

# Musikk, identitet og helse – hva er sammenhengen?

Even Ruud

La oss gå ut i fra at det er en sammenheng mellom musikk, identitet og helse – og at vi trenger både teoretiske argumenter og empiri for å synliggjøre hva en slik forbindelse skulle bestå i. I denne artikkelen skal jeg drøfte nærmere de tre hovedbegrepene “musikk”, “identitet” og “helse” for å vise noen teoretiske forutsetninger som kan ligge til grunn for en nærmere empirisk utforskning av musikkens mulige innvirkninger på vår helse. Parallelt med en slik teoretisk drøfting foregår intervjuer og innhenting av empirisk materiale for å undersøke hvordan musikk kan brukes til å fremme helse, men slike historier skal vi ta opp i en annen sammenheng.<sup>1</sup> Når vi søker å forstå hvordan musikk kan ha en helseeffekt, blir det viktige å identifisere de “genererende faktorer” som i vårt møte med musikk kan utløse helsegevinster. Om vi klarer å omsette slik kunnskap til en musikalsk levelære, har vi gitt et bidrag til forståelse av musikk som et “kulturelt immunogen”, som en motstandsressurs overfor stress og helsetruende tilstander, som en forebyggende helsefaktor.

## Musikkbegrepet

Når vi knytter musikk til helse kunne det være nærliggende å spørre om det finnes en spesiell musikk eller bestemte musikkstykker som har en særlig helseeffekt. Videre kunne vi spørre om det finnes objektive trekk ved musikken, dvs. bestemte rytmiske eller melodiske figurer etc. som virker regulerende inn på oss mennesker uavhengig av kultur, kontekst og musikalske erfaringer. Søken etter slike kontekstuavhengige trekk finner vi både i spekulative teorier om tallforhold i musikken, i troen på særlig utløsende egenskaper ved bestemte intervaller, eller i teorier om “særlige” frekvenser som virker på spesielle tilstander eller steder i kroppen eller hjernen (se Bonde 2009). Den musikkpsykologiske forskningen om musikkens virkninger møter oss et stykke på veien i en slik søken i den musikalske strukturen: langsomt tempo, trinnvise melodier, få dissonanser, lite overraskelser etc. synes å virke beroligende og avspennende

<sup>1</sup> Senter for musikk og helse planlegger en ny antologi i 2013 om musikk og helse-narrativer.

på oss. Energiserende eller stimulerende tilstander oppnås gjennom musikk med større sprang, irregulære rytmer, høy puls, dissonanser o.l. (for detaljer, se Bonde, *ibid.*: 67-70). At man søker etter å rendyrke slike musikalske aspekter gjennom spesielle komposisjoner, for så å anvende musikkstykker bygget opp omkring slike elementer, kjenner vi for eksempel fra CD-serien MusiCure som kan kjøpes på norske apotek.

Det kan imidlertid også være innholdsmessige eller semantiske aspekter ved musikkopplevelsen som gir opphav til assosiasjoner, stemninger eller tilstander som kan settes i forbindelse med helse. Slike assosiasjoner til musikk kan være forutsigbare fordi de er formet etter gjentatte møter med musikalske klisjeer og stereotypier, og på den måten har skapt fasttømrede assosiasjonsnettverk. Men assosiasjonene og opplevelsene kan også være private, tilfeldige og situasjonsavhengige. Når vi ikke helt kan forutsi virkningen av musikk er det lett å innta et relativistisk standpunkt, hvor vi søker etter musikkens virkninger gjennom å se på den personlige og kulturelle kontekst opplevelsene finner sted innenfor. Samme musikk virker forskjellig på oss ikke bare i samme situasjon, men selvsagt også når konteksten forandrer seg.

