制造“专家”:儿童注意力训练机构的形象塑造

■ 李伟玉 谢桂华

(中国人民大学社会学理论与方法研究中心,北京 100872)

【摘要】随着医学技术的发展,越来越多的日常生活现象被医学术语重新定义,比如儿童注意力不集中可能会被视为是注意缺陷多动障碍(俗称多动症)的表征,这个过程被称作医学化。本文采用医学化视角,基于在北京市某儿童注意力训练机构的参与观察和对工作人员及家长的深度访谈,揭示非专业的市场机构建构专业形象的过程。研究发现,市场机构使用多种策略将不具备专业背景的员工制造为儿童健康领域的“专家”,借助训练课程与技术设备强化机构“专业”形象。在此基础上,本文描绘家长群体面对“专家”的反应与行动,指出其行动逻辑存在实用理性的考量。文章强调消费市场对医学化进程的推动作用,为理解医学化的全球扩散提供基于本土情境的案例。

【关键词】医学化 注意缺陷多动障碍 消费市场 “制造”专家

一、问题的提出

儿童不仅是家庭的希望,也是国家的未来,保障儿童健康成长是全社会共同的责任。《中华人民共和国家庭教育促进法》提出,家庭要“保证未成年人营养均衡、科学运动、睡眠充足、身心愉悦,引导其养成良好生活习惯和行为习惯,促进其身心健康发展”^[1]。这是国家首次通过立法形式确认家庭教育的重要性,并强调家长对未成年人的身心健康发展承担主体责任。

为保证儿童健康成长,家长需要参考医学专家制定的成长标准^①,如若发现儿童在健康方

收稿日期:2024-11-10

作者简介:李伟玉,中国人民大学社会学理论与方法研究中心博士研究生,主要研究家庭社会学、社会分层与流动;
谢桂华,中国人民大学社会学理论与方法研究中心教授,主要研究家庭社会学、社会分层与流动。

基金项目:本文系国家自然科学基金一般项目“中国家庭结构变迁与社会流动研究”(课题编号:21BSH037)的阶段性研究成果。

① 2022年,国家卫健委发布了7岁以下儿童生长标准,对7岁以下儿童的体重、身长、身高、头围、体重指数制定了评级标准。参见 <http://www.nhc.gov.cn/wjw/fyjk/202211/16d8b049fdf547978a910911c19bf389.shtml>

面稍有不妥或者与标准稍有差异,有可能直接寻求专家的建议。随着医学研究与技术的进步,健康的概念从生理范畴拓宽到心理、认知和行为等多个领域。医学对健康的评估也日趋精细和量化,比如制定出各类健康指数与量表,未达到标准的儿童被认定为生理、心理或行为异常,被归类为存在精神障碍问题^[2-3]。儿童的异常行为被医学术语重新定义的过程,被称作儿童越轨行为的医学化^[4-5]。

在儿童越轨行为医学化的研究中,儿童注意缺陷多动障碍(attention deficit / hyperactivity disorder,简称ADHD,俗称多动症)是经典案例。ADHD是儿童发育阶段最常见的精神障碍之一,其核心症状包括注意力无法集中、多动和冲动等行为表现^[6-7]。

一般临床推荐确诊的儿童使用药物进行治疗,但精神障碍类常用药物往往伴随较严重的副作用,比如恶心、呕吐、疲劳、嗜睡等,许多家长更倾向于选择非药物的替代治疗,比如由专业训练机构提供的行为矫正训练。根据2022年度康复行业报告的数据,78.6%的家长选择让患儿在康复机构接受训练^[8]。在康复机构中,注册为残联定点的机构可享受政策支持,患儿在此类机构接受康复训练可获得财政补贴。然而,残联在册的儿童康复师与患病儿童比例为1:130^①,医保体系内的精神障碍康复资源供给严重不足。2021年度抽样调查显示,非医保体系的民办机构占比超过一半^[9]。这些民办机构面临的最大挑战是如何建构专业形象,以获得患儿家长的信任,从而在市场中生存下去并且获得利润。

经过多年的发展,许多儿童精神障碍康复机构在市场上站稳脚跟,并且逐渐扩大规模。然而,由于缺乏统一的行业准入标准和监管规范,这些机构的康复服务质量参差不齐,有效性与安全性难以保证,却仍有大量家长选择这些机构。有鉴于此,本文关注的问题是:市场中的儿童精神障碍康复训练机构如何建构专业形象?具体而言,这些市场主体如何将员工制造为儿童健康“专家”,如何塑造其“专业”形象,以及家长为何选择相信市场机构的“专业性”?为解答以上问题,笔者^②在一家民办营利性的儿童注意力训练机构开展了为期数月的田野调查,对机构的工作人员和儿童家长进行了深度访谈。本文将首先回顾儿童越轨行为的医学化研究及其讨论,之后梳理中国儿童精神障碍康复市场的发展状况。资料分析包括两部分内容:第一部分展现训练机构塑造“专业”形象的具体策略,第二部分阐释家长对“专家”的质疑、相信以及实践。在结论部分,本文将对医学化过程作进一步反思。

二、医学化视角及其讨论

(一)医学化视角的发展

20世纪70年代,医学化概念被提出,其后该领域的概念讨论与经验研究大量涌现。医学化

① 根据《2021年度儿童康复行业蓝皮书》的数据,2020年,中国残联在册的孤独症儿童康复教师有2.3万人,0-18岁孤独症儿童保守估计有300万人,即康复师与患儿的比例是1:130;实际从事孤独症儿童康复的教师有10万人,其中能提供高质量服务即持有国际认证干预资格证书的专业人员有1000人左右,即平均一个专业教师需要服务2500个孩子。

② 田野调查由本文第一作者完成。

指的是日常生活中的某些身体状态与行为表现被医学术语重新定义为疾病或障碍,并需要医学手段加以干预的过程。在这个过程中,医疗管辖权的范畴不断扩张^[10-11]。

在概念演进上,美国学者克拉克(Adele E. Clarke)提出“生物医学化”概念,强调生物技术进步对医学化的驱动作用。生物医学化以密集、复杂、多学科交叉的特征,成为医学化理论的重要组成部分^[12]。其后,理论讨论逐渐从医学化的表现形式转向推动医学化的因素。在这些因素中,生物技术的进步至关重要,新的诊断工具和检测手段让医疗诊断更加精准和个性化。例如,分子生物学的发展推动基因疗法与个性化医疗出现,将“健康”从一种生理状态变为可定制的商品,引发了学界对消费市场的兴趣。制药公司被认为是推动医学化的另一个重要因素,它们通过资助医药试验和学术研讨会以及广告营销等方式传播疾病概念并推销药物^[13]。部分制药公司通过药物营销广告夸大疾病的表征,暗示某些日常行为和情绪表现可能是重大疾病的先兆,加剧消费者的自我健康焦虑^[14-15]。

