

当“正确”耗尽裁决：慢性病照护中的低效冗余与能动性再生产

本文从慢性病自我管理一个反复出现的临床谜题出发——为什么一群依从性极高、生理指标控制近乎完美的患者，反而呈现出弥漫性的心理耗竭与能动性的深层衰减——提出并论证“裁决力溃塌”这一核心判断。裁决力溃塌指认的不是决策疲劳（不是选错了），不是糖尿病倦怠（不是不想管了），也不是对医学权威的反抗。它描述的是一种在完全认同外部指令、完全有能力执行、完全不反抗代理系统的情况下，主体内部那根“由自己完成从身体感受到行动决定的闭合链条”因长期不被调用而发生的结构性退场。

作者 胡敏 · 约 1.7 万字 · 发表于2026年7月24日

摘要

本文从慢性病自我管理一个反复出现的临床谜题出发——为什么一群依从性极高、生理指标控制近乎完美的患者，反而呈现出弥漫性的心理耗竭与能动性的深层衰减——提出并论证“裁决力溃塌”这一核心判断。裁决力溃塌指认的不是决策疲劳（不是选错了），不是糖尿病倦怠（不是不想管了），也不是对医学权威的反抗。它描述的是一种在完全认同外部指令、完全有能力执行、完全不反抗代理系统的情况下，主体内部那根“由自己完成从身体感受到行动决定的闭合链条”因长期不被调用而发生的结构性退场。本文通过对一位糖尿病患者的民族志追踪，展示裁决力溃塌如何在数字化监测、诊疗指南绩效化与健康道德化的共同作用下，从无到有地在一个高度依从的患者身上被生产出来，并指明这一过程的根源不是系统的恶意，而是自组织主权的一项在当代代理密度下被推向极端的张力结构：主体每一次行使裁决，都同时消耗着使裁决得以持续的心理能量；而将裁决外包给外部系统，又使裁决回路因缺乏必要的张力刺激而走向废用性萎缩。本文将裁决力溃塌与它最危险的三个理论近邻——异化理论、医学化批判、糖尿病倦怠——进行逐格对质，切出一个它们各自无法独立命名的辨别面：患者在高度认同和善意代理下的裁决力废用轨迹。修复之道不在激进废除外指导，也不在浪漫化“本真的身体感觉”，而在于承认并系统性地保护日常生活中那些“与健康效率无关、却对心理存活至关重要”的低效冗余间隙——它们不是疗愈处方，而是裁决力在代理结构的夹缝中被继续培育的微生物生态条件。

关键词：裁决力溃塌；慢性病自我管理；能动性；废用性萎缩；自组织主权；低效冗余

一、凌晨四点的血糖：一个优等生的溃塌现场

这个谜不是从文献缺口开始的，而是从一位研究者在南方某三甲医院内分泌科随访时反复撞见的一组日常生活画面开始的。画面的一端是临床指标。一位六十岁出头的2型糖尿病女患者——在本文中称她为陈姨——在二零二零年秋天的例行复查中，糖化血红蛋白是6.0%，空腹血糖稳定在5.7 mmol/L前后。对于一个确诊已逾十年的2型糖尿病患者来说，这些数字近乎完美。她的病历本上，主诊医生标注着“血糖控制可，继续当前方案”。从任何一个循证医学的角度，她都堪称模范：饮食严格记录、运动按时打卡、血糖每日五测、药物从未漏服。

画面的另一端是她凌晨醒来的客厅。研究者在她家陪住的那一周里发现，她每天的第一次扎手指不是在空腹时刻，而是在凌晨三四点。她说这是自己给自己加的任务——“梦里觉得心慌，我怕血糖低了”。她家里那张茶几上并排放着三台食物秤，同一块红薯要称三次，因为“我怕哪个不准”。她已经不再相信自己背疼只是劳累、不必立刻联想到肾，因为“医生让我留意腰疼”。让她崩溃的不是哪一次手指被扎破的血，不是在怕并发症本身——不是在怕眼底病变，不是在怕肾衰竭。她在怕“没做对”。她在对研究者说出下面这句话时语气平稳得像在说今天的天气：“只要看到数字是好的，我那一天就是对的。数字不好，那一天我就是个废人。”

如果这样的故事只属于一个老人的性格孤例，本文没有任何存在必要。但在同一项涉及十余名“模范患者”的田野追踪中，研究者反复看到相似的生存形态：患者的疾病指标管理得越严格，他们对“做错”的弥漫性恐惧就越深重；他们的自我照护能力越强，面对指南没有覆盖的寻常意外时却越僵硬、越恐慌、越失去最基本的自我判断力。临床心理量表可能会把他们统一标记为“伴焦虑症状”或“低生活质量”。但那个藏在量表底下的深层问题没有被触碰：他们是“因为害怕疾病所以焦虑”，还是“因为已经失去了当自己身体判断者的起码心理基础，所以对任何不确定的身体信号都感到无法承受”？

这个谜题已经被多支理论传统从不同侧面触碰过。最有影响的方向之一是从福柯的治理术出发，认为慢性病自我管理是生物权力在当代的精细化身——它通过“健康素养”“生活方式干预”等话语，将一种正常化判准内化在每一个患者心里，使他们在没有外部监视的情况下也主动监视自己。另一个方向则从可穿戴设备与精准医疗入手，指出优化驱力如何将普通人塑造成对自身生命数据进行无止境优化的主体。还有一个更临床的心理学方向，直接将这类现象归入“糖尿病倦怠”——认为慢性病繁重的日常管理工作导致患者情感耗竭、疏离与自我效能下降。