En ensidig objektbasert tilnærming til forståelsen av hvordan musikk kan spille en rolle ved bedring av helsetilstander kan føre galt av sted, noe vi har sett blant annet i metastudier av hvordan musikk påvirker smerte. For eksempel vil søk i sentrale databaser og for eksempel i Cochranes<sup>2</sup> metastudier om musikkens påvirkning på smerte, ofte vise liten effekt av musikk. Dette kan være fordi man i slike studier utelukker å vurdere undersøkelser hvor musikken blir anvendt sammen med andre terapeutiske tilnærminger, det være seg avspenning, visualisering eller verbale intervensjoner. Idealet i disse undersøkelsene synes å være en musikkpåvirkning hvor både menneskelige og relasjonelle faktorer ikke har blandet seg inn i designet, eller hvor man helt ser bort fra personlige eller kulturelle kontekster som måtte ha formet lytterens forhold til musikken.

Det finnes imidlertid flere måter å studere musikkens virkninger i en helse-sammenheng. I en litteraturgjennomgang av Dileo og Bradt (2005) av 183 studier om virkningen av et knippe behandlingstilnærminger (musikklytting, musikkbasert avspenning, musikk og imagery, aktivt musisering, samt flere kombinerte tilnærminger) på en rekke avhengige variabler, fikk de fram flere positive resultater enn i andre metastudier. Dileo og Bradt maner imidlertid til forsiktighet når det gjelder tolkningene grunnet den store heterogeniteten i studiene som ligger til grunn.

---

2 Se <http://www.cochrane.org/about-us>. Cochrane er et nettverk av forskere som publiserer oversikter over forskning om effekten av en spesiell behandling, slik at behandlingen skal være best mulig basert på evidens.

Det er to punkter vi skal legge merke til. Det første gjelder nettopp musikkens rolle i disse studiene. Dileo og Bradt fant først at resultatene syntes å være de samme, om forskerne brukte musikk som ble valgt eller foretrukket av pasientene selv, eller om det var forskerne som bestemte musikken uten å ta hensyn til pasientenes musikkpreferanser. Men etter å ha sett grundigere på studiene, fant Dileo og Bradt imidlertid at pasientene i de fleste tilfeller hadde blitt presentert for et begrenset antall musikkstykker å velge blant. Det kan derfor godt tenkes at de rett og slett hadde valgt musikk de mislikte minst, og ikke den musikken de faktisk likte.

Det kan synes som om denne metodiske svakheten opptrer svært ofte i studier av musikkens virkninger. For eksempel foretok Alstad (2010) en kritisk gjennomgang av noen av de negative Cochrane-studiene av musikkens virkninger på smerte. I tillegg til problemet med studienes heterogenitet, kritiserte også hun mangelen på diskusjon rundt selve definisjonen av musikk, for ikke å snakke om hva som lå i begrepet ”preferred music” i mange av studiene.

Det andre punktet som skal trekkes fram her handler om det faktum at tradisjonelle studier innen medisinsk musikkterapi synes å dekontekstualisere musikkopplevelsen. Musikk blir for det meste behandlet innenfor en farmakologisk, mono-kausal modell, slik at kombinerte tilnærminger (musikk og imagery, musikk og avspenning, eller aktiv musisering) typisk nok blir prinsipielt utelatt. Gitt et helsepedagogisk og en individuell tilnærming til musikk som helsefaktor, ville sjansen for et langt mer positivt resultat av musikkens virkninger på kropp og fysiologi være tenkelig. Dette er for øvrig et punkt som også Hanser påpeker i sin gjennomgang av forskning på feltet musikk, helse og velvære (Hanser 2010).

I motsetning til et slikt musikkbegrep, hvor musikk betraktes som et objekt eller et symbol, kan vi se på musikk mer som en handling. Musikk er et verb – ”musicking” – som Christopher Small (1998) har argumentert for, en handling hvor vi må forstå situasjonen og intensjonen bak avkodingen for å gripe dens virkning på oss. Denne forståelsen av musikk som et verb synes også å harmonere med begrepet ”performance”, som igjen framhever hva kunsten kan gjøre (med oss) (Aldridge 2005:27). Alternativet til å lete etter faktorer i musikken selv, blir derfor å studere samspillet mellom musikalske strukturer, de assosiasjoner musikk utløser, og personens individuelle lyttehistorie, samt de kognitive og kontekstuelle rammer for den meningsfortolkningen som skjer i møte med musikken. Musikkterapeuter har også i den senere tid trukket veksler på begreper som ”affordance” og ”appropriation” (DeNora 2000) når det gjelder å forstå hvilke føringer musikken gir. Disse begrepene handler om at musikken ikke har en bestemt iboende mening, men at den kan gi noen føringer for

meningsopplevelse. Med andre ord sier vi at musikken ”tilbyr” noen bestemte opplevelseshåter som vi i situasjonen kan velge å ta i bruk, appropriere.

