

從敘事學談醫學倫理教育之 人性化改革

林慧如*

摘要

2012 年美國早期投入醫學人文教育的文學教授 Anne Hudson Jones 於瑞士柏恩發表演說，論醫學人文在美國三十餘年發展所遺留問題，以做為各國醫學教育之借鏡。Jones 教授以最根本問題為：在（科學與文學）兩種文化的隔閡與排斥下，醫學人文不斷被邊緣與弱勢化：無論是專業素養或生命倫理學，這些原本與人文高度相關的領域多半被生物醫學與社會科學背景的學者壟斷，明顯違反 Flexner Report 最初推動醫學院校進行醫學人文教育改革的精神。晚近興起的敘事醫學強調藉由敘事能力的培養，重新建構臨床經驗中的人文感受。本文從敘事學理論出發，檢視現有醫學倫理教育問題，闡明醫學倫理教育之要旨並不止於培養倫理判斷知能，完整的人文教育應同時涵蓋知識論進路、美學進路與倫理學進路。

關鍵詞：醫學人文、敘事醫學、醫學倫理、醫學教育

* 高雄醫學大學人文與藝術教育中心副教授。

E-mail: hjlin@kmu.edu.tw

Humanities Reform of Medical Ethic Education from the Perspective of Narratology

Hui-ju Lin*

Abstract

Literature professor Anne Hudson Jones, who was one of the American scholars engaging in the teaching of medical humanities in early stage, gave a speech in Bern, Switzerland in 2012 to discuss the problems that have persisted in the past 30 years concerning the development of medical humanities in the United States. Her speech served as a reference for administering medical education programs in various countries. Jones asserted that the primary problem of this field is that medical humanities has been marginalized and overlooked because of the difference and contradiction between science and literature. No matter professional literacy or bioethics, the disciplines that were originally highly related to humanities have mostly been monopolized by scholars with the background of biomedicine or social science. This noticeably violates the essence of educational reform in medical humanities advocated in the Flexner Report. Narrative medicine emphasizes that through the cultivation of narrative capability, the humanistic perception in clinical experience can be reconstructed. Therefore, this study adopted narratology theories to examine the existing problems in medical ethic education, clarifying that the educational goal of medical ethics involves not only cultivating capability of ethical reasoning, but also incorporating epistemological, aesthetical, and ethical approaches to provide a comprehensive humanities education.

Keywords: Medical humanities, Narrative medicine, Medical ethics, Medical education

* Associate Professor, Center for Humanities and Arts Education, Kaohsiung Medical University.
E-mail: hjlin@kmu.edu.tw

從敘事學談醫學倫理教育之 人性化改革*

林慧如

一、背景：兩種文化的鴻溝

1959年英人 C. P. Snow 在劍橋大學發表演說指出，文學家與科學家這兩類不相投契的知識分子已漸行漸遠，幾乎形成「兩種文化」¹。思想史上此種二分源於近代革命時期，自 Descartes 知識論轉向以降，「心」與「物」的區別由原本知識論的爭論逐步演變為一種「心／物二元對立」的歷史成見。今日學界中所謂科學與非科學的分野、量化研究與質性研究的陌路，或庶民文化中所謂人文與科技的鴻溝，皆與 Snow 的區分相去不遠，「兩種文化」可謂網羅著現代思想的各個層面。

* 本文初稿口頭發表於「2015 生命倫理與醫學人文：身體、心理與疾病書寫學術研討會」（高雄：高雄醫學大學，2015 年 10 月 2 日）。感謝科技部補助研究「敘事醫學之深耕：困境分析、教學策略與師資培育——醫學人文長期系統性研究」（MOST 104-2511-S-037-001-）之進行。

¹ C. P. Snow, 1959, "The Rede Lecturer, 1959," in *The Two Cultures* (New York: Cambridge University Press, 1998), pp. 1-52.

