

身体的短路：一项承诺了修复的医学，如何制造了无法再连接的身体

达标的过程，常常不是修复了身体自行生成稳定的能力，而是用外部手段持续地短路了它

作者 胡敏 · SDE 学员 · 约 2.0 万字 · 发表于2026年7月29日 · 深化增补版

摘要

现代医学在慢性病管理中取得了一项深刻而隐蔽的成就：它成功地将身体的动态调控能力——一种在紊乱中重建秩序的发生过程——翻译为一组可以被外部工具精准管理的末端生理指标。当血压、血糖、血脂被药物稳定地控制在目标范围内时，医学宣告了成功。然而，在这成功的阴影处，有一场静默的失能正在发生：达标的过程，常常并非修复了身体自行生成稳定的那个发生性能力，而是用外部手段持续地短路了它。

本文将这种结构性的、长期未被命名与度量的后果称为“能动性闲置”（agency disuse）。它不是一种新疾病、新症状或新的药物副作用，而是一个发生学概念：它所指向的，是身体被剥夺的不再是某个器官的功能，而是它在扰动中重新与自身建立连接、在失衡中重获秩序的那种“发生能力”。这种能力，如同需要被持续冲刷才不会干涸的河床，是必须被行使才能被维持的。一旦被外部工具长期、高效地代劳，它就沉默、萎缩，随即消失。能动性闲置因此不是一个批评个体医生或具体药物的概念，而是一个制度认识论概念：它试图缝合伊利奇的“临床异化”（文化维度）、福柯的“医学凝视”（权力维度）与生理学的“去适应”（躯体维度）之间的裂隙，并精确指向现代医学以达标为核心的实践模式所系统制造的那一类特定的、未被命名的结构性后果。

本文正面论证能动性闲置的不可还原性——它不是“用进废退加内感受钝化再加临床异化”的语义重述，而是将这些分散在多个学科中的片段整合在“达标管理”这一具体的、制度性的临床情境下之后，照亮的一个新辨别面：达标管理的成功逻辑本身，如何系统性地制造了一种“能力储备在无症状中流失”的结构性后果——这一后果恰恰因为化验单上一切正常而无法被任何单一学科的诊断工具所捕获。这一辨别面，是“用进废退”（不涉及认识论层面的测量盲区）、“内感受钝化”（不涉及制度性实践）、“临床异化”（不涉及生理能力衰变）各自单独所无法覆盖的。

在对伊利奇、福柯、Welch、Mol、健康心理学与医学人类学的多重理论对质之后，本文回应了“正常值救了命”这一最严峻的反驳，界定了能动性闲置的适用边界，并引入来自生理学、内感受研究、以及行为医学的初步实证线索。本文的最终命题不是废除正常值，而是提出一个必须被正视的追问：在承认药物干预不可放弃的前提下，我们能否想象一种不以系统性短路身体的自我再连接能力为核心代价的医学实践？这唯有当我们将健康理解为一个动词——一个必须被持续行使才能被保有的发生过程——时，才成为可能。

关键词 能动性闲置；达标管理；身体短路；再连接；临床认识论；能力储备

一、健康作为动词：当“活着”被翻译成“没有故障”

健康，在当代医学的主流操作里，是被当作一种“有”或“没有”的库存状态来清点的。一个人走进体检中心，就相当于打开了名为“我的身体”的资产负债表：血压120/80，是优良资产；空腹血糖6.3 mmol/L，是一项减值的坏账。诊断，就是判定哪个科目已经跌破了“正常范围”这条红线；治疗，则是一场追回数值、填平账面的攻坚战。

这套操作框架的智识根基，可以追溯到十九世纪中叶。比利时天文学家阿道夫·凯特勒（Quetelet, 1835）将用于观测星体误差的高斯正态分布，首次嫁接到了人类身体的测量数据上。他发明了“平均人”的概念，并主张：偏离均值，便是偏离健康的秩序。此后，医学从一种以个体化临床经验为基础的技艺，被逐步改造为一套以统计学为底座的标准化运作体系。在对抗急性感染、确立外科规范、定义营养标准的历程中，这套体系取得了无可辩驳的胜利。它在将无数人从早夭与瘟疫中打捞出来的同时，也彻底地形塑了我们对“健康”的底层常识：健康，就是身体的各项数值落在“正常范围”之内。一旦数值越界，健康便被宣告受损；而治疗的任务，便是将越界的数值重新拽回线内。

本文的论证起点，不是重述这一“解放叙事”，也无意仅揭露其“建构性”就以为完成了批判——这类批判在福柯之后已属常规动作。本文要追问的是一个更根本、也更沉默的发生学问题：当一个动态的、永远在自我调适的身体生命进程，被翻译成一张静态的、可被外部清算的资产表格时，在这个翻译动作的缝隙里，究竟发生了什么？究竟什么被遗漏、什么被外化、什么被悄无声息地短路了？

一个典型情境的重构

为了将这个问题推入一个可以被细致检视的具体情境，我们需要悬置那些宏大的历史叙事，转而进入一个慢病管理的日常现场。以下案例是以临床上反复出现的一类典型轨迹为原型重构的情境分析——它的说服力不在于它是否精确对应某一个真实的个人，而在于它是否准确地捕捉了达标管理范式 中一种结构性的、反复出现的事件逻辑。

一位四十二岁的办公室职员，我们称他为林先生。公司年度体检，空腹血糖6.3 mmol/L，略高于6.1 mmol/L的切点。他没有任何不适——不口渴、不消瘦、不疲乏。他甚至记得采血前一天晚上还去跑了五公里，跑完喝了一大杯果汁，心里隐约觉得这个血糖值可能和那杯果汁有关。但体检报告上那个刺眼的红色向上箭头，以及随后的医生面谈，启动了一条不可逆的临床链条。医生指着报告说：“你这是糖尿病前期。现在没感觉，等你有感觉就晚了。必须把血糖降下来，否则血管和神经会一天天坏掉。”林先生被这句话里的紧迫感攫住了。他带着二甲双胍的处方离开了诊室。

三个月后复查，糖化血红蛋白从5.9%降到了5.5%。医生满意地翻阅化验单：“控制得不错，继续吃药，半年后再来。”病历上记载着简洁而标准的结论：“糖尿病前期，药物控制良好。”

在这段看似平常、无可指摘的达标叙事里，有另一场更为静默的事件并未被任何临床记录所承载。林先生的血糖确实降下来了。但推动这一下降的核心动力，并非他体内的代谢网络恢复了弹性——不是他骨骼肌的胰岛素敏感性改善了，不是肝脏糖异生的过量输出被重新校准，也不是胰岛β细胞

在正确的时相分泌了精确量的胰岛素。这些曾由身体内部一整套精密的调控网络所执行的生理工作，如今，被一粒早晚各一次的小小药片接管了。

二甲双胍作为一款经典的、经过充分验证的药物，其益处不容置疑。但它创造达标的核心机制——通过激活AMPK通路抑制肝脏糖异生、增强外周组织对基础胰岛素水平的葡萄糖摄取——在生理学上，是一种外源性的纠偏力量。它并不修复胰岛素抵抗的根源（腹型肥胖、肌细胞内脂质沉积、慢性低度炎症），也不逆转 β 细胞的持续代偿性过劳。它所做的是：用一种生化上的外部力，持续地、高效地把末端血糖数值“按住”。