Alt i alt må vi studere på en bredest mulig måte hvilke roller musikken har når det gjelder å skape forbindelser til følelsene våre; det være seg hvordan musikkens strukturelle egenskaper – temporære, rytmiske, harmoniske, gestiske – innvirker på følelsene våre, eller på vår følelse av fysisk velvære. Vi må studere sammenhenger mellom syntaktiske og semantiske sider ved musikk og musikkopplevelse, både musikalske interne referanser og forbindelser, og samtidig se på hvordan musikkens materiale brukes til å ramme inn, kartlegge eller konfigurere vår opplevelse av helse.

## Identitet

Om vi ser musikalsk identitet som en klangbunn for musikalsk meningsfortolkning, blir det tydeligere hvordan livshistoriske hendelser kan sette sitt preg på hvordan vi opplever og forstår musikken. Identitet handler imidlertid ikke bare om å søke kontinuitet bakover i livet, men må også forstås i forhold til hva vi identifiserer oss med. Våre identifikasjoner, våre investeringer i hva Stuart Hall kaller subjektposisjoner, blir også viktige å forholde seg til som bakgrunn for musikalsk smak og preferanser. For å si det med Bourdieu (1984), vil vår lyttemodus være innfelt i vår habitus, vår spesielle kroppsliggjorte væremåte, og således være preget av sosial og kulturell posisjonering.

Idet vi bygger videre på slike tradisjoner i musikkvitenskap og kulturstudier, kan vi se nærmere på sammenhenger mellom musikalsk identitet og fortellinger om helse. Forskning viser at musikalske identiteter har blitt en viktig del av vår selvbiografi, de er viktige markeringer av hvordan vi forstår oss selv og hvordan vi plasserer oss i det sosiale landskapet (Ruud 1997; DeNora 2000).

Som David Aldridge observerer kan også vår helse noen ganger inngå som en del av vårt identitetsprosjekt. Helse, som vi skal se i neste avsnitt, handler ikke bare om fravær av sykdom. Sett i forhold til et livsstilsprosjekt kan vi ønske å framstå som friske, i noen tilfeller karakterisere oss selv i forhold til et slikt prosjekt. Aldridge argumenterer for at denne nye interessen for den performative aktivitet som ligger i ønsket om å framstå med god helse, avspeiler en moderne tendens hvor individer aktivt utformer sin egen identitet snarere enn bare å akseptere en identitet som påføres fra omverdenen. Det å bli anerkjent som en person med god helse blir på denne måten et trekk ved den moderne identiteten, noe som blir noe mer enn bare å ikke være syk. Mens det å være personlig og aktivt involvert i sin egen helse lenge har vært anerkjent, særlig i tilknytning til mestring av stress, ser Aldridge at helse i økende

grad knyttes til livsstilsvalg, også slike som har en kulturell farge. Vi får nye aktiviteter som er utformet for å fremme helse og forebygge sykdom, ofte under etiketten ”emosjonell velvære”. Videre vil slike livsstilsvalg knytte seg nærmere til hvordan vi velger å definere oss selv (Aldridge 2005:37).

