

南 華 大 學

生死學系

碩士學位論文

緩和醫療末期病人臨終歷程的身心靈轉化研究

A Study on the Physical-Psychological-Spiritual  
Transformation of the Dying Process of Terminal Ill Patients  
in a Palliative Unit

研究生：王 浴

指導教授：蔡 昌 雄 博士

中 華 民 國 一 百 年 六 月 十 六 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

緩和醫療末期病人臨終歷程的身心靈轉化研究

A Study on the Physical-Psychological-Spiritual Transformation  
of the Dying Process of Terminal Ill Patients in a Palliative Unit

研究生：王 浩

經考試合格特此證明

口試委員：胡文郁

游金萍

蔡品珉

指導教授：蔡品珉

所 長：魏書娥

口試日期：中華民國 100 年 6 月 16 日

## 謝 誌

研究所的課不管必修或選修，都那麼吸引人，恨不得一天有 48 小時可用，尤其為論文寫作準備的熊家族讀書會更讓我期待，在讀書會除了讀一些研究方法論的書外，也拜讀多本前輩的論文，記得當時有位夥伴說：「以後我們的論文，要輕鬆好讀，不要那麼學術味」，大家頗有同感。

時間一年一年的過去，我的論文一點影子也沒有，更遑論是故事性或學術味，周邊的老師、朋友不斷的投以關愛的眼神，紛紛表示你口述我幫你打字，工作忙沒時間寫是事實但也是藉口，壓根兒是不想寫，這種感覺過去的同事現在的學妹美玲最能體會了。今年 6 月是我學程最後一學期，好像所有的人都睜大眼睛看著我，嘉義的磁力很強，系所辦公室的玉枝姊提醒我要不要先掛號，大林慈濟的玉雲多次電話鼓勵我，還有同事後來也成為學妹的普安法師不斷催促我，我笑稱普安法師成了指導教授蔡老師和我的分身，一人飾三角，地利之便，蔡老師找不到我就找普安法師，我幾乎都在晚上 10 點多接到普安法師的電話，他有「他心通」，知道那時我才回到家，才有心聽他說，我的問題也常透過他請教老師，如果本論文除了指導教授可以有第二作者的話，非他莫屬。

當然，論文的完成要感謝的人太多了，首先，感謝指導教授蔡昌雄老師，跟著他「學問」已有八年，在老師的啟蒙下，大量閱讀宗教、心理學和哲學的著作，開拓了新的思維與視野，前三年老師還會催我論文的事，後來好像「識趣」的不再提，今年老師終究不放棄，要我「只要以人類學家的精神，將所見與理解的寫出來即可」，我突然發現自己原來在「死亡文化」田野已浸淫了十六年，就這樣在高人「一點靈」有了方向。其次，要感謝的是胡文郁教授，胡老師過去是我的主管，深知我的情況，每每為頑固不靈遲遲沒動作的我乾著急，苦口婆心勸我只要以我的專長寫小一點的題目就好，此次 IRB（倫理委員會）送審多虧她的不厭其煩，她真的是隨時在我身邊的良師。還有，要感謝游金潏教授，游老師百忙之中願意當我的口考委員，仔細閱讀我第一版缺點數不清的論文，還仔細眉批，在口考時和藹可親的「砲聲隆隆」，他的慈悲讓我可以把論文修改得完整些。

感謝生死所老師們的教導，讓我學習和以往完全不同的功課，謝謝班上或一起選課的同學，課堂上的激盪分享，課後開車載我趕火車，豐富了我的求學生涯，謝謝熊家族讀書會的夥伴—蔚法師、玉雲、季芳、小薇、佳珍、美珠、碧雲。念瑤、淑芬，雖然分散四方，但都沒忘給最後畢業的我加油打氣，特別謝謝佳珍、美珠、碧雲、念瑤、淑芬生活上的相伴，求學過程雖然辛苦卻不孤單，謝謝口考現場準備的總召普安法師及學弟妹們，還有遠來助陣的好友玉雲、美玲、淑芬、念瑤、毓芬、淑芳、美鈔、伊佐與淑玲學姐，勞駕毓芬、淑芳與淑玲學姐的接送，還有協助論文校對的美玲，她也在寫論文的階段，卻以我為優先，點滴在心頭。

衷心感謝讓我成為「人類學家」的工作場域，以及場域中的病人、家屬、工作夥伴，如果沒有他們這篇論文就無法完成。

最後，謝謝我的父親，每次回去探望他，他老人家總是問：能不能畢業啊？謝謝我的兒子，我和兩位兒子先後進入研究所就讀，兒子都已畢業，這些都是無形的激勵，謝謝我先生的包容，他只差沒幫我寫論文。

雖然抱著上研究所是為了求學問，有沒有畢業證書無所謂的態度，現在可以畢業還是值得高興的事。

## 摘 要

本研究探討的是緩和醫療末期病人臨終歷程的身心靈轉化。透過詮釋人類學的引導，除了海德格（Heidegger）、梅洛龐蒂（Merleau-pony）等存在現象學家的觀點外，也納入肯恩威爾伯的超個體心理學、西藏佛教教法、榮格象徵論等的觀點為解釋觀點。文本資料以田野參與觀察的方式收集，然後進行深度的描寫與詮釋，以使末期病人生命最後階段的身心狀態、心靈轉化，以及可能的意義獲得瞭解。

本研究發現以下四個主題：1. 臨終經驗是意識由身、而心、而靈的垂直開展。2. 身心靈轉化經驗是臨終者自我認同不斷位移的挑戰。3. 身心靈轉化經驗是陪伴者朝向世界源生之地再回返的過程。4. 身心靈轉化經驗的描述與詮釋需建立在超個人意識的世界觀之上。

本研究結果顯示，當前緩和醫療研究應可納入臨終超個人意識的研究議題，拓展對更完整臨終經驗圖象的認識，亦可提供臨床照顧人員的實作參考。照顧者若瞭解病人的靈性轉化過程，便能靜心同感的與病人相伴，而使病人的靈性成長得以被促發。建議醫學研究和生死學能產生交集，由此緩和醫療的真諦便得以彰顯。

關鍵詞：緩和醫療、末期病人、臨終歷程、心靈轉化

## ABSTRACT

This study aimed to explore the physical, psychological and spiritual transformation of dying process of terminally ill patients under palliative care. Guided by interpretive anthropology, it included the viewpoints of Ken Wilber's transpersonal psychology, the Tibetan Buddhist teachings, and Carl Jung's theories on Symbolism as the interpretive standpoint, in addition to the viewpoints of Heidegger, Merleau-ponty, and other existential phenomenologists. The data collection were through field participation and observation. Thick-description and interpretation were then carried out so that the psychosomatic state, the spiritual transformation, and the probable meaning of terminally ill patients during the final stage of life could be understood.

The study found the following four themes: 1. the dying experience involved the vertical development of consciousness from body, mind, to spirit; 2. the experience of physical, psychological and spiritual transformation was understood as a challenge of continuing shift of dying persons' self-identities; 3. the experience of physical, psychological and spiritual transformation was understood as a process of going towards and coming back from the originating point of world; 4. The description and interpretation of the experience of physical, psychological and spiritual transformation needed to be built on the worldview of transpersonal consciousness.

The results of this study showed that the palliative care should include the transpersonal consciousness of dying as a research domain, so as to have wider perspectives of understanding dying experience, as well as to provide clinical care staff with practical reference. If a caregiver understands the process of a patient's spiritual transformation, s/he will be able to accompany the patient peacefully, empathetically, and the spiritual growth of patients will be facilitated. It is suggested to bring together medical researches and the life-and-death studies, by which the true spirit of palliative care is manifested.

Keywords: palliative care, terminally ill patient, dying process, spiritual transformation

# 目 錄

<b>第一章 緒論 .....</b>	<b>1</b>
第一節 研究動機與背景.....	1
第二節 研究議題設立.....	4
第三節 研究目的.....	5
第四節 研究問題.....	5
第五節 名詞界定.....	5
<b>第二章 文獻探討.....</b>	<b>7</b>
第一節 死亡現象的論述.....	7
第二節 有關臨終過程的論述.....	12
第三節 臨終陪伴的處境.....	15
第四節 超常意識.....	18
<b>第三章 研究方法.....</b>	<b>27</b>
第一節 研究取向與解釋觀點.....	27
第二節 研究構想與設計.....	32
第三節 資料蒐集與分析.....	33
第四節 研究嚴謹度.....	34
第五節 研究倫理.....	35
<b>第四章 臨終歷程心靈轉化的詮釋.....</b>	<b>37</b>
第一節 末期病人的身心處境.....	37
第二節 存在孤獨處境的揭露.....	41
第三節 混亂、臣服與超越.....	47
第四節 瀕死徵象與四大分解.....	53
第五節 心識超越的發展旅程.....	69
<b>第五章 綜合討論、結論與建議... ..</b>	<b>81</b>
第一節 綜合討論.....	81

第二節 結論.....	83
第三節 研究建議.....	85
第四節 研究反思.....	86
<b>參考文獻.....</b>	<b>88</b>
<b>附錄.....</b>	<b>95</b>
附錄一.....	95
附錄二.....	98
表一.....	99

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

世間有情，有生必有死。客觀而言，生死現象是生物界最自然不過的事，然而，對絕大多數人而言，一旦觸及死的問題，都會覺得陌生又恐懼，於是演變成從家庭到社會都忌諱談論的話題。由於我們對「死亡」自身無法有直接經驗，甚至臨終者對死亡經驗亦感到絕對的陌生，因此「臨終可謂為『在世存有』遮蔽的解蔽」(余德慧，2001a)。臨終病人在身體逐漸朝向衰亡的過程中，原先依靠身體所支撐的意識和自我也隨之轉變。臨床的具體現象難以盡數，但病人說話的能力變得薄弱、語言變得破碎、無法和語言所指涉的現實對象相連接等，皆是明顯可見且深具意義的徵兆，這些臨終現象意味著，人們已來到由心智架構之世界的邊界，無法在依日常的生活經驗及語言來理解眼前所見之事，於是無論對病人、家屬或照顧的醫療團隊人員而言，都陷入了對臨終現象產生認識及把握的困境，以至於造成了生命存在的困惑與苦難。

面對這樣的困惑、困境與苦難，人們必須思考的課題是，提出一套貼近人類心識現象的全觀認識與理解地圖，本研究者個人的醫護工作經驗與近期國內外生死學研究的趨勢，似乎都呼應了朝向這個方向研究發展的必要性。

本研究者長期在安寧病房工作，每年接觸 500 個臨終病人，這 500 個病人約 300 人在病房往生，雖然無法目睹每個病人的往生過程，但可由同事口中得知大部分病人的經驗。歸納這些經驗可知，當人面對臨終之際，常有很多負面的情緒，如否認、焦慮、恐懼。經過專業人員的照顧，有些人能接受死亡的事實，但接踵而來的是「死之將至」所產生的多重困擾，如身體狀況惡化，角色功能喪失，無法回到原先社會角色與關係中，以致困陷在低自尊、無價值感、孤獨、無意義與無望感等不愉快的經驗中。因此安寧的臨終照顧工作，很重要的一部份就是要協助病人與此不愉快的經驗共處，進而超越克服死亡帶來的挑戰，達到個人心目中理想的善終。

目前學界關於臨終過程的研究，已有一定程度的發現。例如 Leshan (1989)在概念上將臨終過程區分成知病期與知死期兩個階段。余德慧則認為，臨終是自我的消解，「知

病」是以自我意識為存在的狀態，而「知死」則亦超個人意識為存在狀態（余德慧，2000a）。至於善終的概念也有定義不一的研究，如 Weisman（1988）就認為善終（appropriate death）應包含明瞭死亡將至，心平氣和接受，後事交代安排與時間恰當性。國內台大醫院緩和醫療病房的善終評估亦涵蓋以上四項指標，再加上身體的舒適性。根據陳慶餘、釋惠敏、姚建安、邱泰源、胡文郁（1999）的研究，善終的基礎在於透過身體的知覺經驗，讓病人瞭解病情，進而調適、超越、安住，從中悟到空，放棄我執。

然而，善終並不是一件容易達到的目標，而且臨床上對善終的判定，也是眾說紛紜，莫衷一是。只是在臨終過程中發現，有些病人能在種種情緒困擾後，於往生之際呈現令人激賞與懷念的面貌。尤其是那些身體功能逐漸衰退、器官明顯持續衰竭，而成沈睡狀態的病人，有時會突然醒來，很愉快的談話，和之前判若兩人，但不久隨即往生。這個現象一般人稱為「迴光反照」。也有一些病患雖然沒有沈睡，但會顯現沈默狀態，聚精會神地準備什麼似的。也有一些病患突然表示要回家，或說一些旁人不能理解的話，甚至有人表示他什麼時候會走，然後在這些現象發生後不久，病人就往生了。

就本研究者的臨床經驗所知，曾經有位 28 歲的女病人很清楚的告訴醫療團隊，她將於當晚往生，要求出院回家方便念佛 24 小時。當時她的身體有很多不舒服症狀，需要醫療處置。家屬與醫療人員都認為當時不適合回家，但她意志堅決，我們只好順其意讓她在下午 4 點鐘出院。結果她於晚上 8 點半往生，消息傳回大家驚訝不已。尤其她的一位醫師朋友，一直說怎麼可能。最近有位 80 歲的老先生，才住院兩天就一直吵著要回家，同樣的他有嚴重的疼痛未處理好，家屬覺得這個時候回家她們不知怎麼照顧，無法答應病人的要求，老先生轉而向病房的宗教師求救。病人一再強調「我這樣說你聽的懂喔」，研究者直覺病人應該是在「死亡邊界處境」，於是排除眾議協調讓他回家，結果 3 天後病人在家往生。

另一位 50 歲的女士，未生病前是一位非常活躍的社區靈魂人物，在家中亦是強勢的家庭主婦，凡事都需她安排，當她得知罹患癌症後積極求助醫療系統，雖然身體功能每況愈下，但仍希望醫師能趕快治好她的病，有一天下午突然要在身旁照顧的女兒，找兒子來，她告訴兒子：帶我回家。兒子很猶豫，認為母親需在醫院治療，雖經醫療團隊

的解釋：可能病人預知死之將近。但是兒子還是認為時候未到，病人不死心要先生從臺南趕來帶她回家，先生到醫院已半夜，決定天亮再回家較方便。結果病人隔日清晨六點離開醫院，未到家就往生了，家屬無限的悔恨。

因此，安寧病房的臨終病人出現所謂臨死覺知的現象，是常有的事。例如遇見死去的親人，見到光，要去旅行等。病人會以各種語言或行為透露訊息，甚至說出即將往生時間。這些人的表現一點也不恐懼死亡。這與經歷瀕死體驗後的人，因看到了大多數人看不到的宇宙真相，引起了他們意識上的頓悟，得到內心的平靜，有異曲同工之妙。這個臨終病人「預知時至」的事件，與多數令人不悅的臨終經驗相較，可說是臨終過程中極為正向的奧秘現象。

這個奧秘現象在《五燈會元》與《景德傳燈錄》等古籍中亦有記載，從諸禪師的死亡方式可知，預知時至的死亡是有可能的，甚至可以「死得其所」。但是回歸到當代的安寧與臨終研究來看，預知時至的經驗雖然普遍為臨床醫護人員所認知，但是在深入的學術研究上卻付之闕如，或許因為它屬於科學難以證明的深度主體經驗，涉及超個人層次的生命領悟與感通，仰賴直覺經驗的統覺，因此在一般的客觀研究上有其困難。例如，Kübler-Ross 的經典臨終過程理論，由於描述焦點放在社會期，預知時至的經驗根本沒有被放入此理論框架中加以處理(Kübler-Ross,1969)。而在余德慧等提出的本土臨終照顧模式中，預知時至的經驗則介於「擬象轉換」到「深度期」的臨終末期範疇，已幾乎超出意識心智所能理解的層次(余德慧，2002)。

從預知時至之瀕死經驗的臨床研究困難，可以反映出目前臨床與學術之臨終研究的根本困境在於，未能提出對於臨終經驗的全觀式詮釋與理解，所以才會出現臨床上對深度臨終經驗照顧的捉襟見肘，以及與學術上對於研究超越感官經驗或邏輯理性思維範疇外的議題，表現得興趣缺缺，但實際上卻是一種消極不作為、莫可奈何的狀態。

本研究原先設想研究的議題便是預知時至之瀕死經驗，但基於某些研究困難性的考量而作罷。例如，除非個案在生前有過經驗而後回陽，我們才有可能得到當事人觀點的陳述，但是這樣的經驗資料在目前的瀕死經驗研究中似乎尚未出現。雖然基於研究者多年安寧臨床照顧的經驗發現，環繞在預知時至經驗的現象，仍然有可能透過環繞在病

人週邊的醫護人員與家屬著手蒐集資料，並進而對此臨床經驗資料進行描述與意義解讀，仍然是有其可能性的；然而，研究後期基於上述目前臨床界與學術界對於臨終過程欠缺整體圖象的覺察，因此決意以本研究多年安寧療護照顧經驗為基礎，透過人類學田野的資料蒐集，將緩和醫療末期病人的臨終歷程做較為完整的呈現，同時以 Geertze 的詮釋人類學為典範，整合相關臨終詮釋理論的觀點，對於此一開展出來的臨終歷程，嘗試提出一個心意識在身心靈三個層次的轉化詮釋，希望由此鋪下未來臨終研究朝向心意識發展整全研究的墊腳石，並藉此提升安寧專業人員臨床照顧的認識與能力。

## 第二節 研究議題設立

根據以上研究背景與動機的陳述，我們可以了解，研究完整臨終經驗歷程及其身心靈轉化，在學術及臨床實務上的重要性。研究臨終經驗在資料蒐集與概念架構的運用上，因其經驗涉及意識轉化的特殊屬性，原本便充滿挑戰性且困難重重。尤其研究的經驗對象若包括末期深度意識的經驗，則以上的困難將更加嚴峻。但是以下所列仍屬可以掌握之資料：

- (1)病人整個臨終過程的身心靈狀態評估的資料。
- (2)病人臨終歷程的言語(包括口語與肢體)表達與身心狀態的記錄。
- (3)此一經驗發生前後病人的身心狀態及其個人的重要意義關懷向度。
- (4)經驗發生時及前後，在週遭陪伴的家屬、醫護人員或宗教師與其互動的經驗與觀察記錄。
- (5)病人的生命回顧資料。
- (6)事件對週遭專業陪伴者與家屬所造成影響與反思的訪談資料。

本研究試圖從臨終經驗發生的現象場域，從其場景來揭露現象的本質，以及此經驗發生之臨終場域背後的隱藏脈絡，以深入瞭解緩和醫療末期病人臨終歷程所可能產生的狀態，並聚焦於此一歷程所蘊含之可能身心靈轉化的意義進行探討。

### 第三節 研究目的

基於上述之研究議題設立的思考，研究者希望透過醫療田野觀察及詮釋人類學的方法，針對末期病人的臨終歷程及身心靈轉化進行探討，具體希望達到的研究目的有四項：

- 一、呈現包含末期病人身心靈層次的完整臨終歷程經驗脈絡。
- 二、提出對末期病人臨終經驗歷程中身心靈轉化的詮釋理解。
- 三、瞭解末期病人臨終歷程身心靈轉化之探究對學術研究者及臨床工作者的意義。
- 四、提供臨床工作者在末期病人臨終照顧上的參考，並促進其具體知能的提升。

### 第四節 研究問題

基於研究目的，具體擬定本研究之問題如下：

- 一、末期病人臨終歷程的身心靈整體置身情境與經驗脈絡為何？
- 二、末期病人自身對身心靈轉化經驗的意義理解為何？
- 三、末期病人臨終身心靈轉化經驗，對陪伴者所示現之意義為何？
- 四、從整全觀點如何建立對末期病人身心靈轉化經驗所蘊含意義的理解？
- 五、整全觀點之身心靈轉化經驗的詮釋，對生死學與醫療臨床研究有何啟示？

### 第五節 名詞界定

#### 一、緩和醫療 (Palliative care)

1967年 Cicely Saunders 醫師，將安寧療護(hospice)引用於現代醫療機構，其理念為：以症狀緩和而不以疾病治癒為目標的臨床照護模式。2003年世界衛生組織更進一步定義為「它是病人和家屬面對威脅生命之疾病，包括疼痛和其他身體、心理、社會、靈性相關問題，利用早期辨識和毫無瑕疵的評估與治療，對受苦(suffering)的預防及解除，以改善生活品質的一種措施」。

## 二、末期病人 (terminally ill patient)

指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。(引自安寧緩和醫療條例，2000)

## 三、臨終歷程 (dying process)

「臨終歷程」是指：末期病人因病情進展導致全身器官系統逐漸衰竭，最後生命徵象停止，是一個生理現象從生到死、生命顯現從有形到無形的過程與階段。(釋宗惇等，2004)

## 四、心靈轉化 (spiritual transformation)

瀕死經驗是一種生命的向內翻轉，將原先投注在世間的精神力收回，讓所有的能量得以轉向存在的中心。病人在臨終之際感受到一種面向、知所去向，生命得以轉化的狀態，並出現超越時間、空間、甚至肉身侷限的「生命知悟」。臨終者察覺到內在的直覺、體認、對不同存在經驗的理解，對深度、光明、真理的存在領域等經驗有相當清徹的體認及深層的改變，並產生從感受悲劇到體驗恩寵的心靈轉化過程。(Singh, 2010)

## 第二章 文獻查證

### 第一節 死亡現象的論述

本研究主題所要處理的是，人類臨終生命末期中的一個特殊經驗。此一經驗探究的關鍵基礎在於，研究者對於死亡現象的理解。然而，死亡現象涉及心智所構世界的瓦解，不只是生物學或心理學的現象，有其潛然運行的時間性與歷史性，已經不是概念上的東西，使得死亡難以言說，對此現象所做的理解是具有高度詮釋學意義的作為。海德格說：人是向死的存在，以存在者的「存在之意義」問題，作為其思索之指導方向，以「實然生命」作為其思索課題，並緊扣著實然生命體驗中之「詮釋」活動，將實然生命體驗之存在的「現象」「呈現」出來。海德格以上的一番話，將死亡現象學即是詮釋現象學的命題關係，清楚地點了出來。海德格可說是當代死亡現象學的鼻祖，因此本研究的文獻查證將先從海德格對死亡的基礎論述開始。

#### 壹、海德格 (Heidegger) 論「此有」的死亡

海德格指的死亡經驗是「往死亡存有」，對死亡作的存有論的分析，旨在從此有的存在結構來看死亡的意義。在此觀點下，死亡雖是尚未發生的事，但它已屬於此有 (Heidegger, 1989)。在《存有與時間》一書中，海德格將「此有」的結構刻劃為事實性 (facticity)、沈淪性 (Being-fallen) 與存在性 (existentiality) 的結合，其中事實性相應著被拋性 (thrownness)，存在性又相應著投企性 (projection) (Heidegger, 1989)。余德慧 (2003) 在進一步闡述海德格的死亡存有論時認為，人活著有他根本的生老病死，但是人常常不把這些生老病死當作活著的本源，而將自身投向世界，人們透過存在的方式去創造一種非自身的造作物，一般來說稱之為成就，這是一種不自主的對外投向，而人進入這個實際的世界，好像是被丟進去的。

在日常生活裡，我們面對世界的許多事情，我們照料著許多人與物，我們所照料的聯繫在一關係的脈絡中，我們知道脈絡中的某些關係，但不能掌握整個關係脈絡 (汪文聖, 2004)。而在死亡經驗中，面對的是空無，我們對於賴以維生的世界將會失去而感

到怖慄，我們的生命基礎是空無，生命的根本狀態就是「成爲什麼」的動態過程。「成爲」包括了過去、現在、未來等三個時間面向，人的空無造就了時間性這個生命本質，要理解人之存在終極是什麼，必須先瞭解時間。汪文聖指出，海德格的死亡體驗是往死亡存有 (Sein zum Tode; Being towards Death)，是人初生即有的體驗，是對於人之脫離整個世界關係的體驗，表現在面對世界本身的怖慄。依汪文聖之見，海德格正是藉「死亡」的課題去討論上述的「察覺」，以讓本真的存有從非本真的存有得到復原。復原過程的動機來自對兩方面剝奪的察覺：死亡經驗是一種對本真存有被剝奪的自我察覺；日常生活中的死亡經驗是對於本真的死亡經驗之剝奪 (汪文聖，2004)。

龔卓軍 (2004) 則認爲，海德格的死亡現象，正是由於死亡本身，此有(Dasein)才成其所是之整體性，才確實存在。死亡不應該被設想在一種尚未實現的未來中，不是在物理分秒時間中展開的事件，而是應從即存在、即死亡的角度，去掌握躍入存在，即等於躍入向死之狀態，換言之，死亡並不在時間中的某處，反倒是時間乃是由躍入存在、躍向死亡的動態所展開。

此外，李燕蕙 (2005) 針對海德格的死亡哲學亦有以下幾點論述：1. 海德格要探討的死亡不是現實上的死亡是什麼樣子，而是死亡對生命之存在，對人之存在理解有什麼意義。2. 從這「存在論」出發點探討的死亡，所指的死亡自然不只是「生命的終點」，而是與生命之存在不可分隔的「向死亡存在」。然而海德格所談的死亡，是比較站在一個生活者的立場所看待的死亡 (Living Dying)，離臨終者與死亡者 (Dead Dying) 所面對之死亡問題較遠。海德格認爲人之「此在」( Dasein) 是「存在的展開狀態」，存在是由人的「存在理解」而展開的。換言之，一切的存在並非客觀實在不變的在那裡，而是在「此在」的理解中，以某種關聯意蘊 (Bedeutsamkeit) 的樣態呈顯「存在的意義」，海德格的死亡哲學究竟有何意義呢？李燕蕙從三個主題呈顯海德格的生死詮釋：1. 死亡不是「懸欠」而是「懸臨」2. 死亡、恐懼與空無 3. 本真的向死亡存在。

海德格並不是虛無主義者，相反的，他所謂的人是「向死亡的存在」，正是將人從糾纏於日常性的共在世界中解放，人正因為是「向死亡的存在」，如果能從死亡看生存著的「此在」，面對生存著本身的「有限性」，才不會浮沉在非本真的幻象追逐中。死亡

的面對所導向的是「本真的向死亡存在」。探討死亡的問題究竟對人有什麼意義？其實我們問的就是活著到底有什麼意義的問題（李燕蕙，2005）。

以上，僅就海德格死亡現象論的梗概，以及幾位學者的評述加以整理。持平而論，海德格的死亡現象學的確對死亡之於生命的現象意義有重大的揭示貢獻，然而其對死亡的學說亦有其遮蔽與缺失之處。例如，原本堪稱對海德格《存有與時間》(Sein und Zeit)之優秀詮釋者的列維納斯(Levinas)，在海德格與納粹合作，發表大學校長就職演說後，就漸漸發展出對海德格思想的批判態度，以下將就列維納斯對死亡的看法略作闡述。

## 貳、列維納斯(Levinas)的他者(The Other)論述

海德格想讓死亡「變得可能」讓我們理解，這裡面包含了一種認識論的傾向。但列維納斯則認為死亡本質上是不可捉摸、在他方、無法掌握的。死亡抗拒我們，它像他者來到我們面前，在神秘而陌生的死亡面前，我們不再是自己的主人，它使我們驚訝，無法預期，縱使有海德格的深刻分析與認識，它的力量仍舊，不僅由於它無法預測，也在於它無法認識。死亡是他者，它不是我。

