

# 以完形治療的觀點看儲物症之成因

## The Causes of Hoarding Disorder: A Gestalt Therapy Perspective

游心慈<sup>1</sup>  
Hsin-Tzu Yu<sup>1</sup>

### 摘要

儲物症（又譯囤積症）是現代社會的文明病，患者因囤積物品而導致居住空間雜亂不堪，不但影響了個人生活、人際功能，也會影響重要他人的生活品質，甚至增加整個社會的負擔。儲物症於2013年始正式公告於精神疾病診斷準則手冊第五版中，目前相關研究甚少，但盛行率卻已開始提升，顯示我們有必要正視儲物症的預防與治療，探討其可能成因與療法。本文目的即是透過完形治療的觀點來詮釋儲物症，以完形觀點解釋其成因，盼望進一步引發相關治療或介入方案的生成，乃初步論述性文章。首先描述儲物症的診斷、盛行率，並回顧現有之相關研究，接著概述完形治療的三大觀點—未竟事宜、接觸循環圈與接觸干擾—嘗試透過完形治療的觀點說明儲物症的成因，最後總結全文並指出可能的治療方向。

**關鍵詞：**完形治療、儲物症、囤積症

### 壹、前言

所有保存的動作／都是基於害怕失去／我將自以為重要的東西／不斷地囤積起來／讓自己活在假象的安全感中……（李佩怡，2006）

這首詩說出了許多人保存、囤積物品的心聲，因為需要安全感而難以割捨某些物品，實屬正常現象，然而，若是這樣的行為持續且難以控制地影響生活

功能，便可能出現所謂「儲物症（Hoarding disorder）」，亦有人譯為「囤積症」。過去，DSM手冊將儲物行為視為強迫性人格的症狀之一（Kress, Stargell, Zoldan & Paylo, 2016），直到90年代中期，社會更加重視儲物症問題，再加上許多具有囤積症患者的症狀都不符合強迫症的診斷（Oltmanns & Emery, 2015），美國精神疾病診斷準則手冊（DSM5）始於2013年始將儲物症新增為一種心理疾病，歸類在強迫症類群之下

<sup>1</sup>國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系研究所諮商組 碩三學生  
通訊作者：游心慈，（114）台北市內湖區文德路66巷13弄3號1樓，  
E-mail: cd031111@yahoo.com.tw



（臺灣精神醫學會，2015）。

儲物症屬於現代社會的文明病，愈來愈常見於報章媒體上，由於儲物症患者無法丟棄物品，不論物品本身價值如何，因而導致囤積，進而使居住場所雜亂不堪，為自身、周遭他人帶來困擾，嚴重者甚至造成環境汙染，成為整個社會的負擔（陳傳靈，2015），這代表我們有必要重視儲物症的成因與可能治療方式，然而，目前與之相關的研究甚少，且多聚焦在其認知功能問題上，包含認知彈性不佳、無法完成完形填空任務等（Carbonella & Timpano, 2015），以偏向病理的角度探討其成因，事實上，如果儲物症的成因僅與認知功能有關，那麼我們將很難解釋，為什麼直到二十世紀末，才突然開始有愈來愈多人產生相似的症狀，顯然，關於儲物症，還有其他可能的成因是值得研究者探索的。

一篇個案研究指出，許多有儲物習慣者，不願丟棄物品的原因，都與物品的情感與象徵價值有關（Seedat & Stein, 2002），可見儲物症除了認知上的病理因素外，與情感及自我因素也脫離不了關係。過去相關文獻相對缺乏對儲物症狀背後關於丟棄的恐懼、不捨或抗拒之情緒以及自我狀態的探討，若由完形治療的觀點切入，將有助於彌補過去文獻所忽視之處。

完形治療強調個體達成整合的重要性，指出人類的不適應行為是起因於過去未完成的圖像干擾當下新圖像的形成，導致能量卡住而無法發揮功能，甚至產生行為的退化（Jones-Smith, 2014）。而儲物症患者眼中每一個無法丟棄的物品，可能都是一種能量卡住、無法整合的表徵，也就是說，在產生儲物症狀之前，個體內在先經歷了妨礙自身與環境接觸的「接觸干擾」（包含低敏感、偏離、內攝、投射、迴射、自我