醫學教育的處境在「兩種文化」之間十分尷尬：一方面，在科學光譜中醫學知識的發展毋寧更靠近科學的一方，例如 1972 年間由英國臨床流行病學學者 Archie Cochrane 提出的「實證醫學」即主張：以統一科學方法獲取的證據才能保證臨床的最佳醫療成效，九〇年代之後結合網路資訊的發展，實證醫學更取得了醫學發展的主流地位，成為醫學研究方面的顯學 (Sackett, 1996)。²然而，另一方面，醫療實務卻需面對一個個真實的病人，每位病人的處境都是獨一無二的，因此醫學教育不能無視於人文，不能將診間視為實驗室、將病人當成試驗品。如此，隨著醫學知識的日新月異，醫學教育在「科學」與「人文」之間的拉扯更形嚴重，所學與所用之間彼此不相呼應，「兩種文化」的鴻溝已然成為不爭的事實，科學的分類學更將原本統一的人性拆解得四分五裂。

醫學教育學界也積極想要處理這樣的問題，例如美國醫學院學會 (The Association of American Medical Colleges, 簡稱 AAMC) 於 2011 年發表了《未來醫師的行為與社會科學基礎》(*Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians*)³，報告中呼籲：醫學教育內容應涵蓋人類學、語言學、倫理學、公共衛生學、流行病學、人口學、政治學、經濟學、管理學、教育學、傳播學、心理學、社會學、社會工作、醫療政策……等領域。報告引用加拿大皇家內外科醫師學會《CanMEDS 2005 醫師能力架構》中的六種醫師

² D. L. Sackett, 1996, "Evidence based medicine: what it is and what it isn't," *BMJ (British Medical Journal)* 312:71.

³ AAMC, 2011, *Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians* (Washington: Association of American Medical Colleges). 中譯參見：劉敏、王英偉 (譯)，2013，〈未來醫師的行為與社會科學基礎——美國醫學院學會行為與社會科學專家委員會報告〉(臺北：教育部顧問室醫學專業教育改進延續計畫)。

角色，以及美國醫學研究院 (Institute of Medicine, IOM) 《提升醫學院課程之行為與社會科學內容》 (*Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula*)⁴的六大行為與社會科學領域，整合為一個 6×6 的「行為與社會科學矩陣」，提醒未來醫師面對不同臨床情境時必須考慮的各個層面、必須勝任的各種角色，以及其所對應的行為社會科學能力。

面對社會科學龐大紛雜的分類，醫學教育想要一舉涵蓋上述各專業知識談何容易？AAMC 也直言醫療專業所需的社會科學清單「多得將人淹沒」。報告認為，在醫學院教授這些並不是（事實上也不可能）「期望要培養出社會學家、心理學家」，而是希望受過全人訓練的醫師「具備源自行為及社會科學的知識、技能與態度，以能有效的執行醫療照護」；問題是，每一門社會科學都有無盡的研究課題，醫學教育能以多少時間、資源與人力來跨界教學？若要包山包海將所有學科蜻蜓點水式概論而過，這種積分集點式教育不僅貶低其他學科的深度，同時也看輕了自己，將「素養」(literacy) 的門檻降低為「識字」即可。

AAMC 的這份報告對當前醫學教育界提出了嚴峻的要求，也賦予醫學教育者一個巨大的挑戰：

醫學教育者現在面臨的挑戰是如何以最好的方法將行為與社會科學傳授給學生及專業人員。

⁴ P. A. Cuff, N. A. Vanselow, 2004, *Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula* (Washington: National Academies Press).

在科學與人文百年的文化裂隙中，尋找達到全人教育的最好方法就成為醫學教育者最迫切的任務。我們認為，與其從龐雜破碎的社會科學清單中尋找各個突破的策略，未如逆向操作，從一以貫之的全人角度來看分裂的人性如何重新被整合。而 AAMC 在報告中所推薦的三種呈現行為與社會科學學習成果的方法中，第一項就是「使用敘事描述學生在臨床實務時如何具體融入行為與社會科學能力」。⁵從學理上看來，由於敘事可以涵蓋多層次、多空間、多面向的思考，它結合個人內在對自我的想像以及對社會價值的獻身程度，「敘事學」的確是最有潛力接合人文、社會與醫學教育之間的橋樑。也因此，醫學人文教育學界早有結合「醫學」與「敘事學」的改革運動興起，「敘事醫學」成為近二十餘年來醫學人文教育的一項重要趨勢。