列維納斯提出存有者(existents)與存有(existence)之間的區別：存有者是活著的個體，在有限的時光，接受一切世界的滋養而有存在感，亦即所有的存在者的存在，都必須向外在的世界求得具體的實在，可是存有自身卻是「沒有世界的存在」(Levinas, 1990)，在列維納斯的基本想法裡，人的存在都是以世界的存在為其存在的依賴，人活著的一切事物都是他的生命滋味，貪生怕死正是在這滋味當中，也是人的另一種存有的型態，他超越了存有自身的本體，朝向在世的一切價值、倫理與責任的生活。但是生命滋味卻是一個根本的事實，「獨自滋味」的經驗無法共享，只有透過語言的表達我才明白他人，然而死亡讓人從生命的滋味退卻，原來所依靠的生命滋味在身體的衰退中引退(崔國瑜、余德慧，1998)。而這樣的存在卻根植於先於世界存在的「自身存有」，是個令人懼怖的「無明」，人如果不轉而脫離存有的巨大無明，會因為與存有無法脫離而出現「下墮」。人唯有尋求他者的超越，才能逃離無明的存有(杜小真，1994)。

列維納斯在《整體性與無限性》提及「在這有限思想中的無限性之出現，若沒有這

個出現，這個有限思想會忽略掉它自身的有限。」換言之，若沒有這個無限出現，意識便無法立定，也無法認出其限制（引自龔卓軍，2004）。在安寧病房，臨終病人的生活世界，為活在世界之中的我們提供了一個「邊界處境」的反思，藉著觀看臨終病人，終能察覺自己在生存之時間向度上的差異性，相對於病人的時間性，我們一般人生存的是「情事時間」，病人時間，不被事情統整為一個時間脈絡---生命在此沈默。

列維納斯強調死亡是一種絕對的暴力，在臨終狀態時，我們都是努力逃離存有。死亡接近時，不是空無而是恐懼。因著他者的相異性的突入，我們世界的景觀產生了異動，「他者」與我有個無法跨越的斷裂，我永遠無法抵達他者。列維納斯認為海德格的時間性概念中，此有作為有限之物，只對他一個人成立，即便是良心的召喚，他都要往自己內在去找，於是，這中間蘊含了一種「神入的時間性概念」，在此有獨自的神入狀態中，時間亦趨向整體化，這種時間性，省略了他者降臨時具有斷裂效果的「瞬間、間隙」（龔卓軍，2004）。列維納斯提醒我們，這個時代的倫理學已無法再是一種責任與良心的召喚，於是，倫理學成爲一種永遠「尚未」盡完的責任，更具體的倫理回應與責任，是透過他者的臉孔表情、他者的死亡，當下向我展現其靜默的要求（龔卓軍，2004）。

在死亡成爲列維納斯論說中的他者之餘，我們不禁要問，臨終近死者的生命現象與經驗本質，又應該如何加以把握呢？臨終病人的病身處境清楚說明，此刻的身體已成爲心智自我徹底的異己或他者，死亡於病身的顯現使我們看見，對死亡現象的探討似乎脫離不了身體性的探究。

### **參、梅洛龐蒂（Merleau-ponty）的身體性**

死亡呈現出生命的邊界，但此有總是處於這一岸，只能遙望著彼岸的死亡，如何可能探問作爲他者的死亡，我們對他人的經驗是如何形構？對列維納斯和梅洛龐蒂來說，時間性的問題與身體性的問題無法和「死亡現象」分而論之。所有現象場的意義中心就是我的身體，肉身創造了感覺意義，通過身體，才得以認識世界和他人，並且能夠不斷去感受體驗，直至生命終結的那一刻。每個人獨特的個性正是通過於世界上存在才可顯示出來，存在就是不中斷地體驗、感覺他人與各種事物，並爲之觸動的過程。死亡，就

是告別這種特殊的與觸感、交流和情緒波動息息相關的經驗——也就是說屬於身體的種種經驗。

梅洛龐蒂指出，主體只有通過身體才會進入一個值得無窮盡探索的世界。人體並非為一件鑄刻著自然界一切不朽的永恆物品，它是一個真正被歷史、社會、制度和意識掌握塑造的身體。因為身體，我們的意圖才能達到現實，我們所追尋的意義才得以存在。身體屬於主體的範疇，主體通過身體實現其與萬物的共存之中的獨特身份，身體賦予主體穩定性。身體是我存在於世的方式，我意欲通過身體賦予存在意義，我們靠身體的「能動性」來理解空間，來建立身體的經驗，以達到知識的確立（Merleau-Ponty，2001）。梅洛龐蒂說，透過肉身，揭露了一種可感與被感者之間的依附關係，這種關係就是所謂的可反轉性（reversibility）。可反轉性可以與列維納斯哲學中的時間連續性的「瞬間」相提並論。只有可反轉，透過肉身的稠密度和深度，發生而跨越了活現的當下（引自龔卓軍，2004）。如將人類身體置於象徵性現象之中，身體具有表意功能，它是我與世界、他人和生物的關係，因此也是與我自己的關係。身體並不是某種可以分離的涵義的載體；表達與涵義通過它並且在它身上成型，周而復始，永不枯竭。意義是人對自己身體進行思考的結果，人從來都是在自己的身體內尋求其在世界上存在的意義（Merleau-Ponty，2001）。而死亡，不只是身體解體，生命有如「萬花筒」，輕輕一轉就會變化出不同的圖像，當病重的時候放棄一種希望，自然還可以找到另一種希望，在希望的移動過程中，人們也不斷為鏡像中的圖樣賦予不同的意義（林麗雲，1996）。

不過，「身體」是梅洛龐蒂思想的核心，具有「超越性」的意義。梅洛龐蒂以為，「身體」先天上具有一種「知覺」（perception）的作用，這個作用使得人在感知外在的世界時，可以把一切外在與人內在的隔閡打破，使外物存有與人的心靈內在可以形構成一體。而「體現」（the flesh）的觀念，可說是梅洛龐蒂哲學的終極主張，在「體現」裡，有一種最主要的功能便是一種「交錯」或「迴轉」，使得可見的與不可見的、主體與客體、知覺者與被知覺者，皆泯滅而混然不明，達成渾然圓融的境界（Merleau-Ponty，2001）。

## 第二節 有關臨終歷程的論述

有關臨終歷程之相關論述，將以 Kübler Ross、余德慧等在心蓮的研究以及西藏生死書中觸及該議題的討論為主，三者從 Kübler Ross 的臨終社會期描述，經余德慧等將臨終深度期的納入，到藏密仁波切所論的細微意識意生身分解的描寫，其所涉及的臨終意識研究可謂由淺而深，頗具代表性。

### 壹、Kübler Ross 的臨終心理歷程

Kübler Ross (1969) 在《On Death and Dying》一書將臨終分為五階段—否認期、憤怒期、討價還價期、挫折期及接受期，否認是死亡焦慮的防衛機轉，但往往只是一種暫時的自衛，因為身體會告訴他真的有問題，病人不得不面對，接著便會出現憤怒的情緒，到了疾病末期，常常毫無理由的發脾氣或要求特別多。憤怒來自於現實的或潛意識的挫折，如果能如他意就不會有種種憤怒的操控行為。再來是討價還價，其實這只是要拖延時間，當討價還價無效後，病人就變得很沮喪，沮喪也常來自：1.自我心像的破壞 2.內疚 3.無法完成想做的事 4.必須與世長辭 5.病人和環境（含家人）有衝突，例如不被瞭解、價值觀不同等。最後大部分人都能無奈的接受或以寧靜的態度接受。在這五種情緒反應之間無時無刻夾帶著希望，各種防衛機轉在不同時間或同一時間會交替使用，如憤怒時帶著希望，希望是必須的，可說是生命的營養，希望把痛苦合理化，是一種暫時而必須的否認。

傅偉勳雖然極之肯定 Kübler Ross 的「五階段模型」的貢獻，惟基於文化差異及時間的洗禮，加上死亡教育在過往二十年在美國、日本等地愈見普及，他相信人們承載死亡的能力較前增強。此外，他認為患者的「正面心理（如對家人表示愛心與謝意）與負面心理之間，錯綜複雜的交叉現象，恐怕不是 Kübler Ross 所描述的那麼平板簡單。」（傅偉勳，1993）

## 貳、四階三轉的臨終歷程

余德慧等（2002）將臨終歷程用四階三轉的階段模式敘述。

一、社會期：把事情對象化，如怕死，認知控制精算，求福佑。病人心智自我現實的存在模式，身體雖然歷經疾病的干擾，但心智運作方式上，還能保有原先的自我，能夠將外界事務對象化，使用反思、意識捕捉的方式和周遭的世界互動，最後接受事實。病人身體的衰敗帶入轉落期，病人心靈處在一個無所適從的狀態，因著身體的失能，原先分離的狀態逐漸朝向融合。Kübler Ross 的臨終心理歷程應屬此期。

二、病沈期：進入病沈期的病人，「病人性」的生活更加明顯，病人已經放棄和社會的互動，轉而以病為生活的重心，世界縮小到病床邊，從以外部世界為中心的意向轉向以身體為中心的意向，自我消解。

邊界經驗：病沈期逐漸前行，身體持續變差，身體出現一些狀況，讓病人直接體驗到死亡的臨近，迫近死亡的身體經驗稱之為「邊界經驗」，這個經驗讓病人能直接體會自己死亡的必然性，立即引起強烈的恐懼，病人和世界的關係以心理作用為主，病人和照顧者彼此無法通達。

三、背立—轉向期：邊界經驗發生後，病人便背立世界，與世界脫勾轉向死覺的存在模式發展。在這個階段，病人關掉他和外界正在經驗的事實，也就是正在體驗的東西正在斷裂。經過這種懸崖經驗之後，病人如同踏入死亡之河，不再以認知來確認死亡（即進入「死覺」，不再「知死」），轉向非自我的旅程。

擬象轉換：擬象的現象指的是「病人看到魔幻現實的東西，並待之如真實，與之互動」。病人經過背立轉向期的變化之後，無法再回去「認」原來的世界，病人進入「死覺」所展現的存有是我越來越難以理解的現象。

四、深度期：病人從自己與擬象物的互動逐漸轉為沈默，以致完全不理會世界，進入類似昏迷的狀態。當病人進到深度、進到流水意識，所有東西都晃眼即過，而病人要定型的能力都被消除，人和世界的關係已經消除殆盡，回到一個萬物流轉的自然臨終狀態。

以上之論述偏重在社會心理層面，對深度心理之變化將引述西藏密宗之論述。

### 參、身心分解

索甲仁波切（1996）在西藏生死書對死亡過程亦有詳盡的描述，死亡的過程包含兩個分解的階段：外分解和內分解。人體的存在是由地、水、火、風、空五大元素所決定的，透過五大，我們的身體才得以形成和維持。外分解就是五根（眼耳鼻舌身）和五大的分解。當眼耳鼻舌身的感覺不再被完全經驗到時，就表示經過了第一階段的分解過程。接下來就是四大分解。

地大分解：身體愈來愈軟弱無力，無法行走，生不起來，臨床常見病人睡眠時間愈來愈長、不易叫醒、吞嚥困難、牙關緊閉、雙頰下陷、末梢感覺異常、怕別人碰觸；病人主觀感覺很沈重、動彈不得，有泰山壓頂之感，連棉被都覺得重，有時會煩躁不安甚至錯亂，最後昏迷。心中出現的「秘密徵象」是見到閃閃發光的幻象。

水大分解：無法控制身上的液體，全身循環變差，四肢較冷，顏色微紫，尿量減少，大小便失禁，心跳快而不規則，血壓下降，臉色蒼白無血色。病人主觀感覺忽冷忽熱、掉入大海滅頂或被大河沖走，最後心跳停止。秘密徵象：見到霧氣。

火大分解：口鼻乾澀，溫度開始降低，心一下清楚、一下混亂，認不得人，聲音和視線都模糊了。秘密徵象：閃閃發光的紅火花跳躍在露天的大火上，有如螢火蟲般。

風大分解：呼吸愈來愈困難，空氣似乎在喉嚨裡逸散，有如痰卡在喉頭，我們稱之為「Death Rattle」。吸氣變得短而費力、呼吸變得比較長，最後張口呼吸、陳氏呼吸、呼吸停止。秘密徵象：火炬發出紅色的光芒。

以上四大分解包含內分解的過程中，粗細意念和情緒都在逐一瓦解，粗意念身體的知覺先消失，臨終者接著會遇到越來越微細的意識層面之變化過程。（Rinpoche，1996）

此外，人在臨終的過程裡，在知道自己快要死亡的瞬間，會不自主地進行生命回顧，過去有緣沒緣的人一個個被回顧後，整個回憶就散掉了，人同時也離開了「世界」。只有在某種情況底下，人「所有的當下」才會集體湧上來，那種情況就是諦念。佛教裡的「四聖諦」，苦諦就是生命一切皆苦，苦的來源是心智自我不斷對外攀緣，當此種常人的生存法則有一天行不通時、發生斷裂時，使人對於自己所觀看的世界轉向，產生更徹底的理解（余德慧、石佳儀，2003）。

在臨床上常發現瀕死病人有所謂的「臨死覺知」或許與此有關。分解過程出現的瀕死徵象，整理為表一，將有助於研究者介入本研究之時機。(參考表一)

### 第三節 臨終陪伴的處境

臨床上發現，隨著臨終病程的進展，照顧者經常覺得和病人漸行漸遠而不知所措，先前提過在生存之時間向度上的差異性，相對於病人的時間性，我們一般人生存的是「情事時間」，病人時間不被事情統整為一個時間脈絡；常人健康的身體面對病人虛弱的身體，顯得格格不入，那麼在這個臨終變化過程中，照顧者如何能夠和病人維持深層的情感性聯繫，就成為十分緊要的事。

#### 壹、臨終處境的靈性開顯

臨終病人面臨雙重斷裂：身體的連續的斷裂以及常人世界的斷裂。斷裂意味著跌落深淵，原來支撐的基礎不見了，常人世界無法立足，所以跌落在另一個基礎。臨終最關鍵的意義在於人如何透過深淵的開顯而獲得開顯的意義（余德慧，2000）。

任何初步接觸死亡的人最普遍的反應是「我不要死」，這個反應來自我們習以為常的「自我現實」(ego reality)，根據超個體心理學的理論，我們透過現實的分化發展，很快建立對個人現實的穩固基礎，即自我認同。當死亡來臨之前，每個人都把「自我現實」當作理所當然的依存者，所以當死亡逐漸降臨之際，我們唯一能緊緊把握的也只有這個「自我現實」，它彷彿是我們生命的外殼，當死亡觸動之際它就緊縮起來，把我們包住，當作一種「自然」的保護，可是最後很快的抵達它不再能保護的極限。個人隨著身體崩解的過程，他的自我現實一層層的退去，首先是社會角色與功能的脫離，社會價值的破碎（石世明，2000），然後面臨「控制」或屈服的抉擇，亦即在「積極治療」與「放手、讓本心臣服於自然的生死流轉」之間作個選擇，如果臨終者能夠繼續進行生命最後階段的開顯，那麼對生與死之間的界限就逐漸剝除，而進入生死相通的「瀕臨」狀態（崔國瑜、余德慧，1998），在這心靈狀態裡，生與死的界限模糊，而個人逐漸發展

「當下活著」的態度，一直到個人面臨自我最後的解除，也就是自我與他者之間的藩籬撤除，與神聖領域締結（石世明，2001b）。

每層自我的消解都是一種轉化，臨終的時光中，世俗性事物的價值快速的退落，漸層向臨終者襲來的是意義的問題。締結的意義在於將自己聯繫到某種超出自我現實社會現實的關連，前者有著共命的一體感，後者則是依照社會現實區分親疏遠近。Reed(1992)提出三向度的締結關係----與至高存有者的垂直締結，其次是與他人、社會、環境的水平締結，第三個向度即內在個人的締結。靈性是由個人的內部締結、人際間締結和超個人締結的經驗所構成。而陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏（2002）的研究歸納人生有七大靈性課題：自我尊嚴感受損或喪失、自我放棄、不甘願、不放心、放不下、做錯了、心願未了、死亡恐懼，課題未能解決即會變成問題。Reed認為：自我超越的能力，是來自於深層的本心覺識，明白可以將自己締結到周遭的情境中，以擴大本心的疆界。在這些不同向度的締結關係裡，所呈現的要素包括了：希望、內在意義、神秘經驗和宗教行爲。

## 貳、臨終陪伴的身心處境

臨終過程亦是病人退出社會的過程，依照臨終階段理論（余德慧等，2002），在社會期身體的敗壞讓病人無法實質參與社會，但仍對社會牽掛，到了病沈期，病人從一個以外面世界為中心的意向，轉到以身體為中心的意向，從世界時間轉為病體時間，身體的體覺成為生命的全部，接著解掉心思計算和世界的連結，進入所謂的「放下」，不再抓取什麼東西，變得寧靜。在社會期和病沈期的病人，心智上將死亡當作對象，盡力完成未盡之事的處理。但對死事的準備並不等於完成死亡的課題，對死亡依舊是未知的恐懼。當病人背立世界轉向死覺模式的存有時，不再與世界掛勾，病人的行為與語言活動大多都回到自己的內在世界，常發生語言和行動之間的解離、話語和對象之間的解離，乃至語言的支離破碎（石世明，2003）。

生病造成病人生活空間的縮小，身體空間呈現出受限的特徵，對病人來說，生活身體的紊亂，即身體、自我、世界三者關係的破壞，才是痛苦，生活世界在他眼前一一瓦

解崩盤，我們身體的空間不只是靜止的，而且是活動的，我們可以隨意去控制我們的身體部分並能夠朝某個方向移動。我們習慣了某種的操作方式，但重病的病人卻做不到(引自 Sokolowski, 2004)。病重的身體無法任意的活動，身體因著病痛被限制在病床上，造成病人和健康照顧者在意識的時間性及對世界時間、身體的空間感的不對等。在進入臨終過程的病人意向性指向擬像期中的擬像，這個擬像的真實可能對照顧者顯現或不顯現，對瀕死者卻是真實的經驗。瀕死經歷的擬像可能會挑出自身記憶中一個曾被知覺過的事物，以一個過去的事物或一個被記起的事物而呈現。處在擬像期的瀕死病人有可能因為回憶和想像的關係在過去和現在來回擺盪穿梭。

然而，照顧者所面臨的陪伴處境又是如何呢？照顧者需負責實質的照顧工作，還有眾多的後事工作需要準備，還要跟相關的家人協調，另外，病人身體的變化對照顧者來說有很大的不確定感，一旦病人進入臨終狀態，也要承受自己即將失去親人而產生的種種情緒，身心負荷可想而知。

從整個陪伴過程來看，照顧者的心理情緒隨著病人的衰弱而衰弱，在照顧者的共病性處境，照顧者很難處理病人面對死亡的情緒問題，又因和病人的宿緣關係或是倫理上的責任，照顧者和病人的情緒又相連相繫在一起。從臨終階段(余德慧等, 2002)來看，當病人放棄社會到背立世界，不再對照顧者做太多回應，原來的宿緣關係已經產生斷裂，照顧者也感受到病人快速的離去，獨留下照顧者在共病性中受苦(石世明, 2003)。

### **參、華人文化影響之臨終陪伴**

人生活在文化裏，人對大自然的反應，經常是被他所處的文化所決定，被他的歷史所決定。文化影響我們對死亡的看法與處遇，在臨終照顧的場域中，病人與家屬的反應也不能例外。了解華人文化對臨終病人、家屬及照顧人員觀念與行為模式的影響，在預知時至經驗的詮釋上，乃是對文化基底因素不可或缺的揭露。

中國文化下的宗教與哲學一直緊密的連在一起，傳統社會一個以「人」做為主體的存在空間，對應著宇宙整體的存在，意識到人與天地的自然對應，進而發展出人與鬼神的超自然對應，建立起文化傳承下的宇宙觀與空間觀，反應出社會集體共有的文化意識

與價值體系。就文化內涵來說，宇宙觀的傳承是最為重要的，統攝或指導現實生活中的意識型態，提供了一定的「宇宙圖式」，作為社會民眾生活模式的價值尺度。在這樣的觀念下，人們的生存先要安立出一個「核心性」的所在，所謂「核心性」是指文化的核心，宇宙的核心，這種核心安置了人們共同認可下的存在意義與價值（鄭志明，2002）。而死亡表示離合，離合乃發生在家，家是家人共無情蘊關係所構成的生活世界，這個世界是一個處所，一個人之精神依歸的心理處所（余安邦、薛麗仙，1998）。

在《聖與俗—宗教的本質》書中提到，所有的建築和構造，都以宇宙創生為其典範的模式，住宅建構了一個宇宙圖像，象徵性的安置於世界的中心。在時間上，人類的住宅又是暫時性的「聖地」，房子的象徵和儀式，最終都是源自於對神聖空間的原始經驗。神聖空間的經驗，使得「世界的建立」成為可能，神聖者在這空間，顯示自己，真實的將自己揭露，使得這世界得以進入存有，而且還在宇宙中形成一個突破點，而開啓宇宙不同層面之間的聯繫，創造了「中心」，透過中心，得與另一世界的共融交往被建立起來。要真正成為一個人，他必須向自然的生命死去，並且向更高的生命重生，而這生命同時是宗教性的、也是文化性的（Eliade，2000）。

「天人合一」乃是華人生命的最高境界，「天人合一」的人，不只是個人而已，還包括了集體的人群，「人」是天人關係中的主體，而且「人是社會性的集體存有」（鄭志明，2002）。個人的死亡不只是一個人的死；臨床上很多瀕死病人最後都會要求回家，而且回家後不久即往生，「回家」成了預估死亡的指標。基於以上論述，似乎可以得到一部份的解釋。

#### 第四節 超常意識

在西方歷史中，所謂「神秘主義」的典籍，記錄著許多天眼通、他心通、宿命通——等等奇異現象，和東方各種神通記錄一樣多采多姿。詹姆士（William James, 2001）認為，神秘經驗的來源是潛意識，潛意識的噴出所帶來的感受就是神秘主義的根源。詹姆士尊崇神秘經驗，並且駁斥那些企圖以理性論證來討論神秘經驗的可能性。詹姆士的研

究以描述為主，大量引用神秘主義經驗者的傳記文本作為佐證，他認為人的精神生活有不能以生物學概念加以解釋的地方，可透過某些現象來領會某種「超越性價值」；並強調人有巨大的潛能尚待開發，人的意識只有很少一部分為人所利用。以下將以超個體心理學對超意識之研究，榮格心理分析學派對神秘經驗之論述，以及象徵意義做為本節之探討。

### 壹、超個體心理學對超意識之研究

超個體心理學對人類意識採用多層次、多面向的觀點，特別關切人類高層次的心靈發展。將研究著重在人類的高峰經驗、超越性經驗、宗教經驗等高層次的心靈發展，試圖在現代唯理性、唯科學的知識體系外，建立另一更寬闊的知識系統，並在其中涵納人類從直觀、靈性、神秘體驗中所獲得的知識。在超個體心理學中將直覺的、情緒的、主觀感受與客觀、理性、可觀察、可測量的資料視為同等重要，皆為可靠的知識。超個體經驗是個人經驗到自我認同的擴大，自我疆域的消融，與宇宙、神、或超越個人的存在認同。這些經驗發生在人的超常意識狀態。所以超個體心理學又是以研究人的超常意識（alter state of consciousness）為核心。關切的焦點是經驗本身，諸多學者如 Daniel Goleman, Ken Wilber, Carl Jung, Charles Tart, Roger Walsh, Jack Kornfield, Sri Aurobindo, Huston Smith, Stanislava Grof, John Engler, Christina Grof, Georg Feuerstein, Kenneth Ring, Aldous Huxley, Ram Dass -----用各種不同的詮釋方式，以便理解那些經驗中的人性本質，並深化我們對宇宙的洞識。這些學者嘗試擴大他們的學術研究範疇，並以自己的專業訓練來探究超個體現象。限於篇幅僅就 Aldous Huxley 與 Ken Wilber 的論述及瀕死經驗著墨。

Aldous Huxley 的著作「長青哲學」，長青哲學的核心教導，包括以下四點：1. 物體和個體意識的現象世界，是「神聖領域」的表現形式。2. 人類能透過優於理性推論的直覺，直接領悟其存在，這種直接的知識可以使知者與所知的對象結合在一起。3. 人擁有雙重性質，現象的「自我」及永恆的「靈性我」。4. 人在世上只有一個目標：使自己認同永恆的靈性我，而能與神聖領域的知識合而為一（引自 Walsh, R. & Vaughan, F. ,

2003)。

Ken Wilber (1998) 是最重要的超個體理論家之一，他的跨學科綜合理論涵蓋了心理學、哲學、東方宗教，以及社會學、人類學和後現代思潮。他談到長青心理學的精髓「意識光譜」，意識光譜就是人類認同感的多次之圖解。Ken Wilber 用五個層級來描述光譜的次第，意識的每一個階層都是幻相和二元對立的產物（大心境界除外），各階層並不是互不相連，是相互滲透。五個層次如下：

1. 陰影層，認同不正確的自我形像，也就是人格面俱。
2. 「自我」階層，完全認同內在心像，被智力及象徵思考所掌控。
3. 存在階層，完全認同存在於時空的身心有機體，開始和環境對立，因為二元對立有主客、自他之分，而創造了空間感。也創造出存在與虛無、生與死的對立，而創造出了時間。急於想逃離死亡。
4. 超個人帶，此時人不再意識到自己和一切萬有的界分，其認同感不再局限於個人有機體。乃是「集體潛意識」的「原型」之家。在超個人帶治療法，揭露了一種轉換知覺的方法，可以如實的觀察內心和外在事件的過程，體會「照見」的能力，能見到各種象徵，見到神秘的、超驗的、奇蹟似的，超越了時空。
5. 大心境界，大心沒有空間性，因此是無限的，沒有時間性，所以是永恆的，無生也無死，無過去也無未來，生死過去未來皆是一體的，是最深的意識，和宇宙的終極實相是相同的。如果一個人能探測到自己生命的最底層，就會發現那個正在照見的東西，最後除了「見」之外別無他物。

Ken Wilber (1998) 認為超個人發展的範疇包括「統觀邏輯」的層面、通靈的層面，微細的層面、本因的層面、終極的層面。根據印度教的吠壇多哲學敘述，個體由存有的五個層次所組成，由外往內剝就會發現更多的本質，這五層是：肉體、身體（生命力）、心智、直覺、靈性，吠壇多哲學把五層殼組成三種主要的狀態：粗糙（肉體）、微細（情緒、心智及細微的心靈）和本因（原型的靈、無相）。五層殼的說法和猶太教、基督教、回教的物質、身體、心智、魂、靈的說法，幾乎完全相同，「魂」是至高認同的最後障礙，一旦我們推進到見證的立場，魂或見證者就消融了，只剩下非二元覺知的活動，覺

知並不是注視個體，而是與所有客體合而為一。Ken Wilber (2000) 鼓勵人們採用折衷、跨學科與整合的途徑，妥善的運用 St. Bonaventure 所謂的「三種認識之眼」：肉體之眼、理性內視之眼及默觀之眼，以得到超驗實相的知識。肉體之眼是基本的感覺運的智能—客體恆常性，是感官經驗之眼，是實證之眼；理性內視之眼是心智之眼，超越感官範疇，心智的知識不全然是經驗和肉體的知識，邏輯演繹的真理是基於內在的一貫性，而不是與其感官對象的關係；肉體之眼超越理性，藉此得到超越實相的知識 (Walsh, R. & Vaughan, F., 2003)。

## 貳、瀕死經驗

瀕死經驗：Near-Death Experience，簡稱 NDE。1975 年雷蒙·穆迪 (Raymond Moody) 在他的《來生》(Life after Life) 一書中首創了 NDE 這個名詞。有關瀕死經驗之國外研究有：庫布勒·羅絲 (Elisabeth Kübler-Ross)，在十年中收集了二萬件以上的瀕死經驗個案。二十年來她在世界各地旅行、演講，收集各個民族的事例，她認為瀕死經驗或許會因人種、民族、文化、哲學等有所差異，但其本質與基本架構是一致的 (Moody, 1991)。