在经验研究方面,儿童 ADHD^[16]、孤独症^[17]和成人酗酒^[18]等都是医学化研究的经典案例,它们属于越轨行为的医学化研究分支,指的是偏离社会化标准的越轨行为被定义为障碍或疾病。以 ADHD 为例,医学化研究的奠基人之一康拉德(Peter Conrad)认为,脑神经科学的发展将儿童的多动、冲动行为判断为精神障碍的表征,制药业的广告营销则进一步扩大了社会对这种儿童精神障碍的认知^[19]。

(二)越轨行为医学化的经典案例:ADHD

康拉德基于 ADHD 的研究提出“越轨行为的医学化”概念。这个概念集中体现了医学对日常行为与情绪表现的重新定义。越轨行为的医学化表现为行为定义和控制手段两个方面。在行为定义方面,对精神障碍的分类日趋复杂化,新的类别不断涌现,例如神经医学研究将儿童的多动行为归因于大脑发育异常,提出运动机能亢进、注意缺陷多动障碍等类别,并且将诊断对象的范围从最初的儿童逐渐扩展至成人^[20]。在控制手段方面,针对越轨行为的应对方式发生了转变。以往儿童的越轨行为往往被视为道德品质缺陷或家庭教育不当的结果,应对方式主要为加强儿童教育与预防青少年犯罪等社会干预措施^[21]。随着医学化的推进,儿童的这些行为逐渐被视为健康问题,需要通过专业的医疗干预进行处理。

儿童越轨行为的医学化具有积极效应,它使儿童从“坏孩子”的标签中解脱出来,转变为“生病的孩子”,减轻了儿童与家长承担的道德污名。但是,医学化也带来了归因简化的风险,儿童的越轨行为被识别为精神障碍问题,忽略了背后的复杂成因。事实上,这些行为可能不单纯是生理障碍,还与家庭教育不当、校园欺凌等多重因素密切相关^[22]。此外,儿童精神障碍的认定标准在不同国家存在较大差异,在医学化的全球扩散中,源自欧美社会的疾病概念、诊断标准是否适用于不同文化背景的国家,仍是一个值得深入讨论的问题^[23]。

(三)相关讨论

儿童越轨行为的医学化引发大量讨论,一些学者试图从文化建构和专业知识生产的角度重新审视医学与社会的复杂关系。一是关于医学分类的讨论,文化建构的观点认为医学化是过度医疗的过程,医学对行为表征的定义过分干预社会生活。以儿童 ADHD 为例,对儿童行为的解

读受社会文化环境的影响,在某些社会中,多动、冲动行为被视为可以容忍或接受的行为,但在重视学业成绩和行为规范的社会中,多动、冲动行为可能被视为异常和病态^[24-25]。因此,社会对“正常”与“异常”的界定在很大程度上影响了 ADHD 的诊断与治疗。

二是对医学临床诊断的讨论,医学临床诊断以专业知识为依据,专业知识的变动和非专业群体的参与可能引起诊断的差异。埃亚尔(Gil Eyal)对美国孤独症大流行现象的研究发现,孤独症儿童在过去被诊断为不可治愈的先天性智力缺陷,并被送进特殊机构进行隔离收容;诊断标准变化后,他们被诊断为患有心理疾病,可以在家中接受药物治疗。这一转变导致了美国儿童孤独症发病率的急剧上升^[26]。李荣荣在中国三甲医院的田野调查发现,儿童 ADHD 的临床诊断在很大程度上依赖父母对儿童日常行为的报告,父母协助医生将模糊的医学概念落实为疾病,表明非专业群体对儿童行为的观察和理解影响了专业知识的应用^[27]。

专家通常掌握专业知识,并且具备系统的认知与思考能力,因而被视为相关领域内的权威。然而,个体对专家的认知常常比较模糊,主要依赖于专家形象的呈现以及对专业知识的抽象理解^[28-29]。在儿童 ADHD 的临床诊断过程中,医学专家与父母、老师等非专业群体共同参与对儿童行为的定义。互联网技术使医学知识更易于获取,许多家长通过互联网检索相关信息,了解部分知识之后可能对医生的诊断产生怀疑^[30]。但问题在于,互联网平台的信息可能夹杂着大量营销广告,家长难以分辨专业知识是否“专业”,更无法分辨非医疗机构提供的疗法是否可靠。本文重点关注消费市场中的康复训练机构如何塑造其专业形象,具体描述一家儿童注意力训练机构的形象塑造过程。接下来,本文将回顾儿童 ADHD 在中国的诊疗方式与康复市场的形成过程。

三、儿童注意缺陷多动障碍的诊断、治疗与康复市场

(一)儿童 ADHD 的诊断与治疗

20 世纪 50 年代,美国医学界开始将儿童的多动、冲动等行为问题定义为精神障碍。20 世纪 80 年代,美国精神医学会编修的《精神障碍诊断与统计手册》正式收录了 ADHD,标志着它在命名上被合法化、制度化^[31]。这一定义被引介至中国后,儿童精神科学研究以“儿童多动症”命名这个新的精神障碍分类^[32]。

当前,儿童 ADHD 的诊断主要有两种标准:一是美国《精神障碍诊断与统计手册》定义的标准(DSM-5),在北美地区通行;二是世界卫生组织《国际疾病分类》定义的标准(ICD-11),在欧洲通行。这两种标准目前在我国都通行。由于 ADHD 的成因尚不明确,也无法直接通过生物医学检查(比如脑部 CT)进行诊断,临床医疗诊断成为医生与儿童及其父母和教师的互动过程,需要医生通过父母和教师的报告以及父母和儿童填写的量表进行综合判断^[33]。

