

Orvosok és sámánok Nepálban

A dolgozat két magyar orvos nepáli kutatómunkájáról készült beszámoló. Az epilepszia megjelenését és kulturális beágyazódását vizsgálták a jelen viszonyok szerint létező különböző – tradicionális és biomedikális – ellátási szinteken Nepálban. A munka magában foglalta az orvosi és antropológiai ismeretek együttes felhasználását. Javaslatot dolgoztak ki a nepáli magyar etnikum területén egy községre vonatkozó közösségi alapú epilepsziagondozási minta projektjére.

I1998 folyamán négy hónapot töltöttünk Nepálban. Ottani kutatásunk kettős és egymással összefüggő célkitűzése részben egy közösségi alapú epilepsziaprogram (*community-based epilepsy health care pilot project*) kidolgozása, részben pedig a magyar etnikai csoport tanulmányozása volt.

Noha a munka maga is előkészítő tereptanulmánynak felelt meg, korábbi előzményekre épült. Eisler Olga (epileptológus és pszichiáter) 1996–1997 folyamán egy évet töltött Indiában és Nepálban, és a jelen út tervei ekkor körvonalazódtak. Lajtai László (antropológus és pszichiáter) pedig 1994–95-ben Közép-Amerikában már részt vett egy egészségügyi alapképzési program koordinálásában.

A harmadik világban dolgozva az orvos feladata kettős, egyrészt hivatásának, valamint az úgynevezett biomedikális, tehát „nyugati” egészségügyi rendszerben szerzett képzettségének és gyakorlatának megfelelően törekszik a beteg meggyógyítására, másrészt munkájának specifikus aspektusain belül fel kell ismernie és a lehető legjobban meg kell értenie a saját kultúrájától természetszerűleg különböző másik kultúra történéseit, törvényszerűségeit. Munkája csak e két tényező egymással egyenrangú kezelésében és összehangolásában vezethet sikerre. S mindezekon kívül – amennyiben a mentális állapot és a pszichés problémák is tevékenységének fókuszát képezik – elengedhetetlen a „nyugati” és „nem nyugati” pszichológiai elméletekben és a pszichés gyógyítás gyakorlatában való jártassága is. Két évvel ezelőtt ezért gondoltuk úgy, hogy szakmai jártasságainkat egyesítjük, és együtt vágunk neki az itt leírt feladatnak.

Munkánk során legfontosabb kapcsolatunk a Tribhuvan Egyetem Orvosi Fakultásának Pszichiátriai Tanszékével és annak vezetőjével, Mahendra Nepal professzorral volt. Helyileg ugyanitt található a Mental Health Project to Nepal központja, amely a tanszék és a United Missions to Nepal közös vállalkozásaként működik. A fővárosban ezenkívül kapcsolatot teremtettünk az ország legfőbb ideggyógyászával, J. P. Aggrawallal (ugyan csak az egyetemi kórházban), a legnagyobb közkórházak, a Bir Hospital, a Patan Mental Hospital, valamint a katonai kórház e témában jártas szakértőivel, valamint gyümölcsöző volt a Médecins du Monde (Orvosok a Világért) szervezet munkatársaival való konzultáció is. A fővároson kívül Pokharában Kapil Dev Upadyaya vett részt a *pilot project* tervezésében, ő lenne a tervezett projekt legfőbb munkatársa. A Pokhara és Kathmandu

közötti, nagyrészt magar etnikum által lakott területen pedig Damauli kisvárosban, valamint a Tanahun megyei Rahu községben és a Nawalparasi megyei Chul Boja községben végeztünk rövidebb tereptanulmányokat.

Orvosi antropológia

Az orvosi antropológia (*medical anthropology*) a kulturális antropológia egyik ága, mely az egészség és betegség kérdéseivel kapcsolatos biológiai jelenségekkel is foglalkozik, és így a társadalomtudományok és természettudományok (elsősorban az orvostudomány) közötti határterületen helyezkedik el (Hellman 1998).