这些解释各自捕捉了现象的不同切面。但如果我们回到陈姨四点起床测血糖的那个昏暗客厅里，会发现这些理论的覆盖面上都存在一个细微却关键的滑脱。她没有反对医学权威——她比任何人都更虔诚地服从它。她也不是在追求优化——她不是在渴求血糖比别人更漂亮，而是在恐惧自己不够“对”，不够“合格”。她更没有倦怠——倦怠这个词常被用来描述那种“太累了、不想管了、随它去吧”的冷漠状态，而她恰恰相反：她不是因为累而不管，而是因为太怕错而管得太细密、太紧绷，每

一分钟的严格管理都没能减轻她的恐惧，反而使恐惧堆积得更深。在“规训的内化”、“优化欲望”与“长期倦怠”三支解释力量交叠的中心，仍留着一个未被独立命名的空白地带：一个在执行层面完全认同外部指令、完全有能力执行、完全不反抗代理系统的主体，为什么内部那根“我自己为自己做一次不确定的裁量”的心理链条，会在正确的日常管理中一寸寸蚀空？

要进入这个空白，必须先听陈姨完整的故事。这不是先建理论再填案例的发现学装配——理论概念必须从田野的裂缝里被逼出来，而不是作为预制板盖在田野之上。因此，本文做出一个结构上的决定：让民族志先行。

二、陈姨的二零一四：一条回路的生与死

陈姨出生于一九六二年，确诊2型糖尿病十四年，曾是一名工厂流水线工人，丈夫已退休，有一子在外地工作。本节所依托的田野材料来自华南某大学医学人类学团队于二零一九至二零二二年间开展的一项民族志调查，地点位于某省会城市一家三甲医院内分泌科及其所辐射的周边社区。该研究最初旨在理解具有高度健康焦虑的2型糖尿病患者的日常照护经验，通过受访者推荐和社区医生引介，先后追踪了十余名符合标准的报道人。陈姨是该队列中依从性最高、同时也焦虑程度最显著的一位。她的临床档案可用两个字概括：完美。糖化血红蛋白在近五年内从未超过6.5%。

但陈姨记得很清楚，在确诊的头三年里，她并不是这样的。

那时候她用的还是老式血糖仪，采血量多，按钮反应慢，试纸贵得让她不敢一天测超过两次。正因为测得少，她反而养成了一个后来被荒废了的习惯：自己试着去“感觉血糖”。她说自己那几年会在饭后坐下来静一两分钟，“手放在肚子上，感觉里头是热还是胀，心跳是快还是慢，身上是紧还是松”。她会把这些感觉写在日历册的空白处，第二天再和空腹血糖比对，慢慢摸索出属于自己的几条经验：“吃白馒头两小时后会发困，吃荞麦面的那种困不一样，是沉但不是晕”“下午四点不测血糖就知道血糖低了，因为耳朵会发热”。这不是替代医学的神秘直觉，而是一个活人在有限技术条件下，被生存逼着发展出来的一套身体扫描和解读框架——那不精确，但能够让她在无法随时扎手指的条件下，仍然敢于给自己接下来的几个小时拿一个主意。研究者问她那时候怕不怕犯错，她答得很干脆：“怕什么？测出来高了，下次少放半勺米就得了。那时候不觉得这是什么大事。”此处值得注意的是她使用的措辞：“下次少放半勺米就得了”——这是一个在无人监督、没有标准答案的情境中，由主体自己完成“感觉→解读→决定→承担后果”整条心理闭路的日常动作。判定错误不被体验为道德瑕疵，而只是一个下次可被重新裁量的信息点。

研究者注意到，在陈姨早期病程的心理图谱中，存在着两种并行不悖的心理能力。一种是执行外部指令的能力：她遵医嘱，按时吃药，定期复查。另一种——本文的聚焦所在——是一种与执行指令性质迥异的能力：在没有任何外部权威能立刻确认其对错的情境中，主动为“我这副身体此刻该怎么办”开启一段判定过程，并承担这一判定可能带来的后果。这种能力不是知识，不是性格，更不

是自信。它更接近一种被反复使用而维持其可调用性的心理机能——像一块只有在日常张力中持续做功才能不退化的肌肉。为便于后续讨论，本文称之为“自组织主权”。

转折发生在二零一四年。这一年，陈姨被纳入了社区卫生服务中心的“慢病规范化管理项目”。她领到了一台新型血糖仪——比老式的采血量小、反应更快、读数更精——还有一套配餐表和一份每周记录空腹与餐后血糖的任务。她说刚开始觉得特别轻松：“再也不用自己想了，照着吃、照着测、照着走就行，不用再担惊受怕了。”研究者注意到一个关键措辞：“不用再担惊受怕了”。这句话在当时听起来像是卸下了心理负担，但事后回看，它标志着一条心理回路的卸载开始。“担惊受怕”不只是一份不愉快的情绪，它同时也是自组织主权运作时必然伴生的心理摩擦——那份在无人替你背书时，你仍然敢先迈一步的底气，是在“担惊”中练出来的。当“不用再担惊受怕”变成常态，那份底气的健身房就被关了门。

在那之后的三年间，她的血糖数字一直稳，甚至比以前自己摸索时还稳。研究者问：那你什么时候开始觉得不对劲的？她想了很久，说：“有一天半夜醒过来，心慌，第一个念头不是‘我是哪里不舒服’，而是‘我怎么还没测血糖’。”

这一细微的念头翻转，标记着裁决回路从“主体调用工具”向“工具倒置主体”的无声拐点。在这个拐点之前，陈姨会在看完血糖值之后，结合自己对当天的身体记忆——睡眠、情绪、体力消耗——给数值一个解释再行动。血糖仪是被拿过来用的。在这个拐点之后，顺序开始颠倒：数字走在感觉的前面，工具不再是用于裁量的辅助信息，而是裁决本身。她不再需要感受身体来确定“对不对”，因为她已经将“对不对”的验证权全盘交给了外部读数。这个阶段的表现并不是病态，甚至让她感到更高效——“那几年我觉得自己终于找到方法了，管理起来一点都不累”。这是一种伪装成康复的废用。