儿童 ADHD 的治疗方式可以分为药物治疗和非药物的替代治疗(alternative therapies)。根据全美儿童健康调查数据(National Survey of Children's Health, NSCH),美国有超过三分之二的确诊患儿接受以中枢兴奋剂类(比如哌甲酯)和非兴奋剂类(比如托莫西汀)为主的药物治疗^[34]。

少数确诊儿童选择替代治疗,比如认知训练、饮食调节、神经反馈等。由于临床数据较少,这些替代治疗的安全性和有效性无法保障,美国权威临床指南并不推荐替代治疗法^[35]。

在中国,经过医生临床诊断的患儿被推荐使用药物治疗^[36]。但一方面由于儿科精神病学专业研究人员匮乏,许多医院甚至没有儿科精神科,中国儿童很难获得专业的医学诊断^[37]。另一方面,即便获得专业的医学诊断,家长可能也不愿意选择药物治疗。一是因为药物的副作用明显,比如托莫西汀类药物的副作用是恶心、呕吐、疲劳、嗜睡、食欲减退等,这些副作用对儿童的生长发育十分不利^[38]。二是相关药物价格高昂,部分药物不在医保报销范围内^①。因此,相较于美国以药物治疗为主的模式,替代治疗在中国更为流行,目前运用较多的有六种:行为干预、神经反馈、运动干预、心理治疗、数字疗法以及饮食和音乐疗法等^[39]。不过,这些疗法目前没有明确的规范标准,也缺乏相应的审核机制。

由于专业医疗机构受限于人员、设备不足,难以满足患儿需求,一些从事儿童精神障碍康复的社会组织和市场机构应运而生。从政府支持与监管的角度,这些机构可分为残联定点机构和非残联定点机构两大类。残联定点机构享受国家财政支持并受残联监管^②,但绝大部分的营利性市场机构由于各种原因很难获得残联定点的认证,因此它们既无法享受明确的政策支持,同时也不受残联监管^③。

(二)医学专业诊疗之外:儿童 ADHD 的康复市场

儿童 ADHD 的标准解读弹性大,行为训练方法门槛低,为商业机构进入儿童精神障碍康复领域提供了机会。1994年,中国大陆地区第一家针对儿童注意力训练的民办营利性康复机构在北京成立^④,此后针对儿童“专注力”或“注意力”进行训练的商业机构如雨后春笋般出现在一线城市。目前我国的儿童行为训练行业呈现中小型机构密集、大型机构稀缺的特征,机构规模参差不齐,资质水平差距较大^[40]。由于没有专门针对 ADHD 儿童康复机构的资质认证^⑤,这些机构注册的资质许可五花八门,既有大型医药集团设立的儿童康复分部,也有一些商业机构注册为民办非营利性组织、高新技术企业^⑥或教育培训机构。它们往往优先考虑商业利益,对自身的道德属性相对忽视,例如部分教育培训机构的讲师既是机构员工又是老师,难以兼顾教育的经济效益和道德意义^[41]。在可信度方面,早教机构相对更容易获取家长信任,成为新的育儿

① 直到 2023 年,哌甲酯、托莫西汀类药物才全面纳入医保。参见《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022 年)》中收录的“用于儿童注意缺陷障碍伴多动症和促智的精神兴奋药”, https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2023-01/18/content_5737840.htm

② 参见《残疾预防和残疾人康复条例》第二十七条, https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/27/content_5171308.htm

③ 残障儿童康复机构有相应的规范,比如《北京市残疾儿童康复服务定点机构准入标准》,对机构的场地环境、设备设施、人员配置等都有明确的具体要求。

④ 中国对儿童 ADHD 的医学研究起步较晚,早期社会关注度不高,社会组织、民办营利性机构多是针对孤独症患儿的训练机构,例如 1993 年成立的北京市孤独症儿童康复协会。ADHD 与儿童孤独症共病,一些行为表现类似,后续发展中一些组织机构把目标群体扩展到 ADHD 患儿。专门针对 ADHD 患儿的民办营利性机构最早成立于 1994 年。

⑤ 儿童 ADHD 目前尚未被《残疾人分类和分级》收录,不属于精神残疾,因此不能享受残疾儿童救助政策,不能按照残障儿童康复机构进行资质认定。

⑥ 注册为高新技术企业的机构受地方科技、民政与税务部门交叉监管,并享受税收优惠,参见 <https://www.chinatax.gov.cn/chinatax/c102089/c5178717/content.html>

权威^[42]。此外,当前我国 ADHD 儿童康复市场缺乏统一监管,存在大量未经证实的“非主流”疗法,例如正念疗法、数字疗法等。正念疗法的效果难以保证,数字疗法使用网络游戏对儿童进行训练,可能带来网络成瘾风险,这些疗法的安全性和有效性仍需要临床检验^[43]。

总体来说,以往研究已经注意到市场机构制造“专家”形象、树立权威的现象,但是缺少对市场机构塑造“专家”过程的反思。首先是市场机构的“专业性”来源问题,市场机构并非天然具备专业性与合法性,遭到质疑是普遍现象。其次,家长用专业话语来指导自己的育儿实践,也隐含着过度依赖科学的问题^[44]。在未必具备专业资质的情况下,市场机构为何能够制造“专家”形象,赢得家长信任? 本文认为有必要探索市场机构如何制造“专家”以及家长对“专家”的反应。

四、研究方法

本文基于在北京市“启智教育”^①某校区的田野调查完成。启智教育是一家注册为高新技术企业的营利性商业机构,为儿童提供神经反馈、行为干预、运动干预等训练服务,在全国多个城市拥有数十家校区,年训练量达几十万人次,在服务规模上居于全国前列。

笔者于 2021 年 10 月至 2022 年 1 月、2023 年 9 月至 10 月在该机构进行田野调查。调研初期,笔者以旁观者身份在家长休息区观察家长、孩子与机构老师三方的互动,并对家长进行了访谈(家长指家庭中所有实际参与儿童养育过程的人,包括祖父母与外祖父母)。之后笔者以无薪实习老师身份参与培训和课堂教学工作,进一步观察机构老师与家长的互动,并在知情同意的情况下对机构老师和家长进行访谈。接受访谈的家长共 29 人,包括 16 名孩子的父母和 13 名孩子的祖辈亲属。接受访谈的机构老师共 14 人。每次访谈时长在 0.5 - 2 小时之间,对多名受访对象进行了 2 - 4 次访谈。