中心與融合），接觸干擾阻礙了個體自我調節機制的運作、導致未竟事宜，從而產生儲物症狀（陳金定，2007）。舉例而言，當個體出現「融合」現象，他可能與週遭事物融為一體，無法區分物我，他對於丟棄物品會感到苦惱、不得不保存物品，因為丟棄物品就彷彿丟棄了一部份的自己。再舉一例，當個體出現「偏離」現象，他會忽略或轉移來自內在或外在的刺激，他並非刻意囤積，而是對於週遭堆積如山的物品毫無所覺。

總之，從完形治療的角度切入，將有助於我們從不同面向了解儲物症之成因，本文主要目的即在嘗試以完形治療觀點來重新看待儲物症。首先指出儲物症的診斷、盛行率與現行相關研究，第二段概述完形治療的觀點，以未竟事宜、接觸循環圈及接觸干擾為重點，第三段則嘗試以上述觀點解釋儲物症的成因，末尾總結全文並指出可能的治療方向。

## 貳、儲物症

### 一、儲物症的診斷

#### （一）精神疾病與診斷手冊（DSM-5）

DSM-5中將儲物症歸類在強迫症類群之下，其症狀描述如下，符合下列定義者，即可能正受儲物症所苦（臺灣精神醫學會，2015）：

- 1.持續地難以丟棄所有物或與之分離，不管其實際的價值如何。
- 2.這種困難是來自於覺得有保存這些物品的需求，及對丟棄物品會感到苦惱。
- 3.丟棄所有物的困難導致物品的



囤積，致使居住場所擁擠、凌亂不堪，以至於無法有效地使用居所。如果居住場所並不凌亂，這僅是因為第三者的干預（例如：家庭成員、清潔工、權威人士）。

4. 儲物症的症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損。（包括維持自己和他人環境的安全）。
5. 儲物症的症狀無法歸因於另一身體病況（例如：腦傷、腦血管疾病等）。
6. 儲物症的症狀無法以另一精神疾病的症狀做更好的解釋。

由上述診斷內容可知，儲物症患者會無法控制且持續地無法割捨物品，即使物品並無明顯價值，且因著這樣的苦惱而囤積，導致居住場所凌亂擁擠，其社交、職業等功能都因而受損。

## （二）國際疾病傷害及死因分類標準第十版（ICD-10）

美國國家衛生統計中心、衛生政策研究中心領導編撰之國際疾病傷害及死因分類標準（ICD-10）中之精神和行為障礙章節內亦收錄儲物症診斷，2016年更新編碼為F42.3，屬強迫性疾患的一類（ICD LIST, 2018）。

## 二、儲物症的病程與盛行率

目前臺灣尚無關於儲物症盛行率的數據，而在美國，儲物症的年盛行率已將近6%，遠高於強迫症的1.2%，男女之間盛行率沒有顯著差異（Oltmanns & Emery, 2015）。

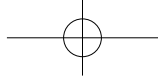
關於儲物症病程的調查報告則顯

示，可能從11-15歲即開始有儲物症的徵兆，漸漸慢性化，若沒有改善，則在30歲後會有更明顯的囤積困擾出現，臨床上接受治療的個案則以50-60歲居多（楊庸一，2015）。另外也有文獻指出，輕度儲物症自18歲開始，通常要過了八年以後，病情才會惡化為中度；到了35歲則有惡化為重度儲物症的可能性（Steketee & Frost, 2003），這期間的病情變異程度目前仍不清楚，但已可從中看出面對儲物症，及早發現、及早治療的重要性。

## 三、儲物症之成因與現行療法

認知行為模式指出，儲物的表現可能導因於下列三大類的缺損或困擾—第一、訊息處理問題：儲物症者較常出現注意力、歸類、記憶力與抉擇的困難，可能與其缺乏認知彈性有關（Carbonella & Timpano, 2015），相對之下，他們較無法忍受生活中的不確定性（Wheaton, Abramowitz, Jacoby, Zwerling & Rodriguez, 2016）；第二、對於所有物的情緒依附與扭曲信念：儲物症與對所有物的情緒反應高度相關，個體可能是透過無差別的儲物避免情緒沮喪或任何負向結果；第三、因為對所有物的依附而產生情緒困擾，進而產生逃避行為，完全避免丟棄或者拒絕選擇如何處理所有物（Steketee & Frost, 2003）。

