

人間佛教的示現—— 台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

蔡昌雄

南華大學生死學系教授

一、前言

自 1990 年台灣在醫療體系成立安寧療護 (hospicecare) 方案起，迄今已邁入第二十四個年頭了。這個最早源自英國、針對末期病人所提供的緩和照顧 (palliativecare) 體系，不僅已被世界衛生組織 (WHO) 納入正統醫療體系，並在全世界進步國家中逐步推廣擴散。歷經長期的努力，台灣安寧療護的品質蒸蒸日上，於 2010 年《經濟學人》一份對全球臨終照護的評鑑報告中獲得肯定。該報告指出：台灣的安寧療護品質，在全球四十個富裕國家中，整體排名世界第十四，亞洲排名第一，甚至比台灣更早發展安寧的日本及新加坡等國家還要前面。¹ 這份帶有高度人文關懷意涵的醫療成就，可以說是另類的台灣奇蹟。

然而，在這份報告的背後，另有一項鮮為人知的台灣安寧療護奇蹟。與多數西方國家醫院由牧靈人員從事臨終靈性照顧工作不同的是，台灣安寧療護的靈性照顧團隊中，除了基督宗教醫院的牧靈人員外，在公立醫院系統及佛教醫院，另有佛教宗教師的設置，來從事臨終照顧的工作。這些佛教宗教師都曾接受過醫療臨床與佛法

1. 參見 The quality of death ranking end-of-life care across the world: A report from the Economist Intelligence Unit, The Economist, Commissioned by LIEN Foundation, 2010.

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

教義的嚴格訓練，同時也是安寧療護發展上的一項創舉。

這項匯聚眾多台灣醫療體系專業人員，以及投入臨終關懷的法師的力量，從社會觀念與思想的廣義脈絡上歸結起來，其實是受到佛光山星雲大師「人間佛教」啟發而產生的社會實踐。其難能可貴之處，除了在世界引領風騷、開風氣之先，足以為其他國家佛教徒臨終照顧模式效法之楷模外，在佛教現代弘法的作法上，也打破了傳統上於寺廟或信徒身後法事才說法的局限，而能夠走入世俗的醫療院所，接受現代醫療場域的各樣挑戰，於病患臨終病榻就其病苦需求，給予靈性需求上的照顧，在「聖／俗」（sacred/secular）之間取得平衡，誠屬不易。

這個由「聖」入「俗」，從而以「聖」領「俗」的社會實踐過程，已不只是人間佛教理念的倡導而已，而是此一理念具體而微的示現。其中涉及到人間佛教實踐過程中的寶貴經驗及觀念反思，對於人間佛教未來的拓展落實，多有值得借鏡參照與反思之處。因此，本文旨在闡述台灣安寧佛教宗教師的臨終關懷之道，一方面將其做為展現人間佛教實踐的範例考察，另一方面也企圖從台灣安寧佛教宗教師的臨終關懷實踐，重新建立對「佛法不離世間覺」一語的當代社會意義體認。

全文擬從四個層次進行探討：首先，將針對台灣安寧臨床佛教宗教師設置與培訓的源起，以及佛教宗教師訓練與工作內容進行梗概的介紹，以使吾人對臨床佛教宗教師在現代醫療及臨終照顧脈絡的置身處境，建立基本認識；其次，探討重點聚焦於當佛法應用在臨終關懷之靈性照顧時，對佛教傳統教義理解在概念系統轉換上，所造成的衝擊與挑戰進行闡述，此處將以台灣佛教臨床宗教師協會目前所發展出的佛教覺性照顧架構為解說參照；第三，將探討試圖

把佛法應用在病患臨終之靈性照顧的臨床佛教宗教師，從訓練過程到從事實際臨床照顧工作，所經驗的角色轉換調適心路歷程，以及此一體驗背後隱含的宗教實踐意涵；最後，將根據前述內容，總結台灣推動佛教臨床宗教師臨終照顧的主要成就，及其對人間佛教實踐的啟示，並討論未來發展可能面臨的挑戰及因應之道。

二、佛教在臨終場域開啟的聖俗對話

1990年，台灣淡水馬偕醫院引進安寧照顧方案，成立安寧病房及安寧照顧基金會等推動安寧的機構組織後不久，「財團法人佛教蓮花臨終關懷基金會」也於1994年正式成立，成為佛教團體中第一個以「臨終關懷」為宗旨，推動生死教育的公益機構。台灣引進佛教法師至臨床參與臨終照顧工作，則開始於1995年台大醫院為提升癌末病患生活品質之需求，而成立緩和醫療病房時。在1998-2000年期間，台大醫院接受佛教蓮花基金會的委託，從事本土化靈性照顧模式及佛法在臨終關懷的應用；並在惠敏法師的指導下，委由台大醫院負責緩和醫療病房的家醫科主任陳慶餘教授主持宗教師的培訓重任，並由宗惇法師執行帶領。

