at den i større eller mindre grad er med til at lindre deres plagsomme symptomer.

Blandt de patienter, som sætter lidt flere ord på oplevelsen, er der jævnligt nogle, som giver udtryk for dyb forundring over, hvor stor en beroligende effekt, musikken har haft på dem. Flere har brugt ordet 'hypnose' for at forklare deres indtryk af musikkens virkning på dem. De mærker i positiv forstand en påvirkning fra musikken, som er større eller anderledes end den, de kender fra andre musikoplevelser i deres liv.

Som tidligere nævnt laver jeg desuden jævnligt musikterapi for pårørende, og her anvender jeg ofte de samme "doserede forsinkelser" til beroligelse af nervesystemet. Tilbagemeldingerne fra de pårørende minder meget om dem, jeg får fra patienterne.

Mulige perspektiver

Det er blevet beskrevet, hvordan jeg som musikterapeut under udøvelsen af levende, receptiv musikterapi med bevidst anvendelse af entrainmentprincippet i form af "doserede forsinkelser" oplever en høj grad af kontakt med hospicepatienten og en intens fornemmelse af, med musikkens timing, at kunne "skubbe" til patientens nervesystem på en

måde, som kan hjælpe med at sænke dennes arousalniveau.

Det er også blevet gjort klart, at en stor del af hospicepatienterne generelt ser ud til at opleve et for dem overraskende stort udbytte af denne musikterapi i forhold til afspænding, beroligelse, velvære og lindring af total smerte. Endelig er det blevet gjort klart, at også pårørende oplever denne form for musikterapi som særdeles afspændende og behagelig.

For mig har disse oplevelser rejst adskillige spørgsmål, som har rumsteret i alle de 8 år, jeg har arbejdet med denne form for musikterapeutisk palliation. Et af de første spørgsmål, der melder sig, er allerede blevet nævnt: er min oplevelse af at kunne "skubbe" til patientens nervesystem reel, det vil sige, er det sandt, at mit nervesystem kan entraine sig med patientens således, at jeg kan følge og påvirke patientens nervesystem gennem mit eget?

Dette spørgsmål kan så udfoldes i en lang række andre spørgsmål: sker der en målbar reaktion i patientens nervesystem under denne form for musikterapi? Hvad sker der i patientens nervesystem i det millisekund og i millisekunderne efter, at der har været en "doseret forsinkelse" i musikkens tempo? I hvor høj grad hænger patienternes tilsyneladende store udbytte af denne musikterapi sammen med en sådan proces? Hvis der sker en målbar, afspændende reaktion i patientens nervesystem og arousalniveau, hvad kan det da sige os om denne musikterapis lindringspotentialer? Til hvilke symptomer og sværhedsgrader af symptomer er lindringspotentialiet i anvendelsen af "doserede forsinkelser" i levende, receptiv musikterapi højest?

Inspireret af erfaringerne med musikterapi for pårørende kunne man desuden spørge: påvirker "doserede forsinkelser" i

princippet nervesystemet hos alle mennesker, syge som raske?

Spørgsmålene er i stigende grad kommet til at forekomme mig vigtige, ja nærmest afgørende i forhold til mit daglige arbejde, som i så høj grad baserer sig på netop denne form for musikterapeutisk praksis. Svarene på spørgsmålene vil ikke blot give mig en større forståelse af mit eget arbejde og forholdsrentlig hjælpe mig til at optimere, nuancere og målrette min brug af entrainment endnu mere i den palliative musikterapi til glæde for de patienter og pårørende, jeg arbejder med.

Skulle det vise sig, at der virkelig eksisterer en sammenhæng mellem mine subjektive oplevelser, patienternes fysiske/neurologiske reaktioner og deres oplevede udbytte af musikterapien, vil der være store perspektiver i at kunne påvise og beskrive denne sammenhæng og de bagvedliggende processer.