表 1 访谈对象基本信息

序号	姓名	家乡	年龄	职业	备注
1	东宝姥姥	北京	59	退休工人	东宝 7 岁,接受训练 3 个月
2	赵寒奶奶	北京	62	退休会计	赵寒 6 岁,接受训练一年
3	赵寒妈妈	北京		社区工作者	
4	明明姥姥	江苏	56	退休幼师	明明 6 岁,接受训练两个月
5	小宝姥姥	北京		退休大学老师	小宝 4 岁,接受训练第一周
6	乐乐爸爸	北京	39		乐乐 10 岁,接受训练 3 个月
7	心心妈妈	天津	43	全职妈妈	心心 6 岁半,接受训练 4 年
8	奇奇姥姥	辽宁	72	退休工人	奇奇 6 岁半
9	阿亮爷爷	北京	70	退休工人	阿亮 6 岁半,接受训练一个月
10	小俊姥姥	北京		退休公务员	小俊 7 岁,接受训练 5 个月
11	小武妈妈	北京		全职妈妈	小文 8 岁,小武 4 岁半,接受训练一年

① 文中机构名称、人名均做匿名化处理,遵循匿名、保密、无害的研究伦理。

(续表)

序号	姓名	家乡	年龄	职业	备注
12	谭谭妈妈	北京		全职妈妈	谭谭三年级,接受训练两年多
13	陈爸爸	北京	52	机关单位会计	小陈五年级,接受训练三年
14	小圆姥姥	北京		退休大学老师	小圆7岁,接受训练两个月
15	双宝姥姥	北京	68	退休工人	大宝四年级,接受训练两年多 二宝一年级,接受训练两年多
16	昊昊奶奶	北京	69	退休会计	昊昊7岁,接受训练一年
17	林羽爸爸	北京	37	金融从业者	林羽6岁,接受训练两个月
18	严严妈妈	北京			严严10岁,接受训练两个月
19	文文妈妈	北京	32	全职妈妈	文文9岁,接受训练两个月
20	田田妈妈	北京		小学老师	田田五年级,接受训练四年
21	小怡妈妈	山东	34	外贸公司会计	小怡一年级,接受训练一年
22	靳缘妈妈	北京	48	注册会计师	靳缘9岁,接受训练三个月
23	子烁姥爷	辽宁	66	退休工人	子烁接受训练两年
24	陆奶奶	北京	70		孙子二年级,接受训练一个月
25	小豪爸爸	河南	42	贸易公司老板	小豪10岁,接受训练第一周
26	杨杨姥姥	北京			杨杨8岁,接受训练一年半
27	小蓝妈妈	河北			小蓝7岁,接受训练一个月
28	小雨妈妈	河北			小雨6岁,接受训练半年
29	晓晓妈妈			科研工作者	晓晓二年级,接受训练5个月
30	王老师	陕西	44	启智教育经理	北京市区域经理
31	叶老师	甘肃	40	启智教育主管	某校区主管,心理学专业
32	向老师	河北	29	启智教育副主管	副主管,学前教育专业
33	严老师	辽宁	26	启智教育正式老师	大专学历,金融专业
34	林老师	广西	34	启智教育正式老师	大专学历,会计专业
35	穆老师	河北	28	启智教育正式老师	本科学历,生物科学专业
36	文老师	河北	26	启智教育正式老师	大专学历,学前教育专业
37	肖老师	河北	30	启智教育正式老师	大专学历,学前教育专业
38	宁老师	河南	25	启智教育正式老师	本科学历,学前教育专业
39	应老师	河南	24	启智教育正式老师	大专学历,学前教育专业
40	简老师	河北	28	启智教育正式老师	大专学历,电子商务专业
41	童老师	河北	23	启智教育正式老师	大专学历,学前教育专业
42	谭老师	河北	24	启智教育实习老师	大专学历,学前教育专业
43	齐老师	河南	21	启智教育实习老师	某大专大三学生,会计专业

注:表中所有人名已做匿名化处理。备注部分的儿童训练时长以初次访谈时间为基准。因与部分家长和机构老师为偶遇访谈,在有限时间内将访谈重心置于对儿童行为表现的判断、对机构的态度和机构运行等信息上,部分家长和机构老师的年龄、家乡或职业信息未采集,故存在空白之处。

五、商业机构如何制造“专家”形象？

市场中的商业机构并非天然地具备专业性与权威性，因此，如何塑造专业性并赢得家长信任成为关键环节。专业性主要来源于合法的资质认证以及一系列制造“专家”的策略。启智教育注册为高新技术企业，其企业资质证书被悬挂在大厅中央，以合法资质提升机构的可靠性。另外，它通过三种策略制造可信赖的“专家”形象：制造“专业”人员、打造体系化的课程与配套的技术设备和灵活判断儿童问题。

（一）“专业”人员的制造：培训与包装

启智教育的招聘条件较为宽松，要求大专及以上学历，优先录用有教育工作经历或教育学、心理学专业背景的求职者。实际招聘到的员工大多为年轻的大专毕业生，且不具备教育学或者心理学背景。为弥补员工在专业知识上的不足，启智教育通过入职培训将这些非专业背景的员工制造为“专业”的儿童行为训练师，并借助简介海报和统一着装进一步强化“专家”形象。

一方面，机构通过入职培训将碎片化的医学知识灌输给不具备专业背景的新员工。新入职的员工需要在1-3个月的实习期内接受多次入职培训，学习ADHD及脑神经科学的基本概念、脑电生物技术的操作等知识。尽管这些知识来源于专业的医学研究，但是培训重点并非让员工理解原理，而是让他们记住一套销售话术。根据公司的规定，实习期内员工必须通过多次考试才能转为正式员工，否则需要补考，多次补考不通过可能面临解雇风险。但就笔者观察所见，实习期考试的通过率非常高，在2023年10月的一次培训考试中，只有一名员工未通过。这表明培训的核心目标不是筛选人才，而是尽快让新员工掌握标准化的知识和话术，能够在实际工作中看上去像个“专家”。