2000-2006年則接受一如淨舍臨終關懷協會專案委託，從事臨床佛教宗教師的培訓工作，前後共計六年。2006年迄今則改由佛教蓮花基金會委託，並成立臨床佛教宗教師護持會。到2013年9月23日為止，此一培訓臨床佛教宗教師的「靈性照顧」研究計畫，參與實習人次達七十三人次，參與培訓人次達一百二十七人次，已完成培訓的宗教師則有五十五人（含兩位修女）。² 全台目前有三十六

2. 資料引自《「臨床佛教宗教師培訓之回顧與展望」研討會手冊》之統計表，財團法人佛教蓮花基金會主辦，台北：2013年9月28日，頁43。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

家各型醫院安寧病房，接受三十四位臨床佛教宗教師（四十二人次）的服務。³

這些接受培訓的法師學員分別來自不同道場，以 2010-2013 年為例，須接受包括「安寧緩和團隊基礎訓練」暨「本土化靈性關懷入門課程」、「共同課程」、「初階專業課程」、「進階專業課程」及「安寧病房實習」共計年 139.5 小時，並取得結業證書後，方得報名參加為期十五週的「臨床佛教宗教師培訓」，經研究小組評值審核完訓者，才由蓮花基金會頒授「臨床宗教師培訓完訓證明書」，具備擔任安寧病房臨床佛教宗教師的資格。⁴ 這些課程以實務應用為導向，主要類別包括臨床醫療知識、症狀評估、表單流程、諮輔技巧、同理心訓練、病情告知及佛教經典臨床應用等。

整體而言，接受培訓的法師須得將自己從原先寺廟道場弘法或說法者的角色，調整為引導陪伴病人走過人生最後一程的陪伴者角色。基於這樣的角色轉換，他們不能再拘執於傳統的法師角色，或拘泥於傳統的經論知識理解，他們也不是扮演臨終時刻執行傳統經懺法會的角色，他們需要踏入現代醫療的專業場域、學習用專業的語言（包括醫療、諮商等）與團隊溝通，他們可以向病患或家屬解說佛法要義、引導面對臨終的死亡焦慮，但也不能行禮如儀式的照本宣科，如此完全無法應機說法的方式，在臨終的靈性照顧工作上是不適用的。

從以上臨床佛教宗教師培訓的內容可知，當應用佛法在當代臨終照顧的場域中，進行靈性關懷的助人工作時，佛教面臨的挑戰其實是聖俗之間的融通問題，整個過程開啟的則是聖俗兩域從對話到整合的歷程。這個挑戰過程幾乎可說是在落實人間佛教的理念時，無可迴避

3. 同註 2，頁 44-45。

4. 同註 2，頁 42。

的課題。因此，臨床佛教宗教師融入台灣安寧照顧中靈性照顧角色的發展過程，無論是其成就、啟示或遭遇的問題，均有極高的研究價值。

在西方的宗教研究傳統上，聖俗經驗與概念的區辨及連繫，向來是宗教學者研究的重要課題。從表面的層次看，「聖」與「俗」二者是兩種相當異質的經驗界域，以至於兩者之間存在著二元性的對待，甚至往往會產生矛盾與衝突。例如，對宗教經驗的神聖性進行現象學考察與描述的德國宗教學家魯道夫·奧圖（Rudolf Otto），在其名著《論神聖》（*The Idea of the Holy*）中，便將宗教神聖經驗描繪成：人們在與神聖的「全然他者」（wholly other）之間所體驗到的矛盾情緒；一方面人們對全然他異的神聖抱持著至高無上的敬畏感，另一方面，又從此全然他異的神聖接收到愛與慈悲的感受，因而被其吸引，產生無限的好奇。⁵ 這明顯意味著，聖域經驗在人類日常意識中的顯影，會造成一定程度的異質性體驗，也會因此產生某種矛盾情緒或甚至造成衝突。

英國宗教史家凱倫·阿姆斯壯在其名著《神的歷史》（*A History of God*）中，從歷史宏觀的角度，對神人之間矛盾、衝突及掙扎關係所展開的精采描寫與探討，似可作為聖俗之間歷來存在的緊張關係的旁註。⁶ 基於聖俗之間既存的緊張關係，宗教學界對此關係所隱含的知識理解問題，便特別感到關切。除了前述奧圖試圖以現象描述的方式，建立吾人對神聖經驗的理解之外，知名宗教現象學家伊利亞德（Mircea Eliade）亦試圖以現象還原的方式，捕捉聖與俗的

5. 關於此一人類對神聖經驗之矛盾情緒的詳細解釋，請參見 Rudolf Otto, *The Idea of the Holy: An Inquiry into the Non-Rational Factor in the Idea of Divine and Its Relation to the Rational*, trans. by J. W. Harvey. London: Oxford University Press, 1923.

