ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar (Budapest)
Általános Gyógypedagógiai Tanszék

Marginalitás és liminalitás a gyógypedagógiában

SZAUDER ERIK

(Közlésre érkezett: 2006. január 16.)

A gyógypedagógia tevékenységi körébe tartozó személyeket a társadalmak egészen a legutóbbi időkig a marginális társadalmi helyzetű csoportokkal azonosították. Marginálisok voltak gazdasági értelemben, hiszen sérülésükből fakadóan jórészt az eltartottak, gondozásra szorulók körét növelték. Marginálisak voltak továbbá szociológiai értelemben is, hiszen közülük csak igen kevesen jutottak el a kor átlagembere számára hozzáférhető életlehetőségekhez, és még ennél is jóval kevesebben kapaszkodhattak fel a társadalmi ranglétra magasabb fokaira.

Felmerül a kérdés, hogy vajon szükségszerű-e, hogy a sérült személyekről ebben, a marginalitásukat alapul vevő (és ezen keresztül meg is erősítő) paradigmában gondolkodjunk, illetve hogy van-e, lehet-e más módon szemlélni az általuk elfoglalt társadalmi pozíciót. Az alábbi gondolatmenet egy alternatív, kultúrantropológiai alapozású paradigmát kíván körüljárni abban a reményben, hogy az talán hozzájárulhat a fentiekben vázolt nézőpontok meghaladásához.

A marginalitás mint léthelyzet

A marginálisok helyzete, mint arra *Vitányi Iván* is rámutat, „egyszerű," hisz akaratuktól függetlenül kitaszítottakká váltak, azaz nem vehetnek részt az

életükkel kapcsolatos diskurzus valódi alakításában. Helyzetük rendezetlensége, ismét csak Vitányi szavai szerint „örök fenyegetést jelent a stabil társadalomra" (Vitányi, é.n.). Ez a fenyegetés természetesen nem abban az értelemben jelentkezik, ahogy mondjuk egy külső ellenség fenyegeti az ostromlott várat, hanem sokkal inkább úgy, mint valamely élő szervezet belső bomlását előidéző kóros elváltozás, mely belülről bontja meg az organizmus működésének harmóniáját.

A gazdasági és szociális értelmű marginalitás ugyanakkor többnyire együtt jár az érintettek politikai marginalizálódásával is, hiszen – többek között épp az előbbi két színtéren mutatkozó hiányaik következtében – az érdekérvényesítő folyamatoknak általában (közvetlenül vagy közvetetten) ők lesznek a vesztesei. A marginalitás tehát kétségkívül a vesztes pozíciójába helyezi, vagy inkább kényszeríti a személyt. Még abban az esetben is így van ez, ha – amint arra fentebb már utaltam – a modern társadalmakban megjelennek azok az antropológiai és etikai koncepciók, illetve szociális és érdekképviseleti rendszerek, melyek helyre kívánják billenteni a sérülése (vagy más tényezők) következtében marginalizálódott személy és környezete közti egyensúlyt, illetve lehetőséget biztosítanak ezen érintettek társadalmi szerepvállalásának erősítésére.

Ezek a társadalmi rendszerek vagy koncepciók tehát a legtöbb esetben fenntartják a „mi" (épek) és „ők" (sérültek) dichotómiáját, és gondolatrendszerük középpontjában dominánsan a „mi kötelesek vagyunk ezt nekik megadni" típusú érvelés áll. Amennyiben viszont „mi" (akár csak morális kötelezettségtől vezéreltetve is) *megadhatunk* „nekik" valamit, akkor ez a valami nyilvánvalóan nem az „övék," illetve az, hogy ezt „mi" biztosít(hat)juk, egyértelműen mutatja a „velük" szemben elfoglalt hatalmi pozíciónkat.

De vajon lehet-e más módon értelmeznünk a sérült ember léthelyzetét? Lehet-e olyan paradigmát találnunk, melyben ez a kirekesztettség, „alávetettség" nem jelenik meg, illetve amely feloldja ezt a hierarchikus viszonyrendszert? A válaszkeresés érdekében érdemes kissé eltávolodnunk témánktól, és felidéznünk *Turner* mára már klasszikussá vált társadalomstruktúra-elméletének főbb elemeit.