雷蒙·穆迪 (Raymond A. Moody)，被譽為「瀕死經驗之父」，在 1975 年所著的《來生》中，他將所得到的瀕死經驗，做詳細的過程描述；《高峰經驗--柳暗花明又一村》的作者 Piero Ferrucci (1997)，第一次以跨學科的模式，從理論角度去探討瀕死經驗。他探討了過去十五年來，人們對瀕死經驗日益關注的經過，並且與心理學、生物學、物理學、神經生理學、神學、哲學等領域的傑出學人專家，進行精彩深入的對話。

國內的相關研究則有：2001 年 5 月至 2002 年 5 月，周大觀文教基金會，動員三萬六千人次義工在街頭訪談，推估台灣應有十二萬人曾有瀕死經驗。2002 年 7 月周大觀文教基金會宣布成立「台灣瀕死研究中心」，為本土研究瀕死經驗的里程碑 (依品凡，2003)；此外，尚有釋覺了 (2003)、簡政軒 (1997) 等二人的碩士論文。這些研究結果綜合來說，體驗有幾個特別的向度：

1. 高敏銳度的空間，很多人報告在他們的瀕死經驗中，他們的感官敏銳度會被提升，包含聽覺與視覺都有，而對時間的感覺與生前有所改變，即在即短暫的時間裡都有

恆常的感覺。

2. 非個自化的空間，這是一種知覺改變的狀態，在這樣的狀態下，個體覺得他或她是不真實的，被分解的，也缺少個人的特徵。他們失去跟隨時間的能力，所以個人的記憶似乎是以飛快的模式在真實的時間下閃過。

3. 漂出軀體外的空間，這樣的現象被形容為自我和軀體是分開的，不過卻又意識到自己(這個身體)出了事情，自己變成旁觀者在場外看所有的人努力為「我自己」急救一般。但當知覺要回到身體裡去時，會覺得一種確切的厭惡感。有些報告則指出，唯有當心靈和軀體是重新組合在一起時，才會感受並經歷到死亡時的痛苦和疲勞。不過，在軀體與靈魂是分開的時候卻不會感到痛苦。

4. 神祕的空間，超越的感覺是在地球上未曾有過的，好像進入另一種空間，時間和地方，它很難用言語去形容。有些是覺得是上帝在說話的感覺，或體驗到上帝或是更高層次的力量存在著，它以很強的亮光出現，而且感受到一種了解、和諧、啓示、合一、和愉快的感覺。

瀕死經驗的終極意義可說是深度的轉化和精神的覺醒，是「生命回顧」對人生的啓示，覺得有更高的自我價值感。瀕死經驗會隨著臨終者的心智地圖(mental map)及其世界觀(world view)而有所不同的描述。心理學家榮格(Jung, 1991)在自傳中，亦敘述過自己的死亡經驗，直稱是他看過最美麗的幻象，有過最美麗的體驗。榮格曾以潛意識的同時性(Synchronicity) 來解釋潛意識不受時空的限制。因此，可以說死亡對他而言是一種超越時空的永恆的幸福。在馬斯洛、榮格及一些有高峰經驗的人看來，認為死亡過程是一種「解脫」的過程，並不是一件恐懼、害怕及痛苦的經驗，反而是一種「甜蜜」的痛苦，一種快樂的解脫經驗（引自 Ken Wilber, 1998）。

如此說來，臨終的進程將人的意識推到萬物流轉的狀態，似乎讓人回歸到宇宙意識保護的恩寵之中；因此，有關瀕死經驗研究所透露的經驗結構與內涵，可做為本研究對於預知時至經驗探索的參考。

### 參、榮格與神秘經驗之象徵解讀

有神秘經驗最有名的學者，非榮格莫屬，榮格認為我們所生活的宇宙包含四種原理所能規範的範圍內：能量不滅、時空連續、因果關係與同時性。經過心靈化的過程，宇宙的秩序模式得以在意識中呈現。通過觀照意象與同時性的方式，達到神秘境界與造物者合一。榮格在建構心靈版圖的探索當中，無形中躍入宇宙學家、哲學家與神學家的領域。集體潛意識貫穿了榮格的心理學理論，是他理論的重心，他認為集體潛意識是潛意識的深層結構。集體潛意識是心靈（Psyche）的一部分，它與個人潛意識不同，無法歸結為個人的經驗。構成個人潛意識者主要是一些我們曾經意識到，因為壓抑或遺忘而從意識中消失的內容；集體潛意識的內容在適當時機會出現在意識中，只是一般人未察覺。它們的存在完全得自於遺傳。個人潛意識主要是由各種情結加上後天的經驗記憶經過壓抑沉澱在意識深層所構成的，集體潛意識的架構主要是原型，其內容為原型意象。榮格認為人類世世代代經歷的事件和情感，最終會在心靈上留下痕跡，這痕跡可以通過遺傳傳遞。他把這種遺傳的原始痕跡稱為原型。他說原型本身不是具體的形象，而只是一種傾向，但是原型卻可以通過一種形象出現（Jung，1997，2001；Stein，1999）。

原型概念對集體潛意識觀點是不可或缺的，它指出了精神中各種確定形式的存在。這些形式無論在何時何地都普遍地存在。依榮格的觀點，是除了我們的直接意識——這一意識不僅具有完全個人的性質，而且相信它是我們唯一的經驗精神——還有第二個精神系統存在於所有的個人之中，它是集體的，普遍的，非個人的。它不是從個人發展而來，而是通過繼承與遺傳而來，是由原型這種先存的形式所構成的。原型除了是一個心靈運作的模式之外，還能夠反應出宇宙真實的基本結構。榮格對這個世界的想法是一元世界觀。同時性是一種有意義的巧合現象。榮格一直尋求一個理論性的概念，以說明這種類似易經的超自然現象。原型具有超越性，它們並不侷限於心理的領域。它們可以從心靈母體內部，我們的外在世界，甚或同時從兩方面，跨越進入意識。當兩者同時發生時，便稱為同時性的現象。對榮格來說，宗教經驗和宗教實踐都是心理現象，而它們的內在和外在的源泉都來自集體潛意識。從某種程度上講，集體潛意識所展現的全部形象都具有宗教性，應得到珍視（Jung，1997；Stein，1999）。

心靈現象有一部份是所謂的冥契(Mysticism)現象，也就是神秘經驗。這神秘經驗所指涉的是一個人可以認識外在一切的那個「心智」(也就是認知者)，能調動「信息」，具體呈現在物質的層面上。由於一般人的知識有限，無法認識「信息」這個層次，以致有諸多的誤解(Stace, 1998)。而所謂心靈現象各界解釋不一，不過 Grattan-Guinness (1988) 將此範圍列舉如下：巫術(magic)、遙視和傳心術(clairvoyance, telepathy) 瀕死經驗(near-death-experience NDE)、神動現象(poltergeist)、預知(precognition)——超越時空兩維而能預見或預知未發生的事件、魂靈(soul, spirit)、脫體經驗(out-of-body experience)、靈療(spiritual healing)、心靈施動(psychokinesis)、思維照相(spirit photography)。

世界上各民族都存著一些圖騰式的圖畫，這些圖畫必然含有特殊意義，這種意義就是象徵意義。因此一個字或圖畫所隱含的東西，超過其顯而易見的直接意義時，就具有了象徵性。依據呂格爾的觀點，象徵是說一指二，耐人思索著去領悟言外別指的說詞，象徵具有某種兩可性，真旨意是表面意義所襯托的意義，也就是言外別指或言外之言。亦可說是一種能傳達意義的記號，一種「隱藏徵兆」(引自劉嘉祺，1999)。

象徵擁有廣闊的潛意識層面，一旦心靈致力於探索象徵，便會發現超越理性範圍的觀念，如果不瞭解象徵的層面作用，常常無法理解某些普遍的文化要素。由於有太多的事情超越了人類的理解範圍，我們便經常用象徵語言來表述我們無法界定或完全理解的概念。人可以有意識的運用象徵，象徵可以是心理最深層的本體性存在。榮格透過象徵發現原型，也透過象徵來闡釋原型。榮格認為最能代表自我的象徵是印度宗教所說的曼陀羅(Mandala)，它是種魔術性的圖案，通常是外方內圓，圓內有四或四的倍數之數字。佛教與其它東方宗教用它來幫助默想。

Jung 在《人及其象徵》(龔卓軍譯，1999) 說明了象徵是自然、自發的產物，它可能為人們日常生活所習見，卻在傳統和表面意義之外，擁有特殊意涵，蘊含著某種對我們來說模糊、未知、隱而不顯的東西，這種隱含的東西，超過其顯而易見的直接意義多的更多。象徵來自個人或集體無意識狀態，使本來隱藏著的真實揭露出來(Hick, 1991)。伊利亞德認為象徵可分地區性象徵及原型的象徵，地區性象徵侷限於某種文化，通常是

團體、部落或家族之內。而原型象徵是指一般人都有相似或相同意義的象徵（Eliade，2000）。

象徵互動論認為人與人的互動透過種種象徵，如語言、手勢、表情等。換言之，象徵互動論是偏重微觀、個人角度、日常生活、心理學觀點。象徵是象徵互動論的另一個主要概念，互動是藉著象徵來表達的，而語言、文字、符號、手勢等皆是象徵，有了這些，人們才能互動。所以對象徵互動論而言，其焦點關注於行動者與這個世界的互動並主張行動者與這個世界均為動態的過程，而非靜態結構，最重要的，乃是賦予行動者詮釋社會世界的的能力。

綜合言之，象徵能涉及人所有表達的層面，從個人或集體潛意識到文化的形成、知識的發展、歷史的傳承和社會的脈動，形成多元、豐富的內涵。其特性是「以具體的形象來表示抽象的意念」。

我們如將預知時至的經驗，視為一種神秘經驗，那麼熟悉榮格以及依利亞德等人的象徵論解說，在進行本研究經驗文本的詮釋上，便十分重要。畢竟預知時至的病人所處身心狀態下的語言表現，已非日常語言的意涵所能指涉，因此象徵語言的了解殊屬必要。

### 第三章 研究方法

本研究以詮釋人類學作為質性研究的取向與方法。質性研究基本特色在於對研究現象的自然情境，提供完整、生動的描述，不受先前決定的建構所限制，能於自然發生的情境中探索現象。詮釋學，簡單說就是「對理解的理解」，詮釋人類學將文化視為文本的隱喻，使觀察者與被觀察者均能在可見的行動中閱讀到意義，將討論的焦點從「世界本然的樣態」轉向「我們談論世界的方式」。要去了解別人，必須進入、看到他的社會、文化及如何在該文化形象系統裏運作，Geertz（2008）即提出這一主張的佼佼者。狄爾泰認為人文科學所研究的心靈（mind, Geist），最重要的是活生生的經驗，若要瞭解他人，則需藉從背後隱藏的東西來詮釋其外在表現，如此由「讀」他人，並在他人的「裡面」重新建構我們的內在經驗（Schutz, 1991），故質性研究是適用研究個體歷程的研究法，藉由質性研究將有助於理解個人內在心理重組與轉變過程，從中發掘意義轉化歷程。

#### 第一節 研究取向與解釋觀點

詮釋人類學是一種研究「人」的人文科學，人是一種歷史的存在，人不能逃避歷史，要在歷史之中，通過生命的具體化而非內省來理解自己；亦即要理解一個人，必須在活生生的經驗中，透過他的話語，看見背後主體經驗的脈絡意義，並據此作出適切的解釋（Manen, 2004）。Denzin（1999）在《解釋性互動論》一書提及，生活世界中的每個互動者都在解釋他們的世界，研究者與研究參與者的關係處境亦然；因此研究者採詮釋學中的尊重、開放性的對話，以及解釋互動觀點進行質化研究，目的在於直接呈現研究參與者生命體驗所構築的生活世界，針對其主體的生病經驗，進行深度的描寫與詮釋。本文之解釋觀點，除了參考海德格、梅洛龐蒂等人詮釋學的存在分析觀點之外，也納入超個人心理學及榮格等人象徵論的觀點；以下針對詮釋人類學的研究觀點及詮釋現象學的研究應用之兩個部分，分別加以解釋說明。

## 壹、詮釋人類學 (interpretive anthropology) 的研究觀點

### 一、人類學 〈Anthropology〉

「人類學」顧名思義就是研究人的學問。它研究的主題主要有兩個面向：一個是人類的生物性和文化性，一個則是人類今日特質之演變溯源。人類學所研究的就是人類學站在不同的文化脈絡底下，去理解不同的文化 (Greetz, 2008)。

人類學有 4 個分科：(1) 生物人類學或體質人類學 (2) 語言人類學 (3) 考古學 (4) 文化人類學或民族學。文化人類學基本上去研究一個不認識、陌生的部落或街道或一群幫派、人物。人類學家必須參與他們的生活，去觀察、調查，然後把觀察到的現象，作某種程度的理解和分析，剛開始時，人類學家的工作，主要是調查與敘述，生產民族誌，民族誌研究強調所處的社會、歷史、文化脈絡均會對人的行為方式、意義建構、思考內容產生影響，因此，研究者必須涉入脈絡中，整體地敘述各種脈絡中的現象，以詮釋行為的意義。「文化脈絡」是民族誌研究者架構其研究的途徑。

人類學者的任務，是去「理解他人的理解」；也就是透過民族誌，去理清在地的一個分層劃等的意義結構，並確定這些意義結構的社會基礎及其含義。民族誌學者的任務便是「走入田野」，透過觀察和訪談，以每日活動中的第一手觀察為基礎，嘗試描述及詮釋某個文化脈絡中主體的實踐行為。為此，人類學者必須關注行為，因為文化形態正是在行為之流中得到表達。這也就是 Greetz (2007) 所提倡的「深描」方法，深描「解讀」行為的象徵內容，將其詮釋為符號 (sign)。

### 二、詮釋學

畢恆達 (1996) 在《詮釋學與質性研究》，質性研究—理論、方法及本土女性研究實例引述 Richard 說法，詮釋經驗是依照當前的眼光去理解所說的東西。詮釋即是解釋，解釋的觀點，在於直接呈現生活體驗所構成的世界，也就是『早已就在』的文化中，釐清個人如何在實際的問題情境時，形成自己的解釋與理解，並賦予意義。解釋研究的焦點乃是深刻的生命經驗，努力於捕捉研究參與者的聲音、情緒與行動，這些經驗徹底改變或塑造了個人的自我概念，以及他對自身經驗所賦予的意義，在文化心理學具有最根

本的作用，文化不是預設的，而是人的本體底蘊，文化是人『寓居於世』沈默的背景，它是人整體自身的理解者。畢恆達說：現實的敘說建構關乎意義，而非「事實」的再現。而意義的建構必須放在共享的文化系統中進行，讓說者與聽者的經驗得以溝通。因此，詮釋的過程使我們對於個人的故事與文化的情境都有進一步的理解。

解釋是語言表達的一種方式，語言是世界之『具』，作為理解者，他以知道語法體系的使用而使自身存在，語法是理解者的允許、願意、承諾與瞭解。而「情蘊」作為「世界」的允諾自身，「情蘊」是瞭解的前行者，「情蘊」自身是模糊的，以「生命之趣」存在著。是依情而織，情依事成相，情蘊是開放了世界，以生命之趣做引導。主體經驗的解釋若要真確有效，其先決要素在於解釋者的洞察力與對語言的真正理解，並探求所收集文本敘述之語言間的平衡一致，使意義的解釋達到兩者的協調統整。語言是在經驗之中被瞭解意會而非代表經驗本身，高達美透過語言的討論而建立詮釋的存有論，對高達美而言，經驗的詮釋是語言性的，人類用口說話與書面文字來傳遞意義的符號系統，文字讓語言超越時空以理解意義。高達美也重視口說語言，藉由對話中的互動與臨場感，使意義被對話者體會領悟（引自高淑清，2001）。但是雖然我們不斷的言說，還是永遠無法徹底的以言說表達出我們真正的經驗意義，在醫療田野得參與觀察和研究中，應認識主體經驗語言表達的迂迴性質，並據此擬定迂迴瞭解的策略（蔡昌雄，2005），尤其本研究的研究參與者是末期或瀕死病人，可能生理因素無法有太多的言語表達，因此，研究者如何在肢體語言、象徵語境，把握言說的意義，是一個重要的課題。

### 三、 詮釋人類學

詮釋人類學的代表人物，首推紀爾茲（Clifford Geertz），紀爾茲（2007）認為文化分析不是探索規律的實驗科學，而是探索意義的闡釋性科學。文化現象的"解讀"（interpretation）是需要"深厚的描述"（Thick Description）。所謂深厚的描述，不只在於描述，而是要能夠進一步的去分析瞭解他人的行為與他人的理解，沒有這一深層的瞭解與理解是無法深厚的描述，沒有深厚的描述當然也就不能突破一般人對多元文化知識理解的框架範圍。

紀爾茲（2007）認為，文化人類學的研究一般都離不開民族誌資料的分析，而民族誌可以看作是通過田野工作對所調查文化的一種描寫，所以就從人類學的田野工作本質談起。

紀爾茲認為進行田野工作的研究時，生活於其中，從中得到體會，有所體驗。透過這種體驗接近當地人的生活世界，漸漸明白他們所處的文化，體會出新的了解，這種了解是一種漸進式的領悟與體會，可以愈來愈明白當地人的觀點，也可以愈來愈了解當地人所處的文化，但是我們的觀點不可能等同於當地人的觀點，我們也沒有必要等同當地人的觀點。

在紀爾茲看來，深描關注的是如何揭示行動與文化之間的關係，由此來解釋行動的意義。這就是人類學了解的關鍵，即人類學的了解並不在於捕捉在研究地點發生的事實，而是如何去澄清在該處到底發生了什麼（意義活動）。因為當地人的行動是該文化的最原始或第二層次的闡釋，而人類學已是第二或第三層次的闡釋。當地人以其象徵性行動寫出該文化的意義，而人類學者針對象徵性行動做另一層次的解讀。紀爾茲強調：其關鍵不在使你自己與報導人內在精神的溝通……而在於弄清楚到底他們認為他們是怎麼想，怎麼做的。

從上述的論點看來，紀爾茲是把民族誌或田野工作視為一種話語，一種論述的過程，在這樣的過程中，我們慢慢接近、掌握我們所面對的文化脈絡，並與我們的研究對象達成溝通、共享了解。對不同的文化的特殊性及差異性賦予的價值，文化與文化之間的比較，其目的不在於尋找恆古不變、跨越時空的通則，而在於使不同的文化彼此之間產生對話，澄清其中意義，然後從論述的過程將人的存在與所有推向更深層的自覺，一種自我了解的意識狀態。

## 貳、詮釋人類學的研究應用

美國人類學者 Jennifer Lorna Hockey（1990）發表的《死亡的經驗：一個人類學的解釋》（*Experiences of Deth: An Anthropological Account*）一書。雖然 Hockey 的研究對象是以年長者為主，但因研究中不僅深度描述瀕死者的生命歷程及其對死亡的看法，同

時還涉及醫療、社會體系對瀕死過程的影響，為死亡或瀕死研究提供一個整全的研究基礎。

人類的行為是流動的，不管是單獨行為或社會行為，總是在時間的向度中流動完成，人是生活在文化的脈絡中，但每個人卻都以其獨特之姿與文化互動，人與文化的相互辯證，需透過行動者在意義的不同指證，換句話說即是將行動者放在特定的醫療場域中，進行全貌性的參與觀察及訪談，然後再以研究者的角度進行詮釋（林麗雲，1996）。

民族誌學方法的價值在於，它們能夠幫助我們進入事情發生的脈絡，真正地「瞭解事情」。因為所有的觀察都帶有先入之見，毫無準備的觀察者可能不知道要看什麼，或什麼也看不見。民族誌研究法的重點在於關注人的本質。我們必須研究人，因此我們得研究人最關心什麼，也就是得掌握人與生活的關係。每個文化的價值觀都不盡相同；田野通常在知識上像是無序的泥沼，往往需要透過機緣，才能找到隱然網狀之序及看不見的勾連，然後再透過論文寫下文字的秩序。

Denzin（1999）認為詮釋是把已經瞭解的東西明朗化，任何詮釋都有已經理解的東西作為「前理解」或「前概念」；亦即在生命的流動中，認為現象需要通過詮釋的過程才能還原，必須「先理解」生活的意義結構，但在意義轉換的過程，個人的價值觀與文化脈絡現象難免的會滲入，即使對於同一個現象，人們在說明時也會因為不同的生活脈絡意義，而以不同的方式給予解釋。

蔡昌雄（2005）認為將詮釋現象學應用在醫療場域患者生病經驗的研究，最重要的研究省思與策略之一，就是要能夠穿透患者生病的語言，看見背後主體經驗的脈絡意義，並據此作出適切的解釋。由於這些有關病患當事人的主體意向經驗，在醫療唯物主義和醫療機構科層性的雙重影響下，大體上是處於被遮蔽、甚至是被扭曲的情況，往往在醫療判斷與決策的過程中，無法得到應有的重視，應用詮釋現象學研究的主要目的，即在於將這個部分的經驗復位，讓它們獲得應有的「看見」（描述）和「理解」（詮釋）。因此，針對生病經驗問題背後廣泛的意義脈絡，進行揭露、描述與詮釋的工作，正是詮釋現象學研究方法可以著力的地方。此詮釋觀點亦適用在本文的詮釋人類學。

## 第二節 研究構想與設計

### 壹、研究構思

本研究的研究目的為瞭解緩和醫療末期病人臨終歷程之經驗，以及此經驗對病人本身及其家屬乃至周遭的人之意義為何。臨終階段是生命存在整體顯露的原初處境，加上臨終病患的特殊性，使研究者企圖穿透此一經驗意義的研究更加困難，但是，病人的臨終經驗確實在我們的知覺經驗中顯露或「臨現」，我們如何看待這樣的深度經驗？怎樣可以掌握這類生命主體深度經驗的意義本質？關於這個問題的解釋，會涉及如何運用詮釋學的觀點，引導研究者探索死亡的原初經驗對意義形構之影響（蔡昌雄 2005）。故本研究試圖透過研究參與者的心靈看世界，並進入其概念的世界，瞭解其如何建構與轉化。當經驗發生時，最接近人格核心的一些經驗，自我是無法賦予意義的。大部分的經驗可以藉由回顧與前瞻預期的方式（未來的目標）來賦予經驗的意義。

### 貳、研究場域與研究參與者

本研究採立意取樣方式，以研究者服務之教學醫院安寧病房之末期病人共 22 人為研究參與者，透過參與觀察、照顧日誌、田野筆記之方式，取得研究資料，並將獲得的文本資料進行分析，以及經驗意義的描寫與詮釋，藉以形構他人經驗的意義。

### 參、研究準備與設計

研究者為此研究之準備，在課程曾修習：論文寫作、質性研究方法、生死基本問題討論、心理生死學、文化人類學、臨終關懷、悲傷輔導、諮商理論與技術專題研究、諮商實務專題研究、宗教傳統與生死探索、佛教生死觀、存在心理分析專題、催眠治療與生死課題等相關課程，又多次參加與論文相關研討會及質性研究研討會，以及歷經半年詮釋學研究方法讀書會的參與，且研讀與本論文之相關文獻。

研究者為安寧病房的護理長，在安寧病房工作已 15 年，每日參與或督導臨終病人之照顧，在研究者的詮釋學處境上，首先已經處在一定程度的，與研究對象相關之理論

視野的訓練及薰陶之下，也處在一定程度的，與研究對象相關的實踐經驗之中。研究者不論在理論層面與經驗層面，具有一定的視域與知識（即前理解）內化在身體之中，研究者因為長期深處於特定實踐場域中，高度參與，並在情感上熱情投入對經驗的理解，使研究者具有高度熟悉性的默會經驗。

為使研究順利進行擬召告病房所有同仁，請求提供訊息，且每日參與交班，以掌握所有病人之最新狀況，遇有早期瀕死徵象之個案隨即介入參與觀察，描述記錄，寫田野筆記，再進行文本分析。

### 第三節 資料蒐集與分析

#### 壹、研究工具

研究者即研究工具，在進行研究的過程中，兼具多重角色，在資料蒐集的過程中，可能也為病人之照顧者，是參與觀察者，又是文本的記錄員；在資料整理階段，將收集的資料轉檔為文字稿；在分析資料時，則為詮釋、理解文本的解釋者。

#### 貳、資料蒐集分析

本研究之資料來源為：研究者參與觀察將情境描述之資料，護理師交班之資料，及訪談相關人員如醫護人員、宗教師---等資料。資料分析則採取情境分析(contextualization analysis)。

##### 一、情境分析的理論基礎

情境分析的理論基礎最早用在結構主義語言學、象徵互動論與後現代主義等研究，情境分析是一種針對原始資料所處情境進行的分析，資料不具自身獨立的生命，必須放回產生的源頭和情境脈絡中才有意義（Manning & Cullum-Swan，1994）。

情境分析的的具體操作方式主要來自兩個傳統：語言學中的話語分析和人類學與社會學中的民族誌方法學，民族誌方法學認為社會是由社會成員所具有的意義解釋形成的，意義解釋是他們藉以組織日常生活的基礎。（Holstein & Gubrium，1994）

## 二、情境分析的步驟

情境分析的主軸是把握文本資料中相關的重要資訊，找到可以反映資料內容的故事線索，對故事詳細的描述。本研究進行情境分析實際步驟如下：

- (一)、反覆閱讀文本資料，試圖融入與理解研究參與者之主體經驗。
- (二)、找出意義單元進行描述和理解。
- (三)、資料歸類，同時找到資料間的聯繫，將其整合成爲一個具有情境的整體。

研究者的聲音，光倚賴資料內容有時很難建立一個連貫的、具有內在聯繫的整體，研究者嘗試將自己的聲音放進去，當資料需要比較多的解釋時，加入研究者的聲音，透過研究者的再述說將資料各部分之間的關係表述出來，根據資料本身的特質加以合適的運用，可以體現出研究者對資料內容的理解與組織能力（Weiss，1994）。並在書寫的過程中不斷回到文本分析，進行反思與理解，最後描述解釋出本研究的經驗本質。

## 第四節 研究嚴謹度

依據「解釋互動論」觀點引導進行的本研究，將以整個研究進行的脈絡呈現來進行研究嚴謹度的說明，以取代經驗信效度標準的討論。首先，在解釋觀點方面，明確的指出以詮釋人類學、榮格學派心理分析及超個人心理學三大取向爲宗；其次，熟悉研究參與者的經驗世界，研究者長期在安寧病房工作，又是同仁公認直覺能力頗強的照顧者，對研究參與者臨終現象之瞭解有一定程度的把握，使得作爲質性研究工具的研究者，更具發現與探索的能力；第三，雖然詮釋人類學方法無資料分析的標準程序，但本研究所採取情境分析的分析架構，也提供了一定的分析程序可供引證參考；第四，文本內容之分析除遵循在「全體一部份」之間反覆來回的原則之外，文本意義亦經過與指導教授及臨床督導教授討論後，方能形成共識且確定；最後研究者清楚自己同時兼具報導人、研究者、照顧者、觀察者的角色，除極力顧全各角色外，其中涉及研究倫理的因應措施，將於下一節研究倫理中陳述。

## 第五節 研究倫理

本研究於研究期間通過醫院研究倫理委員(IRB)之審核，以緩和醫療病房為研究觀察場域。而研究者本身在護理臨床經驗四十年，期間陪伴無數癌症病人與家屬，曾參與兒童癌症基金會成立 10 週年時對兒癌父母的相關研究，負責訪談兒童過世的母親。在溝通訪談技巧應該沒問題，而 27 年來照顧癌症病童及癌症末期病人，「直觀能力」頗受團隊成員肯定，這個研究應能勝任；在醫療決策過程，已經養成習慣以病人之最高利益為優先考量，故對於研究參與者之權益與隱私，絕對遵守研究倫理原則，並在參與觀察中以尊重、同理、請益之態度，使研究參與者能在信任、安全的、不具威脅性的氣氛下，探索生命經驗，在觀察過程中，如研究參與者有個人深層情緒問題，研究者除給予適當情緒支持外，亦會尊重其表達意願。研究者亦會持續保持照顧關懷與支持，直到往生。對家屬或照顧者之關懷與尊重亦同。