除了上述三大原因外，創傷壓力事件也可能造成儲物症或者使原先已存在的症狀惡化（Kress, Stargell, Zoldan & Paylo, 2016）；探討儲物症與失眠困擾的研究顯示，失眠高度顯著地預測儲物症的惡化，特別是無法丟棄所有物的行為，顯示改善失眠症狀也許有助於提升對儲物症當事人的治療效果（Raines,



Portero, Unruh, Short & Schmidt, 2015)，而沉湎，即反覆且持續的負向思考，也是儲物症惡化的預測因子（Portero, Durmaz, Raines, Short & Schmidt, 2015），此外，有四分之三的儲物症患者指出家族至少一人有相似症狀，且儲物症患者家中他人有囤積症狀的頻率也偏高（Steketee & Frost, 2003），這是否代表家庭環境會影響儲物症狀，又或者是存在某種儲物症的基因，仍是有待釐清的問題。

目前，較常見以認知行為取向治療儲物症，與個案合作，透過行為改變技術制定實際的目標、可控制的計畫來逐步改變儲物行為以及與儲物相關的認知（Kress, et al., 2016），助人者可能會直接至儲物症患者家中進行治療，提供機會讓當事人實際練習丟棄物品，能顯著影響當事人行為，使其更能夠丟棄物品，但短期內對囤積行為的影響效果則較小（Tolin, Frost, Steketee & Muroff, 2015），且治療結束後3-12個月再做後續追蹤，當事人的行為沒有進一步的改善，部分個案確實逐漸脫離儲物的困擾，預後良好；但也有部分個案在治療結束後退回原本的狀態（Muroff, Steketee, Frost & Tolin, 2014）。

除了認知行為治療以外，減害治療取向（Tompkins, 2014）、家族治療與藥物治療都是可能有用的做法（Kress, et al., 2016），必要時也可與社區機構、衛生資源中心、當事人的親朋好友共同合作，建立有效的治療支持網絡（Dobrian, 2015）。

綜合整理上述儲物症之成因與療法，可以看出儲物症的成因相當複雜，目前沒有單一的罹病決定因子，而是由多重因素導致，其中，除了認知彈性問題與失眠等生理相關因素之外，包含對不確定性的忍受程度、對所有物的情緒

反應、對負向情緒的逃避行為，以及創傷壓力事件及家庭因素等，都可以透過完形治療的觀點做整合性地詮釋。

此外，儲物症的治療也絕非只是「使個案能丟棄雜物、減少囤積行為」而已，要達到治標又治本，除了探討當事人的認知行為，透過完形治療的觀點，綜合考量個案的過去經驗、所處環境與當下情緒及自我狀態，協助個案調整接觸干擾、達成整合，是相當重要而有幫助的。以下即介紹完形治療的觀點。

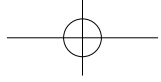
## 參、完形治療的觀點

### 一、完形治療概觀

完形治療觀點奠基於現象學、存在主義與完形心理學之上，強調整體大於部份的總和，指出人類是整體運作的，所有情緒、想法、感官、知覺與環境脈絡都互相影響，無法單獨解讀，健全的人能與他人分化同時也維持適當的連結（Jones-Smith, 2014），其主要目標在協助個人覺察、探索並體驗自己，進而達成整合（卓紋君、徐西森、范幸玲、黃進南，2002），要達成此，便要能以不扭曲的角度去了解自己同時看清外在環境，為自己做出選擇、並為自己的選擇負責（曹中璋，2009）。

### 二、圖形／背景與未竟事宜

人類天生就有某種組織傾向能區辨場域中的圖形與背景，而完形治療認為這樣的歷程發生在我們生活所有層面中，過去的經驗組成了背景，而當下最迫切的需求即成為圖形，直到需求被滿足以後，圖形便融入背景，等待下一個



需求浮現 (Jones-Smith, 2014)，理想上，圖形與背景會自然地浮現與消融，若因為某種因素使圖形的需求遲遲無法滿足，無法退回背景，即成為所謂「未竟事宜 (Unfinished Business)」，干擾、影響下一個圖形的形成，導致能量停滯無法流動 (曹中璋, 2009)。