A communitas rétegződése

Victor Turner kultúrantropológiai fejtegetéseiből tudjuk, hogy a *communitas*-nak, azaz a társadalom élő szervezetének nem csupán osztály- és/vagy rétegstruktúrája van, hanem megfigyelhető benne egyfajta funkcionális szegmentálódás is (Turner, 2002, 2003). *Turner* koncepciójában három ilyen, az átlagostól eltérő funkcionális kategória szerepel: *(a)* a kívül- és felülállók, *(b)*

a marginálisok és *(c)* a liminálisok csoportja. További fejtegetéseim szempontjából a harmadik kategória lesz a legfontosabb, röviden azonban mégis érdemes összefoglalni az első két csoport jellemzőit is.

Az első csoportba tartoznak mindazok, akik vagy nem érdekeltek az adott társadalom belső folyamatainak valós befolyásolásában (mint például az ideiglenesen ott tartózkodók vagy a nagyon zárt közösségben élők), vagy pedig olyan mértékű hatalommal rendelkeznek e folyamatok felett, hogy semmifajta változás nem áll érdekükben.

A második funkcionális csoportra, a marginálisok csoportjára vonatkozó ismérveket a fentiekben már taglaltam, ezért itt most csak annyit szükséges hangsúlyozni: ők nem önszántukból, hanem a társadalom nyomása következtében szorulnak peremhelyzetbe. (Mindez persze nem azt jelenti, hogy minden esetben teljes mértékben önhibájukon kívül eső folyamatok következtében periferizálódnak.)

Jól látszik, hogy a társadalom tagjainak többsége a fenti két szélsőséges létállapot közti, normális körülmények között meglehetősen széles sávban foglal helyet. *Turner* azonban rámutat, hogy még ez a széles középső réteg sem egységes a rá vonatkozó elvárások, illetve a velük kapcsolatos társadalmi attitűdök tekintetében. Vannak ugyanis köztük olyanok, akik (hosszabbrövidebb ideig, vagy akár egész életük folyamán) valamiféle társadalmi határhelyzetben, átmeneti létállapotban vannak. Ezeket az egyéneket *Turner* liminálisoknak, illetve magát a létállapotot liminalitásnak nevezi. Az alábbiakban röviden megkísérlem kifejteni, mit is fed ez a fogalom, és milyen szerephez juthat egyes társadalmi csoportok, illetve egyének léthelyzetének megértésében.

Turner liminalitás-koncepciója

A liminális, liminalitás fogalmak a latin *limes* (határ, mezsgye) szóból erednek. A liminalitás röviden átmeneti helyzetet jelent, ám a turneri koncepcióban ennél jóval összetettebb értelemben bukkan fel. Olyan létállapotot jelöl, melyben a személy (vagy egy csoport) helyzetét a sem ide, sem oda nem tartozás jellemzi, és amely ilyen módon egyfelől kiemeli őt (őket) a társadalom általános elvárásrendszerének kötöttségei alól, ugyanakkor az érintetteket meg is fosztja a szabad és résztvevő jellegű társadalmi cselekvés lehetőségétől. A liminalitás tehát egyidejűleg kitaszítottságot és felülemelkedettséget teremt, egészen addig, míg ez a liminális léthelyzet meg nem szűnik, és a társadalom újra magába nem fogadja a liminális fázison átesett ágenseit.

Turner úgy fogalmaz, hogy a tradicionális társadalmakban meglévő rituális folyamatok mindegyikében megjelenik a liminalitás fázisa; a beavatási szertartások időtartama alatt például a beavatandók még nem tartoznak a közösség teljes jogú tagjai közé, ugyanakkor már nem érvényesek rájuk a be nem avatottakra (pl. gyermekekre) érvényes szabályrendszerek sem. Ebből fakadóan elkövethetnek olyan tetteket is (és, amint *Turner* rámutat, ezek a rituscselekvések részeként valóban meg is jelennek), melyek a nem-liminális léthelyzetben lévők esetében rosszallást kiváltó, vagy egyenesen tabucselekvéseknek számítanak.