6. Karen Armstrong 著，蔡昌雄譯：《神的歷史》，台北：立緒出版，1996年。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

經驗本質。⁷從伊利亞德的聖俗現象還原分析中，吾人可以了解，聖與俗的兩種經驗或現象，雖然在體驗者自身而言是具有其獨特性的，但其實兩者是互映交錯、共存於此世的。

換個方式說明，聖俗經驗的發生與感受確實有別，但存在於其間的是一個類似「旋轉門」的經驗樞紐，只要通過此一樞紐，便可以在取得兩種經驗之間聯繫的情況下隨意進出，而不會有對立之感。然而，在聖俗之間產生的對立、矛盾與衝突，主要是這個能聯繫兩端的經驗樞紐被隱蔽所致。

從上述宗教實踐的歷史及宗教學理對聖俗經驗的理解，吾人可以看出，台灣安寧療護設置臨床佛教宗教師，從事臨終靈性照顧的工作，在寬泛的意義下，也必然要面臨由聖入俗及聖俗辯證的考驗歷程。至於其中涉及的聖俗交涉與互融的特殊脈絡，以下將從佛教義理融入醫療場域需求的臨終照顧架構發展，以及從臨床佛教宗教師個人「由聖入俗」及「由俗悟聖」的過程來說明。

三、以「覺性」為軸心的臨終照顧架構

當代安寧療護的興起，其實是「死亡覺醒運動」（the death awareness movement）發展過程中的一部分。⁸安寧照顧方案有所謂「四全照顧」的設計，⁹是針對已無治癒可能的末期臨終病人，將醫

7. Mircea Eliade 著，楊素娥譯：《聖與俗—宗教的本質》，台北：桂冠出版，2000年。

8. 有關這段歷史發展過程，參見 Cathy Siebold, *The Hospice Movement: Easing the Pain*, New York: Twayne Publishers, pp. 28-82.

9. 所謂的「四全照顧」指的是全人、全家、全隊、全程的照顧。全人照顧指的是不限於身體的照顧而及於心理與靈性；全家是指照顧不僅限於病患，也及於陪病家屬；全隊是指照顧工作由醫、護、社工、心理、宗教、志工等各照顧專業與志願人組合而成；全程是指照顧不終止於病人死亡，會繼續追蹤關懷喪親家屬的狀況。台灣安寧基金會目前更積極推動第五全照顧，指的是照顧不限於醫療院所的範圍，更將擴及對全社區的關懷。

療重點由「治療」(cure)轉變為「照顧」(care)，提供患者及家屬包括身、心、靈、社會層面的協助，以使其能坦然面對即將到來的死亡，從而獲得人生的「善終」(appropriate death)。於是這個強調死亡尊嚴與品質的臨終照顧運動主旨，便成為當代社會中產階級的普遍訴求。當佛教也加入這個當代臨終照顧的場域時，即便佛教本身蘊含著極為豐富的生死智慧與臨終照顧的資糧，但是此一知識系統必須針對情境脈絡做適當的詮釋轉換，否則無法直接應用到此一特殊的醫療場域。

作為台灣臨床佛教宗教師培訓的委辦醫院，以及台灣最早引進佛教法師，從事臨終病人臨床照顧的台大醫院安寧病房，其研究團隊曾針對「臨終靈性照顧模式」¹⁰及「臨床佛教宗教師培訓」¹¹兩大議題，進行過長期和深入的研究探討。在目前討論的脈絡下，這兩



臨終善逝，是人們最大的願望。
(如地法師 / 攝)

項研究所指向的，正是試圖發展出一套以佛教思想為中心，適用於安寧臨終照顧的靈性照顧模式，並將此模式應用於臨床宗教師的培訓中。質言之，就是要將佛教的生死智慧發展，轉換成為一套適用於臨床的

10. 本文參考的《靈性照顧模式之研究》版本，是1998年蓮花基金會委託台大醫院緩和醫療病房執行的研究報告。

11. 本文參考的《臨床佛教宗教師培訓》的版本，是2001年台灣一如淨舍臨終關懷協會委託台大醫院緩和醫療病房執行的研究報告。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