Az orvosi antropológia négy fő vizsgálati területe a betegségek, a gyógyítás folyamata, a gyógyító személyek és az egészségügyi intézmények kérdése. Az orvostudomány szempontjából az orvosi antropológia legfontosabb területét klinikai antropológiának nevezhetjük (Hellman 1998). Ugyanez az antropológia szempontjából az alkalmazott antropológia vagy az akcióantropológia egyik ága lehet. Ez azt a területet jelenti, amikor az elméleti összefüggéseken túl tudásunkat a klinikai gyakorlatban, a preventív és edukációs programokban és a nemzetközi (következésképpen kultúráközi) kapcsolatokban, illetve segélynyújtásban alkalmazni próbáljuk. A pszichiátriai antropológia vagy transzkulturális pszichiátria, az orvosi antropológia egyik részterülete, mely a pszichiátriai betegségek, a pszichiátriai (avagy tágabb értelemben: pszichés) gyógyítás és a betegek, illetve gyógyítók kultúráközi leírását és összehasonlítását végzi (Kleinman 1981). A pszichiátria alapvető kérdései közé tartoznak a biológiai és társadalmi tényezők összefüggései, ezért területe részben átfedi az antropológiáét. Az orvoslás más ágaiban ezek az összefüggések szintén léteznek, de ez a kapcsolat talán nem ennyire nyilvánvaló és szoros.

A pszichés zavarok antropológiája már a kezdetektől fogva foglalkoztatja az antropológusokat, míg a pszichiátriai szakirodalomban csak az utóbbi időben váltott ki ez a téma érdeklődést. A transzkulturális pszichiátriai szemlélet jelentőségét az is hangsúlyozza, hogy a pszichiátriai betegségek elterjedése és megjelenési formái kultúrától függően, illetve térben és időben is eltérők lehetnek. Ezenkívül van néhány olyan pszichiátriai betegség, amely kizárólag bizonyos kultúrához tartozó egyének között fordul elő (kultúrához kötött szindrómák). Ezek különálló betegségentitások, melyek sajátos tüneteket és kórlefolyást mutatnak.

A betegség földrajzi jellegzetessége miatt e zavarok olyanok, mintha valamilyen különleges „kórokozó” okozná őket, mert csak bizonyos területen fordulnak elő. Az adott kultúrához tartozó egyének meg tudnak betegedni a specifikus betegségben még akkor is, ha földrajzilag más területre kerülnek. Az epilepszia a biomedikális medicina tudása szerint nem kultúrához kötött betegség, minden kultúrában előfordul. Ilyen és ehhez hasonló esetekben célunk az adott betegség megjelenési formájában a biológiai-genetikai, illetve az enkulturáció során tanult elemek elkülönítése és összefüggéseinek vizsgálata a hatékonyabb és megfelelőbb gyógyítás érdekében.

Nepál és az egészségügy

Nepál a Föld egyik legszegényebb országa, az éves egy főre eső nemzeti jövedelem 200 \$. Nepál jelenére a végletek jellemzők, bizonyos részein a világ mintha mit sem változott volna az utóbbi pár ezer évben, elképesztő infrastrukturális hiányosságokat találunk. Szokványos, hogy többnapos járásra található az első út, orvos vagy telefon. Máshol pedig ott topog az internet, az e-mail, az aktuális nyugati divatos öltözködés, egyes rétegek viszonylag jó tájékozottsága.

Ami a különböző egészségügyi mutatókat illeti, a hivatalos statisztikák riasztóak, holott a tudományos céllal végzett kutatásokkal összevetve még kozmetikázottaknak is tűnnek. A születéskor várható élettartam 54 év. A hivatalos (öt év alatti) gyermekhalandóság 165/1000 élve születés. A vezető halálokok: hasmenés és felső légúti infekció (Nepalese Department of Health 1997). A szüléssel kapcsolatos anyai halálozás legalább százszorosa, egyes adatok szerint inkább háromszáz-ötszázszorosa a hasonló nyugati adatoknak. A szülések közel felében az asszonyok egyedül szülnek, felében pedig az anyós segítségével (Beaton–Robinson 1993). A népesség minőségileg és mennyiségileg egyaránt rosszul táplált. Elterjedtek a legkülönbözőbb paraziták és a gastro-intestinalis fertőzések súlyos formái. A malária ismét feltámadóban van, a tbc is gyakori, és a lepra is jelen van még, különösen a déli vidékeken. Mindez csak néhány kiragadott adat. A nyugati szemmel súlyos egészségügyi helyzettel szemben kiterjedt tradicionális és gyenge, éppen csak embrionális nyugati típusú egészségügyi rendszer áll (Macrorie et al. 1997; Prasai 1997). Az utóbbival a népesség alig 20 százaléka találkozik.