另一方面，启智教育通过一系列符号化手段强化员工的“专家”形象。公司为每个老师设计了格式统一的个人简介海报，这些海报张贴在机构大厅的显眼位置，突出资质头衔，比如“二级心理咨询师”或“家庭教育指导师”^①等，强化机构老师的专业背景。然而，在15名老师中，只有1名老师毕业于某师范大学心理学专业，大部分老师不具备心理学或教育学专业背景，也不具备儿童康复训练的从业经验。例如实习老师齐老师，她是某大专院校的会计专业大三学生，在辅导员推荐下前来实习，对儿童康复训练毫无了解（田野日志，20211205）。正式老师林老师同样是会计专业，她毕业于一所大专院校，曾从事会计工作多年，从会计转行至启智教育只有两年（访谈录音，20211225）。在日常教学活动中，老师们身穿印有“启智教育”标识的卫衣外套，这种宽松休闲但又统一的制服能够营造平易近人又具有专业性的氛围。值得注意的是，笔者在与家长的访谈中发现，家长普遍将教育背景作为识别专家的重要依据，并认为启智教育的老师大多毕业于教育部直属的重点师范大学，且具备心理学或教育学专业背景。这种认知偏差源于机构

^① 根据教育部发布的通知，“家庭教育指导师”尚未纳入《国家职业资格目录（2021年版）》，相关主管部门未颁发或授权颁发“家庭教育指导师”证书。参见 http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/gzdt_gzdt/s5987/202209/t20220929_665942.html

的宣传手段。

(二)专业性的提升:课程体系与技术设备

启智教育为儿童提供的课程包括脑波反馈训练、认知功能训练、感觉统合训练三大内容。脑波反馈训练需要配套的头部设备与电脑程序,对儿童大脑进行生物电波刺激。认知功能训练为习题训练,比如数字识别与阅读训练。感觉统合训练主要针对儿童的肢体协调能力,包括静态训练(比如筷子夹玻璃球)和动态训练(比如蛙跳)。

在这三类课程中,感觉统合训练课程全程开放教室监控,家长可以通过大厅里的监控屏幕时刻关注孩子的表现。认知功能训练教室关闭但并不反锁,家长可以随时进入教室给孩子送水或安慰训练过程中产生消极情绪的孩子。只有脑波反馈训练不允许家长进入教室,也不对外开放监控录像。复杂的头部设备、先进的电脑程序以及无法时刻监控,都让这门课程显得“高深莫测”。启智教育的走廊上张贴着课程体系与辅助设备的介绍资料,资料显示神经反馈是从欧美引入的心理学训练技术,通过释放与大脑频率相同的“仿生生物电”,能够显著增强大脑的认知功能,并且这一效果已得到生物学和医学研究的证实^①。

课程训练方案根据儿童的行为问题和家长的需求量身定制。除了安排每类课程的课时外,方案中还特别提到多动症治疗药物的副作用,如厌食、嗜睡和体重增加。厌食、嗜睡可能影响儿童的生长发育,导致孩子在学校表现更差,体重增加则可能对孩子的外貌形象产生负面影响,从而影响与同学的交往。这种对药物治疗潜在负面效果的强调,促使家长更倾向于选择机构提供的行为训练。每个训练周期结束后,机构老师都会与家长沟通孩子的训练进展,如果孩子的行为表现仍未达到预期,机构老师通常会归因于训练量不足,并建议家长购买更长周期的课程^②。

(三)问题的灵活判断:医学化与非医学化

来到启智教育接受训练的孩子普遍年龄较低,集中在幼儿园至小学五年级的年龄段。由于在上课时无法集中注意力,影响其在学校的表现,他们被家长送来接受训练。双宝姥姥说,她外孙学习成绩太差,曾被老师建议去医院检查智力,但是她和孩子妈妈都不愿意带孩子去医院诊断,她们担心孩子被贴上“智力障碍”的标签(田野日志,20211030)。谭谭妈妈也面临类似问题,她带孩子获取了医院的诊断,之后在网络上搜索,最终选择启智教育进行训练。

笔者:您家孩子为什么来这里?

谭谭妈妈:小孩一年级,发现问题比较严重,他坐不住啊,而且还在地上爬。我之前就了解过这个东西,知道有“感统失衡”这么一回事。(学校)老师让我带着孩子去(医院)查查,查出来的结果就是感统失衡。我就上百度搜(训练机构),一搜就搜到它这来了。我们家孩子比较严重,他一天上六节课呢。(谭谭妈妈,20211105)

家长通过网络搜索、熟人交流等方式接触到提供儿童注意力训练服务的商业机构,带着孩

^① 课程、技术设备介绍资料中列举了大量欧美国家的医学研究论文,一些论文的内容与技术设备无关。但是几乎没有家长检索原论文并仔细阅读。

^② 笔者向正式老师询问如果孩子的行为问题明显源于家长的教育方式不当,应该如何与家长沟通训练效果不佳的问题。穆老师强调“绝对不可以说是家长的问题,一定要跟家长沟通是孩子训练不够的问题,训练一两次肯定也是有效果的,效果不好就是因为课不多”。(穆老师,正式老师,20231018)这种沟通策略体现了机构员工在面对家长时的灵活话术,始终将问题归因于孩子的行为而非品质,也非家长的错误,从而减轻家长的压力。

子来到机构进行测评、制定训练方案,这意味着他们开始接受商业机构对儿童行为问题的判断。启智教育提供免费的儿童身体素质与大脑功能测评,每项测评有相应的分数标准。作为营利性商业机构,启智教育根据儿童行为问题的严重程度使用不同判断策略。如果儿童有躯体化表现(比如明显的肢体抽动)或行为问题严重,机构老师会做出“医学化”的判断,建议家长带孩子去医院诊断,以规避风险。如果儿童没有躯体化表现且行为问题较轻,机构老师会做出“非医学化”的判断,将儿童的表现定义为行为问题,即某些行为需要纠正,而不是精神障碍。无论是医学化还是非医学化的判断都意味着儿童的问题可以通过医学治疗和行为训练解决,而非归咎于智商、性格等先天因素,因此家长很容易被说服。一位家长试课完成后就购买了一周期的课程,因为“改行为总比改智商容易多了”。(小蓝妈妈,20231018)