Műveiben kifejti, hogy a liminalitás jelensége nem kizárólag a tradicionális társadalmak sajátja. A modern indusztriális társadalmak szintén kialakítják a maguk rituális (vagy rituális jellegű) cselekvésformáit (pl. koncerteket, sportversenyeket, bírósági tárgyalásokat), és ezekben ugyancsak megjelennek, megjelenhetnek a fentiekhez hasonló liminalitás-elemek. Mivel azonban, mondja *Turner*, ezekben az esetekben a határhelyzet nem terjed ki a társadalmi elvárásrendszer egészére, nem beszélhetünk minden tekintetben érvényes liminalitásról. Ezeket a nem minden tekintetben liminális élethelyzeteket Victor *Turner* a *liminoid* jelzővel illeti.

Elgondolásaiban *Turner* többek között *Èmile Durkheim* azon gondolatára támaszkodik, mely szerint a társadalmi folyamatok különféle rituálék és szertartás-jellegű tevékenységformák eredményeképpen jelennek meg (Barrie, 2004). *Turner* hivatkozik továbbá *Edward Sapir* munkásságára, aki szerint a kultúra „változó jelenség, melyet 'gyökérparadigmák' határoznak meg. Ezek olyan axiomatikus keretek, mítoszok, melyek a kritikus pillanatokban az egyes embereket és társadalmi csoportokat mozgatják, illetve transzformálják" (Ray, 1987: 95). Gondolatmenetében felhasználja továbbá *Kurt Lewin* mezőelméletét, valamint *Alfred Schultz* azon nézetét is, mely szerint a kultúra a különböző jelentéstartalmak folytonos egyeztetésének folyamatában jön létre. Ugyancsak nagy hatással van *Turner* elméletképzésére *Wilhelm Dilthey*-nek a tapasztalásokat a gondolatok fölé helyező szemlélete is (Turner, 1985), illetve *Arnold van Gennep* munkája, a *Rites of Passage* ([1909] 1960), melyben az átmenet rítusainak három fő szakaszáról, a szeparációról, a küszöb-létről és az újraegyesülésről beszél (v.ö. Fejős, 1979).

Megjegyzendő, hogy az elmúlt évtizedek során a turneri liminalitás-fogalom számtalan tudományterület szóhasználatába beépült, így ma már nem csak a kultúrantropológiai írások körében találkozhatunk vele (pl. Fejér, 1997; Chakravarti, 1998), de megjelenik például az irodalom- vagy orvostudományi közlemények szövegében is (v.ö. pl. Jászay, 2002; Wall, 2002; Navon és Morag, 2004).

Úgy vélem, a gyógypedagógiának nem szükséges magyarázkodnia, ha a kultúrakutatás területeire merészkedik, hiszen az akadályozott (sérült,

fogyatékos)[1] személyek sajátos kultúrája, illetve a többségi társadalom felé-jük irányuló attitűdje és magatartásformái egyaránt vizsgálódásra érdemesek. Így tehát, még ha a kultúraelméletek fogalomkészlete (jelen esetben a liminalitás fogalma) nem is jelenne meg más tudományterületeken, a gyógypedagógiáról való diskurzusban mindenképpen helyet kellene kapnia. Az alábbiakban ehhez kívánok néhány gondolattal hozzájárulni.