臨終靈性照顧模式。

這個詮釋轉換的工作至少涉及兩個重要的層面：（一）要以佛教思想置入原本以基督教思想為核心的靈性照顧概念中；（二）要從理論層次轉換到臨床操作層次。

首先，要將佛教思想置入原本以基督教思想為核心的靈性照顧概念中，就必須考量佛教是一個強調「悟覺」（enlightenment）的宗教，其思想核心是建立在「覺性」（awareness）的基礎上，與西方一神教系統強調「靈性」（spirituality）的概念是有所區隔的。我們在此並不認為人類有「覺性」與「靈性」兩種截然不同的精神實體，也無意去進行這兩個概念系統的比較。但是在臨床的應用上，我們不得不承認，確實可以分別從這兩套系統去觀看人類臨終精神的現象，並依此發展出不同的照顧概念與作法來。因此，針對發展安寧療護中佛法的靈性照顧概念與架構而言，在此要闡明的重點是，在台灣的經驗中，相應於佛教思想的臨終照顧概念與架構是如何被發展出的。

談到發展符合佛法的臨終照顧概念的第一步，就是要把安寧的「靈性照顧」調改為「覺性照顧」。不過，在實際操作的過程中，台大的研究團隊有時可能考量到需要與安寧照顧中其他的靈性照顧傳統溝通，因此兼用「靈性」、「佛性」與「覺性」等詞彙，並未做嚴格的界分，但是在定義這些詞彙的內容時，卻以佛法的概念加以解釋。

例如：在比較「靈性」與「佛性」的不同時，台大團隊的研究報告指出：「靈性的表現每個人不一樣，即覺性不同。」¹² 在此「靈

12. 《緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告（二）》，台大醫院緩和醫療病房，2001年，頁12。

性」與「覺性」是被混用等同的。然而，在另一比較「靈性」與「佛性」的脈絡中，該研究報告卻認為：「靈性與佛性必須做區隔」、「本研究認為佛性高於靈性」、「但因臨床是由人的角度出發，人皆有靈性，所以用靈性照顧。」¹³ 這裡靈性與佛性不但有差異，還有經驗指涉的高低深淺。

在這個舉例中，我們可以發現，即便確立需要將佛法思想置入安寧靈性照顧的脈絡中，但是在轉譯的過程，卻產生了某些概念混同或混淆的狀況，不同的運用者仍可能會造成一定程度的困擾，儘管此一基礎概念定義有混同或混淆的狀況，但該研究仍進一步從佛法的資源中，找出可資運用的內涵來加以剖析說明。例如：四諦三學、七法六度、成佛之道等皆是。此外，該研究亦從《圓覺經》、《心經》及《阿彌陀經》中汲取臨終照顧的知識，以為臨床訓練之用。循此線索發展，亦從《地藏經》與相關經文中取經，討論如何看待、解讀臨終夢境與死亡恐懼等課題。

不過，這一切的佛經資源取用，最終還是要考量到臨床運用的問題，因此就需要進入詮釋轉換的第二個層面的思考。在這個層面上，有三個子項目的作法：1. 許多關於死亡恐懼與夢境的現代研究與理論被引進；2. 許多臨床的案例被提出討論，以增進實務應用的可行性；3. 需要整理出一個既宏觀又切實可行的臨終照顧架構來。關於第三個子項目，可以說是將佛法引入臨終靈性照顧中，最需要具體驗收的成果。

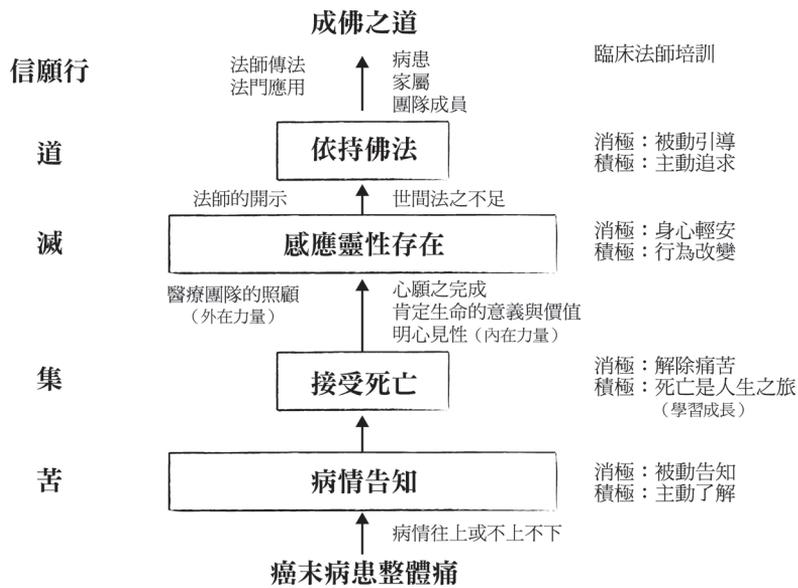
雖然此一架構內容可以隨著臨床運用過程的知識增加而調整，也可以不斷充實其經驗指涉內涵，然而在形成臨床佛教宗教師訓練的