如果故事停在这里，这只是一个关于技术依赖的老话题。但陈姨的经历有一个更深的转折，发生在疫情初期。亲戚送来一箱标注“糖人专用”的荞麦面。她按包装列出的营养成分精确称好干面重，煮了，细嚼慢咽吃下去。餐后一个半小时血糖比平常高了将近一个点。放在高效裁量期，这事她会这样处理：“这次高了，可能是这个面对我不合适，下次少放四分之一，多加一把青菜，再来一次看看。”但在二零二零年那个春节，她没这么做。她连续三餐重复了几乎一模一样份量的荞麦面，并在每次餐后都扎手指——不是在调整，而是在等数字自己告诉她“是你的错还是面的错”。她的丈夫在访谈时憋不住说：“你吃一次高就别吃了嘛。”她回：“不行，我要搞清楚是我的错还是面的错。如果是面的错，那人家为什么说是糖人吃的？”

这个日常推理不能被简单地解读为“偏执”或“强迫”。它的底层逻辑是：她已经不能用自己身体与那个面实际接触的感受来下判断——她觉得那个判断会错、会不被认可；她唯一能接受的判决，只能来自数字的连续重复。她已经被逐出了自己的身体裁判席，只能坐在观众席上一遍遍看比分牌，等着那个“对/错”的灯亮起来。在前数字化时期的糖尿病管理中，这一情境几乎不可能出现：那时候

她必须亲自判、亲自调，因为根本没有一个可以连续进行餐后血糖比对的高频监测技术条件。正是数字化监测的普及——一个出发点无可争议的良善技术——制造了这种“用数字连续序列取代主体单次裁量”的新行为可能，进而促成了裁决回路的闲置。

这一溃塌进一步蔓延到了她生活中的所有交叉地带。她告诉研究者，每天早晨睁开眼，她并不像一个对这一天充满新鲜感的人，而像一个即将奔赴一整日考试的考生——每一项待办事项都挂着“及格/不及格”的评判：早饭对不对？午饭对不对？八千步走了没？血糖波动稳不稳？全部勾满了，这一天才算“是人过的”；任何一项落掉，这一天整个人都是“废的”。这个焦虑之所以无法被任何一个“放松训练”或“认知重构”轻易瓦解，是因为它下面的根基不是认知扭曲，而是一个已经无法自己做出裁决的人，把自己全部的存在正当性抵押给了外部标准。标准不倒，她才能站立；标准一旦沉默（比如凌晨三点醒来、没有一条指南告诉她“此刻该如何安抚自己”），她就从心理上直接坠入了失重。

最能穿透溃塌实质的一个细节发生在一次轻型胃肠炎期间。她连着腹泻两天，吃饭量大幅减少。丈夫劝她停一顿降糖药——“吃不下东西再吃药不是更伤胃？”她不敢，打电话到社区卫生中心。线路排队整一个上午，接电话的护士在另一端说“这个要问医生，我们不能随便和你说减药”。她最终没去找医生——“医生那么忙，为这么小的事占一个号，我不好意思。”于是她做了这样一个决定：把和平时份量一模一样的粥和馒头硬撑下去，把药也按时吞进去，然后拉了整整一个白天。她后来对研究者说这句话时，声音里没有抱怨，只有一种干枯的平静：“我自己没有办法。我不知道该怎么办。没人告诉我怎么办。我自己不敢想。”

“我自己不敢想”——六个字道尽了全部倒塌。她不是一个不知道自己会拉的人。她是在一个高于身体感觉的裁决序列里，已经把“自己想”这一动作判定为不合法。社区护士的回复——“这个要问医生，我们不能随便和你说减药”——不是个人失职，而是一个将临床不确定性逐级上推到指南安全区的制度惯性的诚实表露。指南在制度层面被赋予了“免于承担裁决责任”的避风港地位。当护患双方都学会了在避风港里做最安全的事——不裁量、照做——那些本可以被当作裁量练习的日常微小分歧，就被制度惯性一次又一次地压缩进了“照做”的窄径。

但这个故事里还有另一个微弱的线索。在研究者对陈姨随访的最后一年，发生了一件未被纳入任何医嘱的事件。她无意间开始了她后来称为“偷懒日”的实践：每周中有一天，她刻意把血糖仪、食物秤和记录本都塞进一个平时不打开的抽屉里，不测餐后血糖，不算任何一顿的营养成分克数，饭量全凭感觉、吃到不饿就停筷。研究者问她为什么这么做。她说一开始只是“试试看我能不能活过那一天”。头两回失败得很彻底——她说第一天她把抽屉关上后，一个人坐在沙发上，心跳快得像要从嗓子眼蹦出来，整个屋子都在转，“比低血糖还难受”。她忍住了想去打开抽屉的强烈冲动，扛了两三个小时，慢慢发现那个世界还没塌。到第三次尝试，一个很怪的事情发生了：她说那一天往往是身体感觉最顺畅的一天。“不测，我就什么都不想，吃饭吃七分饱就自己不想吃了。我以前测的时候，脑子里全是数，根本不知道自己饱没饱。”

她还在那一年做过另一件同样“低效”的事：每当她怀疑自己某天晚饭吃得太少、半夜可能会低血糖，以前她会在睡前固定补一顿糖水，现在她会先不补，而是靠在床上坐十分钟，手轻抚上腹，去分辨那里是一种空虚的惊慌还是单纯的胃排空。她对自己说：“如果我心跳加速、身上冒凉汗，我才去喝糖水；如果只是胃空，我就算了，睡觉。”