Az akadályozottság mint liminalitás

Amint már a fentiekben is jeleztem, *Turner* többnyire úgy fogalmaz, hogy a liminalitás a maga teljességében csak a tradicionális társadalmakban jelenik meg, s az indusztriális, összetett társadalmakra inkább a lágyabb, liminoid formációk jellemzőek. Ettől függetlenül azonban rámutat, hogy

> [a] legtöbb ember számára […] a liminoidban még mindig több a szabadság, mint a liminálisban, ugyanis a liminoid választás, nem kényszer. A liminoid sokkal inkább árucikk, mint a liminális (hiszen gyakran valóban az, az ember kiválasztja, és aztán kifizeti). A liminális pedig lojalitást vált ki, és összefügg az embernek egy erős kohéziójú csoporthoz való tartozásával vagy a csoporthoz tartozás vágyával. (Turner, 2003, 49)

Látható tehát, hogy míg a liminoid léthelyzet az egyén döntésén alapszik, és bármikor kezdeményezhető, illetve felfüggeszthető, addig a liminalitás szinte bezárja az embert egy adott értelmezési keretbe, melyből igen nehéz kitörnie. Nem elsősorban azért, mert ehhez nincsenek meg a kellő adottságai, hanem azért, mert a környezet nem ezeket az adottságokat, hanem a személy léthelyzetére vonatkoztatott, változhatatlannak tekintett „címkét" helyezi a személyről való gondolkodása előterébe.

A liminalitás *Turner* értelmezésében többnyire egy átmeneti élethelyzethez, egy társadalmi státuszváltozás folyamatához kötődik, és csak igen kevesek számára válik domináns, életük hosszabb időszakát (vagy akár egészét) meghatározó élménnyé. *Turner* azonban írásaiban nem foglalkozik azokkal a létállapotokkal, melyekben a liminális helyzetet, a társadalmi megítélés szabta keretek szűkös vagy korlátozó voltát nem egy társadalmi konvenció ideiglenessége, hanem egy fizikai vagy mentális állapot végérvényes volta teremti meg.

A testi, érzékszervi vagy értelmi sérülések következtében előálló „önnön létükbe zárt" mivolt, illetve az ebből fakadó problémahalmaz ugyanakkor

[1] Itt most nem kívánok kitérni a fogalomhasználat problematikájára. Az egyes fogalmak paradigmatikus szerepéről ld. a másutt írottakat (Szauder, 2002).

nagyon ismerős a sérült vagy krónikusan beteg emberek, illetve a segítő szakmák szempontjából róluk gondolkodó szakemberek számára. A tágan értelmezett gyógypedagógia jelenkori szakirodalmában számos tanulmány foglalkozik ezzel a határhelyzeti léttel, azaz a sérült ember megváltozott funkcióképességéből fakadó, ám ténylegesen a társadalmi megítélésben manifesztálódó következményekkel (pl. Pálhegyi, 1984; Murphy és mtsai., 1988; Barrett, 1998; Zászkaliczky, 2002). E tanulmányok következtetéseit továbbgondolva kijelenthetjük, hogy ezeknek az embereknek az életében mindaddig nem következik be valós változás, míg helyzetük alapvető determinánsa a liminalitás marad.

A liminalitásban való rögzültség mint alapélmény a sérült, akadályozott ember életét azonban többszörösen is áthatja. Ez a léthelyzet három nagy területen is megjelenik: egyfelől, kézzelfoghatóan *(a)* a külső tárgyi környezettel való találkozás szintjén, másfelől *(b)* a személyközi kapcsolatokban, valamint *(c)* a szituációk intrapszichés leképezésében.

A külső tárgyi környezettel való találkozás liminális léthelyzete szinte valamennyi mozgássérült személy alapélménye: *joguk ugyan van* bejutni az épületekbe, és ugyancsak joguk van használni az ott fellelhető szolgáltatásokat, *módjuk azonban csak igen korlátozott mértékben* nyílik erre. Liminalitásuk így nem önmagukban, személyükben, hanem az én és a környezet viszonyában manifesztálódik; abban, ahogy a jogok és lehetőségek ütközését tapasztalatilag megélik, illetve abban, ahogy erre a helyzetre a társadalom reagál, visszatükröződik helyzetük kettőssége. Magyarországon ez a liminális léthelyzet például annak ellenére fennmarad, hogy a közelmúltban megjelentek a középületek fizikai akadálymentesítésére vonatkozó előírások. Észre kell vennünk azonban, hogy a társadalmi érdekérvényesítésben eredményesebb (jórészt az üzleti szférához közel eső) csoportok – és, tegyük hozzá: a deklarált célok mögött meghúzódó, ténylegesen uralkodó szemléletmódot paradigmatikusan jelző elemként az államigazgatási intézmények is – sikerrel lobbiztak Magyarországon az akadályozó környezet felszámolását célzó törvény által szabott határidő meghosszabbításáért (ld. a 2005. február 16-i kormányülés szóvivői tájékoztatóját).