Tradicionális orvoslás

A betegek 90 százaléka először az egyik helyi gyógyítót, *jhankirit* keresi fel. (Egy háromszáz lakosú kis faluban, ahol jártunk, öt *jhankiri* működött – számuk minden valószínűség szerint sokszorosa a hivatalos egészségügyi alkalmazottak számának.) A művelt nepáliak angolul „faith healernek”, „hitgyógyítónak” nevezik őket, a lakosság körében leginkább *jhankirinek*, bár sok más nevük is van (Macdonald 1984; Maskarinec 1989). A *jhankirik* – vagy *sámánok* – szerepe és működése hasonló a világ különböző részeinek primitív társadalmaiban: ők az emberiség legrégebb orvosai, tanítói és papjai, közösségük fontos tekintélyszemélyei. Tudásuk származhat családi tradícióból vagy egyéni életútjukból, mindenesetre vitathatatlanul jól ismerik népük testi és lelki bajait, és sokan közülük bölcs és hatékony pszichoterapeuták (Desjarlais 1989). A WHO támogatja bevonásukat a fejlődő országok modernizálódó egészségügyi szervezeteibe. Mint Nepáltól, a legtekintélyesebb nepáli pszichiátertől megtudtuk, ők is szerveznek mentális egészség tréningeket a *sámánok* számára. Tapasztalataik biztatóak, sok *jhankiri* készséggel osztja meg tapasztalatait és szerez új ismereteket.

Az *ajurvéda* és a tibeti medicina tradicionális orvosi rendszerek, melyekben standardizált tananyagot kell a leendő orvosoknak megtanulni, és tekintélyes orvosok előtt kell levizsgázni.

Manapság a hagyomány vagy haladás dilemmában meglepően ambivalens Indiában az *ajurvéda* visszaszorulóban van a nyugati orvoslással szemben, a kevésbé fejlett Ne-

pálban azonban még mindig legalábbis egyenrangú. Kathmandu ajurvédikus kórházában például ingyenes az ellátás és a gyógyszerek, és ahogy említettük, az egészségügyi szervezetben számos ajurvédikus képzettségű középáder dolgozik. Saját tapasztalataink szerint a városiak, a fiatalok és a magasabban iskolázottak már jobban bíznak a nyugati típusú orvoslásban. Az ajurvédikus orvosok igyekeznek megtalálni a helyüket a változó egészségügyi struktúrában. Felhasználnak bizonyos „modern” vívmányokat, mint például a vérnyomásmérő. Sőt volt olyan ajurvédikus orvos, aki azt állította, hogy epilepsziás betegeit nyugati módra képzett orvosokhoz küldi, mert úgy találja, a nyugati epilepsziaellenes szerek hatékonyabbak az általa alkalmazott eljárásoknál.

A tibeti orvoslás az ajurvédából indult ki, és a tibeti monostorok láma (szerzetes) doktorai fejlesztették tovább. Hatással volt rá a perzsa és a kínai orvoslás is (Nagy 1995). A kozmikus-misztikus-mágikus hatásoknak nagyobb szerepet tulajdonítanak az ajurvédikusoknál, és hiányzik például a jógához hasonló testfejlesztési rendszer is. A tibeti orvoslásnak aránylag kis súlya van Nepálban. Főleg a Tibethez közeli centrális Himalájában van nagy szerepük, itt ugyanis tibeti eredetű törzsek élnek. Tibet kínai megszállása óta folyamatosan nagy számban érkeznek menekültek, láma doktorokkal együtt, akik főleg csak honfitársaikat gyógyítják. A tibeti emigránsok legnagyobb kathmandubeli közösségében két szomszédos helyiségben egyszerre rendel nyugati módra képzett és tibeti orvos, és a betegek többsége mindkét orvosnál levizitel.

Modern egészségügy

A nyugati típusú orvoslást keresztény misszionáriusok hozták ide a 19. század második felében. 1952-ben még csak 12 orvos volt itt, és a születéskor várható élettartam pedig mindössze 28 év volt. Ma kb. 1500 nyugati módra képzett orvos van az országban, és a várható élettartam 54 év: a fejlődés kétségtelen. Mindazonáltal a helyzet még mindig rossz, az egészségügyi szervezet gyenge, és a demográfiai robbanás miatt a szükséglet és a kínálat közötti aránytalanság csak fokozódik. A betegeknek csak 20 százaléka jut el az egészségügyi szolgálatig, és csak töredékük egy orvosig: a néhány nagyobb várostól eltekintve egy-egy orvosra 90 000 ember jut. A legutóbbi időig csak egy helyen, a Tribhuvan Egyetem Orvosi Karán folyt orvoscépzés – ahol 1978 óta évente kb. 25 fiatal orvos végez. Újabban azonban öt magán orvosi egyetem is működni kezdett, főképpen indiai oktatókkal, de rendkívül borsos áráért: a négy és fél éves képzési időszak ára kb. 20 000 dollár. Csillagászati összeg, különösen ha számításba vesszük egy vidéki orvos kb. hatvan dolláros havi keresetét. (A hallgatók tekintélyes része egyébként indiai, mivel az ottani magán orvosi egyetemek áraihoz képest ez még mindig jutányos.) Indiához hasonlóan az egyetemeken itt is angol nyelven oktatnak, és az orvosi kommunikáció nyelve is ez, ami megkönnyíti a külföldi továbbképzéseket és karrierépítést.