13. 《緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告（二）》，台大醫院緩和醫療病房，2001年，頁11。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

概念系統之初，一個具指引性但可被修正的架構是需要的。台大安寧團隊目前針對以佛法思想為中心的靈性照顧架構，初步發展如下：

佛法的靈性照顧架構圖¹⁴



我們可從此架構圖中來看，至少有幾個層面的系統被整合進來：

(1) 佛教義理的系統；(2) 病況發展與臨終照顧的進程；(3) 佛法於此進程中的應用；(4) 臨床佛教宗教師培訓對此進程中每階段的訓練重點。

誠如前述，此一臨終靈性照顧的架構並不完美，但卻是一個確實可行的基礎，可以被思想知識與臨床證據不斷地修正，而且本架構已試圖面對佛法走入現代臨終醫療場域，所必須面對與整合的界

14. 本圖引自釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏：〈臨床佛教宗教師在安寧緩和醫療中的角色〉，《生死學研究》第5期，嘉義：南華大學生死學系，2007年，頁79。

域，進行詮釋轉換的工作。此為人間佛教在由聖入俗的過程中，不可豁免的實踐課題。

在應用此佛法臨終照顧架構於臨終的臨床照顧時，另有一個實踐面向的準備條件需要加以補充說明。固然佛法思想宏偉深奧，對於臨終時刻病患病情的發展歷程，以及相應的心靈變化，可以在生命存在與生死轉渡的高度上發揮指導的作用，但在實際應用時，卻不能建立在虛幻的想像與不實的判斷上，必須根據各種現實狀況做出準確評估才行。

因此，台大安寧靈性照顧模式的研究團隊遂發展出各種評估的表單來。其中包括「病人資料表」、「身心症狀評估表」、「靈性自我提升的現況評估」、「善終評估表」、「音樂治療評析表」、「美術療育身心調適評析表」、「法師引導之靈性照顧評析表」等。¹⁵這些表格有的是由佛教宗教師直接填寫或參與填寫，有的則要有能力解讀該評估表的意義，從而轉換為法師靈性照顧的判斷。這說明了由聖入俗的運動，不僅需要以所置身的情境脈絡為基礎落實，同時也可以由此看出，在過程中講究細節與融合會通工夫的重要性。

四、佛教宗教師的「由聖入俗」與「由俗悟聖」之旅

不過，將佛法融入當代臨終靈性照顧的場域中，必須面對的挑戰不止於詮釋系統轉換，與切實可行架構的提出而已。這項任務同時也為執行此一照顧工作的佛教宗教師，在「聖」與「俗」之間，開啟了一段深刻的試煉之旅。

這段修鍊之旅的道路主要分成兩大區塊：前者是由聖入俗，後

15. 參見〈靈性照顧模式之研究〉附錄，台大醫院緩和醫療病房，1998年，頁28-35。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

者是由俗悟聖。而這兩大區塊各自又可再細分成兩個階段，總共四個階段。

首先是由聖入俗。這裡指的是有志擔任臨床佛教宗教師的法師們，所必須經歷的培訓與臨床的考驗。要說明這個階段對法師們之所以形成考驗，就必須先了解法師們從在家而出家的由俗入聖轉變。不論個別法師出家的因由為何，由俗家身分遁入空門，即是歸屬於美國宗教心理學之父威廉·詹姆士（William James）所謂的「皈依」（conversion）經驗的一種。¹⁶對詹姆士而言，「皈依」經驗所指涉的，是一種以世俗關懷為中心的生活狀態的徹底轉變，它的重心已轉變為對超越性存在的關懷。

換言之，個人從原先分裂、感覺謬誤、卑劣、不愉快的自我，由於有穩定的堅持宗教真理，逐漸或是突然變得統一，轉成優越而且喜悅的過程。這種過程有可能是漸進的，也有可能是突然發生的。然而，這裡的「自我」（self）的生活層面，包含了物質的、社會的與精神的轉換與改變；而這些轉換與改變，又將在其生活習慣、嗜好等各方面產生作用。可以說，真正的「皈依」是一種個人全面性的轉換與改變。然而，出家師父的「皈依」雖然在本質上，與一般宗教信徒的「皈依」相同，但是其所涉經驗規模卻遠超過一般信徒的經驗，詹姆士稱此經驗為「聖徒性」。¹⁷

所謂的「聖徒性」指的是，個體在其孤獨的狀態中，認為自身與其所認定的神聖對象有某種關係時的感覺、行動與經驗，而且這種關係比常人更為普遍且穩定，其內在狀態是：（1）擁有一種更寬