Når vi skal studere sammenhenger mellom musikk, identitet og helse, kan vi vise hvordan det å bevare sin helse for noen handler om en type kreativ performance, en estetisk praksis som knytter livsstil og selvkonstruksjon til både personlige verdier og kulturelle normer. Dette betyr selvsagt ikke at alvorlig fysisk og psykisk sykdom kan velges bort etter egen vilje. Snarere handler det her om at våre begreper om ”helse” må omfatte noe mer enn matvaner og fysisk aktivitet, for eksempel aktiviteter som bønn, meditasjon og kunstnerisk framføring. Aldridge ser dette som en type estetisk praksis uttrykt gjennom vår egen kropp og innskrevet i en sosial praksis (Aldridge 2005:45). En slik tilnærming kan også ses i sammenheng med en type emosjonssosiologi som utforsker hvordan personlige og subjektive opplevelser medieres sosialt og knyttes til filosofiske perspektiver som vektlegger sammenhenger mellom kognisjon og emosjon (DeNora 2010:160). En tilsvarende musikk sosiologi foretrekker derfor ikke bare å studere musikalsk produksjon eller korrespondanser mellom musikkverk og sosiale strukturer, men også hva musikken ”gjør” i det sosiale livet; musikkens rolle ved sosial formasjon og konstruksjon av emosjon. Som Tia DeNora argumenterer, ligger prioriteten her på “focus on how individuals are produced or produce themselves as social agents with attendant styles of feelings and emotionally laden positions” (DeNora 2010:168). Når vi skal studere sammenhenger mellom musikk og helse, må vi være særlige oppmerksomme på det ”emosjonelle arbeidet” eller de strategiene folk anvender – hvordan vi føler hva vi føler mens vi opplever musikk – som et viktig aspekt av det vi innledningsvis omtalte som ”genererende faktorer”.

## Helse

Når vi her introduserer musikk og estetisk praksis inn i diskursen om helse, blir det selvsagt nødvendig å klargjøre selve helsebegrepet, som vi vet er utsatt for et utall av fortolkninger (for en oversikt, se Blaxter 2004). Vi vet at særlig biomedisinerne tar et objektivistisk standpunkt, noe som gir en målbar eller positivistisk tilgang til ”helse”. En annen mulig posisjon er den fortolkende (Duncan 2007), eller den hermeneutiske posisjonen, som åpner opp for å se musikkbruk i sammenheng med helseatferd og helseopplevelse. Vi kjenner til at den objektivistiske posisjonen ser på helse som en tilstand med fravær av sykdom, hvor kroppen fungerer ”normalt”, enten biologisk

eller statistisk. Slike teorier ser kroppen som et mekanisk system hvor vi også kan forstå de livsbetingende funksjonene på en mekanistisk måte. En slik mekanistisk forståelse er vel også noe av årsaken til at når det i denne tradisjonen forskes på musikkens virkninger, tenker man mekanistisk og ser på musikken uavhengig av kultur og kontekst, med andre ord som et slags medikament, som vi så i avsnittet om musikkbegrepet.

Innenfor en fortolkende tradisjon blir helse oppfattet som en opplevelse. Det å være ved god helse er det samme som å oppleve velvære og mening med livet. Innenfor et slikt perspektiv er helse både en ressurs og et middel til å oppnå mål vi setter oss i livet. Helse kunne betraktes som et reservoar av energi, en kraft vi kan stole på når det handler om å motstå sykdom eller gjenvinne krefter etter en sykdom. Dette kunne også karakteriseres som et relasjonelt forhold til helse (Ruud 2010), hvor våre relasjoner til egen kropp og til andre mennesker, eller til eksistensielle verdier må tas i betraktning. Innenfor den fortolkende posisjonen oppfattes heller ikke helse som en fiksert tilstand, men som noe dynamisk som kan påvirkes og aktiv fremmes. Ut fra dette perspektivet blir ikke helse noe vi har, men noe vi skaper gjennom vår atferd, vår praksis og væremåte i forhold til andre mennesker og våre omgivelser. Oppsummert kunne vi si at helserelatert musikkbruk kan være både kurativ, palliativ, forebyggende eller helsefremmende. Om vi holder alle disse perspektivene åpne, tilfører vi nye dimensjoner til diskusjonen om musikk og helse.