A személyközi kapcsolatok terén is több színtéren tetten érhető a sérült ember liminalitása. Gyakori jelenség például, hogy a sérült személy igényeiről nem őt magát, hanem (felnőtt személy esetén is) kísérőjét kérdezik.[2] Ugyan-

[2] Ezen szemléletmódot a sérült emberek önrendelkezéséért küzdő mozgalom Nagy-Britanniában a „Does he take sugar in his tea”-attitűdként jellemzi. (A kifejezés arra utal, hogy a kérdező nem magát a sérültet, hanem kísérőjét kérdezi arról, hogy az illető kér-e cukrot a teájába.)

csak gyakori, hogy az értelmileg akadályozott személyek társas viszonyt kezdeményező magatartását egyfajta megbocsátó távolságtartás fogadja, de ide tartozhat a mozgássérült gépjárművezetők azon tapasztalata is, hogy a rendőrök, illetve az „autós kollégák" gyakran elnézőbben viszonyulnak a tévedéseikkel, de még a nyilvánvaló kihágásaikkal szemben is. Mindezen reakciók ambivalens szociális tükröt tartanak a sérült ember elé, melyben egyidejűleg van jelen a személy identitásának pozitív visszajelzése, valamint annak tulajdonképpeni megtagadása is. Ez a kettősség egyértelműen jelzi a sérült ember helyzetének liminalitását, hiszen ha ez a mérleg bármely oldalra elbillenne (azaz ha a személyt egyértelműen besorolnák a kompetens/felnőtti, de akár az inkompetens/gyermeki szerep betöltői közé is), akkor a rá, illetve megnyilvánulásaira adott reakciók is egyértelműen elfogadók vagy elutasítóak lennének.

A szituációk intrapszichés leképezésében megjelenő liminalitás-élmény a külső szemlélő számára kevésbé, hatásait tekintve azonban sok esetben talán még az előzőeknél is nagyobb mértékben befolyásolja a sérült ember léthelyzetét. Ez a jelenség ugyanis nem a külvilágból a személy felé irányuló attitűdökben, vagy a fizikai környezet akadályozó jellegében ölt testet, hanem abban, ahogy a sérült ember interiorizálja és megéli a közte és a környezet között fennálló viszonyokat, illetve a számára adott lehetőségeket. Hiába az elfogadó környezet, és hiába adottak tehát a fizikai környezet akadálymentességéből adódó lehetőségek, ha maga a sérült személy – túllépve magán a konkrét sérülés tényén – nem képes teljes életet élni, mert a helyzetekről és önmagáról való gondolkodását erőteljesen befolyásolja önnön állapota. Ilyen lehet például, ha egy végtaghiányos személy nem veszi igénybe az egyébként teljes mértékben akadálymentesített uszodát, mert úgy érzi, hogy rá ott testi adottságai miatt „ferde szemmel fognak nézni." Az ilyen gondolatoknak, érzéseknek természetesen lehet (és sok esetben van is) korábbi rossz tapasztalatokból fakadó oka, előzménye, ám ez a téves generalizálás eleve megakadályozza a személyt bizonyos – más szempontból számára hozzáférhetővé tett – helyzetek autonóm módon való megéléséhez. A liminalitás ezen, interiorizált formája pedig implicit, rejtett jellegénél fogva igen nehezen tetten érhető, és kezelése vagy megelőzése éppen ezért nem könnyű.