## 第四章 臨終歷程的身心靈轉化

### 第一節 末期病人的身心處境

人類寓居於世，憑藉著身體本具的能動性，於生活世界中進行生命之創造。身體是我們寓居於世的展現，在與他人接觸的各種行為和行動裡，我們均仰仗著身體的活動在世界中形構意義。疾病末期階段病人難以活動自如，樣樣得依賴他人協助，加上很多不舒服的症狀困擾，成為疾病末期生活的第一個難題。

雖然意識清楚，但「身」和「心」卻常常不在一起，身體的敗壞讓病人無法實質參與社會，但仍對社會牽掛，身體形象的變化帶給病人莫大的衝擊，變形的外觀造成他們憂心他人的眼光，尤以女性病人為重。

#### 壹、身體的斷裂

依身體現象學理論（Merleau- Ponty，2001），身體既是認識的主體，又是認識之下的客體。身體產生了知識，使得對外的認識得以產生，但身體的反應又是一個知識上認知之後的結果，我們正是借助身體才能存在於世界上，並與他人，物體和其他生物發生關係。只有與我的身體在一起，只有在我的身體上，我才能成為主體。只有通過我的身體以及和我的身體在一起，我才能與他人產生聯繫。身體是我在空間中的棲息之所，空間就是一種價值、一種權力，我們通過身體進行自我辨認，通過身體在世界中存在。如果說身體的反應是文化知識的一個結果，則進入醫院求治的病人都帶著他的脆弱性進來，也利用著他們的脆弱性發展權力性。它牽涉到主體認為自己處於什麼樣的「位置」，而透過這個位置的觀點，不斷的重新組合理解原來的記憶經驗，身體其實記載著過往的許多情緒經驗，頭腦的記憶有時會因個人的認知取向而有所偏差，身體的記憶卻是很真實地留存在我們的肌肉組織及肢體動作中。

梅洛龐蒂（2001）的身體理論，認為身體是由「習慣身體」（habit-body）與「當前身體」（body in this moment）所共構的。末期病人仍舊熟悉過去的「習慣身體」，雖然發現習慣身體已不適用當前身體，但在適應當前身體的過程時，總是百感交集，不知不

覺掉入回憶是常見的情況。

「78 歲的王奶奶獨立自主，習慣於田園生活，因為疾病的關係讓她變得骨瘦如柴、身體虛弱，需旁人照顧，對於自己不能動總是唉聲嘆氣，覺得活得沒意思，與她談話的過程裡，她總會提到她過去的身體的強壯與美姿，讓她驕傲的是可以擔 100 斤的農作物，可是當她需下床尿尿時，瞬間成了洩氣的皮球」。(2011/1/24 田野筆記)

末期病人 Karnofsky scale 量表生活功能指數落在 50% 以下時，活動大約只能侷限在一張床，此時可稱為病沈期（石世明，2003），進入病沈期的病人，「病人性」的生活更加明顯，病人已經放棄和社會的互動，轉而以病為生活的重心，世界縮小到病床邊，從以外部世界為中心的意向轉向以身體為中心的意向，自我消解。

身體的反應是文化知識化的一個結果，因為在生活世界中，身體即可對外界事物作「合理的」認知和反應，而給予「適當的」理解方式，故身體是作為意義的表達而在世界立足。因此，身體是我存在於世的方式，我意欲通過身體賦予存在意義，我們靠身體的「能動性」來理解空間，來建立身體的經驗，以達到知識的確立（Merleau- Ponty，2001）。身體的失能讓病人所有意向處於痛苦情緒中，想要安排自己的生活而有所行動，卻因身體失能的斷裂狀態而窒礙難行。

得到俗稱漸凍人（運動神經元病變）疾病的李先生，在身體功能衰退到只能躺在一張床時，「有一次因肺炎導致呼吸衰竭，醫師建議使用呼吸器卻遭他拒絕了」（李先生二哥轉述），過去的身體可以隨意移動，「習慣身體」已不適用當前身體，失能的身體在適應當前情境時，讓他痛苦萬分。

## 貳、關係的剝落

人無法一個人存在社會，而一切的存在基礎乃基於身體，經由身主體的向外表達，我與他人建立關係才有可能。病身將令關係出現威脅性的裂隙，疾病破壞了家庭親密關

係，身體在社會世界中移動及展開，維繫了家庭關係、社會關係，實踐了生命責任，然而疾病造成脫離常軌的情況，病身將人從工作、重要他人的關係中抽離，因此，難以實踐倫常關係的責任，生命存在的價值感因而逐漸削弱崩解，也開始覺察到「我是誰？」。

**「李先生長年受運動神經元病變所苦，除了能眨的雙眼外，全身無法動彈，年輕的妻子後來離他而去，幼小的兒子雖有哥哥照顧，但他覺得自己已不配為人夫、為人父，而堅持了卻自己」。**（2011/1/25 護理記錄）

個人身份是由關係決定的，「關係」源於「位置」，也關係著「位子」，因為「位子」而有「歸屬」，而人是活在關係裡的，如果這關係有了裂縫，那麼在裂縫裡的人會感受極大痛苦。**「利利得病之後，與先生的關係也起了變化，但先生在道義上還是繼續照顧她，卻在利利住到安寧病房的某一天，要求和利利離婚，利利痛苦的想自殺結束生命。」**（2011/2/11 田野筆記）

病人因身體、社交的疏離而難以接納自己，大部分人不知接納「脆弱」非常重要，不需要在關係裡力求強壯和完美，那只是社會認定的假面具。當我們覺察到自己是誰時，我們會覺察到自己不過是一連串的關係，我們界定自己的許多階段的內容，是從與他人人的關係中發展出來的。

臨終病人離世前常見的「關係」議題包括：自我關係的整合，人倫關係（夫妻、父子母子、父女母女、婆媳…）的修復，要讓每個人有他的「位子」，進而在臨終前能道愛道謝道別。

### **參、歸屬的落空**

每個人從小到大皆依附著「關係」在過活！當一個人知道日子所剩不多時，自然的落入回憶的循環，開始覺察到自己各個歸屬的角色，人都很渴求一種歸屬感，不管在什麼地方，在做什麼事。這種歸屬感會帶來心靈上的平靜，而且會覺得自己是被需要的，不是被遺棄的，人如果有歸屬感，會打自內心產生一種幸福快樂的感覺。

「陳太太是「福智」的長期志工，當她住進安寧病房後，為不能繼續在團體服務覺得生命沒意義（2011/2/14 田野筆記）。美華從小體貼，家事一手包，捨不得讓妹妹動手，可是媽媽眼中始終沒有她，讓她感到缺乏關愛與照顧，呈現了「低自尊」，加上生病的身體，讓她覺得生命無意義，不值得存活下去」（2011/3/11 宗教師記錄）。「利利雖然知道先生有小三，但畢竟她還是王太太，王太太的身份讓她在生病歷程足以堪忍，當先生提出離婚時，雖然所剩時日無多，卻一分一秒也活不下去。」（2011/2/11 田野筆記）

#### 肆、無意義

意義的世界是需要身體與周遭進行互動，梅洛龐蒂指出，主體只有通過身體才會進入一個值得無窮盡探索的世界，因為身體，我們的意圖才能達到現實，我們所追尋的意義才得以存在，如果我們的存在是意義的賦予者，則這種賦予的實現不能脫離世界和身體。身體因此可以被描述成一個符號或者一個符號群體，這使它接近於作為符號系統的語言，身體表達、詮釋和承載符號。身體具有表意功能，它是我與世界、他人和生物的關係，因此也是與我自己的關係。身體並不是某種可以分離的涵義的載體；表達與涵義通過它並且在它身上成型，周而復始，永不枯竭。意義是人對自己身體進行思考的結果，人從來都是在自己的身體內尋求其在世界上存在的意義。「患運動神經元病變的李先生無法面對自己的失能，相對的也無從體驗到自己是有意義感，寧死也不願意自己成為一個需要依賴他人照顧的人。」（2011/1/25 田野筆記）

身體的失能、關係的剝奪、歸屬的落空引發無意義感，是末期病人還在「社會期」常見的現象，多數人似乎走到「已經不能再做什麼了？不知要做什麼？以及不知能夠希望些什麼？」隨著意義的崩潰，經歷了生命存在基礎的崩潰，發覺自己站立的基礎碎裂了，在我立足之處，其實空無一物，沒有生活的目標，根本沒有活下去的理由，真相就是生命是沒有意義。生命的每一天，每一步，都更接近絕境，除了毀滅，再無一物，而掉入存在的虛空中。

貝貝經過化學治療、標靶治療無效住進安寧病房，在病房每天面向牆壁不理任何人，護理師形容進她的病房有快窒息的感覺，病房安靜得連針掉到地板的聲音都聽得

到，她每天就這樣躺著，除了先生抱她到廁所外，不曾離開那張床，後來與護理師關係略有進展時，會抱怨：「您們是健康人，那能體會一個什麼都不能做的人，還能有什麼希望，我希望我這樣靜靜的躺著，體力一天天的消耗可以快一點死掉。」(2011/1/6 主護護理師團隊會議敘說)

人寓居於世，其立足之根本在於生命當中的存在價值感。末期病人因長期承受化學治療，易有憂鬱情緒，同時將自己遮蔽在安全的空間。並因身體的衰敗，形象改變及角色位置的轉變，其存在意義感，漸漸失去原有的社會角色，而無意義、無望感、失能更是催促病人失去生命動力的推手，只能每天就這樣的躺在床上。

## 第二節 存在孤獨處境的揭露

末期病人在他的生命過程中，發現自己陷入始料未及的處境時，總會感到驚慌失措，面對必死的宿命，在舊自我剝落，新自我尚未形成的「**原初過程**」有一種進退不得被卡住的感覺，此時最大的煎熬在自我無法被安頓在任何一既定的論述系統中，被強烈的焦慮折磨，而產生存在的孤獨，在這過程，只要能夠總會有意識的做選擇。

### 壹、憤怒的操控行為

雖然覺得人生無意義，但當意識到死之將至是不可改變的事實時，仍試圖從當下逃離。心智自我的思維還無法將自己的死亡歸類定位，由於根本壓抑從中作梗，讓自己的死亡無法進入人的認知範圍，人的心思只能在忙亂中不斷的尋求庇護。就情緒而言原先在心智自我的嚴控下不會出現的強烈情緒，排山倒海而來，根本壓抑無力招架。當人的知識和信念彼此衝突時，心底所體驗的就是否認，當否認無以為繼時會被憤怒快速取代，憤怒的出現是因為人的無力感，當人的自我界限被侵犯時，人的反應就是憤怒。

在臨終過程裡，心智自我此時仍在人格面具的層次運作，心智自我還沒辦法將陰影納為自己的一部份，因而覺得主宰整個臨終過程的是外在的力量而非自己，所以，憤怒是我們發現是自己失去主控權的一種反應。憤怒讓臨終者暫時出現一種錯覺，以為掌控

生死的權力又回到自己的手上，憤怒也可以暫時阻斷恐懼的情緒，憤怒經驗雖然讓人痛苦不堪，但代表更接近真實。

瑞奇是個肺癌末期的病人，住院期間開始還能與團隊成員互動，可是絕口不談疾病，雖然有些喘，但在照顧者的協助下可以坐著輪椅帶著氧氣桶離開病房，他是個學佛的居士，當照顧他的護理師提到與善終準備的相關議題時，他則抱怨跟他談話是浪費他的體力，聲稱學佛可以讓他身體恢復健康，謝絕所有的人的關心，很糟的是他的室友接一連二的往生，只要室友即將往生他一定請看護趕快把他推離病房，同時要在他的病床旁準備兩桶氧氣，病房外再放一桶，這樣才不致於要用時沒氧氣，其實病房的氧氣是中央供應系統，有如天然瓦斯轉開就有。有一天早上他的病房沒有他期望的氧氣桶支數，他按鈴要護理師把氧氣桶拿過去，護理師跟他解釋工作人員將空桶推去灌氣，現有的夠他用，他大發雷霆，表示要向高層反應護理師的不是。後來更嚴重的要求全部用桶裝的氧氣，他說桶裝的比較純。除了氧氣桶的爭執外，他也常為了用藥和醫護人員超出理性的溝通，接著又抱怨：床不好讓他晚上睡不好、夜班護理師的巡房打擾他、隔床的室友瀕死時很多家屬來來去去、安寧病房一點都不安寧，要求醫護人員把即將往生的病友移開。(2011/3/10，3/11 田野筆記)

當面對自己的死亡時，心智自我的憤怒背後往往就是恐懼。

## 貳、死亡恐懼

人在面對自己的死亡時，最主要的情緒就是恐懼，恐懼讓人開始為自己劃下界限。每當感受到脆弱恐懼就出現了，於是趕緊劃下一道界限，躲在界限裡頭。愈是以為可以躲在安全的界限裡，其實根本就不是躲進安全的「裡面」，而是用恐懼把自己侷限在愈來愈小的框框裡，愈想要從恐懼逃開，恐懼就變得愈強大愈駭人。他們怕失去控制、怕與所愛的人分離、怕自己一生毫無意義、怕死的時候孤孤單單的、怕自己「不知怎麼死」、怕死亡那一刻、怕死後去處…。這種由心智自我引起的恐懼不安，滋養著混亂期的情緒

騷動。當人最根本的慾望（希望繼續活著），以及加諸於實在的根本秩序感（我們會繼續活著）兩者皆受挫時，心就變得躁動不安，沒入一片黑暗中。人類對死亡的恐懼是普世皆然的，而且恐懼的程度大到把大部分生命的能量都消耗在否認死亡。

「瑞奇，恐懼到忘了當初學佛的初衷、認為佛法可以讓他恢復健康，恐懼到不敢躺在床上睡覺、不敢待在病房，他的呼吸速率在正常範圍且不影響血氧濃度，但恐懼到緊抱氧氣桶，什麼事都做不了」。(2011/3/10 田野筆記)

當我們的自我感與他人之間的分野愈清楚，愈把自己侷限在小框框裡，臨終時愈會感受到身體的疼痛、存在的苦楚。死亡恐懼的源頭是自我，我們在創造出個我意識的過程裡，切割了生死的一體性，把周遭世界看成生死對立的戰場，忘了是心智自我打壓生死最原初的一體性。威爾伯曾說，「生死『不二』之所以令人費解，不是因為這概念太過繁複，而是太過簡單。」(Ken Wilber, 2007)

社會期的末期病人把事情對象化，如怕死，認知控制精算，求福佑。病人心智自我現實的存在模式，身體雖然歷經疾病的干擾，但心智運作方式上，還能保有原先的自我，能夠將外界事務對象化，和周遭的世界互動。

蘭克 (Rank, Otto.) 覺得人心裡有一種原始恐懼，有時會以恐懼生命來表現，蘭克的「恐懼生命」是指面對「失去與更大整體的連結」時的焦慮，也就是恐懼必須以孤獨的存有來面對生命。蘭克相信生命恐懼的原型就是「初生」，就是最初的創傷和分離。蘭克的「死亡恐懼」是指恐懼消滅、失去個體性、再度消融在整體中。蘭克說：「**人的一生會在這兩種恐懼的可能性、恐懼的兩極之間來回擺盪**」，人會試圖讓自己分開來、個體化、確認自己的自主性、向前邁進、實踐潛能，可是有時候是因為面對生命而感到恐懼。個體化、突出，或是獨特性的確認，都不是沒有代價的，它隱含了未受保護的恐懼和孤寂感，人因此反向而行，以緩和這種感覺。如能接受死亡的降臨，相對的在面對死亡時有較低的死亡焦慮與恐懼。(引自 Rollo May, 2004)

### 叁、沮喪與接受

當無法阻止末期病症的身體衰敗時，死亡恐懼倍增，同時也陷入了沮喪的泥沼中，掉入深不見底、黑暗和死寂的沮喪中，這階段雖然痛苦，但對臨終者來說似乎是一個必要而有益的過程，由於死之將至，沮喪正為即將到來的失落預作準備。透過沮喪，開始誠實面對心智自我的無力與孤單。

接受是心智自我承認自己即將不久於人世後的平衡動作，當心智自我概念的「自我不滅」被徹底粉碎之後，人的我性層次就被剝落了一層，我性當中不想死的成分依舊存在，但同時也看到了自己的無能為力，自我不再向外掙扎求生。在這段現象，人已經從習以為常的心智自我意識層次抽身而出，離開了世俗信念、社會契約的意識層次。這樣的經驗好像把已經建構完成的自我感拆開，在拆解的過程更深切的面對自己到底是誰。

人在這個階段話不多，只是深切感受。心智自我無從想像自己的死亡，只能讓它停留在無意識中壓抑對死亡的恐懼。然而當人可以與原先難以想像的自我死亡達成和解時，其心智已經跨越了理性思維的侷限，承認自己即將死亡的事實讓人得以在認知上出現一種更具創造性的心智綜合能力，超越原先的二元對立、非彼及此的理性思維，進入高層次的「統觀邏輯」，「統觀邏輯」是一種整體性的理解，用以連結事物、關連真相、調整想法、整合概念。

**「伊美四月初才到日本賞櫻，4月12日開始有嚴重疼痛，在家掙扎一段時間才住進安寧病房，雖然知道可能時日不多，也許仍存著一絲希望或為了家人，對於子女與先生要她吃的營養食品，既使吃了不久就吐，她仍多少吃一點。她向來都是逆來順受，雖然自己有醫療背景對先生仍言聽計從。有一天她開口要跟先生交代後事，先生聽不下去，讓她很苦惱轉向醫護人員求援。在獲得醫護人員的支援後，呈現撒手後的平靜，再也不要必須吃營養品的叮嚀」。**（2011/5/1 田野筆記）

當人從生病時分進入臨終時分，要跨越一道無形的界限，接受也是這道界限的一部份。在臨終時，過程中的點滴很難化為言語，心情也很難與人分享，接受期有兩個特徵，

一是從外界退出另一個則是沈默。值得注意的是在這個階段的時間定位上，會出現認知移位的現象，大部分臥病在床的時間，都用來緬懷過去，但到了接受期，佔據人的思緒的卻是未來的事物。或許對人的覺識來說，還不習慣把注意力放在當下，必須經過這樣的回盼、前瞻，才能為全神專注於當下的臣服期做準備。接受期可視為臨終心靈過程中的平靜時刻，暴風眼的中心，平靜無波是別人看到的模樣，有許多內心的活動、內心轉變在平靜的表面下蓄勢待發，朝向臣服。Kübler-Ross 醫師說：「所有病人都為繼續活著的可能性留了一扇門，沒有人曾經完全放棄過活下來的渴望。」(Kübler-Ross, E., 1969) 末期病人最後往往會出現自毀恐慌，在心裡層次上接受了自己即將死亡，但身體和心靈層次上卻還落後一大斷距離，他們常問：「我什麼時候可以死?」、「為什麼我還沒死?」，甚至一天要問上好幾次。

「35 歲的貝貝，住進安寧病房後除了願意回應疼痛外，一概不理任何醫療團隊成員，每天背對著門窩在床上，護理師用盡各種方法均不得其門而入，偶而對護理師給予的芳香按摩會簡短的回應「謝謝」，與護理師最多的對話是「我什麼時候可以死」、「為什麼我還沒死」，過了兩星期，有一天突然說既然死不了就起來看電視吧！但好景不長並沒因此峰迴路轉，隔天依然臥在床上，除了要尿尿家人將他抱到廁所如廁外，她始終黏在那張床上。護理師將她轉介給牧師，他對牧師很快有回應，但還是同質性的問題「上帝為什麼還不來接我？」牧師告訴她：「上帝自有他的旨意，您可以多禱告瞭解上帝的想法」，但她對禱告意興闌珊，整天嚷嚷為什麼還不死卻不願意為死亡做準備」。(2011/1/21 田野筆記)

大部分的末期病人到了接受期往往已經很疲倦、很虛弱，但不表示馬上會死。

#### 肆、尋找意義

臨終病人面臨雙重斷裂：身體的連續的斷裂以及常人世界的斷裂。斷裂意味著跌落深淵，原來支撐的基礎不見了，常人世界無法立足，所以跌落在另一個基礎。臨終最關

鍵的意義在於人如何透過深淵的開顯而獲得開顯的意義（余德慧，2000）。我們也可以接著說，因為有死亡、害怕死亡，人類在生活中尋找生活的意義與目標。意義包括人在世界上的位置與個人生命的目的。

依據 Frankl 意義追尋觀點：生命的意義存在於過去經驗，過去並非不可復原的消失，而是永久儲存著。逆境會改變人的生命計畫與意義，人處於逆境時將重新建構感受，二種方式可以協助一個人重新拾回生命的意義感，重新詮釋對過去經驗的感受，如不再看現在所沒有的而看所曾有的，或擴大「我的」範圍，讓這展延的我(extended self)繼續賦予生命的存在與意義（Frankl，1986）。末期症狀把病人一步一步帶向死亡的這期間，很多人會嚴肅或輕鬆的開始對自己的一生進行生命回顧，反省人生思索自己來這人世匆匆走一回有何意義、有何價值，似乎是很普遍的現象，有人會欣賞曾有過的生活，引以為榮。

「貝貝漸漸對她的主護護理師有回應，護理師和她一起作生命回顧，她雖然不滿意眼前的情況，但肯定自己一生善盡本分，學生時代勤學成績優良，擁有人人稱羨的會計師執照，工作上雖然戰戰兢兢但不曾出錯，肯定自己的價值與過去存在的意義。她感謝不離不棄為照顧她而辭職的先生，也感謝辛苦把她拉拔長大的父母親，她感受滿滿的愛，但至此她仍不明白受苦的意義」。(2011/1/22 田野筆記)

苦難的威力非常大，足以重重擊碎人的自我概念，讓人覺得生命沒意義。就發展的角度來看，生命回顧是一個深具意義的過程，它提供給人一個心理完結的機會，生命回顧是超越心智自我的一小步，有了這個完結的準備，人的自我感才得以朝著心識的超個體領域邁進。要從生命回顧的階段往前走，有賴更為統合的自我感及病程本身供給動力。很多人都在面臨疾病末期時，生平第一次往內心觀看，讓我們看清，人「終其一生努力維繫自我形象，猶如作繭自縛，徒勞一場，末期現象讓我們去檢視遮蔽生命的層層迷障」，我們的文化常常成為屏障，遮蔽了靈性的世界和超個體領域，使我們失去了意義感，任憑人在心靈崩解和身體消亡的混亂中獨自掙扎。如果能深入當下，安住其中，

原本熟悉的意識層次也逐漸銳變，意義感同時也跟著改變，意義感使得終究會苦盡甘來的臨終歷程變得足堪忍受。隨著臨終過程心靈解構、重構過程循序開展，人所感知的意義也會有所變化，一開始會以我性的觀點，也就是從尚未承認陰影存在的人格面具的眼光，來看因病痛而受苦的意義何在，心智自我一旦瓦解，開始明白人生的虛幻，在心靈結構裡大事開挖，闢出空間，好讓我們超越自己，給出一條活路。**貝貝有一天突然問天堂有多美？我要怎麼到達？**（2011/1/26 護理師轉述）

### 第三節 混亂、臣服與超越

綜觀臨終過程的超個體歷程，可以分成三個不同的階段，這三個階段會隨著恐懼之火的蔓延而逐步開展，這三個階段分別稱為混亂期，臣服期，超越期，這三個階段彼此環環相扣，前一個階段淡出，下一個階段便接續升起，在臨終過程裡，我們可能不期然的進入某個階段，隨即又離開，不過在不同時期總是以其中一個階段為發展的主軸

（Singh，2010）。當意識到死之將至是不可改變的事實時，混亂期就開始了，當人進入轉化場域時，最先出現的經驗就是躁動不安。混亂期包括庫伯勒所提的五個心理階段：否認、憤怒、討價還價、沮喪和接受；也包括更深層的轉化經驗：疏離、焦慮、絕望、隨之而來的「放下」及沒頂懼怖。當人的根本壓抑無以為繼時，自我意識隨之瓦解，於是出現了混亂期的躁動不安。按瓦許本的說法（引自 Singh，2010），混亂期也是所謂「逆退以造就超越」的時期，我性被躁動不安的情緒強力拉扯、散落一地，一直到自我逐漸交出生命主權、臣服之後，混亂期才結束。

#### 壹、混亂期

混亂期的特徵是躁動不安、衝突、迷惘，還有情緒上的苦苦煎熬，尤其是在社會期的階段，人會試圖從否定、愧疚、恐懼、沮喪、絕望的痛苦情緒存活下來，但整個生命過程不斷的打擊求生意志，使人感受到躁動、受苦與迷惘。迷惘是認知上抗拒的產物，當人的心智極力抗拒現狀時，就不能清晰的思考。在混亂期中，有各種不同的情緒煎熬

和受挫欲望彼此交戰，強烈的欲望和情緒讓人陷入一種難以忍受的孤獨感與沈重之中。

就結構而言，也就是從自我感或我性的層面，混亂期可以說是心智自我層次的我性結構全面崩解。就認知層面而言，我們在心智自我層次運作的形式思維還無法將自己的死亡歸類定位，因此對死亡的認知還停留在人的無意識中，由於根本壓抑從中作梗，讓自己的死亡無法進入認知範圍，在這種情況下，人的心思只能在忙亂中不斷的尋求庇護。就情緒而言，人因為被迫面對疾病末期的無情打擊，原先在心智自我的嚴控下不曾出現的強烈情緒紛紛出籠，排山倒海而來，變化速度之快讓根本壓抑無力招架、潰不成軍。許多情緒上的苦苦煎熬都是因為心智自我在面對死亡時，既無法躲進過去，也無法躲入未來，試圖從當下逃開而造成混亂。「瑞奇死亡前三天，拼命抓住氧氣桶不放，雖然意識清楚對答如流，事後回想其實已經混亂極致」。(2011/3/15 田野筆記)

當人發現自己的生命就要消失時，人就被恐懼擄獲了，雖然有時恐懼只是一種模糊的感受，但這種由心智自我引起的恐懼不安，都滋養著混亂期的情緒騷動。疾病末期的進展代表形體生命即將結束，心智自我面對這樣的情勢，會出現各式各樣的恐懼反應，為因應恐懼而開始戴上各種面具如：否認、憤怒、討價還價、沮喪，直到接受。接受時開始從外界退出以及逐漸不說話。

「曾小姐生下來即肢體殘障不良於行，又有先天性心臟病經過開心手術，生活完全仰賴媽媽照顧，但天性樂觀又健談，住進安寧病房後侃侃而談她的人生觀，我們也談到她身後安置的地方，隔天我原本有一股衝動要去告訴她，這個週末我們一起先去勘查她心中的好所在，當我走到她床旁時，熟悉熱絡的招呼聲不見了，也不理會默默坐在她旁邊的我，自個兒看佛經。之後的幾天去看她，每次對問話雖有回應，但明顯的安靜，和之前判若兩人。過了週末她就往生了」。(2011/4/25 田野筆記)

接受期可以被視為心智自我進入臣服期的超個體意識之前的預演，但還稱不上真正的臣服，心智自我的意識層次如果不結束，混亂期也不會結束，混亂期必須持續到人能夠將自己安置在更深層、更精微、更高一層的覺識為止 (Singh, 2010)。

## 貳、從混亂到臣服

臣服期是一種相當深層的經驗，就本質而言，它是屬於心靈層次，而非純粹心理層次的經驗。在這階段人赤裸裸地進浸淫於存有本源或靈性的大能中，並在此等大能中獲得生命的療癒，換句話說，當人的覺識在存有本源之大能的猛烈攻勢之下，赫然認出存有本源就是自己的本性時，臣服的時刻就出現了，在臣服當中人向實相開放，進入自己的深層存在。