经过入职培训和形象包装的机构老师在外表和话语上呈现“专业”的外在形象,并在与家长的沟通交流中使用神经科学的术语强化“专家”身份。然而,老师们对这些专业术语的掌握多是生搬硬套,缺乏对背后理论的深刻理解。部分老师对自身的知识局限有清醒认知,并对这套以销售为导向的专业话术体系存在质疑,尤其是新入职的老师,往往更容易对机构培训的话术产生疑问。在一次内部培训中,校区主管叶老师向新员工分享与家长沟通的技巧时,强调“无论孩子因口腔炎症、消化不良还是挑食导致发育迟缓,机构的训练都能帮助孩子恢复健康”。对此,新入职的谭老师当场惊讶地表示:“这也能扯上关系吗?”(田野日志,20230927)这一反应表明,机构提供的销售话术与机构老师的认知经验之间存在明显的张力。但是,由于机构内部存在业绩压力,新入职的老师很快意识到,为了完成业绩指标,他们不得不使用各种策略进行课程销售。

当专业性话语失灵时,情感与道德话语成为更有效的补充手段。在一场公司晨会上,一位业绩出色的老师分享了她成功“攻克”一名掌握专业知识的家长的经验。案例中的孩子是一名五年级学生,表现出注意力不集中和课堂上频繁做小动作的行为。这些行为导致孩子经常扰乱课堂秩序,受到老师批评,并被同学排斥。孩子的父亲是一名神经科学研究人员,对机构提供的课程体系、仪器设备以及训练师的专业性从始至终都持否定态度。机构老师深知自己无法从专业性上取胜,于是转而采用情感话语策略,重点与孩子母亲进行沟通。在孩子母亲讲述孩子在学校遭遇同学排挤时,这位老师表现出极强的同理心,并将机构的训练赋予道德意义。她强调自己的工作愿景是帮助更多的孩子在学校表现出色、建立自信。通过情感与道德的话语,她成功打动了孩子的母亲,最终孩子母亲购买了将近十万元的课程与辅助设备(田野日志,20231007)。上述案例揭示了训练机构在专业性包装与销售策略之间的微妙平衡。一方面,机构通过培训和术语包装赋予员工“专家”身份,使其在家长面前具备权威性;另一方面,当专业话语失灵时,机构老师倾向于诉诸情感和道德话语,以弥补自身专业知识的不足。这种话语的转换折射出“专家”形象制造背后的利益驱动。

总体来说,看似具备心理学、教育学专业头衔的机构老师,以及专业知识支撑的行为训练课程、辅助设备,加上灵活的判断和话语话术使用,共同构成了市场机构的“专业性”。首先,机构通过短期的入职培训将大量科学术语灌输进员工脑海中,并通过形象包装树立员工教育专家形象。其次,选择性地将生物学、医学专业知识嵌入课程体系中,拼接为课程与设备的专业性原理

支持。最后,机构老师灵活调整对孩子问题的判断和话语专业性,通过“医学化”和“非医学化”的判断让家长相信孩子在机构训练就能改善行为表现。

六、家长如何回应判断?

(一)质疑:难以直观呈现的训练效果

初次来到训练机构的家长通常怀揣对改善孩子行为表现、“开发大脑”、提高学业成绩的期待。在体验课程后,机构老师通过量化测评的方式反馈孩子的行为表现,对肢体平衡、协调性以及大脑波动等指标进行评分。这些看似专业的数据并未完全赢得家长的认可,尤其是与“开发大脑”相关的指标更是饱受质疑。相较于肉眼可见的行为改善,大脑功能的开发难以直观呈现,这也成为机构宣传的薄弱环节。

6岁的阿亮因为在幼儿园课堂上经常说话、做小动作,被父母送到启智教育接受训练。然而,负责接送阿亮的爷爷对训练效果深表怀疑。他认为,阿亮的表现只是小男孩正常的调皮,并不需要特别干预。在与机构老师沟通时,爷爷对老师提到的大脑波动等专业术语表示困惑,甚至直言所谓的“开发大脑”只是营销手段(田野日志,20211029)。另有家长更为直接地表达了不满:“那个东西(指脑波反馈训练记录的数据)看不见摸不着,纯属交智商税了,训练真的能有用吗?而且还那么贵,一个月8000”。(田野日志,20231018)

在田野调查中,笔者接触到的主要是已经选择到机构咨询或体验课程的家长,而那些完全不相信机构、不参与咨询的家长则未能观察到。在有限的观察中,部分家长虽对训练效果持怀疑态度,但最终还是妥协并为孩子购买了课程。小圆的案例进一步揭示了家长群体内部的分歧。

笔者:那孩子的爸爸妈妈(怎么说)呢?

小圆姥姥:他爸爸妈妈,特别是他爸爸,都是在国外待了十年八年的,就不太认为我是对的。他们觉得孩子还小,愿意玩正常,应该自由一点。所以我的压力很大,所有的费用都是我出的,我很重视,他每次上课回来我都有笔记。后来他们也不说什么。(小圆姥姥,退休大学老师,20211106)

小圆在幼儿园时经常说笑、无法集中注意力,幼儿园老师向家长反馈了这个问题。姥姥了解到相关儿童健康知识后,立刻带小圆去首都儿童研究所检查。尽管检查结果显示一切正常,她仍坚持认为小圆存在行为问题,并且不顾孩子父母的反对,给小圆购买了启智教育的训练课程。其父母认为孩子的表现无需过度干预,但由于姥姥承担主要养育劳动和全部课程费用,他们最终选择妥协。

(二)相信:注意力是可以训练的能力

为什么家长会相信商业机构对儿童问题的判断?一个重要原因在于行为问题往往直接影响儿童在校园内的表现和学业成绩,而家长则迫切需要一个看似科学且可靠的方案来改善儿童的行为表现。启智教育通过人员形象制造、课程与设备设置、员工话术包装呈现了“儿童健康专家”形象,赢得部分家长信任。

靳缘妈妈是一个相信机构的典型案例,她认为自己没有从祖辈那里得到育儿经验,只能依靠自己的摸索,而摸索的途径就是让孩子参加各种专业的训练班。

靳缘妈妈:有的时候跟我们同事聊天,我说我这生个孩子简直要重新做人。

笔者:您还是属于比较积极的那种家长,会去主动学习,就是学做父母。

靳缘妈妈:因为我自己不是我爸妈带大的,所以我没有从我父母那里得到任何教育孩子的经验。……

笔者:您摸索的途径是?