Fel kell azonban figyelnünk arra, hogy a liminalitás-élmény ez utóbbi kategóriája milyen erősen táplálkozik a minket körülvevő domináns társadalmi diskurzusok némelyikéből. *Gerschick* és *Miller* (1994) rámutat például arra, hogy a fizikai sérüléssel élő férfiak milyen módon kerülnek szembe azzal a helyzettel, hogy sok esetben nem tudnak megfelelni az „erős és biztonságot nyújtó férfi" ideájának. *Brownworth* és *Raffo* (1999) pedig kimutatják, hogy az Egyesült Államokban a nőkkel szemben amúgy is sok esetben meglévő

foglalkoztatási diszkrimináció jelentősen nagyobb arányban érinti a sérült nőket, mint a férfiakat.

A fenti tényezőkből jól érzékelhetően kitűnik, hogy a sérült személy liminalitása számos ponton nem magából a sérültségből mint állapotból, hanem az őt körülvevő környezet liminalizáló működéséből fakad. Ezen a ponton fontos felfigyelni arra, hogy a fentiekkel összhangban liminalizálást, és nem marginalizálást említek, mert *(a)* a sérüléssel élő személyek a marginális csoportoktól (pl. hajléktalanoktól) eltérően egyre jelentősebb mértékben részt akarnak és tudnak vállalni az őket körülvevő diskurzusokban, illetve *(b)* az említett társadalmi diskurzusok többnyire elismerik a sérültek sajátos léthelyzetét, és nem tekintik azt a társadalom életére nézve fenyegető tényezőnek. (Ez utóbbi elem ugyanakkor, mint fentebb már említettem, hozzá is járul e liminalitás fenntartásához.)

Kiút a liminalitásból: participáció és centralitás

Szakmai közhely, hogy még ha maga a sérülés nem is szüntethető meg, a gyógypedagógiai tevékenység elsődleges feladata a sérült ember életlehetőségeinek minél szélesebb körű bővítése. Ez természetesen magában foglalja a sérült ember folyamatos képesség- és személyiségfejlesztését éppúgy, mint a társadalmi környezetben megjelenő fizikai és/vagy attitűdbeli akadályok lebontását. Amennyiben a fentebb vázolt gondolatmenet helyes, azaz a sérüléssel élő személyek léthelyzete leírható a liminalitás fogalomrendszerével, úgy az életlehetőségek említett bővítéséhez természetes módon hozzá kell tartoznia e liminális léthelyzet feloldásának, azaz a személy teljes értékű *communitas*-tagként való elismerésének is. Az előzőekben elemzett tényezők következetes végiggondolása ugyanakkor nem csupán állapotleírásként olvasható; reményeim szerint ki is jelöl egyfajta utat, mellyel a liminális állapot feloldható, megszüntethető.

Mint láttuk, a liminalitás eredményeképpen a személy időlegesen vagy tartósan elveszíti annak lehetőségét, hogy bekapcsolódjon a társadalmi diskurzusba. A képlet megfordításával azonban már szemünk elé is tűnik az egyik kivezető út, hiszen amennyiben a társadalmi diskurzust olyan módon alakítjuk, hogy abban a liminális helyzetben lévő személy *teljes jogú participációt* élvezzen, akkor ezzel a lépéssel egyidejűleg fel is oldjuk liminalitását. Ha tehát a döntéshozatali folyamatokban, illetve a társadalmi működés más színterein is természetessé válik a sérült emberek szempontjainak érvényesülése (megkérdezésükkel, de akár „automatizmusként” is), akkor jelentős mértékben csökken a határhelyzeti létből adódó bizonytalanság, ezzel

párhuzamosan pedig felerősödhet a sérüléssel élő emberek teljes jogú (és azonos kötelezettségekkel járó) társadalmi szerepvállalása is.