病人一旦不再向外掙扎，便將全付心力都投注於內在的戲碼，注意力因沒有外界干擾而變得分外清晰，此時，清楚的看見自己與存有本源之間的疏離。我們切斷了與自己、他人、靈性之間的連結，當身體開始衰敗時，赫然發現自己的短視，於是把注意力擺回自己的身上，當我們等待死亡時，認出自己的疏離狀態，無所憑藉，第一次因孤獨而感到懼怖（Stephen Levine，1987）。臨終過程外在世界並不是被我們拋棄，而是就這麼從眼前滑走、淡出。根據瓦許本的說法（引自 Singh，2010），我性結構崩解時，心智自我「不再相信自己，他變成一種面具、角色」，先前的我性整合進一個更大的我性之中。這是一種相當深層的內在旅程，雖然覺識慢慢變的開闊，但還是感覺到自己是孤單的、赤裸裸的活在一個駭人的宇宙裡，還要被垂死掙扎的自我求生意至不斷拉扯。

在混亂躁動不安的階段，人的陰影部分從先前的壓抑狀態被解放出來，我們所不知道的自已，包括喜歡或不喜歡的部分，都開始在意識裡翻騰，心智自我必須逐一面對由個人無意識大量湧現的自我體悟。

在忍受生理與代謝改變的同時，臨終者往往也體驗到過往記憶如潮水般的湧現，許多人在接近死亡時，開始在時間穿梭，過往的生活片段來到現前，變成一種許栩栩如生的體驗而其中的關聯性，只有他們自己懂得。

31歲的小雨小姐得了大腸癌合併肺部轉移，因疼痛、呼吸喘、排便障礙住進緩和醫療病房，症狀很快得到緩解，她經常一個人，沒有家人陪伴，但表情平靜也沒什麼抱怨，今天顯得有點不安在床上翻來覆去，突然問探訪她的實習醫師：「我會不會下地獄？」沒經驗的實習醫師被嚇一跳，不知該怎麼回答，本能的安慰她：「不會啦！您人這麼好，

怎麼好，怎麼會下地獄呢？」但實習醫師知道這是不好的回答，回來護理站找到小雨的主護護理師，我和護理師到小雨的病床旁，小雨半坐臥在床上，護理師摟了一下小雨的肩膀後坐下來，護理師：「小雨，剛剛聽 O 醫師告訴我你問他的問題」，小雨點點頭，護理師：「這個問題很困擾你」，小雨還是點頭沒說話，現場沈默約 10 秒鐘，護理師：「時間越來越近讓您越想越多」，小雨與護理師四目相對後還是點頭，護理師：「願意告訴我都想些什麼嗎？」又沈默約 10 秒鐘，小雨：「之前我父親生病時，我辭去工作專心照顧他，到後來好累想休息，請哥哥嫂嫂一起來照顧，他們說你沒工作你就專心照顧就好了」停頓了一下，小雨繼續說：「當時我就告訴他們，那我要去找工作了。兄嫂說，你不繼續照顧就是不孝，我很生氣的回嘴說，我寧願下地獄也不要讓你們說我不孝。」護理師：「這段時間你一個人靜靜的回想過去的種種」，小雨點頭，護理師：「這句話不斷的在心理翻滾」小雨點頭，護理師：「嗯！其實你真的很孝順，換做別人不一定能辭掉工作照顧父親」，「當時的情境你的確需要休息，他們為什麼不能分擔呢？你也只是一句氣話」，小雨點點頭：「謝謝你」，現場再次沈默約 1 分鐘，護理師：「我先去忙，想到什麼事就找我」而結束了談話走出病房。過了一小時我去探望小雨，坐在床旁約 5 分鐘沒說甚麼話，我覺得小雨是不安的，我無法用外觀來形容小雨的不安，但就是覺得不是在安適狀態，我問小雨：「小雨，我去找法師來好嗎？」小雨點頭。我告訴法師今天事情的來龍去脈後，法師隨我到小雨的床旁，法師：「辛苦你了！揮之不去的陰影讓你很受罪」，小雨：「沒辦法了」，法師：「你覺得口業已造成，說什麼也沒用」，小雨已經欲哭的樣子，我摟著她的肩膀，小雨眼淚如斷線的珍珠項鍊般的掉下來。等小雨較平靜後，法師：「有辦法的」，小雨如獲救星睜大眼經看著法師，法師：「我們一起到佛堂去」，我和法師將小雨推到病房的佛堂，法師幫小雨在佛前辦了一個懺悔儀式，將小雨推回病房時已經接近下午六點，我交代小夜班護理師後就下班了。(2011/3/25 田野筆記) 隔天上班急著追問小雨昨晚的狀況，夜班護理師說小雨睡得很沈，白天我的觀察和昨天的坐立不安確實是不一樣了。(2011/3/26 田野筆記)

過往的記憶在意識中傾洩而出，自己的陰影部分被釋放出來後覺得很懊悔自責，這種深切的悔悟，淨空了潛藏在心裡的罪咎感，隨著悔悟而產生自我寬恕。每次進出轉化

場域都會更深一層的被淨化，整個過程被之為療癒（Stephen Levine，1987），小雨在法師帶領懺悔後三天呈現深沈的睡眠，最後步上療癒的旅程。人開始懂得謙卑，承認自己的平凡，從而形成一種穩定感，此種被能量灌注的生命向度世人可以「放手」的主要動力之一。有時絕望的痛苦令人難以忍受，心智自我在無法承受的情況下，終於放手。

爲了安然度過混亂期狂風巨浪，心智自我死命掙扎，經歷著只求脫困的巨大焦慮，臨床上可見很多臨終者不安的現象，睡眠的結構被打亂了，日夜顛倒，白天睡覺，晚上強烈的焦躁不安，有人描述，這種感覺很不真實，「瑞奇在往生前一天、勝茂在往生前三天都處在現實與不同的境界來回，這種感覺很不真實很不舒服，因此寧願打針睡覺」。（2011/3/15 田野筆記）

這種存在的超個體境界是一種個我被融解、淨化、清除、消融驅散和遺忘的存在向度，簡單的說，人的束縛開始從底部得到放鬆，心智自我被納入一個更爲兼容並蓄的意識中，與靈性赤裸相對開始體驗彼此的交融。（Singh，2010）描述，當我們的自我感開始消化自身經驗的「食糧」時，我信的轉化就這麼發生了。威爾伯說：「**自我的主要任務之一就是，在每個發展的階段，『消化』或是『吸收』它自身的經驗。發展理論的基本假設是，經驗必須被『消化吸收』才能形成結構。**」當人進入臨終過程，身體和心理都不再「進食」的時候，自我所吸收的「食糧」就轉變成靈性的食糧（Wilber，1986）。

當混亂期即將結束時，身體功能已愈來愈虛弱，此時，自我不但要面對疏離的痛苦經驗，也要面對身體的急遽衰敗，只能驚慌的看著自己的防衛機轉與我性結構逐漸失去作用，當這些防衛機轉終於失效，根本壓抑無能，我性結構跟著崩解。至此，人的知覺、感受、認知、整體覺識、我性和意識，同時改變，整個人的存在狀態開始移位，如果存在的狀態移位了，那麼存在的世界必然也隨著移位而改變（Wilber，1986）。當貝貝問天堂有多美？我要怎麼到達時，已經不像之前一再地問為什麼我還不死。（2011/1/25 田野筆記）

### 叁、超越期

超越期是人朝著更浩瀚、更兼容並蓄的靈性狀態發展的階段。瓦許本把這個階段稱之為「在靈性裡再生」(引自 Singh, 2010)，威爾伯則把這種開闊的意識狀態稱為超個體意識。此時人的自我感被整合進最精微、最神聖的存在向度 (Wilber, 1986)。

在死亡時，會進入佛法所謂的「圓寂」的境地，「圓寂」是一種單純、沈穩、莊嚴的存在狀態。在一路朝向宇宙、朝向究竟的反歸運動中，我性和意識就如同明朗的天空一般，看著浮雲飄過眼前。在離開「逆退以造就超越」的階段後，轉入了「在靈性裡再生」的階段，在這裡出現了某種反轉，自我開始察覺或經驗存有本源的大能，一開始，存有本源的大能讓自我心神不寧，自我排斥這般的大能，然而當存有本源的大能開始展現其療癒的力量時，自我不再抵抗，悅納了存有本源的大能 (Singh, 2010)。此時，在臨終病人身上發現語言不多或似有難言之處，應該是說找不到適當的言語，話語已捉襟見肘。

「伊美是醫院的退休員工，先生兒子都是醫師，在傳統的西醫療法無效時，一直鼓勵她、要求她服用一些養生的營養品，既使胃部阻塞吃不下，還要被責怪就是因為沒好好吃可以救命的營養品才變成這樣，伊美走過混亂期後，每次試著跟先生溝通均無功而返，只能將身後事交代娘家的母親與姊妹，最後三天她一直笑一直笑，大家都不知道她笑什麼，既使身體疼到需打止痛藥的程度，仍笑著說「好痛好痛」，除此外沒有任何言語，往生前一天，呼吸喘得讓她無法躺下，但她還是笑著斷續的說「好美好美」。(2011/5/5 田野筆記)

她可能進入了超越的境界，當心識與存有本源融合之際，超越便發生了，沒頂懼怖的恐懼時刻不再，轉而進入敬畏與喜悅的狀態，敬畏是「在自我消融的情況下，照見那不可思議的、令人崇敬的—存有本源的大能以神秘、令人崇敬的方式顯現」(引自 Singh, 2010)，它佔據了人的注意力，讓人全然神入。在漸炙的光明和全然的榮耀中，超越帶領人圓滿了自我與靈性的結合，在每個剎那的認識裡，開始通曉自己的光明本性。

## 第四節 瀕死徵象與四大分解

### 壹、身和心的組成

死亡的過程，西藏教法中（Rinpoche，1996），有非常仔細的說明。它主要包含兩個分解的階段：外分解和內分解。外分解是五根和五大的分解，內分解是粗細意念和情緒的分解。首先需要了解身和心的組成成分，這些都會在死亡時消散。

人體的存在，是由地、水、火、風、空五大元素所決定的。以醫學專有名詞來說，地對應骨骼肌肉神經系統，水、火對應循環系統，風對應呼吸系統。透過五大，身體才得以形成和維持，當它們分解時，人就死了。卡盧仁波切寫道：「身體是由蘊藏五大的心所發展出來的。身體充滿著這些五大，藉著這個身心複合體，我們得以認知外在世界，而外在世界又是由地、水、火、風、空五大所構成。」（Rinpoche，1996）西藏上師把人體比喻作城市，脈是道路，氣是馬，心是騎士。體內共有七萬二千條微細的脈，但主要的脈只有三條：中脈和左右脈；中脈和脊椎骨平行，左右脈在中脈的兩側。左右脈盤繞中脈，在若干點上形成一系列的「結」。沿著中脈分布有若干「脈輪」，從脈輪也分出很多脈，有如雨傘的傘骨。

氣就在這些脈中流動。氣可分五根氣和五支氣。每一條根氣支持五大中的一大，負責人體的一種功能。五支氣則使得五官運作。流經中脈的氣，稱為「智慧氣」；流經其他脈的氣，據說都不清淨，會啟動負面、對立的思考模式。「明點」藏在脈中，有白明點和紅明點（俗稱白菩提和紅菩提）兩種。白明點的主要中心是在頭上的頂輪，紅明點則在臍輪。

一旦有了身體之後，也就有構成整個身心存在的五蘊(five skandhas)。它們是構成經驗的要素，是我執的支持者，也是輪迴痛苦的基礎。所謂五蘊，就是色、受、想、行、識。「五蘊代表人類心理的連續結構、心理的進化模式、世界的進化模式。五蘊也與各種阻礙有關——精神的阻礙、物質的阻礙、情緒的阻礙。」當我們去世時，這些要素全部會分解。死亡的過程，是一個複雜而彼此相關的過程，身和心的相關部分會同時解體。當氣消失時，身體功能和感覺也消失。當脈輪崩潰時，它們所支持的氣也不存在，五大

就逐一由粗而細地分解。結果，分解的每一個階段，都會對臨終者產生身心兩方面的影響，並由外在、身體的徵象和內心的經驗反映出來。(Rinpoche, 1996)

外分解就是五根和五大的分解。當死亡來臨時，首先也許會覺察到五根如何停止運作。如聽到他們的聲音，卻分辨不出在講什麼，這表示耳識已經停止運作。如果看著面前的一件東西，只能看到它的輪廓，卻看不出細節，這就表示眼識已經壞了。鼻、舌、身也會發生同樣的情況。當眼、耳、鼻、舌、身的感覺不再被完全經驗到時，就表示經過了第一階段的分解過程。接下來的四個階段就是四大的分解。

## 貳、瀕死徵象 (Dying sign) 與四大分解

### 一、地大分解

臨終者的**身體漸進的虛弱**，由可下床到只能在床上移動，坐不起來，挺不直，最後連翻身的力氣都沒有，此時離死亡大約有三星期的時間。接著有**嗜睡**現象，睡覺的時間越來越長，越來越不易叫醒，眼睛變得比較難睜開或閉上；**說話、聽力清晰度改變**，辨別能力低；**兩頰下陷，不想吃，吞嚥困難，舌頭內縮，牙關緊閉，出現舌頭內縮**，牙關緊閉時，離死亡大約一天~三天；**不喜歡人碰觸；看到已去世的親友；煩躁不安，昏迷**。病人的辨識能力比較低，他可能搞不清楚時間、地點，搞不清楚白天晚上，常常已經不太認得人了，因為意識能力也逐漸衰退。此外，病人不想進食，為什麼病人不想吃呢？這種情況一定會有他的道理，因為人餓的時候，就會想吃東西，病人不餓當然就不想吃東西，為什麼病人不餓呢？那是因為病人的消化系統已經在衰竭了，從中醫的觀點會說這個人的胃氣很弱，從西醫的觀點則會去聽他的腸蠕動，發現他的腸已經不太動了，不動的話，吃的東西也就積在胃裡，下不去，當然，有的時候太滿了，還是會吐出來，一個人如果不吃不喝可以活多久，這是病人家屬最關切的問題，依照研究者的經驗大概是兩個禮拜，最長可以到 17 天。病人也會出現吞嚥困難，病人不會主動說他吞嚥困難，但是當餵他東西吃的時候，他會在嘴巴裡含很久，餵病人的時候，越到後期會發現病人的嘴巴越開越小，最後都打不開了，甚至牙關緊閉。如果發現病人的嘴

打不開，真的很緊的話，距離他往生不會超過三天。

病人會看到過去的親人，他好像在跟誰對話，而這個對話的對象醫護人員可能不認識，但是家屬認識，而且通常是已經過世的親朋好友。很奇妙的是，在別的病房曾經有一個個案：

「李伯伯是一個伐木的老榮民，因為他退役之後就跟一群伙伴到山裡面伐木。李伯伯有一天就一直跟已經去世，他以前伐木的伙伴講話，他的女兒覺得很疑惑，就去問護理師怎麼會有這樣的情形，護理師告訴她，這是瀕死歷程常有的現象，可是有一天，李伯伯又告訴他女兒說，你怎麼不拿把椅子給周伯伯坐、給周伯伯倒杯水啊。實際上病房裡沒有其他人，所以女兒又跟護理師說，我爸爸的精神是不是錯亂了，你們不是說他會跟已經過世的人對話，怎麼今天他是跟還在世，但是不在現場的人對話。護理師詢問，你確定周伯伯還健在嗎？女兒回答說周伯伯兩個禮拜前才來拜年，人好好的。護理師請家屬打個電話到周伯伯家問問看，結果女兒去打了電話，但臉色慘白的回來，因為周伯伯在三天前因為中風去世了」。(2011/1/24 護理師敘述)

所以病人所存在的空間也許真的跟一般人不太一樣了，他可以跟一般人看不到的對象溝通。

另外，有一個病人在家等床住院的時候，我們通知病人的先生說我們有床了，病人先生很高興的回到家要接病人過來，因為病人是肺癌並且有轉移到肩胛骨，所以醫生特別叮嚀移動要小心，以免病理性的骨折。先生回到家之後，發現病人並沒有在她通常臥睡的床上，而是在客廳，而且在運動，病人的先生非常緊張，因為醫生有交代不要有太大的動作，以免骨折。然而病人回答說：「不要緊的，我媽媽已經來把我的病醫好了，我不用去醫院了」。實際上病人的媽媽已經去世 20 年了。病人的先生看病人因為肺癌會喘，所以還是希望病人可以到病房來，但是病人說，可是到醫院都會注射

那些會吐的藥。病人當時才剛結束化學治療，對於醫院的經驗還是停留在化療的經驗。病人的先生跟她講說，我們現在是要到安寧病房，不會再打會吐的藥了。後來病人還是來住院，因為這個病人會喘，我們處理會喘的病人，一般來說還是免不了要用到嗎啡，因為嗎啡可以止痛和止喘，所以還是有給她嗎啡和注射類固醇。病人白天是由女兒照顧，晚上是由先生照顧。3月3日早上病人的先生要離開的時候，病人就跟他說，你身上有沒有錢？她先生回答說：「妳要錢幹嘛，妳又不能去哪裡，妳要買東西的話，就要女兒去買就好了。」但是病人還是堅持要。病人先生當時身上只有的兩千塊，病人說：「這樣就夠了」就把錢放在口袋。隔天，病人的女兒推病人坐輪椅到我們的花園散步，大約下午快要5點鐘回來之後，女兒幫病人調整臥姿，因為病人會喘的緣故，所以不能平躺，是頭有點高的姿勢，調整好後女兒坐在旁邊看電視。5點鐘實習醫師進去要打類固醇的時候，發現病人好像沒有呼吸了，找護理師來看之後，確認沒有心跳血壓，病人就這樣往生了。這個時候一團慌亂，因為不在預期之內。我們在這個時候都會跟家屬說，這樣在睡夢中往生也很好，因為她都沒有痛苦。雖然我們這樣講，但其實我們心裡是很過意不去的，因為這樣好像沒有幫家屬準備好。當辦理出院的時候，我跟病人的先生說抱歉，突來的情況一定沒來得及準備。不過先生回答說，病人很厲害，還知道要留往生前的手尾錢，因為她有一個女兒一個兒子，剛好一人一張，然後他才把病人跟他說媽媽曾經來幫她治病的事情告訴我。其實，如果我們事前知道這個狀況，我們就會提高警覺，因為當天真的看不出病人要往生。我們事後檢討，有一個負責照顧他的護理系學生，她說病人往生的那天下午，病人有說我要回家，我們的學生就問她說，那妳要回新莊還是三重的家，學生沒有意識到病人傳達回家這個意思可能有特別的意義。之後我們才知道這個是病人要臨終的一個訊息。(2011/3/7 田野筆記)

除了看到已經去世的親友，有的時候她也會看到其他人。有一個例子，「病人跟照顧他的男看護說，有一個阿兵哥一直要把我從床上趕下來，我沒有辦法睡覺。這個男看護非常好心的說：「阿兵哥啊，我們阿伯要睡覺了，你不要吵他喔」，結果果然病人

就很順利的入眠」。(2011/3/4 護理交班) 所以病人在這個時候，可能會有一些我們無法體會的狀態，但研究者覺得這些都是很確實發生的事情。又比如說，在病房之中，常會發現病人能夠自己知道其他病房裡有病人要往生了，不曉得病人如何得知這些訊息，因為往生的病人既不是與他同房，也不是在他對面房。在經過很多這樣的經驗之後，研究者也越來越相信病人說的話。

另外，病人會有些煩躁不安，病人地解到最後，會一下坐一下起來，好像沒有一個舒服的姿勢或位置，然後才會昏迷。至於昏迷到往生之間隔多少時間，每個人則不一定，有的人昏迷一下子就往生，有的人會昏迷一個鐘頭、半天、一天。這跟病人的疾病有關係，肺癌的病人通常昏迷的時間比較短，肝癌的比較長。

關於地解，以上是在臨床上看到的現象，病人的感受就會說他很想睡、身體很重、全身都沒有力氣，甚至連棉被都覺得重，病人會有一種一直往下墜的感覺，會焦躁不安。

病人這樣的主觀感受，用醫學的理論來看，也是解釋得通的。因為最後肌肉衰竭的過程裡，是一種無氧代謝的狀態。可以想像，當人們去爬山，在運動的過程之中會產生乳酸，如果代謝不掉，就會腳酸，導致肌肉沉重不堪，無法高舉，末期病人應該近似如此，他是在進行無氧代謝。這也是為什麼盡量不給末期病人太多的營養，因為病人最後都是無氧代謝，給他這些，縱使他消化了，也沒有辦法代謝，病人反而會覺得更累，病人會覺得很累、很重、而無法動彈。

這個時候，因為病人怎麼坐都不舒服，他會想要找一個舒服的位置，一直想起身，或要求別人把他拉高，枕頭要睡高一點，或者把被單拿掉，因為身體沒有力氣，覺得不平衡，所以他會想要抓東西穩固自己，但是因為視線不精準的緣故，抓不到他要的東西，所以他可能一直嘗試要抓東西或者是讓手在空中飛舞。因為病人的腦部逐漸缺氧，所以常常不能準確對準目標。但是，人還是很習慣過去的習性，因此身體沈重的訊息，會讓病人依照以前的經驗認為，只要把自己撐高就沒事了，可是病人調整了半天，好像沒有用，因此會挫折、會害怕，因為病人覺得自己好像是懸空的狀態，所以病人常會要求下床，甚至想要躺在地上，如果讓病人躺在地上，他反而安心。研究者嘗試過，對於很不

安的病人，試過把床移走，把床墊放在地上，他反而睡得比較安穩。因為他可能摸得到地面，就會讓病人覺得比較安穩，病人常會依照過往社會經驗來判斷自己面對這樣的感覺時，應該要採取什麼樣的行動。

神經心理生理功能面臨缺氧之強大壓力之際，大腦認知功能已被抑制，因而對週遭及自身狀況已不能準確反應與評估。當這些肌肉沉重的訊息傳回大腦，大腦仍如往常一樣，希望改變這種狀況，而根據平日慣性反應認為只要把身體撐高就沒事了。由於無力挽回的挫折，將使瀕死者焦躁不安，誘發生理恐懼。瀕死者的內在感知，與平常的生活經驗息息相關。由於大腦皮層的抑制，理性思維分辨已無法進行，此時由平日建立慣性而形成的一些不需思考的神經反應路徑就取代大腦，進行發號施令的動作。

當色蘊在分解時，人們變得軟弱無力。人的心被激動，變得錯亂，但隨即又陷入昏迷狀態。這些都是地大溶入水大的徵象。這表示與地大有關的氣越來越無法提供意識的基礎，而水大的能力越來越明顯。所以，心中出現的「秘密徵象」是見到閃閃發光的幻象（Rinpoche，1996）。

## 二、水大分解

臨床上可觀察到病人心跳快而弱、不規則，血壓下降，四肢發冷、發紫，足背較小腿冷，尿量減少，無尿，大小便失禁，全身冒冷汗，水腫漸消，鞏膜水腫。心臟衰竭時由心臟幫浦打出的血液不敷全身組織使用，自然產生代償作用，因而心跳加快，待代償作用用盡，心跳變弱殘喘不規則，最後心臟無力再跳而停止。此外，由於身體局部缺血加上血流量下降，血管張力不夠因此血壓下降；血流量不足時，身體的反應會將血液用來維持重要器官，如心臟和肺臟，心臟無力支持末梢循環，體溫控制的機制失調，末梢循環喪失，又因局部缺血、組織缺氧，四肢末端漸漸失去血色甚至發紫，四肢溫度也漸漸冰涼；循環系統運作減緩加上血液都用來維持重要器官，腎臟得到的血液分配自然的減少，腎臟功能開始瓦解，尿量變少最後無尿，無尿的狀態大約 3 天病人就會死亡。

「丁婆婆從急診住院，這個病人處於一直想要回家，卻不敢回家的狀況。為什麼她一直想要回家呢？因為她說如果沒有在家裡往生，就不能夠進他們家的宗祠，這是一個很嚴重的問題。但是病人有一些症狀感到不舒服，有住院的需求，因此，還是在當天下午四點鐘安排進到病房，住院之後，病人意識已不清楚，呼吸變慢，而且沒尿。我判斷這些瀕死徵象之後，在同一天的晚上七點建議病人回家，病人回家之後，病人的家屬都圍繞在他身邊，整個晚上念佛。隔天早上上班的時候，我接到了病人媳婦的電話，語氣有點抱怨，她說：「你們怎麼這麼快就讓病人回來，讓我們很早就聚集在這邊，結果病人今天醒過來了，而且在呻吟。」病人會呻吟通常表示他感覺痛或不舒服，因此我建議家屬讓病人使用我們讓他帶回去的嗎啡水，因為病人已經沒有辦法吞嚥，所以我建議他一滴一滴的滴在病人的口腔。但是這個家屬也提到說，他們覺得這個病人好像有很多痰，病人一直發出咕嚕咕嚕的聲音，看起來好像很難過的樣子。這個狀況還蠻麻煩的，到底要不要讓病人回來？因為病人正在面對很不舒服的狀況，但是我也想到這可能是呼吸死亡音的現象。所以我建議家屬，試著幫病人翻身，如果翻身之後這個聲音不見或變小，但是過了一二十分鐘後，這個聲音又出現的話，那大概會是呼吸死亡音，而不是痰，也不用去抽它。病人家屬照做之後，聲音果然也變小了，所以我跟他們說那就先這樣，而不做其他的處置，另一方面，我也問病人是不是有尿，家屬說到目前為止都沒有。聽到這個，我就比較有把握，因為沒有尿的話，病人大概只剩下三天。我也知道家屬都很累了，念佛念了一整晚，所以我建議他們，先輪流去休息，留下一個人陪著這個病人，我也提醒他們這個陪病人的人，他可能也很累了會打瞌睡，所以如果病人是在這個時候往生，大家不要怪他，因為病人這樣的離開也是很好。結果當天下午的兩點，我接到電話說病人往生了」。(2011/2/21 田野筆記)

研究者覺得很慶幸沒有要他們把病人送回來，其實當時很掙扎，萬一送回來，在半路往生怎麼辦，或者是送到病房後，看情況不好又要馬上送回家的話，病人在路途上的折騰也是很辛苦，後來還好有這個「沒有尿」的徵象，讓研究者可以很有把握的進行判

斷。還有，很多末期病人到最後都會水腫，就是會有腳腫或腹水的情況。在瀕死的過程之中，有時候水腫的消失是一種瀕死徵象，在比較前階段，病人會水腫，但是真正到了臨終的時候，水腫會消退。病人之前水腫的原因是，血管裡的組織液量多因為壓力的關係離開血管滲到組織間隙，所以會水腫，但是到最後的時候，病人沒有再進食、或者是因為排尿的緣故，血液裡的水分變少，壓力改變，這些組織液又會因為滲透壓的關係回到血管，所以水腫會消失。

另外一個徵象就是，病人的鞏膜會水腫，他的眼睛好像被一層膜蓋住，有點像是魚攤上的魚一樣，沒有神。從這裡，護理師能夠判斷病人死亡的臉孔，也就是臉頰凹陷、鞏膜水腫等等，護理師在看到這樣的徵象的時候，大概可以判斷已經進入臨終的歷程。

另外不少病人有盜汗的現象，盜汗程度可能快到你來不及幫病人換衣服，這個時候作法是在衣服裡面墊毛巾，尤其是背部用長毛巾墊著，這樣比較好換，由此也可以發現盜汗的量有多大。如果病人心跳快、血壓開始下降又全身冒汗幾乎都是當天死亡。各器官和系統的功能故障後，進一步拖累循環和呼吸系統，直到兩者的功能完全停頓，導致肉身死亡。