林先生的经历，不是某种罕见的医疗失误。它指向的是整个以末端指标达标为核心靶点的慢病管理范式内部，一个结构性的不对称：现代医学的证据大厦，以随机对照试验（RCT）为金标准，累积了海量数据，验证了无数药物将血压、血糖、血脂控制到目标范围的效力——这些效力是真实的。但在这一“效力”的聚光灯照不到的暗处，一种比任何上市后监测所能捕获的“副作用”都更为根本的后果，始终未被系统地追问，更未被度量：当身体某项精密的内部调控工作，被一个外源工具长期、持续、高效地代劳时，那套原本执行此工作的身体内部网络——那套在数十年间、无数次生理反馈循环中才微调成型的“活的连接”——会遭遇什么？

这个追问的答案，就是本文要为之命名——并为之划定其理论坐标系——的那个概念。我称之为能动性闲置。

要理解这四个字，必须首先换掉我们对“健康”的底层隐喻。健康，不是一项资产。它不是一种可以被拥有、被盘点、被银行般储蓄起来的有形之物。健康是一个动词。这一主张有深厚的哲学根基——康吉扬（Canguilhem）在其经典研究中将健康界定为生命体在环境变化中“建立并捍卫自身标准”的规范性能力，而非对某个固定常态的被动符合。将这一见解从哲学人类学下沉到生理学层面，健康便可以更具体地描述为一种发生性能力：它是身体在持续的、微小的、不为意识所察觉的内外扰动中，不断进行自我再连接的发生过程。血糖因进食而升高了，健康的身体不是“没有高血糖”，而是它有能力启动一连串精密衔接的事件：胰岛 β 细胞感知到了葡萄糖浓度的上升，加大胰岛素分泌；肝脏接收到信号，关停自身糖异生的产线；肌肉和脂肪组织打开葡萄糖转运蛋白的通道，将多余的糖分收纳进细胞加以利用或储存；最终，扰动的血糖在数十分钟到一小时内，被这套内部调控网重新拽回基线附近。

本文将此过程，称为身体的再连接。“再连接”在本文中主要取其生理学含义：它指的是身体内部从细胞信号通路到器官系统反馈环的多层级联动，在面对内外扰动时，执行“感知偏离—启动代偿—校准输出—回归稳态”这一完整循环的能力。它不是某一个器官的功能，而是整个身体内在的发生学动态。它有一个关键特征，对于本文的全部后续论证至关重要：它必须被行使，才能被维持。它像一种需要被反复点燃、才能在冷风中不熄灭的火；或像一条需要持续被水流冲刷、才不致淤塞干涸的河床。每当身体自主地完成一次从“偏离”到“回归”的完整调控循环——无论是餐后血糖的回落、运动中血压的瞬时升高与事后恢复、还是感染后体温的上升与退去——这段内部的连接网络就被激活一次，被重新校验一次，被巩固一次。

而每当我们用一种外部手段——药物、手术、或任何纯粹被动的治疗——直接跳过这整个动态的、需要身体自身去“做”的过程，直接去修正那个末端的指标数值时，我们就造成了一次短路。一次两次的短路，身体仍然储备着足够的余裕去弥补。但数年到数十年持续的、被制度所鼓励与奖励的

系统性短路，便使得那条身体自主再连接的内河，因为长久没有水流冲刷，而淤塞、干裂、最终在生理层面丧失了流通的能力。这就是能动性闲置。

能动性闲置，就是被“无连接”地修理好之后，身体逐渐失去自行重建内部连接能力的那一缓慢、静默、在化验单上不可见的结构性过程。它描述的，不是身体“坏了”，而是身体被剥夺了“坏”与“复”之间那场必要的、属于它自己的缠斗。它不再需要去主动连接自己——去感知偏离、去启动代偿、去校准输出——于是，它就渐渐遗忘了如何去连接自身。

能动性闲置捕捉的，正是前文林先生那句未曾说出口、但悬在他经历上空的自白所指向的深层现实——“我已经很久没有自己去‘感觉’过了。我就看表。”他的身体网络没有故障，它只是被系统地短路了。连接中断了。

以下，我将完整展开这一论证。第二节，我重访达标管理的微观过程，但不再是为了罗列副作用或控诉“患者被异化”，而是为了重新描述：临床链条中那些看似中立无害的常规动作——问诊、处方、验收——是如何各自作为“连接阻断器”而发挥功能的。第三节，我将正面论证能动性闲置的不可还原性：它不是一个旧概念的换皮，而是将分散在批判理论、医学人类学和生理学中的相关片段整合在“达标管理”这一具体情境下之后，照亮的一个新辨别面。在那里，我不会宣称它是一个前无古人的全新本体论发现，而会诚实地论证：它是一个跨学科缝合概念，它切开的辨别面，是任何单一概念组合所无法无损重述的。第四节，我将正面回应“正常值救了命”这一最严峻的反驳，界定能动性闲置的适用边界，并引入来自生理学、内感受研究、以及行为医学的初步实证线索，使“能力丧失”的论证从逻辑推演升到有据可查。第五节，我会论述：在承认正常值不可被废除、药物不可被放弃的前提下，我们能否想象一种不以短路身体为核心代价的医学——一种学习识别并保护“身体再连接的发生”的实践形态。

二、短路：达标如何中断身体的再连接企图

要看清能动性闲置是如何在临床日常中被生产出来的，我们不能停留在“患者变成了依赖药物的被动者”这一笼统的控诉层面。必须带上一把更精细的解剖刀，进入达标管理的微观过程，逐一切开那些看似中立无害的常规临床动作，看清它们是如何各自作为“连接阻断器”而运作的。

以林先生经历的典型轨迹为情境基底，我们可以辨识出三道相继落下的、精妙地阻断身体自我再连接企图的“刀口”。

第一道刀口：诊断环节，切断了“感受”与“意义”之间的连接。

林先生的空腹血糖是6.3 mmol/L。这个数字，作为一个孤立的测量值，本身只描述了一个瞬间的生理状态。但在医生的诊室里，当它被放置在“糖尿病前期”这个诊断分类之下被解读时，它骤然间被赋予了三个重层的新意义：第一，它不再是一个偶然的偏离，而是一种“前-疾病”——一个必然会朝向“真正的疾病”滑落的、已经启动的病理过程的早期证据。第二，它是一种“无声的危险”——那句“等你不舒服就晚了”，在认知论上是一记重锤：它将“现在没有不适”这一来自身体内部的、第一人称的体感报告，判定为在临床上不可靠、无价值、甚至具有误导性的信息。第三，它是一

种“只能由药物纠正的误差”——在繁忙的门诊中，医生往往没有时间、也没有被训练去详细追问一个轻度升高的血糖背后可能的生活脉络（近期的压力、睡眠模式、饮食节奏的变更），处方是最有效率、也最符合指南的临床终点。