Fontos látnunk, hogy mindez nem azonos (sőt, sok tekintetben szemben áll) a „pozitív diszkrimináció" gyakran megjelenő paradigmájával. Ebben a szempontrendszerben ugyanis épp nem a különbözőségek gyakran leereszkedő jellegű akceptálására, hanem az azonosságok és az ebből fakadó normalitás-élmény megerősítésére helyeződik át a hangsúly. (Kiváló példája az ilyen típusú paradigmaváltásnak a Massachusetts államhoz tartozó Martha's Vineyard sziget élete, ahol a lakosság nagy részét kitevő, tradicionálisan belterjesen házasuló hallássérült, valamint az ép hallású személyek kétnyelvű – angol és jelnyelvi – közösségben élnek együtt. [Sacks, 2000])

A turneri koncepciót tovább gondolva eljuthatunk ugyanakkor a másik – az elsővel persze szorosan összefüggő – következtetéshez is, azaz kimondhatjuk, hogy a sérült emberek liminalitását az oldhatja fel, ha *ők maguk kerülnek centrális pozícióba. Turner* számára a centrális pozíció leggyakrabban a hatalom megragadásával egyenértékű, esetünkben azonban ennél árnyaltabb megfogalmazásra van szükség. Természetesen nem várható el a (poszt)modern társadalomtól, hogy vezetőit a sérültek köréből rekrutálja, annak ellenére, hogy a tradicionális társadalmakban – például a fogyatékossággal élők isteni tulajdonságokkal való felruházásában az ősi Egyiptomban (Schlick, 2005), de akár a sámánok kiválasztásának szempontrendszerében is – vannak erre történeti előképeink.

Sokkal inkább szükség van azonban arra, hogy a sérült emberek léthelyzetének alakításában, illetve e tevékenységformák irányításában, koordinálásában és ellenőrzésében helyet és szerepet kapjanak az érintettek. A posztindusztriális társadalom méreteinél és komplexitásánál fogva mindez természetesen az esetek döntő többségében nem képzelhető el az érintettek személyes, egyenkénti bevonásával (bár sok esetben erre is szükség lenne), ám az elengedhetetlen, hogy képviselőik mind a lokális, mind pedig a tágabb hatókörrel bíró döntéshozatali folyamatokban egyenrangú félként (azaz nem csupán megfigyelői vagy konzultatív szerepben) vehessenek részt.

Összefoglalás

Jelen írás magvát a *Victor Turner* kultúrantropológiai vizsgálódásainak középpontjában álló liminalitás fogalma, illetve ennek a gyógypedagógia nézőpontjából való újrafogalmazása adja. A fentiekben igyekeztem összefoglalni mindazon jellemzőket, melyek a sérült (fogyatékos, akadályozott) ember léthelyzetét a liminalitás jelenségkörével leírhatóvá teszi. E koncepció

felhasználásával megkíséreltem felvázolni a liminális léthelyzet forrásait és hatásait, rámutatva a jelenség személyes és társadalmi vonatkozásaira.

Az elemzést követően arra kerestem választ, hogy vajon milyen módon haladhatóak meg a liminalitásból fakadó, az elemzés során a sérült emberek társadalmi szerepvállalását korlátozónak bizonyult tényezői. Következtetésem szerint alapvető paradigmaváltásra van szükség, melyben a sérült ember liminalitását megerősítő társadalmi folyamatok (pl. „pozitív diszkrimináció") helyét az érintettek aktív participációját lehetővé tevő struktúráknak és attitűdöknek kell átvenniük.

Ezen elemzés végkövetkeztetése, azaz az aktív és felelősségteljes társadalmi részvétel lehetővé tétele iránti igény ugyanakkor egyértelműen, a jogok mellett a mérleg másik serpenyőjében lévő követelményként magában hordozza azonban a felelősség kérdését is. Ahogy a társadalmi részvétel nem várható el a lehetőségek hiányában, úgy nem várható az sem, hogy tényleges felelősségvállalás nélkül e struktúrák megnyíljanak a sérült emberek előtt.

A liminalitásból való kilépés tehát – éppúgy, mint ahogy egy felnőtté avatási szertartást követően a beavatott személyre azonnal érvényessé válnak a törzsnek a felnőtt tagjaira vonatkozó szabályai – a sérült emberekre éppúgy nagy felelősséget ró, mint a társadalomra, melybe integrálódni kívánnak.

Irodalom

ÁGH A.: (1989) Társadalmi tagozódás a fejlődő világban, In: GÁTHY V. (szerk.): *Átalakulások, társadalmi tendenciák a harmadik világban*, Budapest, Kossuth

BARRETT, R. J.: (1998) The 'schizophrenic' and the liminal persona in modern society, *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 22., No. 4., pp. 465-494.