在水解的過程中，病人通常會覺得口鼻分泌物異常，覺得口鼻分泌物有點多，嘴巴和喉嚨變得黏黏的，像被塞住的感覺，變得非常口渴。為什麼會有這樣的感覺呢？因為平常的腺體（像是唾液腺）本來就一直在分泌，只不過一般人會把他往下吞，但是臨終的病人因為漸漸沒有吞嚥的能力，所以這些液體就會在食道或者是氣管表面浮動，也因為有這樣一點點的水分，所以在呼吸的時候，水分會上下移動，而造成咕嚕咕嚕的聲音，所謂的死亡音，是這樣來的。因為這些腺體的分泌物比較不正常，所以病人會有這樣的感覺。例如，有一次研究者聽到病人說，趕快離開這裡，要淹水了，也有一次聽到病人說，為什麼要一直讓我住在地下室，因為這個病人一直覺得水要淹上來了，所以他一直想要往上搬，他會一直覺得有水淹的感覺。這個時候病人會覺得一下子冷一下子熱，病人覺得冷的時候，量病人的體溫，卻沒有很低；病人覺得熱的時候，量他的體溫也沒有很高，這完全是病人主觀的感受，病人的感覺比較異常，所以會有忽冷忽熱的感

覺。這個時候心臟因為衰竭的關係，越來越沒力氣，以至於循環出來的血液無法到達全身的時候，人體會自然調節，將血液先供往比較重要的器官，因為所有的體液集中在身體的重要器官，像是心臟。當血液聚集在心臟的時候，心臟的壓力增大，血液要回流反而變得比較困難，這個時候心臟又因為周邊的血液缺少，會有代償的作用，使得心跳加快，希望能夠多把一些血液打到身體其他區域。所以瀕死的人會覺得心臟跳得很快，覺得心臟跳動翻騰好像遇到驚濤駭浪，內在錯覺感知為波浪滔天，彷彿將被淹死。

當受蘊在分解時，身體的覺受減弱，交替出現苦和樂，熱和冷的感覺。心變得模糊、挫敗、暴躁和緊張。有些人說，覺得好像要掉入大海滅頂或被大河沖走一般。這些都是水大溶入火大的徵象，換成火大在支持意識。所以，心中出現的「秘密徵象」是見到霧氣，帶著稀薄的煙霧漩渦（Rinpoche，1996）。

### 三、火大分解

在火解跟水解階段，病人的感受是差不多的，這個時候的病人意識已經越來越弱，所以記不得人。嘴巴和鼻子完全乾澀。身上的溫度開始降低，通常是腳和手開始冷起，最後是心。也許有蒸氣般的熱會從頂輪產生。當呼吸經過嘴巴和鼻子時，它是冷的。再也不能喝或消化任何東西。當想蘊在分解時，心一下子清明，一下子混亂。記不得家人或朋友的名字，甚至認不出他們是誰。因為聲音和視線都已經模糊了，越來越難認知身外的一切。腦部以平日最不耗能的方式（即兒時所習得之經驗反射）投射在此種經驗上，再加上面臨喪失生命的恐懼，瀕死者以其此生所經驗或教育習得之恐懼作為此種現象之解讀，火燒、水淹是平日我們所熟悉之將奪取人們性命的恐怖經驗，乃由記憶中被選取，故有此等感覺顯現。

卡盧仁波切寫道（引自 Rinpoche，1996）：「對臨終的人來說，內心的經驗如火焚身，好像陷入熊熊烈火之中，或全世界都在焚燒一般」。這是火大正在溶入風大的徵象，火大支撐意識的功能越來越減退，風大則越來越負起支撐意識的作用。所以，心中出現的「秘密徵象」是見到閃閃發光的紅火花跳躍在露天的大火上，有如螢火蟲一般

(Rinpoche, 1996)。

#### 四、風大分解

臨床可見鼻翼扇動，呼吸急促，張口呼吸，呼吸費力，呼吸變慢，嘎嘎聲，男性胸式呼吸。當一個人的呼吸系統不好，常會發現他的鼻翼兩側會扇動，在小孩子的身上尤其明顯，大人比較少。病人呼吸衰竭通常會呼吸急促，這和上述的代償作用是一樣的，因為當吸一口氣不夠的時候，就會想要拼命想要多吸幾口，以提供足夠的氧氣量。一般人如果在呼吸不夠的時候，會打開嘴巴吸，讓空氣可以快速的進入支氣管，然後進到肺部。所以病人這個時候常常會張口吸氣，但是如果張口吸氣還是不夠的話，病人會很用力的吸氣，會看到他的脖子是很用力的拉長，更嚴重的時候，如果是一個比較瘦的病人，他鎖骨的下方都會凹陷下去，這是一個呼吸衰竭的現象。然後呼吸會漸漸變慢，換句話說，在病人很努力吸氣之後，他的呼吸會變慢，甚至久久才吸一口氣，呼氣的時間會延長。還有一個很好觀察的現象，一般人如果沒有特別練習的話，男生大多是腹式呼吸，女生大多是胸式呼吸，所以當看到一個男性病人是使用胸式呼吸的時候，就要提高警覺了，因為他呼吸的氣已經變少、變短。

呼吸越來越困難，空氣似乎在喉嚨裡逸散；開始喘氣，發出粗重的聲音，有人會有一陣陣淺而急促，有如氣喘似的呼吸，吐氣時還會發出向呻吟般的聲音，大部分人都會有呼吸嘎嘎聲，這些聲音可能讓在場的人感到不舒服甚至引發恐怖想像，其實，病人發出這些聲音並不代表很痛苦，單純是空氣通過深度放鬆的聲帶所產生的聲響，也可能源自肺部的咕嚕咕嚕聲，這是因為肺部的功能降低，肺組織開始聚積液體的緣故，此時並不建議人工抽痰，因為根本抽不到徒增病人痛苦而已。呼吸系統進行代償，再加上體內無氧代謝產生的二氧化碳越來越多，病人的意識就會越來越模糊，呼吸也會越來越變慢，呼吸肌也越來越無力，病人無法吸入足夠的氧氣，吸氣時間縮短而費力，呼氣變得比較長。呼吸死亡音出現之後，病人大概也是三天內會往生。因為腦部缺氧的結果，對於外界的注意力就會慢慢的減低。心智也越來越不清楚，也越來越不能控制自己的五

官。然後進入恍惚狀態，產生一些幻覺，不論是恐慌或者是安詳的感覺。這個時候，病人的神經感覺已經漸漸失去，所以病人的整體感覺會消失，全身的位置感覺神經和中樞都失去作用，所以病人覺得好像浮在半空中，感覺很不穩定，感到如墜空中。

當行蘊在分解時，心變得昏亂，對外在世界毫無所知，每一件東西都變得模糊。與物質環境接觸的最後感覺正在流失。開始產生幻覺，看到種種幻影：如果生平做很多壞事，也許會看到恐怖的形象。生平的一些夢和恐怖時刻重新上演，甚至驚嚇得想要哭叫。如果是過著友善和慈悲的生活，也許會看到快樂的天堂景象，「遇到」可愛的朋友或覺者。對那些善人來說，死時只有安詳，沒有恐懼。卡盧仁波切寫道：「**臨終者的內在經驗是強風橫掃臨終者的整個世界，這是無法想像的旋風，正在毀滅整個宇宙**」。

這些是風大溶入意識的徵象。氣全都集合在心輪的「生命氣」中。所以，心中出現的「秘密徵象」是見到一支燃燒的火炬或燈，發出紅色的光芒（Rinpoche，1996）。臨終者的吸氣繼續變得越來越短促，呼氣則變得越來越長，這時候，血集中起來，進入心輪的「生命脈」。三滴血聚集起來，一滴接著一滴，產生三個長的、最終的呼氣。然後，突然間呼吸停止了。只有微溫還留在心上。一切主要的生命徵象都停止了，這時候就是現代生物醫學檢驗所謂的「死亡」。但西藏上師提到內在過程仍然繼續著。在呼吸停止和「內呼吸」結束之間，一般說為時約「吃一頓飯的功夫」，二十分鐘左右。但這也不是絕對的，整個過程也許很快就過去了。（Rinpoche，1996）。（四大分解參閱表一）

瀕死徵象還有一項就是臨死覺知，病人會用一些隱喻的言語來告訴親人他即將離世。常常病人會說，我要去旅行，甚至會打包行李。

病人說他要去旅行，而且不知道在什麼時候已經把他的大毛巾折起來，要幫他洗澡時，找不到他的大毛巾，家屬以為是誰帶回家洗了（我們常常會做出這樣的結論）。後來病人往生之後，才在他的衣櫃裡頭發現一個小包包，大毛巾就四四方方的折好放在裡頭。（2011/2/10 田野筆記）

病人有時候會講說，我要去出遠門、要穿得漂漂亮亮。希望能把自己打扮的整整齊齊。

有的人會看到交通工具，有的人會看到船、看到飛機，也有人會看到轎子。這是蠻奇怪的，如果用一般的生活經驗來反應的話，怎麼會有人看到轎子呢？「轎子」應該是一種文化經驗的反應，比如說去觀察喪禮，那些紙糊的器具之中，有時候會看到轎子，也許是從這樣的經驗而來。

「有一個老先生半夜醒來，跟他的兒子講說，「剛才那艘船好擠喔」，兒子就跟他說，好吧，那我們搭下一班。結果兩個人又繼續睡，病人三天之後才往生。(2011/2/10 田野筆記) 另外，另一個病床靠窗邊的病人，他臨終前一直往窗外看，我就問他在看什麼，他說，你要幫我注意，等一下會有一架飛機從總統府那邊過來，我要搭飛機。(2011/2/14 田野筆記)

有很多的病人會預知死亡的時間，這在很多經典上都有，但是對於沒有經驗的人都會懷疑，不過研究者的觀察，如果病人能夠預測死亡時間，通常是真的，而且蠻準確的。一位年輕的女生，才 28 歲，因為肺癌，她突然有很嚴重的呼吸喘的問題，這對於病人家屬來說，是很難照顧的。這個時候給她氧氣不一定能夠發揮作用，有的時候要給她一些肌肉鬆弛劑。因為人常常在呼吸急促的時候，會造成還沒有交換的空氣又馬上被排出去，所以越急反而會吸入較少的空氣。因為這個病人很喘，所以醫護人員並不建議她回家。星期四，病房固定都有案例討論會：

「下午兩點的時候，護理師進來告訴我們說病人吵著要回家，我們討論會結束之後，就去跟病人和家屬溝通，病人的媽媽不敢讓她回家，因為看到病人那麼喘、那麼不舒服，所以我們跟病人說，媽媽還沒有準備好，但是病人一直說：「我會來不及！我會來不及！我晚上就要往生了，我一定要回家，我要助念 24 小時。」因為我們的病房沒有辦法助念 24 小時，大概只能 12 小時，所以病人一直吵著要回家。後來我們拗不

過她，在下午四點多準備好讓她回去，結果晚上八點病人就在家裡往生了」。(2011/2/25 田野筆記)

這個病人的先生有一個朋友是我們醫院的骨科醫師，他每天都會到病房來看這個病人，大約是在早上 11 點多，病人回家後的隔天，這個醫師又來探望，可是發現病人已經不在病房，他很急切的來問我們發生什麼事情，我跟他說病人說她要回家往生，我們就讓她回家，而且也在前一晚往生了。這個醫師完全不能夠理解，怎麼會有這種說自己要往生，結果就往生的情況，尤其病人昨天看起來還好，他認為這個病人還可以，怎麼會在這個時候往生呢？

預知死亡期間還有很多其他的案例，有一個肝癌的病人，肝癌的病人到最後通常身體裡面會有一個無法被代謝的物質，是阿摩尼亞。這是要經過肝臟代謝、腎臟排泄。如果這兩個器官出問題，阿摩尼亞就會不斷在血液之中循環，然後進到腦部去，到腦部去的話，病人會意識不清，稱為肝腦病變，通常肝癌病人會陷入昏迷，主要原因是血液中的阿摩尼亞增高，如果要讓它下降的話，可以用乳糖，從鼻胃管或肛門灌，讓他拉肚子，可以從腸道裡頭拉出一點阿摩尼亞，對病人意識清醒度會有所幫助，病人有時候會因為醫護人員採取這個方法而醒來，但不見得每個病人都會醒來，因病人的肝臟已經衰竭了，新增的阿摩尼亞還是沒有辦法代謝，病人還是會持續的再昏迷。

「李老先生在家裡不知道是不是溝通上出點問題，跟他的女兒講話講到後來有點爭執，然後就說：「好，我不跟你吵了，我 23 號之後就不跟你吵了」。隔天就沒醒來，女兒很內疚，好像是因為他跟爸爸吵架所以把爸爸氣死的，緊急把他送來醫院。(2011/3/8 田野筆記)

醫護人員判斷這應該是肝腦病變，這對醫護人員來說很為難，該不該利用灌腸的方式讓病人的阿摩尼亞先降下來？通常的作法是先詢問病人的意見，問他要不要灌，但是

這位病人已經昏迷了，已經不能講話了，其實醫護人員想灌，理由是爲了女兒。人們常說生死兩相安，如果這個病人就這樣走了，他的女兒一定會非常內疚，會內疚一輩子。所以當時只好跟病人抱歉，還是進行灌腸，好在病人有醒過來。

「醒過來之後他跟女兒講了話，才讓女兒比較釋懷。我們也趕快趁這個機會去詢問病人，如果再次昏迷的話，要不要用灌腸，因為灌腸對於病人來說是不舒服的，病人要一直解，照顧者也要一直擦，腸蠕動是一種腸絞痛，病人會很不舒服。結果這個病人跟我們說：讓我一直睡著不是很好嗎？可不可以不要做這些。後來我們也徵詢病人妻子和女兒的意思，他們也同意病人的說法，所以日後病人昏迷的話，就不進行灌腸。今天，病人的太太問病人：「那你那個保險箱的鑰匙要不要先給我，否則如果你哪天突然昏迷，我不知道該怎麼處理。」病人說：「你不要緊張，我 23 號就會給你。」這個病人連續講了兩次 23 號，我們突然警覺到，這個 23 號可能有什麼意義。我們還是提醒病人的太太要先做準備。(2011/3/10 田野筆記)

這個病人後來果然在 22 號的晚上 10 點多往生。離他說 23 日時有兩個星期的時間」。病人除了能夠預知自己的死之外，還可以預知其他人的狀況。另外也有一個病人說，「我禮拜五前會走，我隔壁床的這個會比我早走」(2011/2/22 護理記錄)，說話的這個病人星期四走，隔壁床的病人星期二走。不過隔壁這個病人會比較早往生，是可以理解的，因爲他的狀況的確比較不好。但是病人說我這個禮拜五會走時很多人不相信。

另外，也有很多臨終的病人會看到自己要去的地方。

陳老先生一直指著窗台說，把那個東西收起來、把那個東西收起來。但是病人家屬看了窗邊並沒有東西，滿臉疑惑，我剛好在旁邊，所以假裝到窗邊收了東西，然後跟病人說，我已經收好了。病人說：「我還要去，我還要去，我昨天去那邊，被他們的守衛趕回來。」我聽了之後又繼續問，阿伯你要去哪裡？這個病人說：「就去很多人去

的那個地方，有的人就走過去，有的人就被守衛趕回來。」我又進一步問他這個過程，其實病人的形容跟有一本書叫做《最後的禮物》描寫的很像。病人說，他自己用走的，經過一個比較暗的路，比較像地下道，但並不是很暗可以看得到路，有很多其他的人，有的人要別人牽，但是我自己走沒有問題。家屬聽到這邊其實很安心，因為他們知道病人自己能夠去。這個病人繼續說：「我走到那邊之後，那裡的警衛說沒有我的名字就叫我回來，但是我還是要去。」這個病人一星期之後往生。另外一個小朋友，也是這樣說，我跟他談的時候，是在事發經過一段時間之後，他是因為白血病引發敗血症，在加護病房使用氣管內管接呼吸器，氣管內管都有一個球狀物，要卡住這個氣管內管，才不會滑掉。這個十幾歲的小朋友就自己把這個氣管內管拔掉，這樣子拔的話，氣管裡的黏膜、組織都會受損，但是這個小朋友還是拔了兩次。那個時候我們都不知道發生什麼事情，但是後來這個病人跟我講了他經歷的世界，他說那個時候他去了一個地方，那個地方很亮，然後指著我的瑪瑙色的念珠說：「那個地方的房子都是像這樣的顏色，地上好亮好亮。我到那邊之後，遇到了一個人，他說那裡沒有我的名字，所以把我趕回來。」我接著又問說：「你在加護病房的時候為什麼要拔掉那個管子？」他告訴我說，就一直有人叫他要拔掉拔掉，把管子拔掉之後，就經歷了他剛才告訴我的現象，他也是經過了隧道，後面是一個很亮的地板、然後是瑪瑙色的建築物。我們學過佛的都知道，那就像是極樂世界的描述。所以我跟他的媽媽說，好可惜啊，要是他留在那裡有多好。但是他媽媽其實是捨不得，說還是回來比較好。(2011/2/9 田野筆記)

另外有一個更奇妙的個案。

陳老師是一個虔誠的佛教徒，因為癌細胞侵犯到頸椎，所以全身都不能動，到後來也完全不能吃。要往生之前，已經有所安排，她知道不能好轉的時候，就開始把生活的技能跟小孩交代。有一天陳老師要護理師，把病歷上她家裡的電話都擦掉，因為她怕我們通知她的媽媽，她媽媽已經 90 幾歲了，希望我們不要通知她來。因為媽媽來

了會哭，這樣她就不能專心念佛，不能到西方極樂世界。沒辦法，所以我們真的把聯絡方式擦掉，後來她陷入昏迷，我們和她的兒子一起幫她洗澡、換衣服鞋子等等，昏迷三天之後，有一天她突然大叫一聲然後醒過來，我跟她說，你昏迷這三天你的小孩都很能幹，我是希望讓她知道他的孩子都已經很獨立。她有點驚訝的說，我居然昏迷了三天，可是我才去一下下而已。我就問她去哪裡？她說：「我去了一個好漂亮的地方，有好漂亮的草坪，房子也都好漂亮，有許多人很忙碌著煮東西，好像要迎接誰。」我問她那你知道要迎接誰？她說：「我看他們都很忙，所以我也不好意思打擾，我就隨意的逛逛，結果突然踩到一個斷崖，大叫一聲，然後眼睛睜開看到我先生抱著我，然後往回走。她忍不住回頭去看了看斷崖底下是什麼，結果是一朵好大好大的蓮花。」她好懊惱，可是她已經往回頭路走了。她醒過來之後，反而希望找她的媽媽溝通，因為病人知道自己走不成的原因，因為媽媽那裡還沒有做好道別，她只是用壓抑的方式，而不是受到家人真摯的祝福。從這個案子，我又學很多，之前我覺得，來到安寧病房，只是為了不要痛苦的往生，不過隨著看到的案例越來越多，我發現如果家人不能夠放手，你還是無法往生的。陳老師後來又過了一個月才往生，因為她跟媽媽溝通後，媽媽每天拜佛 108 拜，真心的祝福讓她往生。之前陳老師非常信任照顧她的護理師，也只信任這個護理師，因為她覺得這個護理師幫他翻身才翻得好，連自己的先生，她都覺得處理不來。不過從那次回來之後，開始信任她先生，然後就回家休養，一直到最後往生之前才回到病房。再來住院的時候，我們看到她笑得更燦爛，她說，她活命著就是希望代受其他同命的人的痛苦，但是我們看不出他的苦，我們真的是看到她打從心底的笑容。(2011/2/15 田野筆記)

病人也會表示要回家，他可能會說「快要來不及了，我要回家」類似這樣的例子。如果這個病人始終吵著要回家，比較不準，但是如果病人突然告訴你說他要回家，這通常就是很準確的訊息。

沈女士，他的女兒也是護理師，這個病人在地方是婦女會的理事長，病人從發現生病到往生之間很短，病人並不知道自己得了什麼病，她來到我們病房的時間也很短，她罹患的是膽囊癌。在進來我們病房的時候，她還是一直思思念念有什麼工作還沒做，她還有很多事情要安排，希望早一點治療好。但是星期五，突然希望他的兒子來病房，她兒子一來病房之後，病人就跟兒子說，帶我回家，我要回去。她的兒子有點擔心，怕照顧不來，我跟他溝通後還是建議他把病人帶回去，不過家屬還是有很多顧慮，所以一直沒有帶病人回家，我們當初的判斷也的確還沒有臨終的最後徵象。後來病人要她的丈夫從南部上來，等到丈夫來了之後，已經是午夜了，病人還是一直希望能夠回家。後來家屬決定天亮就回去，我們也非常密切的觀察病人的情況，但是這個病人在這一夜之中，情況急遽的變壞，大夜班護理師建議他們要立刻啟程，不要等到天亮。最後這個病人來不及回到家，在半路上呼吸就停止了。(2011/2/21 田野筆記)

所以，病人的感覺是這麼的準確，病人不知道病情，但是他知道自己要往生了。

## 第五節 心識超越的發展旅程

人在臨終過程所面對的衝擊是相當劇烈的，臨終的過程涉及了正在毀敗的身體和寓居於其中的心識之間的迎面碰撞。這裡的「心識」是指個人的自我意識，在生命的最後階段，人多半是在心智自我所築構的世界裡面對死亡。存有本源是我們生命賴以存活的基礎，雖然大部分時間我們都未曾意識到它的存在，然而在臨終過程裡，當我們從較粗鈍、受限於物質的向度，逐步返歸存在的中心，而在有形、非永恆的物質世界向度短暫停留之後，人的生命將返歸於永恆、不變、究竟的神聖本源 (Singh, 2010)。

### 壹、心識的開展

意識從受孕、分娩之後便開始進入形體世界，最初的自我感建立在身體之上，我們的我即是身體自我，出生一年後，我們的身體自我發展成熟，開始把自己的身體當成是

我，也開始體驗周遭的環境。自我的表達愈來愈清晰，成長中的心智迫不及待的把周遭事物的印象消化吸收，並對不同的事物加以分別，在分別新的滋養下，和存有本源的距離愈來愈遠，自我的界定也愈來愈清楚。大約一歲半左右，藉著頻繁的與環境和他人互動，還有與日俱增的認知能力，開始覺察到自己的主體性，意識將自己一分為二，築起第一道分別心，劃出我與非我之間的界限。

Ken Wilber 說：「人所建構的諸多界限中，我與非我之間的界限是最根本最難捨棄的界限，我們用一輩子的時間強化這道界限。當我們年紀漸長，生命中盡是過往記憶，死亡時是我們最後撤除的界限。」(Wilber, 2007)。第一道分別心蘊生了「空間」：透過主體和客體之間裂隙，空間被創造出來，而時間的向度，總是與空間的向度相伴產生，只要自我開始活在空間中，他就是活在時間裡、體驗著時間。在時間的母體中，產生出過去、現在、未來的分別意識。時間的母體醞釀出第二道分別心，這道分別心和我們對時間的認知密切相關，他在生死之間畫出了界限。

人的自我形成之際，逐漸將自己與「實相」分隔開來，悄悄的替自己的無限與不朽埋下了種子。就情緒而言，我們所劃下的第一道界限，將我們從最深刻、最無庸置疑的愛連根拔起，從圓滿經驗抽離出來，焦慮開始出現，為求一己之生存，心靈透過壓抑的防衛機轉來因應，根本壓抑是一種持續不斷的身心作為。為了長大所劃出的界限，開始懂得分別自己和周遭環境，開始想要掌控一切，認為只有掌控，才不會因為分離而感到恐懼(引自 Singh, 2010)。根本壓抑割裂了身體與存有本源、與他人以及與深層內在的關係，人才能變得分離自立，走向個體化的過程。

第三道分別心在身體與心智劃出界限，第三道分別心讓我們付出了巨大的代價，因為一體身心是當下覺識的所在，截然劃開身體與心智，意味著從此與當下體驗失去聯繫，失去了自己的深層統整性。

隨著個體化的程度日益加深，存在的焦慮也與日遽增，為了保護自己用社會框架的束衣把自己緊緊的裹起來，我們開始懂得哪些事情可以被接納、哪些事情不能被接納，進而引動了第四道分別心，第四道分別心的界限劃在人格面具與陰影之間，這道界限進一步限制、窄化了自我感和意識。每個正常人的自我意識中，都包含了人格面具與陰影

兩個部分 (Stein, 1999)。「美華從小為了討好母親，不斷的展現自己能幹的一面，但那不是真正的她，卻讓母親與妹妹以為她是為女強人」。(2011年3月11日宗教師記錄)

達到心智成熟完全個體化的過程，儘管自我在發展的過程中，與存有本源之間出現了疏離的現象，相較於嬰兒的意識狀態，它是一種更有自主能力的意識層次，也是一種層次更高、更深、含涉更廣的意識狀態。人的心識通常要經過整合才能往更高層次發展，心智自我是第一個足以整合先前層次的意識層次，它的深度和廣度，都超越了前個人的意識層次。然而，也因為它的強大，心智自我也有能力延長自己的壽命，阻擾覺識往超個體向度的自然開展 (Singh, 2010)。

我們的分別心在自我與實相之間劃出一道道的界限，焦慮的界限是可以理解的，它是我們整個疏離、破碎處境的情感基調，末期病人在夜裡，生命無著感受讓人惶恐不已，以致不敢入睡；可是當清晨來臨，所有的不安、恐懼又被打包封箱，回到我性籌謀。臨終過程，我性的結構崩毀，真相被如實揭露，心智自我顯然已經失去生命的主控權，但多數人都在這個階段停滯不前，遺忘了生命並非僅止於此，即使偶而靈光乍現，看見了自己的劃地自限，卻不敢面對，心智自我仍在虛張聲勢、做最後的困獸之鬥。

「瑞奇是為虔誠的佛教徒，護理師說他已經3天沒睡，醫院的氧氣供應是中央系統，本來在床上他可以用中央系統供給的氧氣，但這時候他非要用氧氣桶的氧氣不可，理由是氧氣桶的氧氣比較純，其實氧氣桶的氧氣是由中央系統灌進去的，我們用氧氣偵測儀測兩者的氧氣濃度給他看，他仍堅持非氧氣桶的氧氣不可。往生前一天他找來心理師，問他自己是不是瘋了。他說：「每天當晚上來臨的時候，世界是黑暗的。好多的夢境、好多的情節，好多的聲色光影，一切都是那麼的真實，以為這就是真的了。天亮以後，白天的光明帶我回到現在的世界，當感覺一切是那麼熟悉、那麼栩栩如生時，晚上的經驗像夢一般。白天過去，夜晚來臨，再度開始黑暗的情節，白天的一切變得不真實。每天每天，白天，夜晚，光明，黑暗交錯」，依研究者過去的經驗，像瑞奇這樣有信仰基礎的人，通常是比較有力量因應眼前的情境，但他在往生前還在做最後的困獸之鬥」。

(2011/3/14 田野筆記)

心智自我的展現，有賴根本壓抑這個身心結構，而壓抑作用不僅切斷了自我和內在的聯繫，也隔絕了自我和他者（死亡）的聯繫，所以心智自我不可能體驗到圓滿的感受。在我和非我之間，在空間上、在時間上嚴明的劃界，結果衍生出對死亡的恐懼。人每劃出一道界限，就等於在心理上築一座要塞，而且會用盡一切力量來捍衛那道防線。

本心(Mind)在光和能量的向度裡，從它最純粹的狀態—地光明—開顯，化現在森羅萬象的形體向度裡，從無形化有形，由一本散萬殊。在形體向度裡，靈性化現為人，而人爲了要存活，其自我必須發展出各式能耐，在這旅途中，暫時以自我意識來運作，但卻忘了自己來自更根本、超然、不可分割的圓神，繼續失落在個別的「我」之中，心思渙散地在生命邊緣晃蕩（Rinpoche，1996）。