Az egészségügy állami szektora szinte kizárólag adományokból és alapítványokból gazdálkodik. A szervezet egymásra épülő szintekből áll, amelyek elvileg egy referálási szisztéma szerint működnek. Az alsó két szinten (alállomás és állomás) csak egészségügyi középáderek dolgoznak.

Elvileg a harmadik szinten, az egészségügyi centrumban találkozhatna a beteg először nyugati módra képzett orvossal, de az állások legalább harmada betöltetlen, és ugyanez áll a negyedik szintet jelentő körzeti kórházakra is. E kórházak – amelyekhez a betegek egy részének akár napokat kell gyalogolni – rendkívül gyengén felszereltek: többnyire csak egy orvos dolgozik bennük, és csak elvétve fordul elő, hogy életmentő beavatkozásokat – például egy császármetszést – el tudnának végezni. A szülések több mint felében a nő semmilyen segítséget nem kap, kb. 40 százalékban pedig csak az anyós segédkezik. A baba funkció még csak kialakulóban van errefelé, egyhetes kurzusokon képeznek ki már szült asszonyokat a „három tiszta”, vagyis a „tisztá kéz, tiszta környezet, tiszta köldökzsinór” szükségességére, és az egészségügyi kormányzat deklarált célja az, hogy minél több nő szüljön ilyen segítséggel.

A választható egészségügyi segítség újabb formái a gomba módra szaporodó magángyógyszertárak, amelyekben nyugati típusú, többnyire indiai gyártmányú gyógyszereket lehet kapni. A betegek közül sokan egyenesen a gyógyszertárakhoz fordulnak segítségért, és azok nyújtanak is különböző egészségügyi szolgáltatásokat, például kötöznek vagy penicillininjekciókkal gonorrhoeát kezelnek. A magángyógyszertárak üzleti vállalkozások, melyek többnyire a „minél nagyobb profit” elvén működnek, ezért például a betegeket – indokolatlanul – méregdrága antibiotikumokra beszélik rá. A szinte teljesen szabályozatlan gyógyszerforgalom veszélyei egyelőre kívül esnek a nepáli hatóságok látókörén.

A hazai és nemzetközi civil segélyszervezetek munkája alapvető fontosságú. Ezek közül a legrégebbi, legnagyobb tekintélyű és kétségkívül leghatékonyabb egy nemzetközi karitatív szervezet, a United Mission to Nepal. Sok esetben azonban nehéz elhesseníteni a gyanút, hogy a gazdag külföldi szponzorok által bőkezűen juttatott támogatások egy része nem ér célba. Sokan állítják, hogy a Nepálba érkező külföldi támogatások 90 százaléka magánszemélyek zsebében tűnik el. Másrészt a segítőprogramok jó része nem veszi figyelembe a társadalmi szervezethez jelenlegi szintjét, és ezért eleve kudarcra ítéltetett. Egy, a norvég kormány számára Nepálról készült tanulmány leszögezi, hogy csak a helyi körülmények alapos ismerete és a programok lépésről lépésre való ellenőrzése biztosíthatja a kívánt végeredményt (Scar–Cederroth 1997).

Nepál és az epilepszia

Az egyetlen epilepsziaprevalencia- vizsgálatot a Tribhuvan Egyetem pszichiátriai tanszékének vezetője, Mahendra K. Nepal és munkatársai végezték (Nepal et al. 1996). Eszerint a prevalencia mértéke 0,733 volt, mely megfelel a világtárlagnak (ez 0,5 és 1,5 közé tehető, azaz minden ezer emberből egy szenved ilyen betegségben). A vizsgálat Nepál orvosi szempontból legjobban ellátott vidéki területén történt, így a *treatment gap* (az aktív epilepsziások száma és megfelelően ellátott epilepsziások száma közötti különbség egy adott populációban egy adott évben) minden bizonnyal jóval nagyobb az itt talátnál.