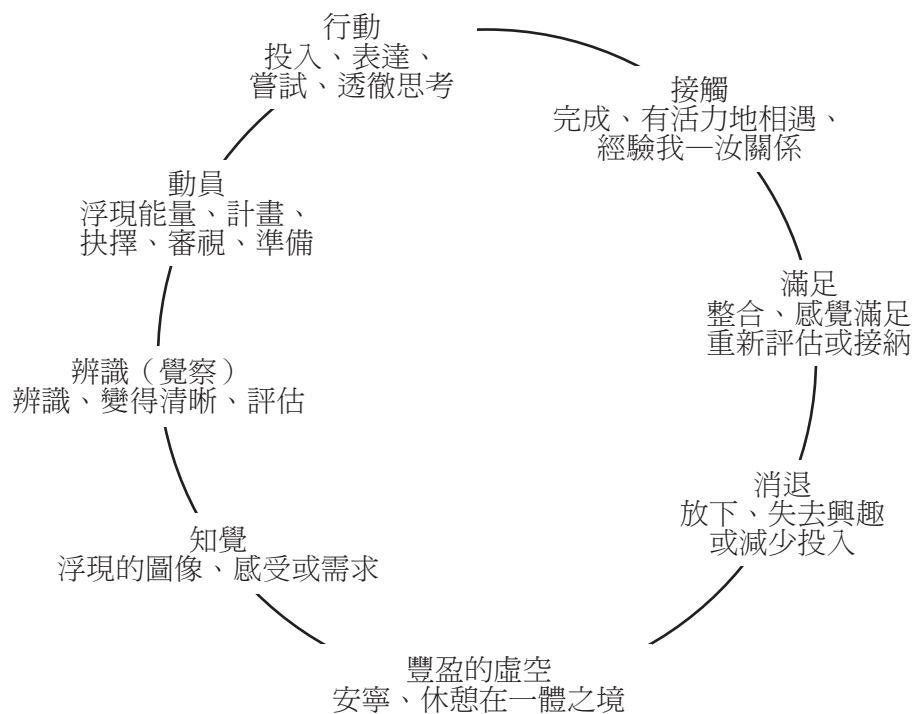
### 三、接觸循環圈與接觸干擾

個體與環境互動、接觸的過程中，圖形背景的形成與消融即在持續進行著，從需求浮現、需求滿足到新的需求出現，會形成一種流動的接觸循環圈，不同學者對完形循環圈的解釋稍有出入，筆者在此僅列出其中一種說法，如圖一所示。

由圖一可以看出，接觸循環圈沒有明確起點與終點，在理想的情境下，我

們會經歷以下幾個階段：豐盈的虛空階段——指我們正處於休息狀態，沒有明確的圖形產生；知覺階段個體感知到環境刺激而開始浮現新的需求；接著透過意識覺察開始辨識、評估圖像；進而動員能量，審視、規劃、準備投入行動；到了行動階段我們開始選擇並實驗滿足需求的方式；接觸階段個體會與所選擇的人事物接觸並體驗之；最後我們透過評估整個經驗而體驗到滿足的感受，進而能在消退階段放下已滿足的需求、減少投入。此時圖形會消融到背景中，個體又回到豐盈的虛空狀態 (張莉莉, 2010)。

接觸循環圈的任何一個階段中，皆有可能產生干擾，導致需求無法完全滿足，一般而言，知覺階段的干擾來自低敏感，缺乏感覺而無法體驗外在環境或自我；覺察階段的干擾為偏離，源自個



圖一：完形形成與毀壞之接觸循環圈

資料來源：張莉莉 (譯) (2010)：完形諮商與心理治療技術 (原著：Joyce, P. & Sills, C.)。臺北市：心理。(原著出版年：2001)，頁45。



體刻意忽略或疏遠自身重要需求；動員階段的干擾來自內攝，指個體將外在訊息未經過濾地納入自我結構之中影響計畫與抉擇；行動階段的干擾與投射有關，個體將無法接納的自我轉嫁到他人身上；迴射則是接觸階段的干擾，個體壓抑某些對外行動而轉向內在；自我中心是容易出現在滿足階段的接觸干擾，個體會過度專注於自己的思想感受與行為；最後，消退階段的干擾則稱為融合，是指個體無法放開先前的情境或太快進入新的圖像，無法處在空無的狀態，也無法適當地保留自我界限（卓紋君、徐西森、范幸玲、黃進南，2002）。