研究者问她是如何学会这一套“分辨动作”的。她想了一下说：“其实以前我自己管的时候就是这样的。后来有了那台新血糖仪，我就忘了。”说这句话时，她笑了一下。那个笑里有自嘲，但也有一丝很淡的、说不上来的骄傲。这个分辨动作，在一个已经装上了连续葡萄糖监测的未来也许会被视为完全无用——手机一声报警就能解决的问题，何必花十分钟用不可靠的主观感受去瞎猜？但恰恰是那十分钟的瞎猜——那自主发动的、没有标答的、从身体线索向行动方案的小小摸索——在日常的身体与意志之间重新搭起了一座极细的栈桥。她到这一年的年底，发现自己半夜醒来的时候，头脑中冒出的第一个想法不知什么时候从“我要不要测一下血糖”变成了“我梦到什么了，心跳怎么这么快”。念头顺序的翻转，是她从“等待结果扫描仪”回到“为自己的身体状况命名并探索”的第一步。这一步在临床指标上看不见，在所有评测量表上也读不出来，但它是一个人在自己的能动性废墟上亲手码回去的第一块砖。

必须说清楚什么没有被主张。本文不浪漫化陈姨的“偷懒日”。她的偷懒日一年加起来不超过五十天，其余三百多天她仍然严守着监测与执行。本文也不暗示所有糖尿病患者都能、都该做同样的事——对于那些生活在低血糖猝死恐惧中的脆性糖尿病患者，一顿不测的代价可能是致命的。本文所做的，是从陈姨的生命史中逼出一个不能再被既有概念网格捕获的机制：在外部代理系统将裁决负担从患者身上层层卸除的过程中，那份裁决力本身——不是知识、不是依从性、不是心理素质——可以在高度认同与高度执行中悄悄萎缩，直到消失殆尽，直到那个还能对研究者说出“我自己不敢想”的人，就坐在研究者对面，血糖一塌糊涂地完美。

三、裁决力溃塌：在异化、医学化与倦怠之外单独打开一个命名空间

如果陈姨的经验不是一个孤例——田野中多名“模范患者”的相似生存形态暗示它并非孤例——那么它的机制需要被命名。本文将这一非孤例机制命名为“裁决力溃塌”。但命名本身就意味着风险。任何新命名都必须接受一个最苛刻的检验：它所宣称的新辨别面，能否经得起与最危险的理论近邻的逐格对质？如果这个命名只是既有概念在糖尿病语境中的一层新皮肤，那它就不配拥有一个单独的名字。

本节将裁决力溃塌与三个最凶险的近邻——异化、医学化、糖尿病倦怠——进行机制层面的逐格对质，以展示它们各自无法覆盖的灰区，并最终将裁决力溃塌作为一个独立控制变量从近邻的交叉覆盖区中切分出来。

异化理论。从马克思的早期手稿到马尔库塞对“舒适的不自由”的批判，异化传统始终围绕一个核心主张展开：人的类本质能力——包括判断、创造、否定——在外化过程中变为统治自身的力量，并在不被使用的状态中萎缩。马尔库塞在《单向度的人》中精准地描述了发达工业社会如何通过提供物质满足而使主体丧失对现存秩序的否定与裁决能力。这听起来与裁决力溃塌高度亲缘。事实上，一个粗心的读者完全可能把陈姨的故事概括为“一个被医疗系统异化的老年女工”。但此处存在一条关键的分离线。异化理论——尤其在法兰克福学派传统中——几乎总是或明或暗地预设主体与系统之间的某种疏离或对立：人的本质是自由的、有创造性的，而系统压抑了这种本质；真正的裁决是反系统的，是对现存秩序的否定。而裁决力溃塌描述的主体——陈姨——并非站在系统的对立面。她高度认同系统的目标（血糖稳定是好的、医生是为她好的）；她在认知层面不质疑系统；她甚至感激系统带给她的“确定性”。她的裁决力不是在对抗中被系统打掉的，而是在与系统最密切的合作中被善意且无声地闲置掉的。异化理论在处理这类“完全认同”的场景时有一种内在的困难：它的解释习惯迫使它去寻找——或者建构——一个主体内部被压抑的、与系统对立的“本真需求”。而裁决力溃塌所指向的，不是被压抑的“本真需求”，而是被闲置的“裁决功能”。两者一旦混淆，临床干预就会自动滑向“唤醒批判意识”的方向——而这恰恰是陈姨不需要的，她要的不是批判系统，而是能够重新启动对自身身体的裁量动作。

医学化批判。伊凡·伊里奇在其名篇《医学的报应》中提出了一个至今仍有冲击力的论断：现代医学的专业化不仅没有减少疾病，反而通过将生活问题医疗化、将病人降格为被动接受者，制造了“医源性疾病”。社会学传统中的医学化批判准确地指出了专业权威对患者日常生活世界的殖民如何导致自主性的萎缩。在表面上看，裁决力溃塌似乎完美契合医学化叙事的脚本：患者把自己的裁决权交给了医生、指南和血糖仪。但这种契合同样是表面性的。医学化批判的核心机制是“强制”——专业霸权对生活世界的殖民具有某种强迫性。患者被剥夺裁决权，是因为他们被置于一个不容置疑的权威体系中。裁决力溃塌的发生学轨迹则完全不同。陈姨的裁决权不是被剥夺的——她主动、甚至有某种轻松感地把它让渡出去了。她不是一个被绑在医学化战车上的俘虏，而是一个在一套使她感到更安全、更省心的代理结构面前，自动停止了亲自裁量的行为主体。批评医学化能指出问题的制度条件，但它无法解释：为什么同一个“被医学化”的系统里，有些人仍保留着相当程度的自组织裁量，而另一些人——如陈姨——则发生了裁决力的完全溃塌？裁决力溃塌所要求的，是一个比医学化更细粒度的辨别维度：不是“系统是否强制”，而是“主体在长期不被要求调用裁决回路的情况下，那条回路会经历何种程度的废用性萎缩”。