Tájékozódó jellegű vizsgálatot végeztünk az epilepsziára vonatkozó *treatment gap* felbecsülésére. A piacon lévő (többnyire indiai) gyógyszercégektől elkértük antiepileptikumeladási adataikat, és ebből, valamint a becsült prevalenciából úgy tűnik, a betegek

maximum 10 százaléka áll gyógyszeres kezelés alatt. Hozzá kell azonban tennünk, hogy a kezelés elsősorban phenobarbitált jelent, így létezik egy még szélesebb „treatment gap” is: a betegek többsége kétségkívül nem a legkorszerűbb szert kapja. Ugyanez a helyzet azonban a fejlődő országok többségében: a régi jó phenobarbitál a legsokoldalúbb és legolcsóbb szer.

Az epilepsziák errefelé a pszichiátria fennhatósága alá tartoznak, de mivel vidéken még orvos is alig van, nemhogy szakorvos, csak a főváros lakóinak, illetve a nagyon gazdag családok tagjainak van lehetősége szakorvosi segítséget kérni. Egész Nepálban 20 pszichiáter szakorvos van (mivel a lakosság 20 millió, így 1 millióra jut 1) és ez ötször több, mint ahány ideggyógyász szakorvost találunk, ugyanis az ő számuk 4.

Az epilepsziások minden más beteghez hasonlóan elsősorban a helyi sámánhoz, a jhankirihez fordulnak segítségért. Ez az arány még Kathmanduban is mintegy 60 százalék, de a fővároson kívül lényegében *mindenki* először a jhankirihez megy el. Később a hindu vallásúak esetleg felkeresik az ajurvédikus orvost, a buddhista csoportok pedig a tibeti láma doktort.

Egy betegség mibenlétére vonatkozó elképzelések elsősorban kulturális képződmények, és a terápiának illeszkednie kell a népszerű koncepciókhoz – máskülönben a betegek nem fogadják el. Nehéz megértetni az epilepsziás rohamok mibenlétét és az antikonvulzívumok (görcsgátló gyógyszerek) pontos és tartós szedésének értelmét olyan népeknél, ahol az elektromosság vagy a sejtek koncepciója nem létezik. Ezzel szemben a jhankiri és a betegek azonos kulturális közegbe tartoznak, és ha a betegséget mindketten az ebben vagy egy korábbi életben elkövetett bűnök büntetésének tartják, akkor a rendszeres gyógyszerbevitelnél racionálisabb cselekedet egy kakas feláldozása a szellemek kiengesztelésére. Éppen ezért feltehetően még sokáig fontos feladat lesz a jhankirik alapfokú egészségügyi kiképzése és a velük való együttműködés. Kísérletképpen Nepálban is szerveznek számukra mentális egészségügyi programokat, ezeken többek között szó van az epilepsziákkal kapcsolatos alapfogalmakról is. Nepal tanszékvezetőtől tudjuk, hogy a jhankirik az egészségügyi közepkérdésekkel szemben jól el tudják különíteni a valódi és a pszeudorohamokat egymástól, állítva, hogy elsősorban az utóbbit tudják jól kezelni. A kezelés legtöbbször dobolásból, szentelt víznek a páciens homlokára való fröccsentéséből, állatok isteneknek való feláldozásából és egyéb rítusokból áll. Sokan úgy vélik, hogy a roham alatt a beteget megszálló szellem leghatékonyabban úgy kergethető ki, ha a beteggel egy régi, erősen illatozó cipőt szagoltatnak. Gyakori egyébként, hogy a rohamokat fertőzőnek gondolják, és ezért nem segítenek a például tűzbe esett betegen. Természetesen mivel Nepálban rengeteg jhankiri működik, munkájuk rendkívül heterogén, általános megállapításokat csak nagy körültekintéssel szabad tenni; az átfogó kutatómunka feltehetőleg csak a távoli jövő témája lehet.

A régi ajurvédikusok az epilepsziát úgynevezett „nagy betegségként” tartották számon, vagyis nehezen befolyásolható állapotként (Ventakaram et al. 1998). Négy rohamformát írtak le, ebből az első kettő komplex parciális rohamoknak felel meg, és csak a szomjúság létében vagy hiányában különböznek egymástól, a harmadik és a negyedik nehezen illeszthető be az általunk használt rohamtípusokba. A terápia komplex, egyaránt tartalmaz növényi, állati és ásványi eredetű gyógyszereket és a lélekre ható gyógyító rítusokat.