16. William James 原著，蔡怡佳、劉宏信譯：《宗教經驗之種種》，台北：立緒出版，2001年，頁233-313。

17. 同註16，頁315-397。

闊的生命之感，高於這個世界自私、瑣碎的利益。一種對於理想力量（Ideal Power）的信念，不只是理智上的，而且是以彷彿可感觸的方式相信；（2）覺得理想的力量與我們的生活有一種親切的聯繫，並願意委身於它，受它支配；（3）當封閉的自我界線消融時，一種巨大的振奮與自由之感油然而生；（4）情緒的中心轉向愛與和諧般的情感，所關注不是自我中心的要求。此時以一種更寬廣的角度俯視世界，消融人我的對立關係，內心是柔軟包容的，這在許多宗教的領導者身上，都可以看到愛與慈悲的展現。

雖然詹姆士大體肯定聖徒性的經驗特質，但也強調聖徒並不是全然的正向經驗，當宗教人的智力仍然停留在專制的階段，狂熱主義就是宗教的缺點。和所有人類的產物一樣，過度就是危險，過度就是偏頗或是不平衡。強烈的感情需要強烈的意志，強烈積極的活力需要強壯的智力，強壯的智力需要更強大的同情心，才能使生活平衡。¹⁸ 這點在我們目前討論的脈絡中，意味著出家法師儘管觸及了神聖經驗的界域，但其修行並未就此完成，仍然隱含著進階的修行課題。就佛教中觀學派「勝義諦」與「世俗諦」的二諦圓融說而言，聖俗之間永遠存在著無盡的辯證空間，出家法師雖由俗入聖，但並未因此完成修行課題。

一般而言，道場的環境是清幽簡單的，活動空間主要就在佛殿、禪堂、僧寮中，生活作息井然有序，一日始於晨鐘，終於暮鼓，中間是早晚課共修、過堂用餐、出坡工作。這些時間都是固定不變的，生活作息嚴謹規律，日復一日、年復一年。法師們的修行生活首重戒律，非必要很少離開修行的道場，平常接觸的就是共住的法師，

18. William James 原著，蔡怡佳、劉宏信譯：《宗教經驗之種種》，台北：立緒出版，2001年，頁399-454。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

或是法會期間有較多的信徒前來共修，人與人的關係是簡單的。道場修行生活、空間規劃、作息時間、精神層面都是趨向「聖」的指涉，藉由外在環境、空間、時間的規劃，收攝身心。

因此，當在道場清修的法師來到安寧病房陪伴照顧病人，不論其個人動機為何，都已由神聖進入世俗的場域。有心入行的法師多把

這樣的選擇，看成是個人修行的另一階段，但是這個由聖入俗的道路上，卻往往為他們帶來原先所意想不到的挑戰。

除了前面討論過的一般性原因及背景因素外，具體而言，法師們在培訓及臨床時期，可能會經驗到：「被病人拒絕的打擊」、「世間學與臨床細節的折磨」、「病人死在自己照顧手中的震撼」、「感受到病人病苦的無助」、「與病患反移情關係的難解」、「與團隊溝通的挑戰」、「安寧與原屬道場間的兩難安排」等課題。¹⁹ 這些課題雖然構成加入臨床佛教宗教師行列的法師們的挑戰，但同時也淬鍊了他們的心志，砥礪了他們的修行。

其次是由俗悟聖。這裡指的是法師們在成為臨床佛教宗教師之後，在照顧病人的過程中，將觸及日常意識下處於遮蔽狀態，而於



佛光人持續 10 年為台中榮總安寧病友送上臘八粥結緣慰問，誦經祈福，有療癒及安定心靈的作用。（郭育廷 / 攝）

19. 黃美玲：〈以臨終關懷為宗教修行——臨床佛教宗教師為例〉，南華大學生死學研究所碩士論文，2012 年。

臨終時開顯的宇宙意識經驗。因有機會在俗世的臨終照顧脈絡下，得以親自體悟此一神聖體驗，故稱為「由俗悟聖」。此一臨終意識的深奧性及神聖性，可從 Ken Wilber 的意識光譜概念及意識發展體系來加以闡明。

Ken Wilber 在其 1998 年的超個人心理學著作²⁰中，提出意識的光譜模式（Spectrum Model），使用詮釋學的方法，整合了西方發展心理學、東方佛學、神祕學的精髓，把意識的演化分為三階段，共十層次。每個層次，又各有其演化點（fulcrum），如果演化得順利，就可以進入下一個層次，否則就會產生該層次特有的病徵（如下表）。

9—自性	F-9	自性病理學	智者之道
8—微細光明	F-8	微細光明病理學	聖者之道
7—通靈	F-7	通靈症	瑜伽士之道
6—存在	F-6	存在病理學	存在治療法
5—形式反思	F-5	認同官能症	內省
4—具體規則—角色取代	F-4	人生腳本病理學	人生腳本分析
3—表象思維	F-3	精神官能症	揭露技巧
2—幻影—情緒	F-2	自戀型邊緣症	結構建立技巧
1—感官生理構造	F-1	精神病	生理安定
0—未分化或原始向限	F-0	前妊娠病理學	密集回溯治療
意識的基本結構	對應的 演化點	性格病理學	治療模式