糖尿病倦怠。这是裁决力溃塌在临床心理学界最直接的邻居。自Polonsky在1999年命名这一现象以来，糖尿病倦怠已被操作化为一个包含情感耗竭、对自我照护任务的疏离、以及个人成就感下降的综合征，通常被理解为长期繁重自我管理工作的职业倦怠型后果。在陈姨的案例中，糖尿病倦怠量表是否可能把她误判为“中度倦怠”？很可能。因为她确实筋疲力竭。但这种重叠掩盖了一个根本的机制差异。倦怠的行为特征是弃守——患者因为太累了，开始漏测血糖、不再精心控制饮食、

对并发症风险报以“无所谓”的态度。倦怠的核心是动机耗尽。而裁决力溃塌的行为特征恰恰相反——不是弃守，而是过度固守：陈姨越疲惫越要测得更频、管得更细。不是不关心结果，而是把“结果”本身——数字——当成了存在正当性的唯一准绳。量表上她的“耗竭”得分会很高，但这份耗竭不是来自“管理得太累所以不想管了”，而是来自“已经丧失了管的自信但又不敢不管”的夹缝。如果临床心理评估混淆了这两条路径，它就会把陈姨当做一个“需要进行动机重建”的倦怠患者来干预——而这恰恰是缘木求鱼：她不需要重建动机，她需要的是低强度地、重新启用那条已经生锈的裁决回路。

本节的对质并不是在宣布这些近邻“错了”。它们的解释力在各自适用的范围内是真实存在的。但当陈姨说“我不敢自己想了”时，没有哪一个单独的近邻能够无损地覆盖她的全部处境。异化抓不住她的认同，医学化抓不住她的主动让渡，倦怠抓不住她的固守。三个网格的交叠处，漏下了一个沉默的灰区：一个人在完全认同、完全执行、完全不反抗代理结构的状态下，其内部那根“为自己身体做裁量”的心理链条，因长期不被调用而发生的结构性退场。裁决力溃塌就是这个灰区的名字。

这一命名可以被浓缩为一个可裁决的命题，供此前未有过的、与其他近邻的2×2交叉表检验：当糖尿病患者的认同度（对系统的认同）与代理度（日常裁决的外包程度）同时居高时，异化理论预测焦虑来自与系统的冲突，医学化预测自主性萎缩来自权威的强制性，倦怠预测动机耗尽将导致管理的弃守。裁决力溃塌则预测：即便不存在冲突、强制与弃守，裁决回路的废用本身也会作为独立变量制造心理耗竭——并且这种耗竭的行为表现将是过度固守而非弃守。在此，认同度与代理度这两个维度不再是被那些大理论当作背景噪声的东西；它们恰恰是分离发生的地方。

四、三道引力如何生成废用：从“可承受的成本”到“结构性的无能生产”

裁决力溃塌不是慢性病自我管理内禀的永恒宿命。在前数字化时代，糖尿病患者同样面临着体感与药物的协调、知识的匮乏与不可靠的反馈。但他们——如确诊头三年的陈姨——并没有将自己的存在正当性完全抵押给一组外部数字系统。当时的消耗是一种可承受的管理成本：它消耗精力、制造失误、偶尔带来恐慌，但那些精力和恐慌本身在不断重新启动裁决回路，使得回路在被消耗的同时也在被使用中持续更新。

是什么把这种“可承受的管理成本”变成了当代模范患者身上那种“结构性的无能生产”？本节将追踪三条在特定历史配置下逐渐汇聚的制度与技术引力。它们不是彼此独立的“三个因素”，而是在同一个日常动作中联手将自组织主权推向沉默的那些作用力。

第一道引力：数字化监测的实时优越权。在血糖仪、尤其是连续葡萄糖监测仪普及之前，糖尿病患者不得不依赖有限的身体线索——口渴、消瘦、创口难愈——来间接判断血糖的大致方向。这些线索不精确，常常延迟，但它们的每一次使用，都要求主体完成一系列复杂的自我解读：这样的渴，是天气热还是血糖高？这两天瘦了，是米饭吃少了还是病情在变？解读可能错误，但它在持续动员自组织主权的运转。今天，当手环显示心率正常而你主观感到心慌，临床话语默认的仲裁者已

是手环；当血糖读数比你感觉的更正常，指南会劝你“不要过于依赖主观感受”。数字体网相对体感拥有一个无可辩驳的优越性——它是客观的、连续的、可追溯的——但它同时带来一个隐蔽的结构性后果：它让患者越来越不需要发展出区分不同性质身体信号的精微感觉框架。每一次“直接用读数解决掉不确定性”，都是一次绕开裁决回路亲自练习的机会。这不是数字的原罪，而是数字监测被全时段、全覆盖地使用所带来的一个沉默馈赠：裁决回路在一次又一次的闲置中，被系统地荒废了。