事實上，自Perls創立完形治療學派以來，完形治療的觀點即在歐美非洲等地蓬勃發展至今（Jones-Smith, 2014），臺灣也有愈來愈多專業工作者投入完形治療工作中，其豐富的理論內涵絕非三言兩語就能完整描述，筆者在此僅粗淺地介紹完形治療最常被提及的重要觀點，以便以下應用這些觀點重新詮釋儲物症的成因。

## 肆、以完形治療的觀點詮釋儲物症之成因

依據完形治療觀點，我們在與物品接觸的過程中，首先會知覺到這些物品的存在，產生某種需求、覺察物品對我們的意義、接著開始動員能量選擇行動或不行動，最後開始與物品相會、接觸，可能是整理它或者丟掉它，與物品相關的需求被滿足以後，它自然地融入背景中，完成一次圖形與背景的接觸循環（張莉莉，2010）。

而對儲物症患者而言，這樣的接觸過程並不順利，基於過去因應處理人事物議題的習慣反應（張莉莉，2010）或

者更極端的創傷事件（林佩儀，2003），他們可能在各個階段遇到干擾，導致與物品相關的需求無法被滿足，事實上，根據接觸干擾的現象不同，儲物症患者所展現出之症狀及輕重程度也會不同，譬如說：在消退階段，個體可能出現「融合」現象，難以區分物我界限，放不開與物品相關的回憶，甚至將自我價值寄託在物品上，他們特別需要安全感、無法忍受不確定性（Wheaton, et al., 2016），因而無法丟棄所有物，這類型儲物症者，應該能夠清楚地說出每一樣物品的價值與回憶。另外，出現「自我中心」之接觸干擾的個體則是感覺有保存物品的需求，他們透過物品來維持過去的回憶價值乃至成就感，沉湎於過去想法與感受之上，導致儲物習慣惡化（Portero, et al., 2015）。

上述個體重視物品的實際情感價值，其所處空間可能狹小但未必雜亂，對生活功能的影響相對較低，然而，出現「低敏感」現象者在覺察階段刻意逃避對於物品回憶，避開與物品有關的潛在負向情緒（Steketee & Frost, 2003），在沒有外力要求的情況下，他們不會主動選擇接觸具情感價值的物品，因而未曾有機會丟棄物品。出現「偏離」現象者則是在知覺階段即對所處環境無感，這兩類型的儲物症者可能在不自覺地情況下堆滿了雜物，由於無感，他們不介意居住場所擁擠凌亂，即使週遭人都已不堪其擾。

至於出現「內攝」干擾之個體儲物原因則是吸收了重要他人的觀點與指示而感覺有必要保存物品，他們丟棄物品時會產生罪惡感，因為無法遵守某種外在加諸的價值觀或者過去對重要他人的承諾，另外，這也可以解釋整個家族成員會同時出現儲物症的現象（Steketee & Frost, 2003）。



另一方面，出現「迴射」與「投射」之接觸干擾的個體，習慣壓抑或否認部份的自我，由於壓低或否認了物品的情感價值，他們可能相對較能夠丟棄、割捨物品，外在行為看來較具適應性，但若進入另一個極端也可能產生憂鬱、緊繃、自我否定等負向結果。

總之，對儲物症者而言，每一個無法捨去的物品都是出現一種到多種接觸干擾現象的表徵，隨著物品累積愈多、所處空間愈來愈小而亂，當事人也愈來愈沒有能量處理，只能任由承載著未竟事宜的囤積物充斥在生活中，最終影響了自己的功能。

## 伍、結論

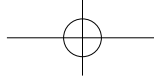
認知行為模式曾提及儲物症患者丟棄所有物時，會產生一種情緒依附——相信物品能帶來情感上的安慰、害怕失去重要的東西或者因為丟棄物品而失去自我感，（Steketee & Frost, 2003），本文藉由完形治療觀點進一步更細緻而整體地詮釋儲物症的成因。