## 貳、心識圖誌

蘇菲教觀點的心識圖誌是一幅心識如何超越個人層次的圖譜，總的來說，心智自我的層次包括世俗信念、社會契約、自我稱善、知識迷障、幻滅和自毀恐慌。往超個體層次的轉化過程啓動後，經歷轉化場域的的幾種途徑，包括體驗、悟空和轉識成智三層次。最後，超個體意識層次則包含觀者、神命、神愛、神觀以及圓神意識（即存有本源，囊括了所有的意識層次）。每一層次的「自我」都不一樣，所經驗的世界也殊異，人們的心智自我持續在世俗信念、社會契約、自我稱善這三個層次之間進進出出，世俗信念層次的自我，通常會把自己看的比他人渺小卑微，社會契約層次的自我則會和締結契約的另一方維持平起平坐的關係，進入自我稱善層次的自我，往往會擺出高高在上的姿態，顯現莫名的優越感。這三個層次實爲心識的次第開展，每往上一層，「心靈之眼」的認知能力都會益發純熟，終究將心靈提升至超越自己的境界（Singh，2010）。

對自我來說，死亡是終極威脅，心智自我無法想像自己的不存在，自我窺見存有本源的威力時心生畏懼，自我畏於宇宙的浩瀚無限，退避到額頭中央一、兩吋立方的空間內，想想是可以在其中安身立命，指揮若定的所在。人總是忘了人是寓居身體內的心識，而身體是靈性化現形體的載具。大部分的末期病人都知道自己會死，家屬也知道他的親人會離開，但沒想到死亡那麼快發生，仍然極力想和死亡撇清關係。心智自我的個我，

本質上格局有限，就是容納不下跳脫自身存亡之外的廣闊脈絡。死亡之所以叫人害怕，是因為人把它看成存在的終點。

「瑞奇，本來都不與人談話，突然要求見心理師，一直問「我有沒有問題，我是不是瘋了？」「我覺得自己很不實在」，最後要求給他一顆安眠藥讓他可以睡，因為一週內連續兩位同室病友往生，讓他嚇得已經三天沒睡，協助將他扶上床後，他無助的縮著身子抱著頭，像子宮裡的胎兒那樣，直到睡著為止」。(2011/3/13 田野筆記)

由於天性使然，以及來自死亡的威脅，心智自我從不會踰越自身的界限，甚至對這些界限毫無所察。

### 參、折返之道

死亡的邊界經驗或許是心靈轉化的轉捩點，與「他者」碰面時往往會感到焦躁不安，渾身不對勁，列維納斯則認為死亡本質上是不可捉摸、在他方、無法掌握的。死亡抗拒我們，它像他者來到人們面前，在神秘而陌生的死亡面前，人們不再是自己的主人，它使人驚訝，無法預期 (Levinas, 1990)。很多末期病人通常會在這種情況持續一段時間，然後回歸存有本源的旅程，此時心智自我十之八九，肯定都不是志願的，但就像新生兒不論是瓜熟蒂落足月生下、早產、甚至流產，都是被迫經歷分娩的歷程，降生在全新的次元。

當人們對生活感到不滿時，才會向內探索個究竟，在這不滿內，久被積壓在沈重的社會假相下的種子正在萌芽，當人開始意識痛苦，便已經對更深的現實真相有了一番「覺醒」。如此的覺醒讓人們可以體驗整合、學會更深刻的活在當下的殊勝旅程的開始，走入圓滿的療癒之路。然而這條路卻一點兒也不好走，最初病人心神不安、憤怒的情緒會慢慢消退，取而代之的是抑鬱消沈，落入情緒的低谷，接著又會找一套人生哲理來解套，藉此奮力一搏，以免心智自我承受不了幻象破滅的痛苦，蘇菲教稱這個階段是墜入知識

迷障（Singh，2010）。但不管如何自圓其說，幻滅的狀態如海嘯般的吞沒氣急敗壞的言說。

「勝茂是公司的董事長，在兩岸三地各有分公司，公司業務如日中天，得到大腸癌手術結果不如預期時，好像世界上所有的人都對不起他，外科病房的醫護人員時時刻刻戰戰兢兢，當他自己決定要轉安寧病房時，據說該病房的醫護人員心裡都放起鞭炮。勝茂轉安寧病房後仍不時出現憤怒的操控行為，直到瀕死徵象一一出現時，他主動找宗教師，此時他已不再對妻小父母放不下，他的疑惑是再來的路要怎麼走才會比較不痛苦」。  
（2011/3/21 田野筆記）

幻滅儘管痛苦，但是這層次涵蓋更廣闊的實相，這是人們邁向自由的第一步，也是放空自我的第一步，原先先入為主的概念和世界觀逐步瓦解，心智自我逐步解體，時時刻刻活在崩裂之中。悠悠天地無情極，獨立蒼茫人孤單，讓人恐慌不已，會迅速落入接踵而來的自毀恐慌狀態。

「肺癌末期的丁先生呼吸已經很急促，仍一直不承認自己的疾病變化，不斷的找尋可以控制、延長生命的醫療處置，主治醫師眼看所剩時日屈指可數，加上他是個孝子，孜孜念念放不下他的母親，善終準備進展常卡住，於是就在丁先生跟往常一樣坐起來和醫師討論時，醫師善巧的透過電腦螢幕解釋肺部 X 光照射的結果，丁先生在他所聽所見之後全身發抖，護理師趨前從後抱住他的身體，兩個人抖個不停，不知經歷了幾分鐘護理師將他放回床上躺著，老舊的病床繼續吱吱作響。丁先生彷彿被推到懸涯邊緣，驚見死亡迫在眉睫，望著萬丈深淵，嚇得亂了方寸」。（2011/1/17 田野筆記）

有人在心智自我掉落絕望深谷接著脫胎換骨，如龍躍於淵，經這麼一躍，心智徹底「放手」，丁先生經過半天的休克狀態後，很快的接受法師的引導，為自身未來的旅程作準備，也為家人做準備。

站在通往存有本源的大門口，最先感覺到的是驚怖，處在驚怖的狀態下不論情緒或思緒都會沈澱下來，變得比較凝聚，感知變得較清晰。由於心智不再執取我性，也不再佔據覺識，總算進入了轉化場域。蘇菲心識圖誌將轉化場域描述為三重意識，分別為體驗、體悟（悟空）以及轉識成智，在返回的道上，迴旋在這三重意識之間，進進出出好幾回，每次都往更高層次的整合邁進（引自 Singh, 2010）。由於進入轉化場域後心智自我漸漸無力，無意識裡的陰影受打壓的程度慢慢減低，人格面具和陰影之間的裂縫得以逐步癒合，陰影浮出了意識層次，帶給心智自我許多了悟，由於先前的我性不再掌控大局，零碎的次要人格特質肆無忌憚的冒出來，又被輕輕的放下，在拆解的過程雖然讓人驚扭尷尬，但也人心生敬畏。「丁先生在法師的陪伴下回顧整個生命歷程，時而是好父親的角色，時而是惹母親生氣的頑童，時而是孝子，時而是脫韁的丈夫，時而又是公司的大老闆，回顧完人好像空了，但看起來神情是平靜的。」（2011/1/18 田野筆記）頭一回癒合統整的轉化體驗，情緒兩極，苦樂參半。

「李老太太是名門閨秀，極有氣質的夫人，住進安寧病房時，護理師客觀評估她的疼痛分數應該很高了，她還能維持優雅的態度，後來瀕死徵象漸漸出現，她口出惡言用極為不雅的字眼，不知在罵誰，他兒子很尷尬也很疑惑，為什麼媽媽變成這樣子？但也只有經過 2 次尷尬的場面，之後老太太進入沈靜的睡眠」。（2011/1/20 田野筆記）

由於存有本源的大能湧入，消融了陰影和人格面具之間的界限，癒合中自我認出自身的每個部分，隨著我性的拓展，自我變得圓融練達，如此的整合體驗到「我」不是那麼狹隘偏頗，會發現更宏大穩定的自性存在，更全面的認出自我的種種面向，這種新勘定的自我疆界，涵攝更廣，心識也隨而更開闊。當可以從這更開闊的自我看透、悟透，人的知識就開始出現「統觀邏輯」的性質（引自 Walsh, R. & Vaughan, F., 2003）。臨床有不少臨終病人會有所謂的「瞻妄」現象，不給任何藥物最後也可平靜下來，箇中道理在於注意力的焦點改變了，人會把自己視為什麼，端看他的注意力落在何處，這是轉化的根本動力。

以蘇菲心識圖誌來說，在轉化場域裡的行進軌跡：穿越體驗、悟空、轉識成智，最後自然躍入「觀者」的層次，在轉化場域裡，心識所在的高度，能讓人一睹本然面貌，達到這個高度後，看待事情的眼光不再僵化，眼界高了足以望見牆外嶄新、未知而耀眼的風光，心識開展的自然進程癒合身心之間的裂痕。走在返回之道上，人會發現從前造就出來的分別心將一一癒合，這條路曾經走過，不過這回是逆著走，人們的注意力從自我數十年來工作的工事上移開，放在和存有本源重新締結的約定上，讓自己專注於更高的超個體層次。這時期的特性可以說「爲了超越而逆退」。逆退是心靈全面重整的第一階段：個體消亡，心靈開始轉化，超個體自我逐漸嶄露頭角。這個解構過程令人痛苦，因爲必須清出一條路來，以劃出深度意識的新秩序。而今，身心融而爲一，從前受壓抑的身體潛能被釋放了，沛然奔騰，心神振奮，感覺自己是活生生的生命體。

**「伊美往生前3天不斷的說好美好美，往生前一天她的呼吸外觀看起來很喘，讓她的母親非常捨不得，但她仍然一直說好美好美，旁人問她要不要打針讓她不要那麼喘，她表情笑笑的說一些旁人聽不懂的話」。**（2011/5/5 田野筆記）

蘇菲心識圖誌把這層次稱爲「神命」：一體身心強勁而澄澈的覺性（引自 Singh，2010）。人們帶著一體身心的覺識，踏入具有普遍性的超越性存在狀態，Ken Wilber 稱之爲「超個體層」，在此進入自我的原型層次，首度照見實相，雖非究竟之見，這時除了我與非我的第一道分心外，所有的分別心都已停止作用。一開始進入這屬靈的、超越性的、不可思議的與神靈感通的領域，多半會欣喜若狂，看見了神顯示的異象和亮光，讓人大開眼界，如癡如醉，難以自持。**「伊美一直說好美好美，呼吸喘的不舒服一點也不干擾她，或許她正在經驗這樣的狀態」。**這類的「神秘」經驗，會隨著自我融入存有本源的度愈來愈深，而慢慢平息下來，在如如不動的覺性中感受神聖。此等心靈敞開心智澄明。兩者相通相契的意識狀態，是知悟和存有合而爲一的意識狀態，我性於是邁入了超個體領域，心智自我從前汲汲營營爲我性籌謀而劃出的疆界，已經遭棄守，並且重新堪定過，自我接納了自身的每個部分，覺識部分也遠遠超越了生物社會層面，跳脫

了約定成俗、先入爲主的觀念。在這個意識層次裡，我們碰觸到了靈魂，慢慢進入靈魂的意識裡（Wilber，2007）。這層次裡人所體現的人格，綻放著靈魂的光芒，藏傳佛教把靈魂稱爲「不壞明點」，靈魂逐漸照亮了統合的一體身心，人也愈來愈能從根本上直觀超個體自我，在各種不同的形貌下，其實只有一個本我。

進入這麼深層的統合後，從前揮之不去的死亡恐懼，將徹底改變，這不意味著死亡的問題已經獲得解決，而是這個問題被消解了。第二道分別心的腳步正在加快，當初自我劃下這道界限後開始感知時間的存在，感知人有死之大限，而生出死亡恐懼，既然我性不再遭時空限定，時間的界限被抹去了，心識從此海闊天空，倘佯在無時間性的次元。我們超越了對歷史的感知，超越了過去、現在及未來，進入純然的存有，進入超越時間、永恆的臨在。當我們參透了堅實個我原來是幻相，也逐漸體悟道，甚至連這個「我」都是覺識本身映生出來的，而我們也是透過覺識才看見了這些歷程。邁入神觀（在其神姓中默觀萬有）的層次，我就是覺性。神觀是邁入圓神意識之前的最高層次，數十年的漂泊無著之後終於發現自己扎根在愛之中。和神的原型合一還要跨越一道障礙，就是第一道分別心，凡夫心默觀存有本源時，仍然認爲它正在領會某個「他者」，自身和默觀的神性之間好像一面鏡子，默觀的神性就是我們的本我，沒有分別，沒有界限，我們看見了自身的本性，明心見性，圓神意識油然而生起（Singh，2010）。

## 肆、能量不減

在宇宙形成之前，粒子間因量子穿隧效應，突破能量障蔽才能結合產生光和熱，在內分解的過程中，或許可見證此說法。

法性中陰的階段：臨終時，分解過程的結束和地光明的顯現，即在呈現一個嶄新的開始。臨終的分解過程，最後是「完全證得」階段的黑暗經驗。它被描述成「黑暗籠罩的天空」，地光明的生起，就好像是黎明前虛空的晨曦，法性的太陽冉冉上升，光彩奪目，照耀大地。本覺的自然光芒自發性地顯現，以能量和光放射出來，就像太陽在那個清朗和廣闊的虛空生起一般，法性中陰的光明形貌，也在地光明的無邊虛空中生起。實

際上，此處正在發生開展的過程，心和它的本性逐漸變得越來越明顯。法性中陰是這個過程中的一個階段。心從它最純淨的狀態（地光明），透過這個光和能量的面向，邁向下一個中陰（受生中陰）的顯現。

根據量子不確定原理所述，觀察者意念的介入，會改變粒子不確定狀態成爲確定。智慧能量來自觀察者的「心」念，佛法認爲悲智雙運的大悲心產生無明的能量，華嚴經也說：「一切唯心所現，唯識所變」，宇宙心識的能量使所有微粒產生逆轉，所有微粒的不確定性會因而垮陷成爲特定狀態，即正負粒子的確立。正負粒子對撞後會成雙煙滅消失並產生光及時空，接著質子和中子藉由弱作用力的衰變釋放出「電子」，然後由膠子所生的強作用力將質子和中子結成「原子核」，然後再形成物質的最基本單位「原子」。現代物理學指出，當我們探究物質時，它呈現出能量和光的大海（王本榮，2009）。大衛·波姆(David Bohm)說：「物質是濃縮或冷凍的光……一切物質都是光的濃縮，以平均小于光速的速度，反覆地以特定模式運動。」現代物理學也從多方面來了解光：它是能量，也是資訊--內容、形式和結構。它是一切萬物的潛能。」大衛·波姆把量子物理學探討物質的方法，擴展到對意識的研究上，他說，「可能有一個類似宇宙的結構，在我們稱爲空的空間的基本動作中，實際上有一股巨大的能量、一個運動。在心中出現的特形狀也許可以比喻爲微粒子，而深入心的根本，也許可以被感覺爲光。」大衛·波姆也提出看待心理和物理、心和物之間關係的方法，認爲，宇宙以三個互相包藏的層面顯現：物質、能量和意義。他認爲從「隱含的次序」的觀點來看，能量和物質都涵藏著某種意義，而意義給予它們全部的活動某種形式，也給予從活動中所產生的物質某種形式(引自 Rinpoche，1996)。如此說來，心和腦部物質的能量，也都涵藏著某種意義，而這種意義將賦予全部活動某種形式。就他的解釋來看，意義的角色類似法身，那是一個無限可能、完全自由的整體，一切萬物都是由它生長出來的。

在《中陰聞教得度》一書中，提到有幾天時間讓亡者得以體驗法性中陰，了解這個中陰的要點是：在其間發生的一切經驗，都是我們心性的自然光芒。這時候所發生的，正是它釋放出來各種覺悟的能量。如同透過水晶的光所散發出來的跳躍彩虹，是它的自然展現；同樣的道理，法性輝煌的顯現，也和心性無法分開。它們是心性的自發性表現，

從最純淨的狀態(地光明)，經過它的光和能量(法性中陰的顯現)，進入受生中陰階段，心展現出更具體的形式，心非常清明，也具有無限的活動力。

粒子在不確定狀態時的能量單位稱為量子，會產生躍遷(Leap)，非固定的實體，而是小小的波浪，不斷的傳遞能量，形成一片能量場。宇宙所有物質都與能量場互動，所有物質彼此牽連在一起，有潛在的因果糾纏關係。因此事物不是獨立自存的，而是像量子一樣，只存在於共同創造，彼此影響的關係中。榮格的分析心理學，論及的潛意識與集體的內涵，以佛學的語言來說，個人的潛意識相當於六識之外的末那識，與生俱來的集體潛意識則近乎能藏、所藏、執藏的第八識—阿賴耶識。阿賴耶識中貯藏了萬法種子，歷劫生死流轉、永不滅壞；而集體潛意識中貯藏的則是大量初始的或本元的潛在意象，也就是榮格所稱的原型(archetype)，亦可解釋為能量不滅的形式。用淺顯的語言來表達，瑞奇跟心理師說：

「每天當晚上來臨的時候，世界是黑暗的。好多的夢境、好多的情節，好多的聲色光影，一切都是那麼的真實，以為這就是真的了。天亮以後，白天的光明帶我回到現在的世界，當感覺一切是那麼熟悉、那麼栩栩如生時，晚上的經驗像夢一般。白天過去，夜晚來臨，再度開始黑暗的情節，白天的一切變得不真實。每天每天，白天，夜晚，光明，黑暗交錯」。(2011/3/13 田野筆記)

從佛法的角度，「一切有為法，如夢幻泡影」，本來兩者都不是真實的，臨終病人因為身心衰竭，比一般健康人更容易體悟此不真實性，如果能夠了悟，放下原本的執著，對有基礎的人而言，臨終的確是精進的好機會，瑞奇最後一天，已經沒有白天黑夜之分，已經沒有過去、現在、未來，他安靜的轉化。貝貝原本很期待死期早日來臨，但進入瀕死過程時反而猶豫起來，當她問「天堂要怎麼去時？」護理師善巧的用「小河流的旅程」(參見附錄二)帶領她做死亡冥想，經過2次冥想練習後，她好像瞭解能量不滅的法則，一切都通了。

生死之間原本就是一個不斷循環的過程，出生被視為是喜悅的事，死亡卻被視為禁

諱之事，我們對未來的無知，更加強了在面對死亡的恐懼，生命的內在本質是相同的，「死亡」是生命的蛻變過程，一如自然的生命法則，也因為臨終，讓我們體現靈性的生命歷程。



## 第五章 綜合討論、結論與建議

本章根據前面呈現的研究結果分析，進行歸納出本論文的結論，接著對照現有的文獻內容，以及詮釋人類學研究方法，進行研究反省的綜合討論，提出理論與實務的建議，以做為未來臨終照顧研究與生死教育之參考。

### 第一節 綜合討論

#### 一、「臨終經驗」對瀕死病人之意義

每個人活在世上，終其一生都在奮鬥。追求名利、追求學識、追求肯定、追求自我突破、追求超越父母、追求愛、追求智慧、追求聖潔、追求正當性、追求正義、追求享樂，總會尋找目標做為自我肯定，也會朝向目標追求並賦予價值。臨終病人經歷了身體功能的衰退、關係的剝落、時間與空間方面一連串的裂解，生命意義又該如何定義？生命回顧是一個深具意義的過程，它提供給人一個心理完結的機會，臨終病人在「斷裂」與「修補」的過程中，第一次往內心觀看，終於看清，人「終其一生努力維繫自我形象，猶如作繭自縛，徒勞一場」，末期現象讓臨終者去檢視遮蔽生命的層層迷障，我們的文化常常成為屏障，遮蔽了靈性的世界和超個體領域，使我們失去了意義感，如果能深入當下，安住其中，原本熟悉的意識層次也逐漸銳變，意義感同時也跟著改變，隨著臨終過程心靈解構、重構過程循序開展，人所感知的意義也會有所變化。活著的時候、需要建構意義、才不至於陷入痛苦頹喪的空無，這個意義到了臨終卻需要放棄才能放手。臨終需要接受意義的崩解、才能安靜走入空無。

因身體的斷裂、關係的剝落與世界產生隔閡之存在孤獨處境，一般人的生命經驗容易把「孤獨」以負向的角度闡述，然而「孤獨」的經驗並不僅是代表消極的一面，就存在觀點而言，「存在孤獨」容易讓人覺察到「無根」的處境，想抓住些什麼，卻無論如何都抓不到；另一方面，人際關係處於斷裂與懸置的狀態，一種完全沒有依靠所帶來的焦慮，導致意義產生困擾。初次面對孤獨處境時可能因懼怖而逃離，在多次面對自己毫

無參考架構時，反而使主體能全然轉向自我，進入反思自己在世的「處境」，自己的存在、自己的界限及可能性，這個反思的過程常被某些急迫的經驗催化，進入「邊界」的處境，使主體全然轉向自我，激發出生命的能量。此種孤獨經驗是一種積極面意義。

## 二、瀕死病人「心靈轉化」對他人之意義

在臨終之際，身心極度衰弱時，仍然有許多人可以安然放下，平靜莊嚴地與世長辭，臨終者是大步邁入靈性向度的朝聖者。瑞奇、勝茂、貝貝、伊美、曾小姐、陳老師、丁先生、李先生、小雨…等，還有說不盡的前輩臨終歷程「靈性的展現」令人激賞，死亡不是一件容易的事，臨終過程真正的挑戰，是如何讓自己在臨死之際還能真正的活著。當代文化讓許多人死在靈性的真空裡，因為靈性上的貧瘠，很容易升起對死亡的否認與懼怕，其實，人在「死亡中療癒了自己的靈性」，瀕死病人的示現，讓「活著的人」瞭解到，每個受苦的經驗，最終都是療癒、都是趨於整全、都是重生。同時也讓人體會「苦」來自於執著，臨終歷程概略可分為混亂期、臣服期、超越期，當個人習於掌控的秩序崩解，又面對死亡時，混亂期就開始了，否認、恐懼力大無比，人幾乎總是不到黃河心不死，由於我們的文化對死亡的陌生與恐懼，結果只是增加受苦指數。對於瀕死病人身邊的他人，不管由死看生或由生看死，都能「看見」一種回歸本源的過程，也唯有這樣的「看見」，才能整合而消弭造成生死與存在苦難的陰影層，把死亡看成是人生最大的布施與最深奧的學習，因此，死亡不再是悲傷的事。

## 三、「臨終歷程」之探究對臨終照顧之意義

臨終是一個從生到死、生命從有形轉為無形的過程，過程中因生理變化所帶來的身心震盪極為巨大，對病人來說，這經驗既陌生又驚恐不安，如何安頓身心？對絕大多數人而言，瀕死之際身體所產生的變化並不需要英雄式的高科技醫療處置，而是把死亡當作能量的蛻變，死亡的過程即是物質身的能量轉化，人歸返至另一種能量體系。例如生命最後有些人會躁動不安或醫學診斷名詞的「瞻妄」，讓周遭的人看得很難過，總想用藥物改善症狀試圖把病人意識拉回健康人熟悉的常態，但是幫忙不大，臨終乃是「常態」

轉向「非常態」的自然過程，表面上看起來讓病人難受，讓健康人不忍的過程，根據 Singh（2010）的說法是讓人的心靈能安全脫離世界，轉化到另一層次。

在病房中常看到無助的家屬，與面對病人及家屬無能為力的醫護人員，家屬面對一個曾經那麼熟悉現在卻像是陌生的人，病人已卸下他們的人格面具，接近回到存有本源的靈性階段，家屬卻一直希望病人回到社會心智層面，而產生莫大的焦慮；醫護人員面對家屬的希望，總希望做點什麼卻不知能做什麼，同樣的也讓醫護人員感到焦慮，若瞭解病人的靈性轉化過程，能「定位安坐」靜心相伴，與病人共在同感，讓病人靈性成長不被影響，讓病人靈性成長不被阻擋，與病人之間才能有真正的對話。人生就像射出去的回力鏢，不管飛得多遠，有一天一定回到原點，病人、家屬、醫護人員若能瞭解這個回轉的過程，有助於反歸本源的道路上更平穩。

## 第二節 結論

本研究在詮釋人類學觀點的引導下，針對接受緩和醫療的末期病人臨終歷程進行研究，根據文本的分析得到以下四點結論：

### 一、臨終經驗是意識由身、而心、而靈的垂直開展

在臨終經驗中首先被病人意識到的，乃是作為意義表達而在世界立足的身體。當身體功能逐漸衰退乃至關係無法抵達時，病人最先感受到，漸漸體認自己處於什麼樣的「位置」，而透過這個位置的觀點，不斷的重新組合理解，從以外部世界為中心的意向轉向以身體為中心的意向。其次會經驗到的是，存在孤獨處境下的心理狀態，此時病人經驗到社會關係的斷裂及生命孤寂的苦楚，既是前一種身體失序覺察的深化期，也醞釀了朝下一階段靈性發展的基礎。到了第三階段，當身心界限再一次被突破，便有驚鴻瞥見靈性實相之可能，臨終者此時已經不太說話，即使說了，也很難從平常的語言來理解。近觀臨終病人，似乎越來越多的時間沈浸在個人心靈身處的意義空間裡，對於自己的去向似乎了然於胸，對於什麼時候離開人世，往往也都清楚明白，生命因出現「知悟」完善

而無懼，由此得到轉化的狀態。此即是完整臨終經驗發展歷程的重要經驗脈絡描述。

## **二、身心靈轉化經驗是臨終者自我認同不斷位移的挑戰**

臨終時刻的挑戰始於社會自我身份認同的陷於裂解喪失的危險，臨終者從身體失序錯位的經驗中體會到此一危懼的真實與迫切；在進入存在孤獨的處境時，對自我人格的社會連結屬性更能清楚認識，此時個體有與更高真實連結的極其強烈的需求，因為離開整體的個體是不存在的，但有限人生經驗所形塑的自我認同，已因臨終時刻的身心解離之勢，而搖搖欲墜。在迫近死亡最後關頭、四大開始分解時，臨床證據與超個人心理學家的詮釋顯示，臨終病人能夠脫離以身心為基礎、由世俗社會形塑的人格認同，轉而認同宇宙意識的真實，而在臨終時刻展現超越語言的生命品質。但並非每位臨終者都能順利如此發展，由此看來，臨終者在臨終過程中確實面臨著自我認同不斷位移的挑戰。

## **三、身心靈轉化經驗是陪伴者朝向世界源生之地再回返的過程**

末期病人的臨終歷程對包括家屬與醫護照顧者而言，乃是一個由關係解離中逐漸體會到世界破裂的經驗。隨著解離過程的開展，陪伴者常有走到世界邊緣，不再認識這一切生命所顯現之現象的感受，也有由此伴隨而來的迷惑、恐懼、疲憊等身心反應。對於陪伴者而言，固然一路同行，但往往不見得能隨臨終者抵達其意識展現的深度，於是構成臨床陪伴的挑戰；然而不論陪伴者能走多遠，他們都必然還要再面臨由世界源生之地再歸返世界的挑戰任務，理論上這涉及個人與超個人兩種意識的整合，實務上則是悲傷哀悼如何進行的課題。

## **四、身心靈轉化經驗的描述與詮釋需建立在超個人意識的世界觀之上**

本研究對身心靈轉化經驗的描述與詮釋，其實是建立在超個人意識觀點的世界觀之上的。倘若欠缺此一世界觀做基礎，則臨終時刻意識轉化的現象將無法被適當的描述，臨終時刻的苦難與靈性經驗的意義，也將無法被適當的理解。透過本研究的過程可以明瞭，超個人意識的世界觀恰好適用於此世界觀中探討自我建構斷裂的臨終時刻經驗，許