儘管敘事醫學是對於醫學教育的人文反省之下的新思潮，但是在內容上，敘事學屬於人文學下龐大縱深的理論系統，而醫學卻是偏向自然科學典範的體系。那麼，在兩種文化根深蒂固的成見之下，「敘事醫學」是否能有效融合「人文科學」與「自然科學」的不同典範？以下即將回顧國外敘事醫學發展的歷史，做為當前及未來國內發展的借鏡。

二、醫學人文的興起及其邊緣化

2012 年美國最早投入醫學人文教育的文學教授之一 Anne Hudson Jones 於瑞士柏恩發表了名為「醫學人文的歷史、發展與當

⁵ 按：原文無粗體。此處為筆者強調。

前挑戰」⁶的演說，提到醫學人文在美國三十餘年的發展遺留下許多問題，可以做為各國醫學教育的借鏡。其最根本問題可歸結為：在兩種文化的隔閡與角力下，醫學人文在美國不斷被邊緣與弱勢化：無論是專業素養或生命倫理學，這些原本與人文高度相關的領域現在多半被生物醫學與社會科學背景的學者壟斷，再者，由於人文科學難以量化的特質，醫學人文研究也不易為重視成果的醫學教育者所青睞。2010-2011 年間，美國甚至發生醫學人文學者群起嚴正抗議醫學教育改革排擠人文學的事件，這種不當壟斷明顯違反 Flexner Report 最初推動醫學院校進行醫學人文教育改革的精神。

為深入瞭解這段歷史爭執更深層的學術緣由，Jones 系統性地整理了學界認可之最佳醫學教育文獻。在 “Why Teach Literature and Medicine? Answers from Three Decades”⁷ 一文中，Jones 指出在 1972-1981 這十年間，美國醫學院剛發展「醫學與文學」課程時設定的教學目標有二：其一是希望透過學習充分透徹閱讀文本(to read, in the fullest sense)以訓練醫學生同時掌握大量複雜訊息，奠定未來更好的醫病溝通能力。其二是希望經由文本中人物對日常生活意義的省思以進行廣義的道德探究。

1982-1991 這十年的階段中，人文學者如 Trautmann 與 Pollard 等人提出一種新論述：文學毋須作為醫學教育的附庸或工具，而「醫學與文學」教育的美學進路——生命經驗的昇華，才是親近文

⁶ Jones, A. H., 2012, “History, Development, and Current Challenges of Medical Humanities,” presented at the University of Texas Medical Branch, Swiss Academies of Arts and Sciences, (Berne, Switzerland. March 16, 2012).

⁷ Jones, A. H., 2013, “Why Teach Literature and Medicine? Answers from Three Decades,” *Journal of Medical Humanities* 34(4): 415-428.

學作品最重要的價值。⁸

Jones 認為醫學人文教育本身蘊含上述兩種不同的進路：倫理進路 (ethical approach) 與美學進路 (aesthetic approach)。有人認為他們能統合在「敘事醫學」的新範疇下，例如學者 Hunter 便是從知識論 (epistemology) 上說明醫學與文學這兩個學問之間的親緣性。⁹ Jones 認為這是學界在概念上以「敘事醫學」取代「醫學與文學」的起點。1992-2001 這十年是「敘事轉向」的關鍵階段：¹⁰ 醫學與文學領域的敘事醫學研究在短期間密集地競相發表，敘事醫學學群 (Narrative-in-Medicine Circle) 的成立更推動敘事醫學教育的改革風潮。

儘管 Jones 本人也是敘事醫學學群中的活躍成員，但是作為醫學人文教育學者，她的立場卻與知名敘事醫學學者 Rita Charon 不同：Charon 雖然也不贊同醫教界向「敘事醫學」提出實證成果與量化評估等要求，但她主張敘事醫學對醫療品質有正面貢獻，在 Jones 看來依然是妥協於科學典範的效益要求。Jones 本人則更堅持文學本身對於人性提升的整體價值是不能被獨立出來檢視成效的。

從前述醫學教育的處境到敘事醫學的發展，我們看到醫學人文內部一直潛存著相同未解的裂痕：科學與人文這兩種文化是否能相

⁸ Joanne Trautmann, Carol Pollard, 1975, "Literature and Medicine: An Annotated Bibliography," *Philadelphia: Society for Health and Human Values* (Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 1982 revised edition).