林先生的身体内部，此刻实际上正在发生着一场极其复杂、多维度的动态失衡与代偿过程。他的血糖轻度升高，可能是骨骼肌胰岛素敏感性的早期减退、肝脏在夜间糖异生的轻度亢进、以及餐后 β 细胞第一时相胰岛素分泌略微迟滞等多种因素在特定生活阶段（久坐办公、工作压力大、睡眠碎片化）交缠下的一个临时“结算”。这个结算，不是一次不可逆的崩溃，而是身体调控网络尚在勉力维持再连接时的信号——它在向意识发出一个极其微弱、难以言说、但依然真实存在的征象：那种午后两点难以抵挡的困倦，那种在空腹状态下隐约的焦躁与注意力涣散，以及他自己也许并未刻意留意、但确实存在的“最近好像容易累了”的弥散感。

在最佳的临床情境下，这些细微体感的意义在于：它们在请求主体的介入。它们在呼唤他去调整饮食的构成与节奏、去增加餐后的散步、去用深度的睡眠修复被压力磨损的胰岛素敏感性。身体的自我再连接，此刻正需要意识这位重要的合伙人——它发出的这些微弱的信号，就是邀请函。

然而，医生的解读，用一个统计学的“前-疾病”身份，彻底覆盖了这个身体内部的动态叙事。那句“等你不舒服就晚了”，在认知论上是致命的一刀。它宣判了身体当下的感受——那种在当下的不确定、那种在当下的调适企图——在临床上没有价值。身体自己正在发生的那个“再连接的努力”，不仅没有被看见，而且被定义为不可靠的、可能带来延误风险的、应当被压制而非被倾听的信息来源。感受与意义之间的那根纤维，被这第一道刀口齐齐切断。身体发出的信号，失去了在临床对话中被翻译为“有意义、可据此行动”的东西的可能性。

第二道刀口：验收环节，切断了“因果”与“结果”之间的连接。

在服用二甲双胍三个月后，林先生的糖化血红蛋白降到了5.5%。医生满意地翻阅化验单：“控制得不错，继续吃药，半年后再来复查。”这是整个达标管理机制中最精密、最具结构性、因而也最具摧毁性的一个环节。

在这个验收动作里，化验单上的5.5%，只是一个光秃秃的结果。它不携带任何关于“这个结果是如何被抵达的”的因果质地信息。在真实的生理世界中，一个“5.5%的糖化血红蛋白”可以由两条截然相反——并且在长期健康意义上完全不可同日而语——的路径所缔造。

路径A：林先生在三个月中大幅调整了生活方式。他在妻子的支持下改变了家庭的饮食结构，用全谷物替代精制碳水，午餐后不再瘫坐工位而是散步十五分钟。这些行为的累积，使他的骨骼肌在每一次收缩中激活AMPK通路，促进葡萄糖转运蛋白向细胞膜移位，慢慢改善了外周胰岛素敏感性；他的体重轻微下降，内脏脂肪开始减少，肝脏对胰岛素的应答变得灵敏了一些。这个5.5%，是他身体自主调控网络被重新锻炼之后，所重新获得的、有弹性的、在生活方式支撑下可持续的稳定。它是一个强连接的达标：降下来的数字，与他身体内部重新被激活的调控能力之间，有着坚实的因果纤维。

路径B：林先生的生活习惯一切照旧。他依然久坐，依然在深夜加班后用高热量食物犒劳自己，依然睡眠不足。二甲双胍通过激活AMPK通路，直接抑制了肝脏的糖异生，并增强了外周组织在基础胰岛素水平下的葡萄糖摄取。他的身体内部，胰岛素抵抗的根源并未消除——腹型肥胖仍在，肌细胞内脂质仍在干扰胰岛素信号传导， β 细胞仍在超负荷工作以代偿早期的分泌缺陷。这个5.5%，是药物用

一种外来的生化力量，强行、高效、稳定地“按住”了末端的血糖数值。一旦撤去药物，被掩盖的真实生理状况将迅速、甚至报复性地反弹。这是一个弱连接的达标：降下来的数字，与他身体内部的真实调控能力之间，只有一条由药物搭建的外部桥梁，而桥梁下的身体结构，并未得到修复。

化验单，以及基于化验单的医生验收，在认识论上不做、也无法做这种“因果质地”的区分。当林先生听到“控制得不错”这句简短而权威的肯定时，他收到的唯一信号是：“你（以及你的药）把数字弄到5.5了，问题被解决了。”他身体内部那些或许曾微弱萌动过的自我修复的生理苗头——例如，在拿到诊断后的第一周，他曾因为恐惧而主动推掉了一次聚餐，或者曾试着在午休时走出去晒了晒太阳——在这种不加区分的肯定中，被彻底抹平了。那种试图用自己的行动去触碰参数、去影响结果的因果感——“我做了什么，然后我的身体回应了”——被“吃药就能搞定”这条更高效、更不费力、也更被医生嘉许的路径无情地替代了。因果与结果之间的连接纤维，被这第二道刀口切断了。

第三道刀口：日常管理环节，切断了“偏离”与“回归”之间的连接。

服用二甲双胍超过半年后，林先生的血糖稳定在一个相当理想的狭窄范围里。在他的日常生活中，那个古老的、人类身体在千万年演化中赖以为训的动态节律——“偏离，然后回归”——渐渐停止了运转。他不再经历“今天聚餐多吃了半碗米饭，餐后两小时血糖明显窜上去，于是他不得不通过晚上加练四十分钟快走把它降下来”这种体验。他也不再发展出某种敏感的自我评估能力——“最近项目压力太大了，连续几晚睡不好，感觉血糖一直在爬坡，我得想办法今晚十点前关灯睡觉”。

为什么？因为药物这条“短路”，把他保护得太好了。他的血糖曲线，不再因为一碗面条而剧烈攀升；不再因为连续三天的失眠而明显波动。身体的“偏离-回归”循环——这个在生命演化史中被反复锻造的、激活和维持自我再连接能力的最核心的动态训练场——被药物平滑成了一根几乎没有波动的直线。他不再需要去感知偏离，因为偏离被预先阻止了；他不再需要去努力回归，因为回归被药物自动完成了。他的内感受系统——那条连接着内脏状态与大脑岛叶、前扣带回的神经通路——因为长期收不到有意义的“偏离信号”，其敏感度开始钝化。与此同时，他肌肉细胞内的线粒体生物发生、葡萄糖转运蛋白的储备与动员能力，也因为长期不必应对餐后血糖峰值而维持在一中低需求的节俭状态。

一个从未在反复微小的波动中行使过“再连接”的身体，就像一个从未被拉弯过的竹条。它在纸面上笔直、完美、达标。但在遭遇一次真正猛烈的暴风雨时——比如一次因出差断药、因肠胃炎脱水、或因突发应激事件导致血糖骤升——它将因为完全丧失了弹性与应对储备，而骤然折断。偏离与回归之间的连接纤维，被这第三道刀口彻底短路了。

三刀并落，能动性闲置的工序就此完成。这不是在说药物有错，更不是在说医生失职。这是在揭示一个比任何个体意愿都更庞大、更沉默的事实：一套以正常值为唯一准绳、以化验单为唯一验证标准的干预逻辑，在它高效地管理生理“结果”的同时，其本身的运作结构就内置了一步步短路身体内部“再连接发生”的必然性。因为它看不见那个发生；它读不懂它的语言；它无法区分一个“被生成的”正常结果与一个“被按住的”正常数字；它用一套与身体动态生命过程完全异质的静态密码，覆盖了身体那本私密的、动态的、无人能替的生命账簿。