多臨床上護理經驗的證據與疑惑，皆因超個人識的向度而被包容進來，使得臨終經驗的意義得以進行梳理。

### 第三節 研究建議

#### 一、對實務工作者或照顧者

臨終者在身體毀敗、自我消融時，靈性就會開顯；臨終是個動態的身心靈歷程，病人及家屬都具有成長潛力的歷程，而醫療團隊可以誘發病人成長，同時察知病人的成長傳達給家屬，病人的身體就像一隻毛毛蟲，醫療團隊的重要任務，就是如何引導或是觸發病人羽化成蝶，從有限的生命幻化到無垠的慧命。照顧者若瞭解病人的靈性轉化過程，能「定位安坐」靜心相伴，與病人共在同感，讓病人靈性成長不被阻擋，與病人之間才能有真正的對話。

死亡一旦切近而具體的時候，以前的生命態度和所追求的社會價值，突然間受到了全面的顛覆，但病人並沒因此放棄，反而看到強烈的求生意志，其實「求生」的意思是，應該是在他生命歷史的意義裡頭，尋找「出路」。對於一些處於靈性困擾的病人（像是外表看起來憂鬱，經常在哭，不斷回憶或是東想西想），照顧者會勸他作一些我們自以為是的事物，像是做運動、散心、聊天，以轉移注意力，如此一來，馬上將通往靈性的管道給阻塞住了，照顧者下意識不願意將對方開放到一個「探索心靈的危險世界」，不經意地要將臨終者推回原先世俗的思考之中。這是照顧者要隨時覺察的。

人類因為發展心智自我，遮蔽了存有之光，使得我們寓居於世的時候 只看到世界的現實，而不見萬物所居的更大本體。臨終照顧過程，臨終者是先行者，健康的照顧者常被拋在後面苦苦追趕，能覺察的追趕者最好是抱著「兄弟爬山各自努力」的祝福，而不是要對方停下來等等你。

#### 二、對醫療系統

今年台灣醫院評鑑將末期病人緩和醫療照顧納入評鑑項目，令人不解的是，台灣的

安寧療護發展至今近三十年，依研究者的經驗，贊成緩和醫療的專科醫師不多，更不會積極鼓勵病人及家屬尋求安寧療護。現代醫療科技的成功，其背後包羅萬象以及對人類的基本假設，是基於笛卡兒的身心二元論和牛頓的宇宙機械論，這套哲學性假說，把包括人類在內的各種生物有機體視為一部部精密操作的機器，由萬能的上帝設計並加以支配，而人們的心靈感受則屬於不相干的平行事件。一旦醫學採用這種觀點看待每一具生病的身體，無疑就會盡力去「修理」損壞的機器；而當機器被視為沒有修復的可能，醫師就轉而關心其他的待修對象了。醫學倫理關心墮胎、安樂死、自殺等生死議題，卻對臨終關懷不聞不問，彷彿事不關己，這是否意味主流醫學並未完全接納緩和醫療？呼籲今後醫學倫理應當加入緩和醫療方面的論述，希望醫學學者能夠正視死亡議題，因為醫學關心人類的生、老、病，卻不情願面對讓醫學劃下句點的「死」，一旦醫學和生死學（thanatology）產生交集，緩和醫療的真諦便得以彰顯。

#### 第四節 研究反思

一、**本文採詮釋人類學之研究方法**。人類學家的工作，主要是調查與敘述，生產民族誌，民族誌研究強調所處的社會、文化脈絡均會對人的行為方式、意義建構、思考內容產生影響。人類學者的任務，是去「理解他人的理解」；也就是透過民族誌，去理清在地的一個分層劃等的意義結構，並確定這些意義結構的社會基礎及其含義。民族誌學者的任務便是「走入田野」，透過觀察和訪談，以每日活動中的第一手觀察為基礎，嘗試描述及詮釋某個文化脈絡中主體的實踐行為。研究者長年在田野，不管是擔任報導人的角色或人類學家角色，均可達成上述詮釋人類學研究方法之操作。

二、**發現與理解**。研究者試圖透過研究參與者的心靈看世界，並進入其概念的世界，瞭解其如何建構與轉化。但研究者必須承認所有的觀察都帶有先入之見，毫無準備的觀察者可能不知道要看什麼，或什麼也看不見。研究者不論在理論層面與經驗層面，具有一定的視域與知識（即前理解）內化在身體之中，也因為長期深處於特定實踐場域中，高度參與，並在情感上熱情投入對經驗的理解，使研究者具有高度熟悉性的默會經驗。

有時光倚賴文本資料內容很難建立一個連貫的、具有內在聯繫的整體，研究者嘗試將自己的聲音放進去，當資料需要比較多的解釋時，加入研究者的聲音，透過研究者的再述說將資料各部分之間的關係表述出來。寫作過程雖偏見在所難免，但本研究者相信海德格的看法，偏見本身不是問題，只要我們站在正確的位置，偏見也能引領遮蔽真理的開顯。

## 參考文獻

### 壹、中文部分

- 王本榮 (2009)。一生無量。台灣：印刻。
- 石世明 (1999)。臨留之際的靈魂-臨終照顧的心裡剖面。未發表的碩士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。
- 石世明 (2000)。對臨終者的靈性照顧。安寧療護雜誌，5(2)，41-56。
- 石世明、余德慧 (2001)。臨終處境所顯現的具體倫理現象。哲學雜誌，37，60-86。
- 石世明、余德慧 (2001)。對於臨終照顧的靈性現象考察。中華心理衛生學刊，14 (1)，1-36。
- 石世明 (2003)。病床陪伴的心理機制：一個二元複合模式之探討。第三屆現代生死理論建構學術研討會。嘉義：南華大學。
- 余玉眉、田聖芳、蔣欣欣 (1991)。質性研究—田野研究法於護理學之應用。台北：巨流。
- 余安邦、薛麗仙 (1998)。關係家與成就--親人死亡的情蘊現象之詮釋。中央研究院民族研究所集刊，85，1-51。
- 余德慧 (2000)。臨終病人的事實處境：臨終的開顯。安寧療護雜誌，5 (2)，29-32。
- 余德慧、李雪菱、李維倫 (2001)。臨終過程與宗教施為。生死學通訊，第五期，4-20。
- 余德慧 (2001)。詮釋現象心理學。台北：心靈工坊。
- 余德慧、石世明 (2002)。臨終過程心理質變論述的探討。第二屆現代生死理論建構學術研討會。嘉義：南華大學。
- 余德慧、石佳儀 (2003)。生死學十四講。台北：心靈工坊。
- 李雪菱 (2000)。面對「縫隙」--個陪伴者的反省與想像。安寧療護雜誌，5 (2)，74-81。
- 李維倫 (2000)。以存在現象學看臨終與生命的轉化。安寧療護雜誌，5 (2)，57-61。
- 李嗣涔、鄭美玲 (2000)。難以置信—科學家探尋神秘信息場。台北：張老師文化。
- 李嗣涔、鄭美玲 (2004)。難以置信(II)尋訪諸神的網站。台北：張老師文化。

- 李翠鵬（2004）。**跨越視覺世界的籬籬—盲人知覺現象學**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 李燕蕙（2005）。早期海德格的生死哲學。**揭諦**，8（2005，4），93-134。
- 杜小真（1994）。**勒維納斯**。台北：遠流。
- 汪文聖（2004）。超越「同一」與「差異」之外？--從海德格的觀點來看。**臺灣哲學學會 2004 年年會暨學術研討會**，台北：東吳大學
- 依品凡（2003）。**重新活回來**。台北：遠流。
- 林本炫、周平編（2005）。**質性研究方法與議題創新**。嘉義：南華大學教社所。
- 林麗雲（1996）。**安寧照顧的文化之舞---以台大緩和醫療病房為述說情境**。未發表的碩士論文，清華大學社會人類學研究所，新竹市。
- 林素琴（2004）。**癌末病患臨終階段照顧之現象學探討—從躁動不安到擬象轉換**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 畢恆達(1996)。詮釋學與質性研究。載於胡幼慧主編，**質性研究—理論、方法及本土女性研究實例**(P27-46)。台北：巨流。
- 高淑清（2001）。在美華人留學生太太的生活世界。**本土心理學研究**，16，225-285。
- 崔國瑜、余德慧（1998）。從臨終照顧的領域對生命時光的考察。**中華心理衛生期刊**，11（3），27-48。
- 陳佩蓓（2005）。**生命支助的傾圮—脊椎損傷者疼痛知覺與調適經驗之研究**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 陳慶餘、釋惠敏、姚建安、邱泰源、胡文郁（1999）。癌末病人靈性照顧模式之研究。**中華民國家庭醫學雜誌**，9（1），20-30。
- 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏（2002）：台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧。**安寧療護雜誌**，7（1），20-32。
- 陳榮華（2003）。**海德格《存有與時間》闡釋**。台北：臺灣大學。
- 黃碧琴（1995）。**寓居於世的受苦生命—現象學取向的心理病理研究**。未發表的碩士論文，台灣大學社會學研究所。台北。

- 傅偉勳（1993）。**死亡的尊嚴與生命的尊嚴**。台北：正中。
- 鄒川雄（2005）。問題意識之建構及其在研究過程中的方法意義。**南華大學第四屆社會科學研究方法：質性研究方法及其超越研習會**，嘉義縣：南華大學。
- 齊力、林本炫編（2005）。**質性研究方法與資料分析**。嘉義：南華大學教社所。
- 劉嘉琪（1999）。**伊利亞德象徵論之研究**，輔仁大學宗教學研究所碩士論文。台北。
- 劉仲冬（1996）。民族誌研究法及實例。載於胡幼慧主編：**質性研究—理論、方法及本土女性研究實例**，台北：巨流。
- 鄭志明（2002）。民俗醫療的病因觀。**南華大學第二屆生死學理論建構研討會**，嘉義縣：南華大學。
- 鄭宛宜（1996）。癌末病人的臨死覺知。**安寧療護雜誌**，2，60-64。
- 蔡友月（1998）。最後一段旅程——剖析癌症病人在醫院的垂死歷程。**中華心理衛生學刊**，11（3），1-26。
- 蔡昌雄（2001）。臨終精神現象本質的宗教哲學探討：一個方法論層次的省思。**南華大學生死學理論建構研討會**，嘉義縣：南華大學。
- 蔡昌雄（2002）。促發模式及其在臨終照顧應用的探討：以某區域教學醫院安寧病房的護理人員為例。**南華大學第二屆生死學理論建構研討會**，嘉義縣：南華大學。
- 蔡昌雄（2005）。醫療田野的研究應用詮釋現象學。**南華大學第四屆社會科學研究方法：質性研究方法及其超越研習會**，嘉義縣：南華大學。
- 蔡淑玲（2005）。**關懷的功課—安寧護理人員的自我照顧**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 簡政軒（2005）。**瀕死經驗個案後續效應之研究-以台灣本土個案為何**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 穆佩芬（1996）。現象學研究法。**護理研究**，4（2），195-201。
- 釋覺了（2003）。**佛教信徒瀕死經驗之研究—以嘉義四位信徒為例**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。

釋宗惇、釋滿祥、陳慶餘、釋惠敏：臨終說法與助念之臨床運用。安寧療護 2004；9(3)：236-251

龔卓軍 (2003)。生病詮釋現象學—從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。生死學研究創刊號，57-75。

龔卓軍 (2004)。現象學論死亡--以列維納斯為線索。揭諦，第六期 (2004，4)，195-221。

## 貳、中文部分 (譯書)

Campbell, J. (1997)。千面英雄 (The Hero with A Thousand Faces) (朱侃如譯)。台北：立緒。

Denzin, M. K. (1999)。解釋性互動論 (Interpretive Interactionism) (張君玫譯)。台北：弘智文化。

Eliade, M. (2000)。聖與俗—宗教的本質 (The Sacred & the Profane: The Nature of Religion) (楊素娥譯)。台北：桂冠。

Ferrucci, P. (1997)。高峰經驗—柳暗花明又一村 (Inevitable Grace: Breakthroughs in the Lives of Great Men and Women: Guides to Your Self-realization) (黃美基譯)。台北：光啓。

Geertz, C. (2007) 地方知識：詮釋人類學論文集 (Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology) (楊德睿譯)。台北：麥田。

Geertz, C. (2008) 文化的解釋 (The Interpretation of Cultures) (韓莉譯)。北京：譯林。

Grattan-Guinness, I. (1988) 心靈學--現代西方超心理學 (Psychical Research A Guide To Its History, Principles And Practices) (張燕云譯)。遼寧，人民出版社。

Heidegger, M. (1989)。存在與時間 (Being & Time) (陳嘉映, 王慶節譯)。台北：唐山。

Hennezel, L. M. (2000)。因為，你聽見了我 (La Mort Intime) (吳美慧 譯)。台北：張老師文化。(原書於 1995 年出版)

- Hick, J. (1991)。宗教哲學 (錢永詳譯)。台北：三民。
- James, W. (2001)。宗教經驗的種種：人性的探究 (The varieties of religious experience a study in human nature) (蔡怡佳、劉宏信譯)。台北：立緒。
- Jung, C. G. (1997)。榮格自傳：回憶、夢、省思 (Memories, Dreams, Reflections) (劉國彬、楊德友譯)。台北：張老師文化。
- Jung, C. G. (1999)。人與其象徵 (Man and His Symbols) (龔卓軍譯)。台北：立緒。
- Lefebvre, A. (1992)。超個人心理學—心理學的新典範 (Transpersonal Psychology A New Paradigm For Psychology) (若水譯) 台北：桂冠。
- Levinas, E. (1990) 生存及生存者 (Existence and Existents) (顧建光、張樂天譯)。台北：遠流。
- Manen, M. V. (2004)。探究生活經驗 (Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy , 2nd ed. ) (高淑清、連雅慧、林月琴 譯)。台北：濤石文化。(原書於 1997 年出版)
- Merleau- Ponty, M.(2001)。知覺現象學 (Phenomenology of Perception) (姜志輝譯)。北京：商務。(原書於 1968 年出版)
- Moody, R.A. (1991)。來生 (Life after Life) (賈長安譯)。台北：方智。
- Moacanin, Radmila. (1992)。榮格心理學與西藏佛教—心理分析曼荼羅 (Jung's Psychology and Tibetan Buddhism) (江亦麗、羅昭輝譯)。台北：臺灣商務。
- Palmer R. E., (1992)。詮釋學 (Hermeneutics) (嚴平 譯)。台北市：桂冠。
- Rinpoche, S (1996)。西藏生死書 (The Tibetan Book of Living and Dying) (鄭振煌譯)。台北：張老師文化。
- Rollo May (2004)。焦慮的意義 (The Meaning of Anxiety) (朱侃如譯)。台北：立緒。
- Schutz, a.(1991)。社會世界的現象學 (The Phenomenology of Social World ) (盧嵐蘭譯) 台北：桂冠
- Singh, K.D. (2010)。好走—臨終時刻的心靈轉化 (The Grace in Dying : how we are transformed spiritually as we die) (彭榮邦、廖婉如譯) 台北：心靈工坊。

- Sokolowski, R. (2004)。現象學十四講 (Introduction to Phenomenology) (李維倫譯)。  
台北：心靈工坊。
- Stace, W. T. (1998)。冥契主義與哲學 (Mysticism and Philosophy) (楊儒賓譯)。台北：  
正中。
- Stein, M. (1999)。榮格心靈地圖 (Jung's Map of the Soul) (朱侃如譯)。台北：立緒。
- Stevens, A. (2000)。夢：私我的神話 (Private Myths: Dreams and Dreaming) (薛綸譯)。  
台北：立緒。
- Van den Berg, J. H.(2001)。病床邊的溫柔 (Psychology of the Sickbed) (石世明譯)。台北：  
心靈工坊。
- Walsh, R. & Vaughan, F. (2003)。超越自我之道：超個人心理學的大趨勢 (Paths beyond  
Ego: The Transpersonal Vision) (易之新、胡茵夢譯)。台北：心靈工坊。
- Wambach, H. (1991)。前世 (Life before Life) (賈長安譯)。台北：方智。
- Wilber, K. (1998)。恩寵與勇氣 (Grace and Grit: Spirituality and Healing in the Life and  
Death of Treya) (胡茵夢、劉清彥 譯)。台北市：張老師。(原書於 1992 年出版)
- Wilber, K. (2000)。靈性復興—科學與宗教的整合道路 (The Marriage of Sense and Soul)  
(龔卓軍譯)。台北：張老師文化。
- Wilber, K.(2007)。事事本無礙 (No Boundary: Eastern and Western Approaches to Personal  
Growth) (若水譯)。台北：光啓文化。

### 參、英文部分

- Frankl, V. E.(1986). The Will to Meaning : Foundations and Logotherapy. New York: Vintase  
Broks.
- Grof ,S. ,& Grof ,C. (1980) . Beyond Death: The Gates of Consciousness. New York: Thamas  
& Hudson
- Herman Feifel, (1959) .The Meaning of Death. New York: McGraw-Hill Book Company.

- Hockey, Jennifer. L. (1990) *Experiences of Death: An Anthropological Account*. Edinburgh university press
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (1994). Phenomenology, ethnomethodology, and interpretive practice. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Kubler-Ross, E.(1969). *On Death and Dying*. New York: MacMillan Company.
- Kubler-Ross, E.(1997). *Death: The Final Stage of Growth*. New York: Simon & Schuster
- Lair, G. S. (1996). *Counselling the Terminally Ill: sharing the Journey*. Washington : Taylor & Francis.
- Leshan, L. (1989) *Cancer as a turning point: A handbook for people with cancer, their families, and health professionals*. New York: Noonday Press.
- Maggie, C., & Patricia, K. (1986). Understanding the final messages of hedying. *Nursing*,16,6.
- Manning, P. K., & Cullum-Swan, B. (1994). Narrative, content, and semiotic analysis. In N. K.. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Mishler, E. G. (1986). *Research interviewing: Context and narrative*. USA: Harvard University Press.
- Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing& Health*, 15,349-357.
- Stephen Levine (1987) . *Healing into Life and Death*. New York: Doubleday
- Sukie Miller (1997) . *After Death*. New York: Simon and Schuster Inc.
- Wilber, K. (1986). *Transformations of Consciousness*. New York : Shambhala
- Weisman, S.D.(1988).Appropriate death and the hospice program.*Hospice J*,4,65-77.
- Weiss, R. (1994). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press.

## 附錄一：

### 照顧日誌

瑞奇是位工程師，因肺癌末期呼吸喘 3 月 1 日入院，胸部 X 光判讀結果，左側肺部幾乎快被癌細胞佔滿，住院後經過嗎啡藥物調整，呼吸速率已接近正常，他住的是三人房最裡面靠窗的床，光線還不錯，但他似乎不喜歡待在病房，他的活動力還不錯，經常看到他自己滑著輪椅四處走走，甚至到一樓去喝個咖啡。不知是否個性使然，雖然結婚但目前是單身，住院期間總是一個人，偶而前妻會來探望，前妻表示他依然那麼自負，孩子跟他沒話說，也不想來看他。

他學佛多年，和病房的臨床宗教師談起佛法頭頭是道，也喜歡和宗教師談話，但怎麼談都是佛法。我發現他都是坐著講話，有時坐在輪椅上，有時坐在床上或床旁的陪病床上，連午休時間他也是坐著打盹兒，我觀察他的呼吸並不費力，我注意到他的床鋪不管他是否坐在上面，床鋪總是維持近乎六十度角，我問大夜班同仁，他夜間睡眠情況如何？他睡眠時間很短，都是坐著睡而且要戴上鼻導管的氧氣，有一次睡著時氧氣鼻導管掉了，呼吸一樣順暢。

3 月 8 日 ~3 月 9 日

瑞奇同房第一床的病友（瑞奇住第三床），出現瀕死徵象，探病的親屬增加了，瑞奇很生氣的抗議，要求把第一床病友移走，他說那麼多人來來往往很吵，安寧病房一點都不安寧。他待在病房的時間更少了，我常聽到她的主護護理師詢問：有沒有人知道瑞奇現在在那裡？護理師經常爲了給他治療四處找他。隔日下午第一床的病友往生了，同仁形容瑞奇滑著輪椅衝出病房，速度之快一點都不像病人，到了晚上才回到病房，但似乎整晚都沒睡，大夜班同仁問他要不要一點促進睡眠的藥物，他拒絕了。

3月10日

第一床很快的住進一位新病友，醫護團隊成員像往常一樣穿梭在每張病床間，瑞奇卻不太理會這些人，也不會和同室病友往來。今天瑞奇請了一位照顧服務員（俗稱的看護）在旁，他要服務員到護理站推一支氧氣桶放在他床邊，另一支氧氣桶放在浴室廁所，其實病床的床頭面版就有中央系統的氧氣出口，但當他要上廁所時，從床上到廁所大約15公尺的距離需要移動式的氧氣桶，預防移動時喘起來，他又擔心萬一支氧氣桶用完時沒氧氣，所以要在廁所再放一支，浴室是公共場所又有人洗澡放氧氣桶並不合適，護理師再三跟他解釋氧氣桶的氧氣可用多少時間是算得出來的，但是他非常堅持，後來護理長出面協商，他同意可以不放在浴室而改放在病房門口，到了小夜班他要求放兩支在床旁，小夜班同仁沒空理他，再推一支給他。他也爲了用藥和醫護人員超出理性的溝通，接著又抱怨床不好讓他晚上睡不好、夜班護理師的巡房打擾他。

3月11日

瑞奇的護理師覺得應該要跟他談談有關善終準備相關事宜，每個人都可以感受瑞奇的恐懼，但瑞奇拒絕跟任何人談話包括宗教師在內，護理師跟他說您不是學佛學的很好嗎？他生氣的說：您們跟我談話是浪費我的體力，我只要好好念佛病就會好。他還是由看護推著輪椅拖著氧氣桶四處逛逛，不會跟人打招呼，我注意到他只拖一支氧氣桶。

病房準備活動式氧氣桶是爲了給需用氧氣的病人離開病房去檢查時用的，因爲氧氣是危險的，每個病房可以儲存的支數是受限的。今天爲了氧氣有一段插曲，瑞奇昨天一整天用下來有很多空筒被送去灌氣，加上有病人去檢查需帶氧氣筒，瑞奇病房門口只剩一支氧氣，他猛按呼叫鈴，要護理師把氧氣送過去，護理師跟他解釋，目前的氧氣足夠他用，待會兒拿去灌氣的氧氣桶回來再拿過去，他哪聽得進去，非常生氣的說他要告到上級去。下午他要求要全部用氧氣桶的氧氣，本來在床上他可以用中央系統供給的氧氣，但這時候他非要用氧氣桶的氧氣不可，理由是氧氣桶的氧氣比較純，其實氧氣桶的氧氣是由中央系統灌進去的，我們用氧氣偵測儀測兩者的氧氣濃度給他看，爲了確認是否真的不同，我試了一下感覺不出來，不過，我想我是個健康的人，對氧氣沒有特別的

需求，對氧氣的敏感度可能不如瑞奇。

3月14日

週末又有一個瑞奇的室友往生，同仁形容他用飛的衝出病房。同仁交班說瑞奇已經三天沒睡，下午他突然要求要見心理師，他不斷向心理師求證他有沒有問題？他是不是瘋了？他說：「每天當晚上來臨的時候，世界是黑暗的。好多的夢境、好多的情節，好多的聲色光影，一切都是那麼的真實，以為這就是真的了。天亮以後，白天的光明帶我回到現在的世界，當感覺一切是那麼熟悉、那麼栩栩如生時，晚上的經驗像夢一般。白天過去，夜晚來臨，再度開始黑暗的情節，白天的一切變得不真實。每天每天，白天，夜晚，光明，黑暗交錯」他覺得世界很不真實，現在的自己是他嗎？他希望能給他一顆安眠藥讓他睡一覺，他說太累了需要休息一下。協助將他扶上床後，他無助的縮著身子抱著頭，像子宮裡的胎兒那樣，直到睡著為止。

3月15日

瑞奇在今早6點30分往生了。由交班內容得知，瑞奇昨天服用安眠藥後睡到晚上11點醒來，表情平靜沒有要求什麼，上過廁所喝些水後又繼續睡，凌晨1點再次醒來，說了一些看護聽不懂的話，但不久又入睡，所以看護未告知大夜班護理師，凌晨3點護理師巡房時聽到瑞奇發出的呼吸死亡音，呼吸有點急促但不費力，血壓也開始下降，5點失去了意識，6點30分自然往生。

## 附錄二：

### <小河流的旅程> 文本

有一條小河流從遙遠的高山上流下來，經過很多村莊與森林，最後來到一個沙漠。它想：「我已經經過重重的障礙，這次也應該可以越過這個沙漠吧！」當它決定越過沙漠時，它發現它的河水漸漸消失在泥沙中，它試了一次又一次總是徒勞無功，於是它灰心了，它頹喪的自言自語：「也許這就是我的命運了我永遠也到不了傳說中那個浩瀚的大海。」

這時候，四周響起一陣低沈的聲音「如果微風可以跨越沙漠，那麼河流也可以。」原來這是沙漠發出的聲音。小河流很不服氣的回答說：「那是因為微風可以飛過沙漠，可是我卻不行。」，「因為你堅持原來的樣子，所以你永遠無法跨越這個沙漠。你必須讓微風帶你飛過這個沙漠，到你的目的地。只要你願意放棄你現在的樣子，讓自己蒸發到微風中。」沙漠用它低沈的聲音說。

小河流從來不知到有這樣的事情，「放棄現在的樣子，然後消失在微風中？不！不！」小河流無法接受這樣的概念，畢竟它從未有這樣的經驗，叫它放棄自己現在的樣子，不等於自我毀滅了嗎？「我怎麼知道這是真的？」小河流輕聲的問。

「微風可以把水氣包含在它之中，然後飄過沙漠，到了適當的地點，它就把這些水氣釋放出來，於是就變成了雨水。然後這些雨水又會形成河流，繼續向前進。」沙漠很耐心的回答。「那我還是原來的河流嗎？」小河流問，「可以說是，也可以說不是」沙漠回答。沙漠繼續說：「不管你是一條河流或是看不見的水蒸氣，你內在的本質從來沒有改變。你會堅持你是一條河，是因為從來不知到自己內在的本質。」

此時小河流的心中，隱隱約約想起了似乎自己在變成河流之前，好像也是由微風帶著自己，飛到內陸某座高山的半山腰，然後變成雨水落下，才變成今日的河流。於是小河流終於鼓起了勇氣，投入微風張開的雙臂，消失在微風中，讓微風帶著它，奔向它生命中（某個階段）的歸宿。

表一：

### 四大分解

五大元素	特性	身體器官	瀕死徵象	病人主觀感受
地	堅固性	骨骼 肌肉 神經系統	軟弱、睡眠時間漸長、嗜睡不易叫醒、辨識能力低、吞嚥困難、牙關緊閉、不喜人碰觸、幻聽、幻覺、煩躁不安等等。	想睡、眼皮睜不開、沒力氣、感覺沉重、往下沉、感覺被子重、坐立不舒服、焦躁不安、想下床等等。
水	濕性	血液 淋巴液 組織液	心跳不規則快而弱、血壓下降、四肢發冷、發紫、尿量減少、無尿、大小便失禁、冒冷汗、鞏膜水腫	感覺口鼻分泌物異常、口腔喉嚨黏黏被塞住、水淹、忽冷忽熱、感覺模糊等等
火	緩性	體溫		口鼻很乾、體溫忽冷忽熱、忽醒忽不清楚、記憶間斷
風	動性	呼吸	鼻翼扇動、呼吸急促、張口呼吸、呼吸費力、變慢、嘎嘎聲、呼吸型態改變	呼吸不順、胸悶、無法注意外界、心識無法作主、失控感、無法感知外界、產生幻覺、恐懼或安詳
空			臨死覺知(病人預感)	要去旅行、看到交通工具、預知死亡時間、看到要去的地方、表示要回家。

參考西藏生死書 (Rinpoche,1996) 與臨床經驗，普安法師整理