BARRIE, E.: (2004) *Victor Turner*, elektronikus publikáció, www.indiana.edu/%7Ewanthro/theory.htm, 2004. 03. 01.

BROWNWORTH, V. A. – RAFFO, S.: (1999) *Restricted Access: Lesbians on Disability*, Seattle, WA, Seal Press

CHAKRAVARTI, U.: (1998) Gender, caste and labour: the ideological and material structure of widowhood, In: CHEN, M. A. (ed.): *Widows in India: Social Neglect and Public Action*, London, Sage

FEJÉR B.: (1997) *Az LSD kultusza: egy budapesti kulturális színpad krónikája*, MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek, 48., Budapest

FEJŐS Z.: (1979) Az átmeneti rítusok – Arnold van Gennep elméletének vázlata, *Ethnographia*, 90. évf., 3. szám, pp. 406-414.

GENNEP, A. v.: ([1909] 1960) *The Rites of Passage*, London, Routledge and Kegan Paul

GERSCHICK, T. J. – MILLER, A. S.: (1994) Gender identities at the crossroads of masculinity and physical disability, *Masculinities*, Vol. 2., No. 1., pp. 34-55.
JÁSZAY T.: (2002) Homoerotikus allúziók Christopher Marlowe Hero and leander című költeményében, *Garabonczíás Magazin*, www.garabonczias.hu/dolgozatok/marlowe.htm, 2004. 03. 01.
KENNEY, M.: (1994) *Strategic Visibility*, Ph.D. disszertáció, UCLA, Department of Urban Planning
KORMÁNYSZÓVIVŐI TÁJÉKOZTATÓ, elektronikus publikáció, www.meh.hu/kormany/kormanyulesek?prcm=200502, 2005. 02.16.
MURPHY, R. F. – SCHEER, J. – MURPHY, Y. – MACK, R.: (1988) Physical disability and social liminality: A study in the rituals of adversity, *Social Science & Medicine*, Vol. 26., No. 2., pp. 235-242.
NAVON, L. – MORAG, A.: (2004) Liminality as biographical disruption: unclassifiability following hormonal therapy for advanced prostate cancer, *Social Science & Medicine*, megjelenés alatt
PÁLHEGYI F.: (1984) A fogyatékosság bélyegének pszichodinamikája, *Gyógypedagógiai Szemle*, 1. sz., pp. 21-29.
RAY, B. C.: Victor Turner, In: ELIADE, M. (ed.): *Encyclopedia of Religion*, New York, Macmillan
SACKS, O.: (2000) *Seeing Voices: A Journey Into the World of the Deaf*, New York, Vintage
SCHLICK M.: (2005) *A fogyatékosság ábrázolása az ősi Egyiptomban*, szakdolgozat, Budapest, ELTE BGGYFK
SZAUDER E.: (2002) Esélyegyenlőség és törvénykezés, *Iskolakultúra*, 11. sz., pp. 97-103.
TURNER, V.: (2002) *A rituális folyamat* (ford. Orosz I.), Budapest, Osiris
TURNER, V.: (2003) A liminális és a liminoid fogalma a játékban, az áramlatban és a rituálában, In: DEMCSÁK K. – KÁLMÁN C. Gy.: *Határtalan áramlás: Színházelméleti távlatok Victor Turner kultúrantropológiai írásaiban*, Budapest, Kijárat
VITÁNYI I.: (é.n.) *Az életmód, az életvitel, a kultúra és a tudat átalakulása*, Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások Programja, www.kulturakozvetitok.hu/content.htm
WALL, L. L.: (2002) Fitsari 'Dan Duniya: An African (Hausa) praise song about vesicovaginal fistulas, *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 100., No. 6., pp. 1328-32.
ZÁSZKALICZKY P.: (2002) Az egyéni deficittől a társadalmi felelősségig: gyógypedagógia a közoktatásban és a társadalomban, *Új Pedagógiai Szemle*, LII. évf., április, pp. 52-63.