靳缘妈妈:摸索的途径就是报各种班,专业的事交给专业的人去做。我赚钱,然后把钱花到我认为有用的地方。各种教育机构毕竟是做教育的,多少会有在教育这方面的专业性,肯定要比我们家长有办法一些。……(靳缘妈妈,48岁,注册会计师,20211226)

靳缘妈妈的经历揭示了缺乏育儿经验的家长更愿意依赖“专业”的育儿知识而非传统的育儿经验。在儿童健康市场中,家长首先会尝试通过已有的知识来判断机构的可靠性。然而,正所谓“隔行如隔山”,即便是拥有高学历的家长,由于缺乏教育或医学背景,他们对儿童教育和康复的专业性知之甚少,因而难以评估市场机构的真正可靠性。

启智教育的客户群体中不乏高学历家长,小宝的家庭便是一个典型案例。小宝的父母均为名校博士毕业,姥姥是一名退休的大学教师。小宝姥姥发现4岁的小宝在国际幼儿园里不合群、不起眼,她感到深深的焦虑,并怀疑小宝可能存在交流障碍。于是她带着小宝来到启智教育进行测评。测评结束后,机构老师反馈小宝的能力水平在同龄人中处于中下游。小宝的姥姥难以接受自己的外孙如此平庸,甚至不如常人,她不断向老师强调小宝父母的优秀,并毫不犹豫地购买了三个月的一对一课程(田野日志,20211019)。

总而言之,高学历家长在教育体系中取得了相对的成功,他们往往坚信注意力是一种可以通过训练提升的能力,而非不可改变的天生智力,并且无法接受自己的孩子在学校教育体系中得到失败的评价。启智教育对儿童多动、注意力不集中的表现做出行为问题的判断,并提供训练方案,精准地契合了高学历家长的需求,从而成功赢得家长信任。

(三)实践:积极实践才是合格家长

注意力训练是一个长期过程,除了在机构内接受课程训练外,机构老师还要求家长在家完成辅助训练并按时在手机上打卡。这些辅助训练主要包括脑波反馈训练、平衡能力训练和身体抚触训练。家长需要购买脑波反馈和平衡能力训练的设备,让儿童使用设备程序进行训练。身体抚触训练则要求家长每天为孩子进行20分钟左右的抚触,这种训练更加强调家长的深度参与。

陈爸爸是启智教育的忠实客户,他的儿子已经在启智教育接受训练3年了。在长期的训练过程中,陈爸爸学到了新的训练知识,也十分配合老师的建议。

陈爸爸:这个机构老师讲的那些,我都有给孩子回家做。比如抚触,这个一定要每天抚触15-20分钟。没有这毛病(指注意力不集中)不会上这来的,你知道吗?你到家该给他抚摸还得给他抚摸,你知道吗?孩子敏感,拿东西(身体按摩球)该滚滚,蹦床该蹦蹦。反正应该抚触。……反正我每天带孩子回家之后,抚触、开合跳都会做一遍。做开合跳有助于集中注意力,

可以在孩子做作业之前做一些开合跳。最少半年以上才能看出效果来,三两个月肯定是不行的。还有蹦床、跳绳都得弄上,该弄啥就弄上。咱听人家的,我们每天晚上都坚持触摸。(陈爸爸,52岁,机关单位会计,20211106)

陈爸爸显然是“听话”的家长,他不仅相信机构老师传递的“专业”知识,还将其应用在育儿实践中。在家长的眼中,机构老师是“专业”人员,其权威性来自他们对专业知识与技术的掌握。他们对家长实践提出要求,家长需要决定是否按照要求采取行动。在训练机构这一“专业”场域中,听取“专家”意见并采取行动成为衡量合格家长的标准,拒绝配合则被视为不合格家长的表现。通过这种评价压力,机构老师的“专家”权威被进一步强化。

对于家长而言,当他们观察到或者被学校老师反馈孩子注意力不集中、学业成绩不佳时,他们迫切希望在专业人员的指导下解决问题,提高孩子的学习能力,以科学、安全、高效的方式养育出健康的孩子。部分家长担心获取医疗诊断会让孩子背上“精神病”的污名化标签,因而转向非医疗性质的训练机构。市场训练机构依靠包装出来的“专业”人员以及配套的课程体系、技术设备,成功塑造儿童健康“专家”形象。机构人员在与家长沟通时灵活调整专业话语和日常话语的使用,只提供解决方案,不把问题归因于家庭教育,减轻家长的自我责备与愧疚感,从而拉近与家长的距离。相比起医疗诊断可能带来的道德压力与污名化风险,家长更倾向于选择市场训练机构的服务。

七、结论与讨论

本文以一家提供儿童注意力训练服务的营利性市场机构为例,讨论市场主体如何塑造儿童健康专业形象并成功获得家长信任。儿童注意力训练机构运用三种策略塑造专业形象:制造“专业”人员、打造体系化的课程与配套的技术设备和灵活判断儿童问题。“专业”人员制造包括入职培训与背景包装两个环节,不具备专业背景的员工经过入职培训机械记忆科学知识,并将其融入课程销售话术。机构老师个人简介突出各类专业头衔,树立具有专业背景的“专家”形象。机构选择性借用医学专业知识与技术,为课程和技术设备提供原理性支持,提升科学性、权威性。机构老师在与家长交流中对儿童问题做出“医学化”和“非医学化”的判断,并灵活调整话语的专业性,既拉近与家长的距离,又树立权威地位。最终,“专业”人员、完备课程体系和复杂技术设备、灵活话术对家长的认知进行塑造,共同建构了市场机构的专业形象。这种建构符合家长对儿童行为达到社会化标准的期望。

本文重点分析儿童康复训练市场机构与家长的互动,为医学化的全球化扩散趋势提供经验性案例,并对医学化可能带来的风险进行反思。首先,医学化强调用医学手段解决问题,把所有问题视为健康问题,健康被建构为个人的责任,将复杂社会问题个体化。其次,从知识生产的角度来说,医学化反映了医疗领域不断扩展管辖权的过程,甚至出现“医学帝国主义”的趋势^[45]。专业知识往往意味着权威,市场主体借用专业知识建构起“专业”形象,从而树立权威。然而,专业知识并不总是绝对正确,也不一定适合所有人。回到儿童健康问题上,医学设定了儿童健康标准,将所有不同发育速度的儿童纳入统一框架,消费市场推动疾病概念的传播,并借用医学知