正是这个推论，要求我必须将能动性闲置从它那些看起来很像的批判前辈们当中，彻底地分离出来——同时，也诚实地面对它在理论传统中的位置——让它所瞄准的那个盲区，清晰地显露在智识的聚光灯下。

三、能动性闲置：一个缝合概念，及其所照亮的制度盲区

至此，“能动性闲置”需要完成它最关键的论证：它必须在与最邻近的理论传统的对话中，证明自己并非一个旧概念的换皮——但与此同时，它也不能过度宣称一个从未被任何先行者触及的、斩钉截铁的“本体论新发现”。我将在此诚实地完成它的理论定位：能动性闲置是一个跨学科缝合概念。它将此前分散在批判理论、医学人类学和生理学中的、彼此尚未被整合的相关片段，围绕“慢性病达标管理”这一特定的、制度性的临床情境，缝合为一个独立的分析对象。它的创新点，不在于它描述了某个人类闻所未闻的现象——它的构成部件在各自的学科中都有先声——而在于它将这些部件组合起来之后，照亮了一个此前隐在结构里的、未被任何单一学科单独命名的制度盲区。

以下，我将通过与伊利奇的“临床异化”、福柯的“医学凝视”、Welch的“过度诊断”批判、Mol的“照护逻辑”与健康心理学的自我效能感研究依次对质，来完成这一定位，并同时正面回答那个最尖锐的问题：当“用进废退”“内感受钝化”“临床异化”被整合在达标管理这一具体情境下时，我看见了什么单一概念装不下的新东西？

第一重缝合：与伊利奇的“临床异化”——从文化自主权到生理能动性

在《医学的复仇》（Medical Nemesis）中，伊利奇（Illich, 1975）劈开了现代医学批判的整个源头。他提出的“临床异化”（clinical iatrogenesis）指向这样一种结构性的剥夺：原本应由个人、家庭和社群自行面对、处理并赋予意义的苦难、衰老与死亡，被医学作为一种专业体制系统地接管，变成一项需要由外部专家进行技术处理的问题。这导致普通人丧失了承受痛苦、面对死亡、甚至“健康地生病”的能力——不是丧失了健康，而是丧失了在疾病面前保持人的自主性的文化能力。

这个批判极其有力。伊利奇看到的是：医疗体制作为一种新的“教权”，把人对自己身体与生命的文化管辖权剥夺了。他的靶心是“自主权的丧失”。他所呼唤的解方，是“去医疗化”：让普通人重获对自身健康议题的控制权和文化叙事能力。

将这一框架应用于林先生的案例，伊利奇会诊断：林先生被剥夺了管理自己健康的自主权——他被医生告知“你不懂，指标比我懂”，并被药物这条捷径所收编。伊利奇会主张，应当把健康交还给林先生和他的社群，让他重建一套自己的、不被专业霸权压制的健康意义系统。这个诊断无疑是切中要害的。

然而，当我们把伊利奇的框架推到林先生那句未曾说出口的“我已经很久没有自己去感觉过了”面前时，它撞到了一个它无法穿透的地层。

伊利奇处理的，始终是文化层面的事：意义、叙事、自主权、共同体。这些东西是真实的，但它们可以被“赋权”来重新分发。林先生丧失的，却比这更深一层。他被剥夺的，已经不在于“他有没有权利管理自己的健康”，而在于：他身体内部那条能感知血糖波动的内感受通路——他的前岛叶和

扣带回皮层识别来自内脏的低强度迷走神经信号的能力——因为长期不被需要而变钝了。他肌肉细胞内那些葡萄糖转运蛋白的储备与动员效率，因为长期不必应对餐后血糖峰值而下降了。他肝脏对胰岛素的节律性敏感，也在持续的、均匀的药理抑制中被抹平。

这些东西，不是“自主权”。它们是身体在生理层面的能动性本身。伊利奇说的“异化”，是把本属于自己的生命主权“交了出去”。而本文说的“能动性闲置”，是在长时间的系统性代劳之后，身体那条能“作为”的本能，在生理上陷入了沉默甚至萎缩。

这里有一则类比或许能说清这个区分。一个人因为坐了太久的轮椅，以至于双腿的骨骼肌萎缩、骨质流失、神经肌肉接头的功能衰退。此时，你再给他“走路的权利”——消除所有外部障碍，给他装上最好的假肢支架，并用法律保障他自由行走的权利——他也走不了了。他失去的，已经不是一种可被重新发放的“权利”，而是一种曾经存在、但因长期闲置而消逝的“生理可能性”。伊利奇的进路，会为他夺回“行走权”；而能动性闲置的进路，必须首先面对一个发生学的生理事实：他的腿，那个“行走”这个行动所必须倚赖的内在发生条件，已经因为系统性的闲置而衰变了。

这就是能动性闲置缝合给伊利奇的那一层：在文化自主权的剥夺之下，还沉积着一层更沉默的、必须以生理学语言才能描述的“生理能动性的衰变”。这一层，伊利奇的框架因为只处理文化维度而无法抵达。它不是对伊利奇的否定，而是对伊利奇的补充——是在他打下的最深地层之下，再往下探到一层。

第二重缝合：与福柯的“医学凝视”——从知识-权力到知觉的生理性消退

福柯（Foucault, 1963）的“凝视”（regard médical）为我们贡献了一套分析医学权力的无可替代的工具。在《临床医学的诞生》中，他揭示了现代医学如何在解剖-临床方法的建立过程中，将病人“客观化”：医生凝视下的身体，不再是一个言说着自身鲜活痛苦的、作为一个可对话的“你”而存在的主体，而是一个可以被看见、被分类、被教学、被纳入统计表格的“它”。到了《安全、领土与人口》和《生命政治的诞生》中，正常值、切点、人群统计曲线，则被进一步揭示为现代国家治理人口的真理工具——它把活生生的、彼此不可通约的个体生命经验，压平为可供行政管理和经济计算的群体常数。

用凝视理论来分析林先生的经历，会极其顺畅：林先生的身体，在体检报告出现的那一刻，就被一种医学的凝视捕获并改写了身份。他那鲜活但边界模糊的“感觉没什么不舒服”，被那清晰、权威、带有道德紧迫感的箭头与切点彻底压垮、覆盖、并最终被驱逐出临床对话的合法空间。他被“客观化”了——从一个正经历着某种弥散的、有待阐释的身体经验的主体，变成了一个“糖尿病前期”这个疾病标签的承载者。凝视理论开出的解方，几乎必然是：打破数字在临床现场的独断权力，让病人的第一人称叙事、他的“主观身体”重新回到权力场域的中心，获得与客观指标对等的发言权。

这个诊断精细，这个解方诱人，而且在很多情境下是正确且急迫的。但它在能动性闲置的面前，再次暴露出一个它无法充分处理的地层。

凝视理论，究其根本，是一套关于知识与权力的关系理论。它分析的对象，是话语、表征、制度与主体性如何在权力的运作中被生产出来。它要解放的，是那个被体制化的医学知识所压抑、所沉默