Dels vil det give os vigtige forklaringer på nogle af virkemidlerne i levende, receptiv musikterapi samt en forståelse for denne musikterapis lindringspotentialer.

Dels vil det gøre det muligt for andre musikterapeuter indenfor palliativ indsats i Danmark og internationalt at anvende denne viden til yderligere optimering af anvendelsen af entrainment i deres arbejde.

Sidst, men ikke mindst: hvis det viser sig, at denne form for musikterapi kan påvirke alle menneskelige nervesystemer på lignende måde principielt uafhængigt af sundhedsstatus og diagnoser, vil denne viden også kunne anvendes af musikterapeuter udenfor det terminalt-palliative felt, f.eks. indenfor rehabilitering og i musikterapi for patienter med kroniske lidelser og/eller forskellige angst- eller stresslidelser. Der findes allerede lovende forskning i anvendelse af rytmisk entrainment i rehabiliterende musikterapi med et genoptrænende formål (Thaut, 2013), og det vil være en naturlig udvidelse af denne

praksis, hvis en anden brug af rytmisk entrainment kan anvendes pallierende med den samme patientgruppe.

I virkeligheden findes der sandsynligvis ingen musikterapeuter, som ikke i større eller mindre omfang anvender entrainment i deres arbejde, og de ville alle kunne optimere deres arbejde med en sådan viden.

Jeg finder det derfor afgørende at søge svarene på de spørgsmål, jeg har nævnt, og er – sideløbende med mit arbejde – begyndt at forske i disse processer. Det er mit store håb, at jeg vil få mulighed for at fordybe mig endnu mere i denne forskning, så jeg kan vende tilbage med ny viden på området indenfor en årrække.

Referencer

- Benzon, W.L. (2001). *Beethoven's Anvil*. Oxford: Oxford University Press, 47-68 + 116.
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og menneske*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Clayton, M. (2012). What is Entrainment? Definition and applications in musical research. *Empirical Musicology Review*. Vol 7, No. 1-2, 49-56.
- Dimaio, L. (2010). Music Therapy Entrainment: A Humanistic Music Therapist's Perspective of Using Music Therapy Entrainment with Hospice Clients Experiencing Pain. *Music Therapy Perspectives*, Volume 28, Issue 2, 106-115.
- Fink, G. (2016). *Stress: Concepts, Definition, and History*. Florey Institute of Neuroscience and Mental Health, University of Melbourne, Australia.
- Groce, D. & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Gutgsell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M., Mecklenburg, J. & Wiencek, C. (2013). Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol 45, No. 5, 822-831.
- Kim, J.J. & Diamond, D.M. (2002). The stressed Hippocampus, Synaptic Plasticity and Lost Memories. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 453-462.
- Mehta, A. & Chan, L. (2008). Understanding of the Concept of "Total Pain": A prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), 26-32. DOI: 10. 1097/01. NJH.0000306714.50539.1a
- Nielsen, M.K. & Guldin, M. (2017). Kan vi forebygge en kompliceret sorgreaktion? *Fokus på kræft og sygepleje*, Fagligt selskab for kræftsygeplejersker. Maj 2017, 8-11.
- Vuust, P. & Gebauer, L. (2014). *Music Interventions in Health Care*. Danish Sound Innovation Network.
- Saunders C., Baines, M. & Dunlop, R. (1995). *Living with dying: a guide to palliative care* (3. udg.). Oxford Medical Publications.
- Schneck, D.J., Berger D.S. (2006). *The Music Effect. Music Physiology and Clinical Applications*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Thaut, M. H. (2013). Entrainment and the Motor System. *Music Therapy Perspectives*, Vol.31, 31-34.
- Wärja, M. & Bonde, L. O. (2014). Music as Co-Therapist: Towards a Taxonomy of Music in Therapeutic Music and Imagery Work. *Music & Medicine*, Volume 6, Issue 2, 16-27.
- Østergaard, B. & Skogermann, L. (red.) (2013). *Palliativ medicin – en lærebog*. København: Munksgaard.