识对儿童进行健康判断。努力让儿童达到健康标准成为家长的重任,但是每个家庭用以接近健康标准的资源是不同的,让儿童健康达到标准可能成为沉重负担,所以这样的标准要求既不合理也不平等。

本研究仅在某家机构的一个校区进行调查,受到田野点少的局限,缺少其他类似市场机构的资料,因此很难对儿童精神障碍康复市场的整体情况进行类型学抽象概括。另外,接受访谈的家长可能具有选择性,那些质疑机构专业性的家长可能不会来到机构。这是本文存在的局限性。

[参 考 文 献]

- [1] 《中华人民共和国家庭教育促进法》, http://www.moe.gov.cn/jyb_sjzl/sjzl_zcfg/zcfg_qtxgfl/202110/t20211025_574749.html
- [2] Morse, J.M., Wilson, S., Penrod, J. Mothers and Their Disabled Children: Refining the Concept of Normalization, *Health Care for Women International*, 2000, (8).
- [3] Wilder, J., Koro-Ljungberg, M., Bussing, R.. ADHD, Motherhood, and Intersectionality: An Exploratory Study, *Race, Gender & Class*, 2009, (3/4).
- [4] [19] [20] Conrad, P..The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior, *Social Problems*, 1975, (1).
- [5] Conrad, P..The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorder, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2007, p.5.
- [6] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed), Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, pp.59-61.
- [7] Malacrida, C.. Medicalization, Ambivalence and Social Control: Mothers' Descriptions of Educators and ADD/ADHD, *Health*, 2004, (1).
- [8] 贾美香 王 磊:《2022年度儿童发展障碍康复行业蓝皮书》,北京:北京大学医学出版社2023年版,第64页。
- [9][40] 贾美香:《2021年度儿童发展障碍康复行业蓝皮书》,北京:北京大学医学出版社2022年版,第27页。
- [10] Conrad, P.. Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, 1992, (18).
- [11] Zola, I. K.. Medicine as an Institution of Social Control, *The Sociological Review*, 1972, (4).
- [12] Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., Fishman, J. R.. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, *American Sociological Review*, 2003, (2).
- [13] Abraham, J.. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions, *Sociology*, 2010, (4).
- [14][18] Conrad, P., Leiter, V.. Medicalization, Markets and Consumers, *Journal of Health and Social Behavior*, 2004, (Extra Issue).
- [15] Brennan, R., Eagle, L., Rice, D..Medicalization and Marketing, *Journal of Macromarketing*, 2010, (1).
- [16] Conrad, P.. The Shifting Engines of Medicalization, *Journal of Health and Social Behavior*, 2005, (1).
- [17][26] Eyal, G.. For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic, *American Journal of Sociology*, 2013, (4).
- [21] Doroshov, D.B.. Emotionally Disturbed: A History of Caring for America's Troubled Children, Chicago: The University of Chicago Press, 2019, p.5.
- [22] Conrad, P., Barker, K. K.. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implication, *American Sociological Behavior*, 2010, (1_suppl).

- [23] 韩俊红:《21世纪与医学化社会的来临——解读彼得·康拉德〈社会的医学化〉》,载《社会学研究》,2011年第3期。
- [24] Timimi, S., Taylor, E.. ADHD Is Best Understood as a Cultural Construct, *British Journal of Psychiatry*, 2004, (1).
- [25] Whalen, K.C., Henker, B.. The Pitfalls of Politicization: A Response to Conrad's "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, 1977, (5).
- [27] 李荣荣:《从医学概念到“疾病”事实 儿童“注意缺陷多动障碍”的临诊民族志》,载《社会》,2024年第1期。
- [28] Abbott, A.. Varieties of Ignorance, *The American Sociologist*, 2010, (41).
- [29] Hordoš, P.. Who Exactly Is an Expert? On the Problem of Defining and Recognizing Expertise, *Sociológia*, 2018, (3).
- [30] Clarke, J. N., Lang, L.. Mothers Whose Children Have ADD/ADHD Discuss Their Children's Medication Use: An Investigation of Blogs, *Social Work in Health Care*, 2012, (5).
- [31] Mayes, R.. Suffer the Restless Children: The Evolution of ADHD and Paediatric Stimulant Use, 1900—80, *History of Psychiatry*, 2007, (4).
- [32] 郭莲舫 马双勇:《儿童多动症研究进展》,载《自然杂志》,1988年第1期。
- [33] Versteeg, W., Te Molder, H.. 'You Must Know What You Mean When You Say That': The Morality of Knowledge Claims about ADHD in Radio Phone-Ins, *Social Health Illness*, 2018, (4).
- [34] Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R.M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Blumberg, S. J.. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment among U.S. Children and Adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2018, (2).
- [35] Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., et al.. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, *Pediatrics*, 2019, (4).
- [36][38] Fan, X., Ma, Y., Cai, J., Zhu, G., Gao, W., Zhang, Y., Lin, N., Rao, Y., Mao, S., Li, R., Yang, R.. Do Parents of Children with ADHD Know the Disease? Results from a Cross-Sectional Survey in Zhejiang, China, *Children*, 2022, (11).
- [37] Yu, X., Zhong, L., Huang, J.. How Online ADHD-Related Information Affects Chinese Parents' Decisions?, *World Journal of Pediatrics*, 2019, (1).
- [39] 贾思月 毛 萌 熊 菲:《儿童注意缺陷多动障碍非药物治疗研究进展》,载《教育生物学杂志》,2023年第3期。
- [41] 潘冬冬 周忆粟:《在影子中教学:从时间向度理解教育培训机构讲师的工作》,载《中国青年社会科学》,2024年第1期。
- [42] 郭 戈:《0-3岁婴幼儿托育服务下的父职实践》,载《中国青年研究》,2019年第11期。
- [43] 安孟竹:《寻求有尊严的生活:在中国城市养育自闭症》,香港中文大学博士学位论文,2021年。
- [44] Faircloth, C.. 'What Science Says is Best': Parenting Practices, Scientific Authority and Maternal Identity, *Sociological Research Online*, 2004, (4).
- [45] 韩俊红:《医学脱嵌于社会——当代西方社会医学化研究述评(1970-2010年)》,载《社会学研究》,2020年第2期。

(特约编辑:张 宪)