20. Ken Wilber, *The Marriage of Sense and Soul: Integrating Science and Religion*, New York: Random House, 1998.

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

Wilber 將它分為三個階段：（1）前個人期（Prepersonalstage），就是 0-3 期的未分化的或原始的向限、感官生理、幻影—情緒、表像思惟層；（2）個人期（Personalstage）的 4-6 期，是具體規則、角色、形式反思、存在—視覺邏輯層；（三）超個人期（Transpersonalstage）的 7-10 期，包括通靈（psychic）、微妙（subtle）和自性（causal）等三個層次。

五、意識結構、演化點、病理學與治療的相互關係²¹

意識光譜具有普遍性及跨文化的，它們從出生未分化到融合狀態，直到終極的統合意識狀態。Wilber 用外向弧（outwardarc）指涉前半段的發展層級，從出生發展到完整而獨特的自我，而用內向弧（inwardarc）指涉介於自我與統合意識間的階段，也是超個人的那後半段。外向弧以在世存有及自我實現為主，到了內向弧就轉向內在的追求深層的意義，雖然這描述了人類完整的發展領域，但是通常多數人只能達到特定的層級，而達不到最高的層級。意識光譜讓我們清楚看到，從一個意識層級成長到下一個層級的過程，也決定了我們生命的方向。²²

根據朱湘吉的解釋，²³ 當個人繼續往超個人的階段演化時，存在感會持續擴張，進入到最終和宇宙合一。在通靈階段可能會乍見宇宙意識，或發展出通靈能力、洞悉的直覺。微細光明階段，意識已開始轉化主客二元的對立，所有一切都是神性的示現罷了，是內在

21. 同註 20。

22. Lair, G. S. 原著，蔡昌雄譯：《臨終諮商的藝術》，台北：心靈工坊，2007 年。

23. 朱湘吉：〈超個人心理治療初探〉，《國立空中大學社會科學學報》第 11 期，頁 1-28。

的明光。最後在自性階段，意識已與它的源頭合一，與神性合一變成融入神的源頭或那個無形的背景中。因為神性是萬物構成的要件，它和萬物是並行不悖的，到達這個境界的人和常人無異，吃飯、睡覺，一切運作如常，又回歸到日常生活中，但是體悟已經不一樣了。

這十個階層也可以劃分為「陰影層次」、「自我層次」、「存在層次」以至「心性層次」，若是依序向上攀升的過程稱之為「上溯」(evolution)，這種「上溯」會使得我們對既定的認知模式越趨「抽象」(abstract)，而這「抽象」含「超越」(transcend)的意思，「上溯」則是一種視域的拓展或統整。

意識光譜的知識，有助於我們完整了解臨終病人的臨終過程，為其提供最後成長的機會方式，我們看待自己的方式具有不同層級的意義，以及世界會依我們活出的光譜層級而呈現事實。²⁴Wilber 所提出的意識光譜，我們可以全貌的看見心理、精神、靈性的層級。一般人往往被前個人及個人的層級所引發的問題困擾，而忽略了人還有更高的超個人層級，一旦能進入內向弧的自我探索，在較低層級的問題會逐漸的開朗，少了二元性就減少對立。

當我們知道有更高的層級可以成長時，重點不是他所在的層級，而是促發病人往下一個層級上溯，就是臨終照顧(Lair, G.S. 稱臨終諮商)的重點，在動態的流動中達到靈性成長。這和佛教靈性照顧有類似之處，就是啟發他人心性的開展，顯露人人本具的佛性，也就是位於超個人的層級。依意識光譜為地圖，來看臨床佛教宗教師這段修行成長的經驗會更加清楚，也更能了解他們在病人臨終時刻觸及的意識屬性。

24.Lair, G. S. 原著，蔡昌雄譯：《臨終諮商的藝術》，台北：心靈工坊，2007年。

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

對臨床佛教宗教師而言，這個臨終陪伴、由俗悟聖的過程，固然帶給他們極大的修行挑戰與考驗，但另外在第二階段的相關脈絡是，他們往往要面對，如何在臨終照顧的宗教師角色與原道場之間關係取得平衡的問題。

這個面向之所以會成為一個問題，最主要的原因在於，台灣臨床佛教宗教師從培訓到任用，並非由任何佛教僧團所推動，而是由醫界居士籌組的佛教基金會所發起，它在落實人間佛教的意義上，尚未普遍被教界認同與肯定。因此，這些臨床佛教宗教師可謂是佛法在現代醫療場域實踐的先驅者，對於當代佛教的人間性，將有極大的啟示意義。