化的“主体”——那个本该拥有自身身体解释权、却被剥夺了发言资格的“你”。它的推演，永远发生在这块话语、认知与权力相互交织的场域里。

但是，林先生那句“我已经很久没有自己去感觉过了”——更精确地说，他所描述的那种“走进自己身体里，发现里面空空荡荡，找不到几个能被称为‘我不对’的、属于他自己的感觉材料”的状态——它所指向的，仅仅是“发言权被剥夺了”吗？不是的。他说“不会”，不是说“不敢”或“不被允许”。他的话指向了一个更深的层面：那个能产生出清晰可辨的、可被意识读解为“一个信号”的体感过程本身，正在他的身体内部变钝、变弱、甚至趋于消失。

他不是权力的压抑下无法开口说出“我身体不舒服”。他是长期生活在被外部工具所创造的虚假平滑之中以后，走进自己身体里面，发现曾经那些细微的扰动——餐后的困倦、饥饿时的轻微心慌、运动后的畅快酸胀——这些可以被用来与自己对话、用以判断“我状态如何”的感觉材料，已经变得模糊不清，甚至找不到了。凝视的政治批判，无法充分解释这种知觉能力的生理性消退。它看得到权力的运作如何压抑和改写主体的话语，却看不到在这种压抑发生的同时，人的那套用于主观感受的、以岛叶和前扣带回为核心枢纽的内感受神经通路，也正在因为长期不被需要而经历功能性的、甚至是结构性的改变。

需要澄清的是，这并不是在指责“福柯够不到这个地方”——福柯的方法论取景框本来就是话语、权力与知识，它不处理生理学层面是方法论的边界，而非理论的缺陷。本文要做的工作，不是在福柯的领地上指出他的不足，而是在福柯的取景框切出的画面之外，去照亮那幅画面没有覆盖的生理现实：在身体被知识所捕获的同时，也发生着一种“身体因被捕获而失活”的、需要在生理学层面被描述的过程。批判理论的传统，致力于揭示权力如何制造了沉默的主体；而能动性闲置试图进一步追问：在长期沉默之后，那个主体的身体本身是否也发生了某种微妙而真实的“失声”——不是被不许说，而是因为太久没去感觉、太久不必靠感觉去判断，以至于连感觉的素材本身都变得稀薄了。这一层追问，并不取消凝视理论的效力（在很多政治性、制度性的分析中它仍然是最锋利的刀），但它补上了被凝视理论的方法论取景框切到画面之外的那部分生理现实。

第三重缝合：与Welch的“过度诊断”——从必要性壁垒到干预方式盲区

由Welch、Schwartz和Woloshin等人（Welch et al., 2011）系统发展的“过度诊断”（overdiagnosis）批判，将矛头对准了疾病标签的扩张这一普遍趋势。他们深刻地指出：大量被标记为高血压、高胆固醇血症、骨质疏松症、甚至早期癌症的人，其终生发生相应临床事件的绝对风险其实微乎其微。诊断切点的持续下移——例如将高血压的切点从160/95 mmHg不断降至140/90甚至130/80 mmHg——在统计学上将这些本来可以安然无恙的低风险者，大量地、不加区别地拖入终身的医疗监控、自我焦虑与药物服用之中。而过早施加于这些低风险人群的治疗，其净获益（获益减去伤害）往往为负。过度诊断研究的操作变量，始终是：这个人，值不值得诊断？这个诊断，值不值得治疗？他们的解方，是呼吁更审慎地评估证据，更合理地设定诊断切点，并减少不必要的筛查。

过度诊断批判的靶心，是干预的“必要性”。它所提出的壁垒，是必要性壁垒：如果这个切点太低了，如果获益太小了，那么我们就该把这个人诊断为“有病”。

能动性闲置的论证，必须与此做一个干净利落的分离。因为它所提出的问题，不是“值不值得治”，而是——即使在完全“值得治”的、有绝对必要进行药物干预的情况下——怎么治。即便是在

那些被最高质量的RCT所定义的、确有实打实生命获益的高危患者群体内部，能动性闲置依然是一种真实的、静默的风险。

一个通过严格生活方式重建把糖化血红蛋白从9%降到6.5%的人，与一个通过两种口服药加胰岛素把糖化血红蛋白从9%同样降到6.5%的人，在RCT的终点统计表格上，被无差别地计入“强化治疗组达标”这一行。他们被赋予同等的“成功”权重。但他们的身体，在五年、十年之后，将发展出完全不同的内部生理储备与脆弱性配置。前者的骨骼肌线粒体功能得以保全甚至改善，他的 β 细胞功能在卸除了糖毒性负荷之后可能获得了部分恢复，他的自主神经系统调节血糖的能力被重新校准。而后者，他的身体——尽管指标同样达标——却可能已经处于一种深度药物代偿的稳态：RAAS系统（肾素-血管紧张素-醛固酮系统）的反馈敏感性已在长期ACEI/ARB药物压制下钝化，内源性纤溶系统的活性也因外源性抗凝与降脂而处于被抑制的低张状态。一旦因故（手术、肠炎、断药）撤去外部支持，前者或许只有轻微波动，而后者则可能发生灾难性的、失控性的反弹。

这个能力储备的分化，是过度诊断批判在方法论上无法切到的新辨别面。因为过度诊断的批判，在RCT证明“这人有足够高风险、值得治疗”的瞬间，就自动撤出战场了——它只负责把守“不该治的人不要治”这道门，而不管“应该治的人用了不同方式去治”之后的身体内部命运。能动性闲置的批判，却恰恰在“应该治”这条已被公认的边界内部，开辟了一个全新的问题域：我们用以拯救他的那个工具栈本身——无论其救治效力多么确凿——是否也在同时，以另一种更沉默的方式，制造着一种新的、更长周期的脆弱性？能力的静默牺牲，与终点的显著获益，可以在同一个人的身体上并行不停地发生。

正是这一点，使得能动性闲置不能被过度诊断的框架所吸收。它关心的是能力的丧失过程，而非诊断的合理性；它的分析对象是干预方式内部的不对称，而非干预门槛的高低。这是能动性闲置缝合给过度诊断批判的那一层新维度。

第四重缝合：与Mol的“照护逻辑”与医学人类学的身体研究

荷兰学者Mol（Mol, 2008）在其对“照护逻辑”（logic of care）的论述中，精细地区分了“选择的逻辑”与“照护的逻辑”。前者基于“患者是自主的、在充分信息下做出选择的理性个体”这一预设；后者则基于对身体持续需要调试、照护是一个不间断的日常实践的认知。Mol的工作，在文化与实践的层面打开了一个重要的视域：身体从来不是一个可以被一次性“修复”后就停止关注的对象；它是一个需要被持续地、适应性地“做”（doen）的过程。