I denne sammenheng handler ”helse” om en subjektiv fortolkning av vår relasjon til verden, dvs. til oss selv (og vår kropp), til andre personer og til vår eksistensielle situasjon. Vi kan si at et slikt helsebegrep nærmer seg begrepet ”livskvalitet”, da med fare for å nedtone betydningen av vår kroppslige tilstand. Jeg har tidligere identifisert fire områder av vår livskvalitet jeg mener har relevans når vi spør etter musikkens rolle i livet (Ruud 2001). Jeg ser at disse områdene kan ha noe forskjellig innhold for mennesker i ulike livssituasjoner. Etter at jeg intervjuet palestinske ungdommer som deltar i et norsk musikkprosjekt i Libanon (Storsve, Westby og Ruud 2010, Ruud 2011) ser disse områdene med tilhørende dimensjoner ut som følger:

- Vitalitet, som handler om vårt følelsesliv, om estetisk sensibilitet og vår evne til fleksibilitet.
- Handlingskompetanse, som er knyttet til opplevelse av mestringsevne og empowerment.
- Tilhørighet, som forbindes med nettverk, og sosial kapital.
- Meningsdimensjonen handler om opplevelse av kontinuitet i livet og tilhørighet til historiske og kulturelle tradisjoner, transcendentale verdier og håp.

I stedet for å søke etter en objektiv definisjon av helse kan vi se på helse som en opplevelseskategori, et perspektiv som informerer oss om noen uttalte antakelser om våre menneskelige og sosiale realiteter. Når vi snakker om ”helse”, uttrykker vi et kulturelt ideal om ”velvære” og ”livskvalitet”. På denne måten blir ”helse” et nøkkelord, et produktivt eller genererende begrep, og en verdi som vi kan føye til våre andre verdier. Ved å se nærmere på historier om hvordan musikk kan hjelpe mennesker i opplevelsen av bedre helse, kan vi også vise hvordan estetiske verdier er blitt en del av helsekulturen og hvordan slike verdier kan brukes til å fremme helse.

## Fire dimensjoner ved helse

Edvin Schei (2009) skriver om helse at det handler om vår evne til å opptre som subjekt, med integritet og selvspekt, i forpliktende og nærende relasjoner. Skadet helse innebærer at evnen til å være seg selv, som person, er rammet. Hvis evnen til å være en person integrert i en livsverden er svekket, så er helsen svekket. Helse handler om å være midtpunkt i sin egen eksistens, å skape integritet og å inngå i rike forhold til andre.

Den australske filosofen van Hooft (1997) ser helse som en forutsetning for subjektivitet. Med subjektivitet mener han vår pre-intensjonale aktivitet hvor vi konstituerer oss selv med et Selv. Det er her vi også ser en sammenheng mellom helse, subjektivitet, selvet – eller vår identitet. Om vi ser identitet som ”selvet-i-kontekst”(Fitzgerald 1993) åpner vi for den dynamiske prosessen som er involvert i konstitueringen av vårt selv gjennom de erfaringer som er knyttet til opplevelser av andre personer, verdier, tid og sted, transcendentale opplevelser, som vi vet står sentralt når identitet knyttes til musikk (Ruud 1997).

For van Hooft krever det å bli en person minst fire former for subjektivitet – den materielle, den pragmatiske, den konative og den integrative. Disse fire former for subjektivitet kan knyttes til helse på følgende måter: Det materielle handler om prosesser i organismen som er nødvendig for biologisk liv, og danner derfor basis for den biomedisinske tilnærmingen. Den pragmatiske subjektivitetsmodus handler om våre hverdagslige praktiske bekymringer og aktiviteter, om hvordan vi oppfyller våre roller, er effektive i hverdagen og kan leve opp til et ideal om rasjonalitet. Her ytrer helsen seg gjennom et fravær av problemer. For å gjøre et lite sprang, så handler van Hoofts siste subjektivitetsmodus, den integrative, om våre bestrebelses etter mening i livet. Den integrative dimensjonen søker å knytte sammen livets hendelser og

opplevelser med vår selvforståelse og skape mening ved å knytte fortid, nåtid og fremtid sammen i et narrativ, en fortelling om oss selv, en identitet. Denne modus vil skape sammenhenger i tilværelsen, et overordnet livssyn, uttrykke en grunnleggende tillit til livet (se Schei 2009).