⁹ Kathryn Montgomery Hunter, 1991, *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton (NJ: Princeton University Press).

¹⁰ Jones 提到 Charon 開始特別以「敘事醫學」標誌出「文學與醫學」的工作內涵。例如：Rita Charon, 2001, "Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust," *JAMA* 286(15): 1897-1902.

互理解？醫學人文難道只能是一種人格分裂的概念？國內敘事醫學的發展是否能擺脫西方歷史的包袱？抑或面臨不同於西方發展的其他挑戰？我們希望從切身的「生活世界」中走出自己的風格與道路。

三、國內醫學倫理的現狀

國內醫界在後 SARS 時期開始強調發展醫學倫理教育，並積極著手翻譯美、加醫學會的醫學倫理理論，十多年來已在國外醫學會的教材基礎上奠定了基本醫學倫理概念：包括臨床生命倫理的原則、議題與推論工具，皆已有效推廣於住院醫師一般醫學訓練。然而，誠如最早參與這些國外醫學倫理教材的翻譯者所見，國內醫學倫理經過十餘年間的大力推廣始終仍有難以突破的瓶頸。歸根究底，前文所述「兩種文化」的隔閡是其關鍵。這點可由教材的使用見其端倪。

目前坊間主要的醫學倫理教材可分為兩大類：一類是由國外哲學背景之倫理學者原著翻譯而來的國外教材，如 *Principles of biomedical ethics*，¹¹其優點是具備學理之深度與水準，其缺點則是國外哲學背景之倫理學者作品「對於一般受醫學訓練之中文讀者可能顯得可近性較低」；¹²而另一類由國內外臨床醫師所主筆或主導的

¹¹ Tom L. Beauchamp, James F. Childress, 2001, *Principles of Biomedical Ethics* (New York: Oxford University Press, fifth edition).

¹² 參見：蔡甫昌，2003，〈譯者序〉，《臨床生命倫理學》（臺北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會）。

倫理教材，如 *Bioethics at the bedside: a clinician's guide*，¹³ 雖然議題實用，卻又因為「內容單薄」(content-thin)，造成學習上的枯燥與乏味。影響所及，醫學倫理的論題往往被轉移焦點，成為醫學知識與法律規定的附庸。

為了改善前述醫療導向倫理教材的單薄內容，近幾年坊間也可見以影片創作倫理教材的嘗試，例如日本群馬大學醫學院服部教授所製作的影片「從戲劇探討的醫學倫理」。¹⁴ 以教育導向設計出的醫學倫理影片，其優點是加入人物及劇情等敘事元素，可以引發學生討論的動機，但是，影片內容同時要滿足專業性、文學性與教育性三方面的標準其實並不容易。再加上社會文化脈絡與倫理內涵密切相關，即便是日人所拍攝的醫學倫理影片，對國人而言同樣有異國風情的隔閡感受，因此影片中人物的倫理考量也未必引起深度的共鳴。

由於臨床倫理是高度具體性課題，臨床倫理教育不應仰賴坊間現成教材（特別是國外翻譯教材）：畢竟在每一個特殊的臨床倫理情境中，文化、社會與情感的脈絡是不能被排除在外的，因此，喚醒對於眼前當下情境的覺察，提升連結臨床情境（存在）與倫理感知（思考）的能力，其重要性絲毫不亞於學習嚴密完整的理論體系。發展成熟的倫理教教材既應展現以病人為中心 (patient centered) 的倫理品質，又需能符合臨床實踐對醫療的及時效率等要求。然而，如果不能契合在地人員的實踐感受，再高水準的教材對臨床倫

¹³ Peter A. Singer, 1998, *Bioethics at the Bedside: A Clinician's Guide* (Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Medical Association).