能动性闲置与Mol的照护逻辑在此有深层的共鸣——两者都反对将健康视为一项可被一次性交割的资产。但能动性闲置在Mol的照护实践分析之外，独立缝入了两个她未涉及的东西：第一，它精确地将问题锚定在“达标管理”这一特定的临床制度上，而非一般性的照护关系；第二，它追问的是，当照护被外包给药物这一特定的外部工具时，身体的内部发生条件会遭遇什么。Mol关心的是照护关系的质量——照护是“做好”（doing well）还是“做坏”（doing badly）；能动性闲置关心的则是，照护在做得极其“成功”（指标达标）的情况下，是否仍在制造一种更为隐蔽的脆弱性。

第五重缝合：与健康心理学中的“自我效能感”——从心理信念到生理发生条件

有一个必须被正面处理的对话对象，来自健康心理学与行为医学的传统。这一领域中，“自我效能感”（self-efficacy）与“患者赋权”（patient empowerment）是两个高度相关的核心概念。班

杜拉（Bandura）的自我效能感理论被广泛应用于慢性病自我管理研究：它指的是个体对自己“能否成功执行某种行为以达成期望结果”的信念。大量的实证研究表明，自我效能感的提升与更好的血糖控制、更高的治疗依从性、更少的抑郁症状紧密相关。

这个传统与能动性闲置的论证看似高度重叠——它们都关心患者在慢性病管理中的主动角色，都诊断出“患者变得被动”是一种需要被干预的状态。如果一个批评者说：你所说的“能动性闲置”，不过是“自我效能感下降”的一个更哲学化、更抽象的说法，你如何回应？

这个反驳是严肃的，必须正面接住。两者的确存在交集，但交集不等于等同。它们的区分不在于“有没有关系”，而在于：它们各自瞄准的靶层不同。

自我效能感是一个心理学概念，它的靶层是“信念”——一个人认为自己能不能做到某事。它的干预路径，天然地落在这个心理层面：通过成功经验的累积、替代性观察、言语说服、情绪状态的调节，来提升一个人对自己能力的信心。它的终极假设是：当一个人相信自己能管理好自己的健康时，他就会去做那些管理健康的行为。

能动性闲置则是一个生理学-哲学概念，它的靶层不是信念，而是能力发生的生理条件本身——一个人身体内部的那条调控通路能不能被激活。它所描述的是：当外部工具长期、高效地代劳了身体的某一项内部工作时，即便这个人仍然“相信自己能做到”，那个“做到”所必需的生理基底——内感受通路的敏感度、线粒体生物发生的效率、葡萄糖转运蛋白的动员储备——也已经因为长期的闲置而衰变了。这不是一个可以通过“成功经验的累积”来逆向修复的心理状态。它就像一个卧床一年的病人：你可以通过心理干预让他充满“我能站起来走路”的信心，但他的骨骼肌已经萎缩，他的心血管调节反射已经退化，他站起来就会头晕目眩甚至摔倒。他的问题，已经超出了“自我效能感”所能处理的范畴，进入了生理能力的重建。

这是能动性闲置缝合给健康心理学的那一层：在“信念的丧失”被充分研究、被广泛承认的同时，还有一层更沉默的、在生理层面发生的“能力的丧失”，它不能被自我效能感的干预路径所逆推，因为它不是认知层面的故障，而是发生层面的闲置后果。当你向一位已经处于能动性闲置状态的患者说“你要有信心，你能控制好血糖”时，你实际上是在要求他用一套已经萎缩的生理工具去执行一项他心理上“相信”但生理上已无法胜任的任务。这不是赋权，这是在精神上苛责一个已经失去工具的人。

缝合之后：能动性闲置所照亮的那个制度盲区

在完成了五重缝合之后，我现在可以正面回答那个最核心的问题：当“去适应”（生理学）、“内感受钝化”（神经科学）、“临床异化”（批判医学社会学）被整合在“达标管理”这一具体情境下时，我看见了什么单一概念装不下的新东西？

我看见的新辨别面是：达标管理的成功逻辑本身，如何系统性地制造了一种“能力储备在无症状中流失”的结构性后果——这一后果恰恰因为化验单上一切正常而无法被任何单一学科的诊断工具所捕获。

让我把它拆开来说。

“去适应”捕捉的是“能力因不用而丧失”这一生理机制。但它不关心丧失发生的具体制度情境——它可以在任何缺乏使用的场景中被调用，从宇航员的微重力环境到卧床病人的肌肉萎缩。“去适应”本身不问：这个丧失是在什么样的临床认识论条件下“被系统地忽视”的？它只描述丧失的生理过程，而不分析丧失的不可见性。

“内感受钝化”捕捉的是“感觉素材的衰减”。但它同样不关心制度情境。它不追问：为什么这个人长期不必感知自己的身体？是什么制度性的操作导致了他的内感受系统在长达数年的时间里收不到有意义的偏离信号？

“临床异化”捕捉的是“自主权被专业体制剥夺”。但它停留在文化意义的维度，不触及生理能力的衰变。它看到的是人的“权利”被拿走，而不是人的“器官”在功能上发生改变。

当这三个片段被整合在“达标管理”这一具体的、制度性的临床情境下时，浮现出的新东西是：这三者——生理能力的闲置、感觉素材的枯竭、自主权的剥夺——在达标管理的日常实践中是同时发生、相互强化、并因为化验单上数字正常而共同被掩盖的。这不是三个独立事件的偶然共现，而是一个由达标管理的操作逻辑所驱动的、结构性的复合过程：诊断切断了感受与意义的连接（为内感受钝化提供了认识论条件），验收切断了因果与结果的连接（为去适应提供了反馈屏蔽），日常管理切断了偏离与回归的连接（为生理能力的闲置提供了长期的、不被察觉的训练场）。而化验单——这个达标管理唯一的验证工具——从头到尾都不具备区分“被生成的正常”与“被按住的正常”的识别能力。能力的流失，在数字的掩护下，静默地发生。

这才是能动性闲置作为一个独立分析对象所照亮的东西：不是“用进废退”本身，不是“内感受钝化”本身，不是“临床异化”本身——而是这三者在达标管理的制度平台上所构成的复合体的不可见性。任何一种单一概念，都只能看见这个复合体的一个侧面。只有将它们缝合在一起，并精确地锚定在“达标管理”这一具体的临床认识论实践之上，才能让这个“在成功的表象下静默发生的复合性能力丧失”作为一个完整的问题对象，从制度盲区里被拖出来。这不是一个更酷的命名，而是一个此前未被单独识别、因而也未被制度性反思的问题域。

本文的能动性闲置，它的理论贡献就在于此：它不是在概念市场上添加了一个新词，而是在学科边界的缝隙间，照亮了一个由达标管理的认识论实践所制造、却被各学科各自的方法论取景框切到盲区里的结构性问题。它的创新，是缝合所照亮的不可见之物。

四、反驳、边界与证据：能动性闲置在何处成立

不能让能动性闲置成为一个“看似到处适用、实则从未被限定边界”的空泛概念。它必须在最严峻的反驳面前证明自己不是一种修辞上的夸大，也必须用现有的实证线索——即使尚不充分——来初步撑起它从“逻辑推演”到“有据可查”之间的那一步。

反方立场：正常值救了命——能动性闲置是否是一种何不食肉糜式的奢侈批判？

最严峻的反驳是这样被构造的：如果不用药物，让血糖、血压长期处于高位，难道毒性损害不比能动性闲置的代价更大吗？一个糖尿病患者不接受药物，任由糖化血红蛋白维持在9%以上，他在十年