第二道引力：诊疗指南的避风港效应。临床实践指南在当代医患关系中所扮演的角色，早已超越了“专业建议”。在医疗纠纷处理中，指南是裁定医方是否有过错的关键基准；在社区慢病管理考核中，医生是否敦促患者遵从指南，直接与绩效挂钩。在这个结构下，当一位患者蹲下身问社区卫生服务中心的护士“我今天拉肚子，没力气，能不能少吃一顿药”时，护士的本能反应不是帮她开展一个“什么情况下可以弹性调整”的裁量对话，而是将问题迅速引回指南的安全区：“这个要问医生，我们不能随便和你说减药。”医生也无法替她拍板减药——分诊制度让医生负责间歇性的“规范管理”而非每日裁量的“逐一审批”。于是，那些本可以被用作裁量练习的日常微小分歧，在制度惯性中被一次又一次地压缩进“照做”的窄径。患者也学会了：在这个体制里，最有效率、最安全的提问不是“我是这样觉得的，我可以试试那样做吗”，而是“您告诉我该怎么做，我照做”。依赖指令，成了双方在现有制度生态下的最省力解。指南的避风港效应不在于它强制了什么，而在于它为裁决的转移提供了制度性便利——一个双方都从中获益、因而无人有动力去打破的隐性契约。

第三道引力：健康道德化的叙事压力。过去三十年的公共健康宣教，在慢性病领域将血糖控制从一种医疗行为不断地抬升为人格品质的外在表征。能把血糖稳定在达标范围的人，是自律的、对家庭负责的、意志坚强的；反之，则是放纵的、缺乏自律的、在品格上有缺陷的。“管住嘴迈开腿”这句六字箴言的暗面，是给每一个偏离标准方案的选择都预先铺设了道德审判席。一名患者在某次家庭团聚中，自己评估了自己的近期血糖趋势，决定多吃半块月饼、饭后再加十分钟散步来平衡——如果这是一个经过主体裁量的弹性管理，在健康道德化的语境里，它极有可能被家人或同伴解读为“意志力薄弱地偷吃了”，而不是“在行使有依据的动态管理”。这种从“行为”向“人品”的叙说滑移，极大地增加了裁决的心理成本：行使裁决不仅意味着承受可能的生理波动，更意味着独自面对那个被内化了的道德检察官的无声审判。在多数情况下，患者最省心的策略不是抗争也不是商量，而是放弃裁量、全盘执行。全盘执行，同时卸掉了认知负担和道德问责的可能——它换回来的代价是，把主权连同它带来的焦虑一起，过继给那个永远不会内疚的外部系统。

这三道引力并非各自独立运作的“变量”。它们在每一个具体的日常瞬间联手作战：当患者觉得身体发紧、想去查手机App确认时，第一道引力给他路径，第二道引力给他合法性，第三道引力则让他对选择“我自己感觉的”感到道德上不洁。三者合成的，是一个对自组织主权而言近乎无缝隙的代理场地。在这个场地里，外部系统不是在某个关键“关头”剥夺了裁决，而是在原本应由裁决来过一过的、无数细碎的日常身体对话中——该吃什么、该不该多走、该信体感还是信数据——都预先

铺设了一条更快、更确定、更不受道德谴责的替代路径。

裁决力溃塌就是在这种无缝隙的代理场地上，被日常性地生产出来的。它的生产不需要系统的恶意，不需要主体的软弱，不需要任何一方的道德败退。它只需要时间——一个人年复一年地选择那条更省力的路径，并不是在“省”，而是在做一件持久的心理训练：训练自己不去做那件名为“为自己身体拿一次不确定的主意”的事。而这件事，最终不是想捡就能捡回来的，因为它从来不是一个知识、一个态度，而是一条只有在反复使用中才能维持其可调用性的心理通路。当代理场地把那条路的每一个入口都铺上了更快捷的替代选项，路本身就渐渐被荒草掩埋了。

五、低效冗余间隙：裁决回路再培育的微生态

直面裁决力溃塌的机制之后，修复的追问不可避免——尽管必须立刻冷静地限定它的范围。本文不认为存在一种可以写进临床路径的“败部复活疗法”。任何宣称能“治愈裁决力溃塌”的方案，都必然重蹈裁决力溃塌自身的陷阱：一旦“重新启用裁决力”被标准化为另一个必须“做对”的照护任务，它就成了外部代理系统的新产品或新考核指标——也就是在原先已是无缝隙的代理场地上再铺一层，而非给它留出缝隙。“低效冗余间隙”这个本文所提供的修复分析概念，从一开始就与“疗法”这个词刻意保持距离。它只试图回答一个更节制的问题：在裁决力溃塌的制度性生产仍在继续的当下，是否可能存在一些被照护效率叙事长期忽视、甚至视作“无用”的日常间隙，它们能够——如果被承认、被保护、被谨慎地不被异化为新任务——为裁决回路的再培育提供一种微生态条件？

要回答这个问题，必须回到陈姨的“偷懒日”，但不是把它当作一种可被推广的“实践模式”，而是当作一个案中之案：一件极小的事为什么产生了一种在量表上不可见、却在她自己的生命质感中被真切体验到的变化？

低效冗余间隙的定义应从陈姨的实践史中归纳出来，而非先验给定。它指涉的是这样一种时空片段：在外部代理系统尚未覆盖或被主体刻意短暂关停的情境中，主体在不追求客观正确性的前提下，亲自以低效率的方式与自己的身体状况发生裁量性接触。它有三个构成性特征。第一，它只能诞生于外部代理的短暂缺位或被主动悬置。如果陈姨不把血糖仪塞进抽屉，根本不给自己一个“被逼着自己判”的机会，这个间隙就不会存在。第二，它在实施过程中不被“做对/做错”的二元标准评判——因为它的目的不是产出一个比App更准确的结果，而是维持“我自己先试试看”这一动作本身的可发生性。第三，它要求主体在不确定性中停留一段比通常感觉阈值更长的心理时间——不能刚感到不适就跳回数字的避难所；这段停留本身，构成了一种使裁决回路被重新启动的摩擦条件。