¹⁴ 服部健司、伊東隆雄、越坂康史，2013，〈從戲劇探討的醫學倫理〉（群馬：群馬大學醫學部醫學科）。

理教育同樣是徒勞無益。

余英時在〈兩種文化的百年思索〉¹⁵中提到，「『五四』以來，不少學人在自覺層面往往為西方理論與方法所鎮攝」。談論理論與思潮，我們固然必須有全球視野，但是談論到教育與實踐，我們更不能忽略本土在地的現實條件。余英時指出「在人文領域中，人類學家提出的『局部地方的知識』(local knowledge) 取代了科學家的『普遍性知識』」，這對醫學人文教育指出了一個重要方向——醫學人文需要「在地化研究」，我們希望以此方向著手醫學人文教育的革新。

四、以敘事學推動醫學倫理教育的人文化革新

承上所述，國內醫學人文及醫學倫理教育的發展，多是遵循美加醫學會的教材教法，或是沿襲國外既有的理論方向。但是由於文化與社會脈絡的差異，國外教材教法對於臨床專業的可近性並不高，再加上科學與人文兩種文化世界的語言不同，長久下來理論與實務之間的落差漸形加劇。實務現場中許多醫院的教學主管坦白表示「我們自己都沒學過這些」，倫理委員會的執行秘書則關心醫學倫理「有沒有速成訓練方法」。儘管醫院也有醫學倫理教學成效評鑑的需求，但是綜合了醫院人力吃緊、臨床業務繁忙以及不關專業職責等各式理由，醫學倫理與醫學人文總是淪為評鑑中的虛應文章。

哈伯瑪斯曾區分人類生活動機為三類旨趣：技術的旨趣

¹⁵ 余英時，2003，〈兩種文化的百年思索〉，《中國時報》2003年1月19日。

(technical interest)、實踐的旨趣 (practical interest) 以及解放的旨趣 (emancipatory interest)，由這些旨趣形成「經驗——分析」、「歷史——詮釋」和「批判」等三類不同的知識。¹⁶倫理學因為牽涉價值的選擇與結果的承擔，理應是涵蓋上述三種旨趣的整合知識。然而，在醫學教育裡過度強調學習成效的考量，倫理與人文的學習動機反而被縮限在「技術的旨趣」，「實踐」與「解放」的追求似乎遙不可及。

在人文學中，倫理學從來不會被簡單地拆成知識、態度和技巧三種面向來分別教授，但是在當前醫學教育中，為了「成果導向」的評鑑需求，這樣的分解被視為合理有效的設計。再加上醫學倫理教材被引進國內時往往依研究者的專業背景而選擇性地介紹，其中牽涉思想、文化與社會等巨大差異的脈絡多半被存而不論，從敘事學的角度看來，這些醫學倫理教材雖然留有議題的骨幹，卻欠缺構成完整敘事所需要的核心元素（最基本的三大元素：情節、性格與思想）。為了有效學習倫理的原則，倫理的情節被刪節至僅剩餘抽象議題的推理，醫學倫理教育只得停滯在滿足「技術的旨趣」。

法國詮釋學家 Ricoeur 的哲學敘事學認為，敘事本身並不只是一個封閉的系統、一種語言哲學研究的範疇；每一段敘事文本都是一個事件，是敘事者與讀者或聽者之間意義交流的行動。¹⁷從這個觀點看來，當醫學倫理教材在引進國內的過程中丟失了許多敘事背

¹⁶ Jürgen Habermas, 1971, "Knowledge and human interests: a general perspective," in *Knowledge and Human Interests*, translated by Jeremy J. Shapiro (Boston: Beacon Press, 1987), pp. 301-317.

¹⁷ Paul Ricoeur, 1981, *Hermeneutics and the Human Sciences: Essays on Language, Action and Interpretation*, edited and translated by John B. Thompson (Cambridge: Cambridge University Press), pp. 197-221.