首先，本文回顧過去關於儲物症的文獻，概述儲物症的診斷、盛行率與可能成因，接著概述完形治療的觀點，透過接觸干擾的概念，提供對於儲物症成因的淺見。實際上，正如前文詩句所描述，有時我們囤積物品可能單純出於一種不安、一種恐懼，而儲物確實也有其功能性，有助於我們緩解不安感，人類至少在一定程度上會需要透過外在物品來證實自己的存在與成就。面對過度囤積引發困擾的當事人，我們應該不帶批判地傾聽、了解每位當事人儲物的原因，才能真正對症下藥，不只改善行為，更是協助當事人滿足未竟的需求。此外，若能在症狀惡化以前，及早發現並介入，將能節省許多社會成本。

藉由完形觀點了解儲物症，僅是初步的嘗試，值得後續研究進一步證實，而實務工作者也許能嘗試透過完形的空椅法、兩極對話等實驗活動協助當事人自我覺察、經驗情緒（詳見曹中璋，2009），藉著處理當事人的接觸干擾現象，了結當事人心中未竟事宜，使其能夠逐一捨棄原先無法割捨的物件，逐漸緩解當事人的囤積症狀與伴隨而來的生活與人際困擾後，進而協助其重新達成自我整合，朝著更清爽的人生前進。

## 參考文獻

- 臺灣精神醫學會（譯）（2015）。**精神疾病診斷準則手冊**（原著：American Psychiatric Association）。新北市：合記圖書出版社。（原著出版年：2014）
- 李佩怡（2006）。囤積與懼的關係——得自於清掃書窩的自我覺察。**諮商與輔導**，249，64。
- 林佩儀（2003）。完形治療在童年創傷的應用。**諮商與輔導**，205，28-35。
- 卓紋君、徐西森、范幸玲、黃進南（譯）（2002）：**完形治療的實踐**（原著：Petruska Clarkson）。臺北市：心理。（原著出版年：1989, 1999）
- 曹中璋（2009）。當下，與你真誠相遇：完形諮商師的深刻省思。臺北：張老師文化事業有限公司。
- 張莉莉（譯）（2010）。完形諮商與心理治療技術（原著：Joyce, P. & Sills, C.）。臺北市：心理。（原著出版年：2001）
- 陳金定（2007）。完形治療理論之驗證：接觸干擾、未完成事件與心理幸福感因果模式考驗。**教育心理學報**，39（1），45-68。



- 陳傳霖 (2015年9月9日)。老婦堆囤回收物，強制清出三卡車。華視新聞網。取自[http://news.cts.com.tw/general/index.html#cat\\_list](http://news.cts.com.tw/general/index.html#cat_list)
- 楊庸一 (2015年4月13日)。新文明病：儲物症 (Hoarding disorder) 似正在增加。【新公民議會】。取自<http://newcongress.tw/?p=3387>
- Carbonella, J. Y., & Timpano, K. R. (2015). Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Behavior Therapy, 47*(2), 262-273.
- Dobrian, J. (2015). Hoarding disorder: the ten ton problem & the elephant in the room. *Journal of Property Management, 80*(2), 16-22.
- ICD LIST. (2018). ICD-10 Diagnosis Code F42.3 [Diagnosis code]. Retrieved from <http://icdlist.com/icd-10/F42.3>
- Jones-Smith, E. (2014). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. Sage Publications.
- Kress, V. E., Stargell, N. A., Zoldan, C. A., & Paylo, M. J. (2016). Hoarding disorder: diagnosis, assessment, and treatment. *Journal of Counseling & Development, 94*(1), 83-90.
- Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2014). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depression and anxiety, 31*(12), 964-971.
- Oltmanns, T. F. & Emery, R. E. (2015). *Abnormal psychology* (8<sup>th</sup> edition). Boston: Pearson.
- Portero, A. K., Durmaz, D. A., Raines, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2015). Cognitive processes in hoarding: The role of rumination. *Personality and Individual Differences, 86*, 277-281.
- Raines, A. M., Portero, A. K., Unruh, A. S., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2015). An initial investigation of the relationship between insomnia and hoarding. *Journal of clinical psychology, 71*(7), 707-714.
- Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56*(1), 17-23.
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review, 23*(7), 905-927.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta analysis. *Depression and anxiety, 32*(3), 158-166.
- Tompkins, M. A. (2014). *Clinician's guide to severe hoarding: A harm reduction approach*. Springer
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Jacoby, R. J., Zwerling, J., & Rodriguez, C. I. (2016). An investigation of the role of intolerance of uncertainty in hoarding symptoms. *Journal of Affective Disorders, 193*, 208-214.