它不是“回归本真的身体直觉”。这里必须做一个严格的发生学剥离：陈姨在偷懒日里重新听到的那些身体感受——饱腹感、心慌感、空虚的惊慌与单纯的胃排空之间的微妙区别——本身并不是某种前技术的、更纯净的“真实信号”。它们在诊断早期的构成，同样是历史条件（前数字化时代有限监测技术）下的产物。它们也是被训练出来的，是一种在日复一日与身体的摸索中被制作出来的“

第二自然”，而不是生物学的第一密码。把体感浪漫化为“未被技术污染的真理”是另一种发现学的暴力——从一座神坛跳向另一座。本文在引入低效冗余间隙时，刻意不对它做任何“本真性”的赋权：它只是一个在特定代理密度下，为了让裁决回路保持基本可调用性而必须被结构性保留的摩擦噪声。它不是疗愈——疗愈意味着修复至某种理想的、完整的功能状态，而裁决回路无法被“修复”到不再受代理系统影响的“纯态”。低效冗余间隙所做的，只是在那套无缝隙代理场地上撑开一条极细的呼吸缝。

追问到这里，必须直面一个尖锐的质疑：如果低效冗余间隙只是在代理系统占绝对主导地位的大背景下的零星例外，它究竟什么价值可言？答案是：它的价值恰恰在于，它论证了在结构巨变到来之前的那段漫长时间里，能动性的再生产并非全无可能——它只是被推到了日常生活最边缘的细缝里。医生在说完“您的血糖控制得不错”之后，多问一句“那您自己觉得怎么样？您自己感觉和数字有对不上的时候吗？”——这不是一句客套，而是在向那个已经被权威话语逐出裁判席的患者发出一份弱弱的邀请：邀请她把“我自己的感觉”重新登记为有效信息。子女在陪同年迈父母拿完药后，偶尔忍住那句“你就按医生说的做”，试着问一句“你自己是怎么想的？你哪里觉得不对劲？”——这不是在教唆违背医嘱，而是在告诉他：你的“想”，还值得被听一次。手机App在展示评分的同一页，保留一个小小的自由文本框，不设打卡积分，不算健康绩效，就是一行用户可以随意填写的“此刻身体感觉”——这个功能在效率逻辑中是最纯粹的“冗余”，但在裁决回路的维护中，它可能是整个界面里最有价值的那个空间。

这些微观动作的合集，当然不足以逆转那三道引力。但它们构成了在结构铁板的最边缘处，保护裁决力的最后一簇小火不灭的全部可能。结构速变之前，这一点残火，使一个人还能对自己说出“我今天感觉不对”，而不用先在手机屏幕上确认一排数字——不是作为疗愈，而是作为不被彻底剥夺的最后防线。

六、一个对照：当裁决力没有溃塌

如果本文始终只用陈姨一人来支撑全篇的判断，那么裁决力溃塌在论证上就面临一个内伤：它无法区分“结构性机制”与“个人特质”。陈姨凌晨四点测血糖的习惯、对做错的弥漫性恐惧、在面对不确定时的僵化——这是裁决回路在代理作用下发生的普遍性功能退化，还是只是陈姨这个人碰巧特别焦虑？要回应这个问题，必须引入差异。田野本身提供了这样的差异。在对同一队列中的另一位“模范患者”的追踪中，研究者看到了与陈姨的表面高度相似但深层机制迥异的生存形态。

这位患者——化名莲姨——六十四岁，确诊糖尿病十五年，同样糖化血红蛋白优秀，同样承压于繁重的日常管理任务，同样面对数字化监测与指南规制。她和陈姨一样严格：她知道自己的饮食克数，每天都测够五段血糖，定期去社区医院报到。但研究者在她家陪住时，注意到了陈姨从不动作的动作：每当测完血糖，她会对着那台机器“嘟囔”一声。有时是好话——“今天乖了”；有时是骂

话——对着一组偏高数字说“是你不准吧”。餐前计算食物份量时，她从不用电子秤，而是用手盛一碗饭，看一眼，说一句“今天差不多就这些”，然后再吃。研究者问她怎么确定“差不多”，她答：“我煮了这么多年饭，自己那碗该多少还用手教你？”

莲姨当然不是“优越版”的陈姨。她的日常管理在指南标准下会显得更模糊、更不精确。她自己对研究者说过一句极有意思的话：“要是完全照书上说，我撑不下来十五年。哪有那么准？没那么准人就不活了吗？”这句话恰好反衬出陈姨困境的一个核心节点：陈姨不是“不想做对”，而是她把“对”的标准从他者的指南内化到了自己无法再允许任何裁量的程度。莲姨则保留了另一种与指南的距离：指南是参考，不是裁定。裁定在她自己手上。这个距离，不是来自她更勇敢或更自信——它不是人格范畴的事。它的形成有一条被陈姨的轨迹所反向照亮的条件：莲姨从未被纳入过社区卫生中心的规范化管理项目。她用的是老款血糖仪，偶尔在手机上看一些糖尿病的文章，但从来没有一个高密度、高性能的外部代理系统全天候覆盖她。她的裁决回路，正因为没有被一个无缝隙的代理场地所充分卸载，在日常的不精确使用中保留了一种粗糙但持续的活力。

这个对照并非在浪漫化“落后”。如果今天就必须做选择，没有人应该主动把莲姨的模糊管理当作优于陈姨的技术精准管理的方案。数字监测与临床指南在对疾病生理指标的控制上具有无可辩驳的优越性。莲姨自己也知道这一点——她不止一次对研究者说过“还是要买个新的，旧的读数老跳”。但莲姨的存在强制我们做出一个区分，这个区分是裁决力溃塌作为一个独立维度所必需的最后一块理论拼图：代理系统在同一群人中制造的不是均匀的效果。裁决力是否发生溃塌，不取决于代理系统本身（莲姨和陈姨都依赖外部指导），不取决于依从性高低（两人都是模范患者），也不取决于认同度（两人都不反抗权威），而取决于患者在日常生活中是否还保留着足够多的、不被代理系统充分覆盖的低效裁量空间。代理系统本身不是病因，病因是代理密度——那个“没有缝隙、没有例外、没有任何一个时刻需要你自己拿主意”的日常状态。莲姨的代理密度客观上低于陈姨，因为她的技术配置更原始、制度覆盖更松散。她的裁决回路尚未被完全闲置——不是因为她的选择，而是因为她恰好活在系统还没把她全覆盖的夹缝里。