景資訊，只是作為承載倫理推論的工具，讀者與聽者也就喪失了與敘事者進行第一手交流的機會。如此的教材缺乏實踐感與現實性，導致在地讀者對於醫學倫理無所感應，文本問題因而成為醫學倫理無從在地生根的重要原因。

另一方面，從敘事學的角度看來，既然文本是敘事者與讀者／聽者之間意義交流的行動，敘事者的角度觀點以及讀者／聽者的角度觀點都參與建構了文本的整體意義。「醫學／倫理」既是跨專業的學問，不同專業的隔閡自然影響著敘事者與讀者／聽者之間的相互理解。對於醫學與人文學這兩種不同專業而言，在「醫學倫理」的領域中雙方都需要學習對方的語言，跨專業素養其實是一種「知識的雙語教育」。

由於醫學倫理主要是醫學專業的實踐場域（除了少數人文教師與研究者例外），讓倫理思維與臨床實踐真正互相關連，就成為提升醫學倫理教育至人文層次的關鍵所在。在敘事活動中，無論作者（說者）或讀者（聽者），都隱然能意會到另一方的他者存在，敘事可謂是一種「互為主體」(inter-subjectivity) 之間的交流行動，因此敘事本質上就為一種統合倫理及知識的行為。此外，若能從敘事行動中逐漸培養作者（說者）或讀者（聽者）對於文本的品味，這又能構成一種美學的實踐。因此，以敘事融入醫學倫理教育的確是為相當契合人文教育的方法，唯學者當謹慎於不使敘事墮回技術層次的學習，將敘事簡單地總結為「方法學」或「教學法」，因為，這是企圖以形式總括存在的形式主義的墮落，如此的動機必然指向工具性思考的方向，未來恐將重蹈美國醫學人文發展的覆轍。

總結以上所述，我們認為醫學倫理教育之要旨並不止於培養倫理判斷知能，完整的人文教育應同時涵蓋知識論進路、美學進路與

倫理學進路。對於醫學專業而言，如果能在臨床實踐中真正關懷、思考自己與他人共同存在的處境，並能以敘事重新建構臨床中的真實感受，那麼，醫學倫理就能跨越「科學／人文」的局限視野，邁向「思想與存在合一」的真正人文境界。

參考文獻

一、中文文獻

余英時，2003，〈兩種文化的百年思索〉，《中國時報》2003年1月19日。

服部健司、伊東隆雄、越坂康史，2013，〈從戲劇探討的醫學倫理〉，群馬：群馬大學醫學部醫學科。

劉敏、王英偉（譯），2013，《未來醫師的行為與社會科學基礎——美國醫學院學會行為與社會科學專家委員會報告》，臺北：教育部顧問室醫學專業教育改進延續計畫。

蔡甫昌，2003，〈譯者序〉，《臨床生命倫理學》，臺北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

二、外文文獻

AAMC, 2011, *Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians*, Washington: Association of American Medical Colleges.

Beauchamp, Tom L., and Childress, James F., 2001, *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press, fifth edition.

Charon, Rita, 2001, "Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust," *JAMA* 286 (15): 1897-1902.

Cuff, P. A.; Vanselow, N. A., 2004, *Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula*, Washington: National Academies Press.

- Habermas, Jürgen, 1971, "Knowledge and human interests: a general perspective," in *Knowledge and Human Interests*, translated by Shapiro, Jeremy J., Boston: Beacon Press, 1987, pp. 301-317.
- Hunter, Kathryn Montgomery, 1991, *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jones, A. H., 2012, "History, Development, and Current Challenges of Medical Humanities," presented at the University of Texas Medical Branch, Swiss Academies of Arts and Sciences, Berne, Switzerland. March 16, 2012.
- Jones, A. H., 2013, "Why Teach Literature and Medicine? Answers from Three Decades," *Journal of Medical Humanities* 34(4): 415-428.
- Ricoeur, Paul, 1981, *Hermeneutics and the Human Sciences: Essays on Language, Action and Interpretation*, edited and translated by Thompson, John B., Cambridge: Cambridge University Press.
- Sackett, D. L., 1996, "Evidence based medicine: what it is and what it isn't," *BMJ (British Medical Journal)* 312: 71.
- Singer, Peter A., 1999, *Bioethics At The Bedside: A Clinician's Guide*, Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Medical Association.
- Snow, C. P., 1959, "The Rede Lecturer, 1959," in *The Two Cultures*, New York: Cambridge University Press, 1998, pp. 1-52.
- Trautmann, Joanne; Pollard Carol, 1975, "Literature and Medicine: An Annotated Bibliography," *Philadelphia: Society for Health and Human Values*, Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 1982 revised edition.