内发生视网膜病变、肾衰竭、足部坏疽的概率是真实而残酷的。用进退的代价——哪怕它确实存在——与高血糖的毒性损害相比，在风险量级上完全不可同日而语。能动性闲置的论证，是否在用一种尚未被充分证实的、慢性的、静默的风险，去否定一种已经被海量RCT数据所确证的、急迫的、致命的收益？这难道不是一种身在学术象牙塔里的、对真实的患者生命危险缺乏体感的奢侈批判？

这个反驳必须被正面接住，而不是被绕过。我的回应分三层。

第一层：完全承认。对于高风险、已有明确靶器官损害、或急性事件后幸存的患者，药物干预的收益——降低死亡率、降低重大心血管事件、保护肾功能——是确凿且压倒性的。能动性闲置的概念，在任何意义上都不构成对这组人群的药物治疗的否定或削弱。在这些患者身上，防止死亡与失明是第一序的伦理要求，能动性闲置的代价是第二序的、可以被接受的风险。这不是一个折中，这是一个明确的原则：生命的保存优先于能力的保护。

第二层：切出边界。能动性闲置的概念，它的主要批评效力，并不指向那些高风险、高获益的患者群体，而指向两组特定的、在达标管理的扩张中被广泛纳入的人群：第一组是那些被不断下移的诊断切点所“捕获”的边界人群——林先生所代表的“糖尿病前期”就是典型的例子。他们的血糖轻度升高，终生发生严重临床事件的风险绝对值并不高，但一旦被诊断标签捕获，就往往被导入与高危患者完全相同的“达标管理”轨道：终身服药、定期复查、以数字为准绳。第二组，是那些在确诊后、完全有可能通过严格的生活方式重建（饮食、运动、睡眠、压力管理）来恢复身体自主调控能力、但从未被制度性地给予这种机会的患者。他们被直接送上药物轨道，不是因为生活方式重建“不可能”，而是因为当前临床流水线上，开出二甲双胍远比组织一次为期三个月的、有专业指导的生活方式重建项目更高效、更便宜、也更容易在三个月内拿到一张“糖化血红蛋白5.5%”的漂亮化验单。

在这两组人群中，能动性闲置的代价与药物收益之间的比例，与高危患者完全不同。前者的血糖轻度升高所带来的终生风险，在绝对值上并不高；而长期的、持续的药物短路所制造的“能力储备在无症状中流失”，可能成为一个在量级上不可忽略的、在长周期下甚至会反转净获益的风险。这不是在否认药物，这是在追问：对这群人而言，达标管理的默认轨道，是否在系统的层面上低估了一种尚未被度量的代价？

第三层：追问而非否定。能动性闲置的概念，其最终的实践指向不是废除药物，而是将它所照亮的那个“能力储备的流失”纳入临床决策的考量框架——让它成为一个需要被度量、被权衡、被制度性地管理的新变量。这无异于要求医学做一件它已经对其他类型的副作用做过无数次的事：承认一种干预携带着一种特定的风险，然后去研究如何最小化这种风险，而不是因为有风险就放弃干预本身。

实证线索：从逻辑推演到有据可查

能动性闲置的论证链条是：达标管理通过短路剥夺了身体行使再连接的机会，导致调控网络的生理能力闲置、钝化、萎缩。从短路到闲置，这一步是否只是逻辑推演，还是已有初步的实证线索？

我在此诚实地列出两组初步的、来自不同领域的证据线索。它们加在一起，尚不足以“证实”能动性闲置，但足以将它的假说从纯粹的思辨推到“有据可查、值得进一步研究”的层面。

线索一：药物撤除后的代谢代偿崩溃。在2型糖尿病的强化治疗研究中，有一个反复被观察到的现象：那些长期依赖胰岛素和促泌剂将血糖严格控制在目标范围内的患者，在因手术、感染、或单纯依从性中断而撤药时，往往会经历极其剧烈的、难以控制的血糖反弹——高血糖高渗状态或酮症酸中毒

的风险显著升高。相比之下，那些在诊断后通过严格生活方式重建实现了同等达标、且从未依赖过高剂量外源性胰岛素的患者，在面对同样的应激事件时，血糖波动幅度明显更小，严重并发症的风险也更低。这一现象在临床上被笼统地归因于前者“β细胞功能更差”，但在生理学上，它同样也可以被解读为：前者身体的整个葡萄糖调控网络——从肝脏的糖异生调节、到骨骼肌的葡萄糖摄取、到自主神经系统的血糖感知——因为长期被外源性工具代劳，已经丧失了在高应激情境下快速动员、自主恢复稳定的生理储备。这不是“β细胞死了”，而是“整套调控网络的备战状态被撤除了”。由于没有以“能动性闲置”为框架的前瞻性研究设计，这一现象的精确发生率与效应量尚不得知。

线索二：内感受敏感度与长期用药的相关性。来自内感受神经科学的研究表明，内感受敏感度——即个体准确感知自身心跳、呼吸、胃肠道信号的能力——是可以被长期的行为与环境条件所调节的。具体而言，那些长期处于稳定的、可预测的、不需要主动关注身体信号的环境中的人（比如长期住院的患者、或长期依赖药物将生理参数维持在一个狭窄平稳范围内的人），其岛叶和前扣带回皮层对来自内脏的低强度信号的反应幅度会显著降低。在慢性糖尿病患者中，有初步研究报告了“低血糖觉察受损”（hypoglycemia unawareness）——即患者对血糖骤降的典型预警信号（心慌、出汗、手抖）失去敏感——的现象。这一现象通常被归因为反复低血糖发作对自主神经系统的损害。但值得追问的是：在那些从未发生过严重低血糖、仅因长期服药而使血糖维持在极度平稳状态的2型糖尿病患者中，是否也存在一种更细微的、“高血糖觉察受损”或“一般性内感受敏感度钝化”？这正是能动性闲置的假说所预测、但目前尚未被专项研究验证的一个方向。现有的内感受研究为此提供了生理上的可能通路——岛叶-前扣带回通路的阈值，会因其长期不被需要而发生功能性的上移——但尚未在“达标管理”这一具体制度情境下被检验。

必须诚实地说：这两组线索，加起来也不构成对能动性闲置的严格实证验证。它们所做的，是将这个假说从“纯逻辑推演”推到了“与已知生理学机制相容、且已有初步观察指向同一方向”的位置。严格的前瞻性研究——比较“药物主导达标”与“生活方式主导达标”患者在撤药反应、内感受敏感度、自主神经调节储备等方面的差异——是验证或证伪能动性闲置的唯一途径。在那种研究被完成之前，能动性闲置应被恰当地理解为一个有生理学基础、有初步观察支撑、但尚待严格检验的理论假说。

五、结语：在短路的阴影处，想象一种保护发生的医学

能动性闲置不是一个让人舒服的概念。它并不承诺一种简单的解决方案——比如“减少用药”或“推翻正常值”。它所做的事情，比提出解决方案更基础：它要求我们在最成功的临床实践的缝隙处，重新睁开一双看见“发生的代价”的眼睛。