六、結論：成就、啟示與挑戰

本文針對星雲大師人間佛教理念的實踐，以台灣安寧臨床佛教宗教師的臨終關懷之道為例，闡明了人間佛教在進入社會實踐的階段時，必然會面臨到「聖」「俗」之間複雜辯證的問題。當吾人高舉揭示人間佛教的理想性時，也應該同時關注理念實踐過程中的現實課題，並謀求解決克服之道。我們在台灣安寧臨床佛教宗教師的社會實踐案例中，看到了現有的成就、對人間佛教的啟示，以及未來的挑戰。

首先，從前揭英國《經濟學人》2010年的評鑑報告中可以知道，臨床佛教宗教師的制度、訓練與貢獻，是構成台灣安寧亞洲評比第一的支柱之一，此為其顯著的成就之一。另一方面，由於在安寧照顧場域成立臨床佛教宗教師的制度，可謂獨步全球，成就了典範學習的價值，此其二也。其三，此一結合佛與醫的制度與經驗，也為人間佛教實踐開拓了新的可能性。

筆者 2011 年 10 月應邀於瑞士日內瓦大學附設醫院精神醫學科演講時，便以台灣臨床佛教宗教師的臨終照顧角色與經驗為題，²⁵獲得與會聽眾的熱烈回響，特別是該院牧靈部門的神職人員，對於佛教的臨終精神關照角色與功能特別感興趣，便是此一陳述的旁證。

其次，對於台灣安寧臨床佛教宗教師的臨終關懷之道進行的探討，除了顯示人間佛教的實踐，必然涉及大乘中觀勝義諦與世俗諦的辯證整合之外，同時透露出，在探討人間佛教的議題時，傳統的義理詮解似有其限制，必須同時擴及融入社會實踐層面的知識。

佛學博大精深，文化傳播的影響亦無遠弗屆，然而，在佛學影響的學術領域中，社會實踐層次的理論是比較欠缺的。這在未來人間佛教的實踐過程中，必須加以補強。由此，筆者也要強調，從台灣安寧臨床佛教宗教師的實踐案例中，可以看見未來在臨終意識衍生的生死學關懷方面，以及臨終知識的建立，也具有同等的重要性。

最後，在未來面臨的挑戰方面，臨床佛教宗教師在佛教教團中的定位問題，雖然異常重大，但因已概述如前，暫且不表。讓我們略微談由台灣安寧臨床佛教宗教師的經驗探討，所引發的臨終照顧知識面向的問題。

在前述台大研究團隊對靈性照顧模式的探討中，有提到該團隊發展出一份「善終」評估表，而且臨床佛教宗教師在訓練與臨床的過程中，也都需要填寫此一表格。從表面層次看，這似乎是名正言順的事。臨終照顧團隊提供病人通往「善終」的照顧，誰曰不宜？然而，問題就出在「善終」的定義莫衷一是，有主觀論，亦有客觀說。

台大團隊設計的「善終」評估表，表示病人的「善終」是由一

25. 實際的講題為：The Role of Religion Plays in Taiwan Hospice Care: How Chaplains Help Patients Cope with their Final Suffering of Life.

人間佛教的示現——台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道

套客觀的評判標準決定的。這些指標確實呈現了病人本身在身、心、靈各項目的狀況，但是，究竟要達到怎樣的標準才可以稱為「善終」呢？病人主觀的感受是否可以取得資訊評估？古人說「蓋棺論定」，嚴格來說，只有在病人往生之後，命終的事件才發生，但此時病人已無法分說，「善終」與否？實不得而知。

當然，我們能理解台大團隊的「善終」評估表，是希望針對一切與臨終病患生命品質與生活品質相關的項目，檢驗團隊的照顧品

質與水準，以此促進病人朝向「善終」的方向發展，這一點是可以接受，也值得肯定的。但是，這並不等於臨床的檢測，可以佐證「善終」的事實。這個關於「善終」說的疑問，其實是在觀照臨終現象時，有關終極真實與人為真實的區辨課題。

佛法思想其實具備極為豐沛的資源，可以為臨終靈性的現象探索與理解做出貢獻，從而改善臨終照顧的品質，同時為人們必將面臨的生死大事，提供一套全新的視域及實用作法。可惜的是，目前這部分仍有極大開發的空間，因其牽涉到臨終照顧的默會知識層面，有待專文另述。不過，台灣臨床佛教宗教師的案例探索，已讓我們認識到臨終知識的開拓，將是下一個人間佛教實踐的重要課題。



佛教臨終關懷終極目標：彌陀接引往生西方。