A tibeti medicinában az epilepsziát elsősorban rossz, ártó démonokkal hozzák kapcsolatba. E démonoknak azonban szimbolikus értelmük van (beszélnek például az önzés démonáról, amit különösen veszélyesnek tartanak), így azt is mondhatnánk, a tibeti orvoslásban az epilepsziát mentális betegségnek vélik.

Összefoglalás

Ottlétünk legfontosabb eredménye a fent leírt adatgyűjtés és az adatok kellő összefoglalása volt. A kidolgozott megértési rendszer irodalmi adatok mellett személyes tapasztalatok (városi és falusi környezetben egyaránt) és a helyi kollégák segítségével fokról fokra jött létre. Kiemelkedő támogatást nyújtott a fent említett orvoskollégákon kívül Tek Bahadur Thapa a Nepáli–Magyar Baráti Társaság magyar nemzetiségű elnöke is. A jelenleg megfogalmazott rendszer csupán egy köztes stádiumnak tekinthető. A következő fázis a community based epilepsy pilot megfogalmazása. Ennek részleteit szaklapokban jelentettük meg (Eisler–Lajtai 1999). Ami az indulóprogram helyszínét illeti, kiváló helynek tűnik Nawalparasi megyében Chuli Boja község, mely a magyar népcsoport szívében fekszik.

IRODALOM

BEATON, S. – ROBINSON, S.

1993 Estimation of Maternal Mortality in the Mid-Western Region of Nepal: Use of the Sisterhood Method. *Journal of the Nepalese Medical Association* 31:31–45.

DESJARLAIS, R. R.

1989 Healing through Images: the Magical Flight and Healing Geography of Nepali Shamans. *Ethos* 17:289–307.

EISLER, OLGA – LAJTAI, LÁSZLÓ

1999 Epilepsy in Nepal. *Epicadec News* 4(13):5–7.

HELLMAN, C. G.

1998 *Kultúra, egészség és betegség*. Budapest: Melania.

KLEINMAN, A.

1981 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Los Angeles – London: University of California Press.

MACDONALD, A. W.

1984 The Healer in Nepalese World. *In Essays on the Ethnology of Nepal and South Asia*. A. W. Macdonald, ed. Kathmandu: Ratna Pustak Bhandar.

MACRORIE, R. – POUDYAL, D. K. – SHESTRA, P. – BELLRINGER, K. C.
1997 The District Health System in Nepal – an Assessment. *Health Services Analysis. Journal of the Nepalese Medical Association* 35:217–224.

MASKARINEC, G. G.
1989 A Shamanic Semantic Plurality: Dhaamis and Jhankriis of Western Nepal. *In Shamanism: Past and Present.* Mihály Hoppál – D. J. Sadvoszky, eds. Budapest – Los Angeles – Fullerton: ISTOR Books.

NAGY ZOLTÁN
1995 *Tibeti orvoslás.* Budapest: Noran.

NEPAL, M. K. – SHARMA, V. D. – SHESTRA, P. M.
1996 Prevalence of Epilepsy in Community. International Workshop on Epilepsy by EPICADEC and Department of Psychiatry IOM. Kathmandu.

NEPALESE DEPARTMENT OF HEALTH
1997 *The Annual Report at 1996/1997.* Kathmandu.

PRASAI, B. R.
1997 Evolution of Health Services in Nepal: Hope and Despair. Mrigerndra Medical Trust Oration to 17th All Nepal Medical Conference, February 8–11, 1995. Nepal: Butwal.

SCAR, H. O. – CEDERROTH, C.
1997 Development Aid to Nepal. Issues and Options in Energy, Health, Education, Democracy and Human Rights. Nordic Institute of Asian Studies, NIAS Report Series 34.

VENTAKARAM, B. S. – RANGAN, G. – DAVID, J. – MANI, K. S. – NAGARJAN, K. – SRIDHARAN, V. S. – SUBBAKRISHNA, D. K.
1998 Ayurveda and Epilepsy. *Epicadec News* 12, Epilepsy Study Group, Bangalore, India.

LÁSZLÓ LAJTAI – OLGA EISLER

Physicians and shamans in Nepal

This article is the result of the research of two Hungarian doctors in Nepal. The manifestations and cultural contexts of epilepsy at different health care levels (traditional and biomedical) have been evaluated. The research involves the parallel and complementary use of medical and anthropological knowledge. During the research a community-based epilepsy health care pilot project has been elaborated (in a community of the Magar ethnic group).