那双眼睛，在达标管理的日常运作中，是被系统性地合上的。化验单的纸面上，5.5%的糖化血红蛋白就是5.5%，它不携带任何关于“这个数字是以什么方式被抵达”的因果质地信息。一个被测的、被按住的、被录入电子病历的数字，与一个身体在漫长的自我调适中一点一点造出来的正常之间，被简洁高效地划上了等号。能动性闲置要说的东西，归结到最核心的一句，就是：那个等号是假的。它不仅仅是一个认识论上的不精确；它是用认识论的不精确，为一种静默的、能力层面的代价，发放了一张制度性的免检通行证。

那么，出路呢？

本文不提供一个完整的蓝图，但可以清晰地指出方向。这个方向的起点，不是废除正常值——这是不可能的，也是不需要的。正常值是重要的预警信号。问题不在于我们有正常值，而在于我们把正常值当成了唯一的真理语言，以至于它系统性地排挤了另一种语言——那种关于“再连接如何发生”的语言。

在具体的实践层面，保护发生意味着至少三件事。

第一，在临床验收环节，引入“强连接”与“弱连接”的区分。一个达标的化验结果，不应被无差别地肯定为“控制得不错”。临床沟通中需要有一个新的动作：医生与患者一起追问——“这个数字，是以什么方式抵达的？”这不需要高深的检查设备，只需要在问诊中增加一个从未被制度化要求的问题：“你觉得，你的身体自己参与了这次达标吗？还是全靠药在压着？”这个问题本身，就是在重新激活那种被短路切断的因果感。

第二，在干预策略的设计中，将“保护再连接机会”作为一个独立的治疗目标，与“控制指标”并列。这意味着，在药物能够把血糖控制住的同时，制度性地为患者创造——而不是仅仅“建议”——行使自我再连接的身体实践：有指导的运动处方、饮食结构的渐进调整、睡眠与压力管理的系统性支持。这不是“生活方式的建议”——建议是廉价的、不被追责的、患者做不到就归咎于其“依从性差”的一次性言语动作。保护发生，意味着把这些再连接的身体实践，像药物一样写入治疗方案，并为它们配备执行所需的时间、空间与专业支持。

第三——这是最难、也最根本的一条——在临床认识论的层面，承认并学习辨识那种化验单无法测量的“沉默的健康”：身体的弹性储备、自我再连接的响应速度、在扰动后的恢复能力。这需要发展新的评估工具：不是测一个静止的数字，而是测一个动态的过程——比如，用连续血糖监测设备记录患者在标准化饮食负荷后、在不依赖外源药物的情况下，血糖自我恢复的速率和幅度。这不只是技术问题，这是价值问题：我们是否愿意承认，有一种不能被测、却真实存在的能力，其重要性足以与那些能被测出的数字平起平坐？

能动性闲置的终极主张，不是谴责医学的失败，而是照亮医学在其最精密的成功逻辑内部所制造的那种脆弱性。它要求我们在“治愈”的欢呼声中，保持一种对“发生”的警觉。它要求我们看见，当“活着”被翻译成“没有故障”时，那个被漏译的、沉默的、却颠扑不破的事实：活着，不是一个可以用化验单清点的库存状态，而是一场必须被身体自己一再重新做起的、永不竣工的工程。

医学的心脏，泵着两种血液。一种是纠正偏离的坚决——它降血压、降血糖、切肿瘤、接断骨。另一种是保护发生的耐心——它知道有些修复不能代劳，有些秩序必须由身体自己花时间在扰动中一分一分地重建。前一种血液奔腾、明亮、配着号角。后一种血液安静、缓慢、只在很黑很静的地方才能听见它流动的声音。能动性闲置，就是在这个很黑很静的地方，说出了一句没有被说过的话：当第一种血液流得太猛、流得太久，它会不经意地耗尽第二种血液的源泉。一种不以短路身体为核心代价的医学，不是要放干净第一种血液，而是要学习让两种血液在同一个心脏里、按着同一个生命的节律、一起泵。

就目前的知识而言，能动性闲置仍是一个假说——它有生理学的通路作为基础，有初步的观察指认其可能的方向，但尚缺乏专门设计的前瞻性研究来严格地确证或驳倒它。它为此给出了明确的证伪

方式：如果一项设计严谨的研究证明，在控制所有其他变量的条件下，“药物主导达标”与“生活方式主导达标”的两组患者，在撤药后的生理恢复能力、内感受敏感度、自主神经调节储备上没有显著差异，那么能动性闲置的假说就应该被视为已被驳倒。在这个时刻到来之前，它作为一个照亮了制度盲区的理论假说，值得被认真地追问。

深化增补·全球近邻补切（编辑增补）

说明：以下各节为编辑在审读时增补，不改动作者正文与核心判断，只补上本文原稿未正面处理的最近邻理论与实证传统，并把分离线写成可操作的判别。每一条都给出“若观察到什么，本文即错”的对照预测。

与习得性无助的分离线：动机层的状态，与调节层的废用

塞利格曼（Seligman, 1975）的习得性无助是「能力在长期外部控制下丧失」这一命题最著名的表述，也是本文最容易被归并进去的近邻。必须写清分离线，否则能动性闲置会被读作无助在慢病语境中的换名。

分离线有两处。其一是**层面**：无助是**动机与预期**层面的状态——主体判断自己的行动与结果之间没有联系，因而停止尝试；其判据是行为与主观报告。能动性闲置是**生理调节**层面的废用——身体自行把偏离带回可行范围的那套程序，因长期由外部手段代为执行而失去调用；其判据是调节储备的客观指标。

其二是**主观感受的方向**，这是本文最反直觉、也最容易检验的一点：无助者主观上感到失控；而能动性闲置的典型人群恰恰是**自我效能很高的模范患者**——他们规律服药、指标漂亮、对自己的疾病管理充满掌控感。

由此得到一条清晰的证伪条件：若在慢病达标人群中，自我效能量表得分与调节储备指标**正相关**（即感到有掌控的人调节能力也确实更好），则本文错，无助解释足够；若二者**背离**——量表得分高而储备指标低——则存在一个心理量表抓不到的独立对象。

与伊里奇的边界确认，以及本文并不反对达标

伊里奇（Illich, 1976）关于医源性致残的判断与本文同向，本文的增量在于把它下沉为一个可被记录的临床变量。此处补一句边界，以免误读：本文并不主张停药、不主张放任指标，也不认为达标本身是错误。它主张的是把能动性闲置**作为一个独立指标与达标一起记录**——就像评估一项手术不能只看术中成功率，还要看远期功能。一个只报告达标率、从不报告调节储备变化的慢病管理方案，在本文看来相当于只公布一半的结果。

正文所引文献（编辑补列）

原稿正文以著者一年份的方式引用了以下五种文献，但未附文献表。此处按正文实际引用逐条补列，未增删任何引用。

- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Calder & Boyars.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.
- Quetelet, A. (1835). *Sur l'homme et le développement de ses facultés*. Bachelier.
- Welch, H. G., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press.

本次增补所核验的文献

- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Pantheon Books.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W. H. Freeman.
- Sterling, P. (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology & Behavior*, 106(1), 5–15.