Kanskje den mest interessante form for subjektivitet i vår sammenheng blir hva van Hooft kaller den konative. Det er her vi kan integrere musikk, identitet, estetiske opplevelser og helse. Dette er en form for subjektivitet som er fraværende i vår selvoppmærksomhet, den opptar et rom som ligger mellom det rent kroppslige og det mentale og knytter sammen begjær, emosjon og tilbøyelighet (inclination). I denne sammenheng er ”begjær” og ”omsorg” (care) sentrale begreper. Gjennom begjæret har vår subjektivitet behov for å nå ut og ta i besittelse, tilføre næring og tilfredsstillelse. Omsorg handler om å nå utover subjektiviteten og mot verden og andre mennesker. Det er denne konative form for subjektivitet som åpner for opplevelser av lyst (pleasure) og glede (enjoyment). van Hooft støtter seg her til filosofen Levinas (1969) som trekker gleden inn som en basis for vårt engasjement i verden. Ved å åpne diskusjonen for fenomener som glede, tilfredsstillelse, begjær og lyst, entrer vi også sentrale områder av popluærmusikkvitenskapen, kognitiv musikkvitenskap eller forskning om musikalske gester. Også Daniel Stern har bidratt til en begrepsmessig klargjøring av forskjeller mellom ”satisfaction” og ”joy” (Stern 1990) som kan gi impulser til videre teoribygging.

## **Oppsummert: Hvilke er de genererende faktorer?**

Som vi var inne på innledningsvis, vil det å finne generelle svar på hvordan musikk kan brukes i egenomsorg og som helsefremmende middel, være avhengig av om vi klarer å definere noen genererende faktorer som omformer vårt engasjement i musikken inn i en helsefremmende prosjekt. Vi må her ta høyde for at det er et komplekst forhold mellom sosiale faktorer, genetikk og biologiske og fysiologiske årsaker til sykdom. Teorier som støtter seg til hva som omtales som sosio-biologisk oversettelse må forholde seg til både opplevelser av emosjonell kontroll så vel som til teorier om samfunnets organisering.

Om vi ser på noen av de teorier som er framsatt for å forklare underliggende mekanismer for musikkens positive innvirkninger på helse, foreslår Cohen (2009) med særlig henblikk på eldres helse, en rekke biopsykososiale faktorer. Det å være involvert i musikk kan påvirke vår opplevelse av følelse av kontroll, så vel som at vi kan få sosial støtte gjennom musikalsk deltakelse. Dette kan ha påfølgende



psykonevroimmunologiske konsekvenser som høyt nivå av T celler og NK celler i blodet, celler som er med på å styrke forsvaret overfor sykdom.

Cohen foreslår også at nyere forskning fra nevrovitenskapen om hjernens plastisitet og betydningen av de vedvarende utfordrende aktiviteter vi kan få gjennom engasjement i kunst, kan føre til en senere utvikling av Alzheimer hos utsatte personer. I en undersøkelse sto dans på toppen av lista over helsebringende aktiviteter, mens det å spille et instrument kom som nummer tre ut av fem aktiviteter (Verghese et. al 2003). I en annen undersøkelse identifiserte Clift og hans kollegaer (2010) seks generative faktorer som knyttet sang til velvære: positive følelser, fokusert konsentrasjon, kontrollert pust, sosial tilknytning, utdanning og læring, samt aktiv deltakelse.