这个对照所暗示的修复方向同样谨慎而节制。它不说“所以应该取消规范化管理项目”——那是学术浪漫主义。它说的是：裁决力溃塌作为一项独立的、与代理密度正相关的风险，应当被照护制度在设计时纳入其成本-效益核算之中。不是把低效冗余变成新处方，而是在现有高效率主流方案的旁边，为那些“看起来多余但裁决回路赖以为生”的细微裁量动作，留一条被承认而不被压扁的存活廊道。

七、结论：能动性需要摩擦

本文以陈姨凌晨四点独自测血糖的昏暗客厅为起点，跟踪了一条从无到有、从可承受到不可承受的心理轨线，最终抵达了一个在既有文献中尚未被充分命名的经验形态：裁决力溃塌。它不是决策疲劳——陈姨没有在做错决定，她是在不再做决定的人这个位置上。它不是异化——陈姨不疏离于照护系统，她虔诚地认同它。它不是医学化——她的裁决力不是被权威强行夺走，而是在代理系统的善意中沉默地闲置了。它不是糖尿病倦怠——陈姨的行为不是弃守，而是固守，不是不想管，而是越管越不敢自己判。裁决力溃塌指认的，是能动性基底的结构失血：主体在高度认同、高度能力、高度顺从的状态下，其内部裁决回路因长期不被调用而发生的不可逆退场。

这篇论文无意宣称裁决力溃塌可以通用地解释慢性病焦虑的全部样态，也无意把它建立成一种与倦怠、医学化、或异化等高阶理论平起平坐的新理论。它只做了一件相当节制的事：在现有概念网格的交叉覆盖中，为一个具体的灰区作证。这个灰区里有陈姨，也有那些和她一样、在指标单上闪闪发光、在客厅茶几上慢慢变空的人。他们不是理论的例外，他们是理论没有看见的邻居。

如果这篇文章有一个核心的、可以被证伪的预测，那就是：在同等病程、同等生理严重度、同等知识水平、同等依从性的条件下，那些由外部闭环（精准算法推荐、精细饮食计划、实时血糖反馈自动调整等）提供极高代理密度、从而在日常中极少保留不受代理覆盖的低效裁量空间的患者群体，在面对一次计划外的、需要自行做出复杂裁量的身体扰动（例如同时出现药物更换、急性轻微感染与饮食中断）时，其裁量发起速度、一定时间窗内的生理指标稳定化速度、以及一个日常能动性自评量表的追踪分数，将系统性地劣于那些在日常中仍保有一定低效冗余摸索习惯的对照组。如果一项严格控制的前瞻性研究能够证伪这一预测——如果完全代理组在所有这三项指标上均不逊于甚至显著优于保留冗余组——那么本文关于裁决力因废用而萎缩的核心论断将被从实质上撼动。

但这篇论文想做的最后一件事，比一个可证伪的预测更深一层。它试图松动一个被当代慢病照护视为天经地义的预设：能动性是底仓，是只要你不主动它就会好好待在那里的储备。这个预设支撑着我们从健康教育到数字监测的全部“赋能”叙事——赋能就是在底仓上加库存。裁决力溃塌所揭示的东西恰好相反：能动性不是一个可以贮存的实体。它在“用”中存在，在“不被用”中萎缩。照护系统那些最高效、最负责、最善意的代理，可能在不知不觉中成为这种萎缩的催化剂——不是因为它们设计得不好，而是因为它们设计得太好，好到不给摩擦留一点空间。慢性病患者能动性再生产的最小单位不是赋能，而是摩擦——那一点点毫无效率可言的、需要自己亲自做的、没有标准答案的、在不确定性中独自悬停的裁量动作。只要制度还容得下这一点摩擦，裁决力就还有一条极细的生存缝；当高效把摩擦完全擦除，裁决力便在善意的最高处完成它最安静的坍塌。

低效冗余的专有含义与双重预测

低效冗余不是低水平服务，也不是对医疗效率的浪漫反对。它指那些在指标上不增加治愈率、却让患者重新参与判断的时间、重复、停顿和绕路。其产物不是舒适感，而是“我仍能参与决定自己如何被照护”的能动性。

双重预测是可裁决的：压缩冗余若提高流程效率却降低患者提出非标准问题、修正方案和拒绝建议的频率，支持本文；若效率提高同时能动性不降反升，本文错误。反向干预则要求增加同等时长，但只增加信息灌输而不开放裁决权；若这也产生同样效果，真正变量只是陪伴时间，而非低效冗余。

参考文献

- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59–70.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*, vol. 1: La volonté de savoir [The history of sexuality, Vol. 1: An introduction]. Gallimard.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 87–104). University of Chicago Press.
- Lupton, D. (2016). *The quantified self*. Polity.
- Marcuse, H. (1964). *One-dimensional man: Studies in the ideology of advanced industrial society*. Beacon Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Polonsky, W. H. (1999). *Diabetes burnout: What to do when you can't take it anymore*. American Diabetes Association.
- Taub, E., Uswatte, G., & Pidikiti, R. (1999). Constraint-induced movement therapy: A new family of techniques with broad application to physical rehabilitation—a clinical review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 36(3), 237–251.