I den grad musikk kan sies å ha en virkning på helsen vår, kunne vi snakke om at musikken får en ”immunogen” funksjon (Ruud 2002, 2010), som en parallell til andre helse- eller selvteknologier vi måtte bruke for å forebygge og fremme helsen. Musikken emosjonelle virkning på oss, den tilknytning til lyst (pleasure) og subjektivitet skiller den ut fra andre helseteknologier. Som et kulturelt immunogen står vi overfor et område som synes lite utforsket innen helsepsykologien og forebyggende medisin. Helsefilosofen van Hooft (1997), så vi ovenfor, understreker også hvordan helse ikke bare er en observerbar tilstand i kroppen vår, men en erfaring i seg selv i tillegg til å være en betingelse for vår subjektivitet – som igjen var en forutsetning for konstituering av selvet. Denne forbindelsen mellom helse, subjektivitet og selvet kan igjen settes i sammenheng med vår identitet. Hvis vi forstår identitet som ”selvet-i-kontekst”, vil vi bruke alle ressurser som er tilgjengelige og som vårt aktive forhold til musikk medierer i den narrative konstruksjonen av vår identitet. Dette betyr alt i alt våre relasjoner til andre, slik de er innfelt eller symbolisert av musikalske hendelser, vår plassering i tid og i forhold til sted, våre verdier og opplevelser knyttet til identitetskonstituerende kategorier som kjønn, etnisitet, religion m.m. (Ruud 1997).

## Litteratur

- Aalstad, M. (2010). *Music for Pain Relief: A Systematic Review*. Masteroppg. Medisinsk fakultet, NTNU
- Aldridge, D. (2005). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Bonde, L. O. (2009). *Musik og menneske. Introduktion til musikkpsykologi*. København: Samfundslitteratur.

- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Clift, S., G. Hancox, R. Staricoff, & C. Whitmore (2008). *Singing and Health: A Systematic Mapping and Review of Non-Clinical Research*. Sidney De Haan Research Centre for Arts and Health.
- Clift, S., G. Hancox, I. Morrison, B. Hess, G. Kreutz, & D. Stewart (2010). Choral Singing and Psychological Well-Being: Quantitative and Qualitative Findings from English Choirs in a Cross-National Survey. *Journal of Applied Arts and Health 1(1)*, s.19–34.
- Cohen, G. (2009). New Theories and Research Findings on the Positive Influence of Music and Art on Health with Aging. *Arts and Health 1(1)*, s. 48–63.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DeNora, T. (2010). Emotion as Social Emergence: Perspectives from Music Sociology. I P. N. Juslin & J. A. Sloboda (red.), *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press. s.15–87.
- Dileo, C., & J. Bradt (2005). *Medical Music Therapy: A Meta-Analysis and Agenda for Future Research*. Cherry Hill: Jeffrey Books.
- Duncan, P. (2007). *Critical Perspectives on Health*. New York: Palgrave Macmillan.
- Hanser, S. B. (2010) “Music, Health, and Well-being.” I P. N. Juslin & J. Sloboda (red.), *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*, s. 849–879. Oxford: Oxford University Press.
- Levinas, E. (1969). *Totality and Infinity: An Essay on Exteriority*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk. Om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: UniPub.
- Ruud, E. (2002). Music as a Cultural Immunogen - Three Narratives on the Use of Music as a Technology of Health. I Hanken, I.M. et. al: *Research in and for Higher Music Education. Festschrift for Harald Jørgensen*, s. 109 - 121. Oslo: NMH-publikasjoner 2002:2, Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2011) The New Health Musicians. I: Raymond MacDonald, R., Kreutz, G. & Mitchell, L. (red.) *Handbook of Music and Well-being*. Oxford: Oxford University Press. Accepted for publication.
- Schei, E. (2009). Helsebegrepet – selvet og cellen. I: Ruud, E. (red.) *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*, s. 7-14. Oslo: NMH-publikasjoner 2009:5, Norges musikkhøgskole, Skriftserie fra Senter for musikk og helse

- Small, Christopher (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Stern, D. (1995). Joy and Satisfaction in Infancy. I R. A. Glick, & S. Bone, (red.), *Pleasure Beyond the Pleasure Principle*. New Haven: Yale University Press.
- Storsve, V., I. A. Westby, og E. Ruud (2010). Hope and Recognition: A Music Project among Youth in a Palestinian Refugee Camp. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, Vol 10 No 1 (2010). Also available at: <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/158>
- van Hooft, S. (1997). Health and Subjectivity. *Health 1(23)*, s. 25–36. Hentet 11. nov. 2008. Tilgjengelig på: <http://hea.sagepub.com>
- Verghese, J., et al. (2009). Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *New England Journal of Medicine 348: 2508–16*. (Sitert etter Cohen 2009).