

CONTRIBUȚII RECENTE ALE ANTROPOLOGIEI MEDICALE LA STUDIUL ASPECTELOR SOCIALE, ECONOMICE ȘI CULTURALE ALE TUTUNULUI ȘI FUMATULUI

Recent contributions of medical anthropology to the study of social, economic and cultural aspects of tobacco and smoking

Dr. Valentin-Veron Toma

Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer“ al Academiei Române, București

INTRODUCERE

Antropologia medicală, deși mai puțin cunoscută, și încă insuficient dezvoltată în România,¹ reprezintă un câmp de cunoaștere puternic la nivel internațional, plin de resurse și cu o evoluție rapidă, de la care se așteaptă mult în anii ce vor urma în ceea ce privește integrarea perspectivelor *biologice* și *culturale* asupra sănătății, bolii și vindecării, dar și a umanității în ansamblul său (D. Joralemon, 1999). Definiția clasică, propusă de Foster și Anderson,² surprinde destul de bine esența disciplinei, dar și dificultatea majoră, încă nerezolvată în mod satisfăcător, care constă în integrarea *biologiei* și a *culturii* în înțelegerea funcționării organismului uman și a patologiei sale, în contexte istorice și socio-culturale diverse. Pentru cei doi autori citați, antropologia medicală reprezintă: „O disciplină bioculturală preocupată atât cu aspectele biologice, cât și socioculturale ale comportamentului uman și în particular cu modurile în care cele două au interacționat pe parcursul istoriei umane, în a influența sănătatea și boala“ (G.M. Foster, Anderson, B.G., 1978, în C.G. Helman, 2002: 4). În antropologia medicală nord-americană, se observă o autentică

polarizare teoretică în ceea ce privește tema expresiei bolii. Această polarizare reprezintă o extrapolare în domeniul antropologiei medicale a clasicei dispute între hermeneutică și teoria critică (A.M. Hernaez, 1998). Se întâlnește, pe de o parte, curentul interpretativ și fenomenologic, cunoscut în literatura internațională drept „*meaning-centered approach*“, care consideră simptomul și experiența bolii o construcție culturală a semnificatului, deci un produs cultural. Întrebarea centrală la care încearcă să răspundă abordarea constructivist-culturală sau interpretativă este formulată de Donald Joralemon astfel: „cum sunt modelate înțelesurile și reacțiile față de boală ale unei societăți, de către presuposițiile culturale legate de începutul și sfârșitul vieții, funcționarea organismului uman, cauzele bolii și nenorocului?“ (D. Joralemon, 1999: 11). Pe de altă parte, în timp, s-a constituit o orientare critică, ce stă, de asemenea, atât la baza antropologiei medicale italiene, cât și a celei latino-americane. Această orientare susține că în spatele categoriilor și semnificațiilor culturale se nasc structurile de putere și de dominare (H. A. Baer et al., 2013). În ultimii 25 de ani, o importanță deosebită a cunoscut-o curentul critic-interpretativ, elaborat de Nancy Scheper-Hughes și Margaret Lock, de fapt o sinteză între abordările culturală și de economie politică. Acest curent teoretic și-a propus să „descrie o varietate de concepții metaforice (conștiente și inconștiente) despre corp și despre narațiunile asociate

¹Sabina Stan, Valentin-Veron Toma. (2011). Medical Anthropology in Romania – Medical Anthropology on Romania? *Cargo – Journal for Cultural and Social Anthropology*, 9 (1-2), 118-123.

²Cf. Foster, G. M., Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*, New York: Wiley, pp. 2-3.

Autor corespondent:

Dr. Valentin-Veron Toma, Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer“ al Academiei Române, Bd. Eroii Sanitari nr. 8, București
E-mail: valitoma2001@yahoo.com

acestui, urmând ca apoi să arate utilizările sociale, politice și individuale cu care aceste concepții sunt aplicate în practică“ (M. Lock, N. Scheper-Hughes, 1990, în D. Joralemon, 1999: 55).

Un alt curent teoretic care a devenit central în ultimii ani, cu toate că își are rădăcinile în perioada imediat următoare celui de-al Doilea Război Mondial (R. Anderson, 1996: 204), este modelul biocultural. În anii 1990, Ann McElroy³ aducea deja argumente solide în favoarea studiilor de tip biocultural ca o modalitate de integrare a întregului domeniu al antropologiei medicale. În opinia autoarei, „Termenul „biocultural“ implică, în mod ideal, un model în care datele culturale sunt colectate sistematic și integrate cu datele biologice și cele de mediu (A. McElroy, 1990: 250). Împreună cu Patricia Townsend, McElroy propune de fapt redefinirea bazei conceptuale a cercetării în domeniul antropologiei medicale care să depășească vechile separații dintre minte și corp, biologie și cultură, mediu ecologic și mediu cultural (A. McElroy, P. Townsend, 1989). La rândul lor, George Armelagos et al.⁴, subliniind necesitatea deplasării interesului comunității științifice, de la paradigma ecologiei medicale la paradigma bioculturală, sunt de părere că trebuie mers și mai departe în ceea ce privește integrarea nivelurilor ontologice ale cercetării sănătății și bolii, în context cultural. Pentru ei este necesar să fie examinate „sistemele și comportamentele de sănătate ale tuturor mediilor aflate în interacțiune: organic, fizic/anorganic și cultural“ (Armelagos et al. 1992: 39, 49). Așa cum vom vedea mai departe, toate aceste orientări teoretice vor aduce un plus de cunoaștere la studierea tutunului și a fumatului, fiecare cu însemnătatea sa, în cadrul mai larg al contribuțiilor științifice la înțelegerea dimensiunilor umane complexe, biologice, sociale și culturale ale consumului de tutun. Scopul lucrării de față este acela de a oferi o ilustrare a cercetărilor celor mai recente din domeniul antropologiei medicale care au ca obiect tutunul, fumatul și dimensiunile experiențiale, economice, sociale, politice și culturale ale acestora.

TUTUNUL ȘI FUMATUL CA OBIECTE DE STUDIU ÎN ANTROPOLOGIE

Antropologia tutunului reprezintă un subdomeniu de cercetare cu o lungă istorie, dar și cu o mare

³McElroy, A. (1990). Biocultural models in studies of human health and adaptation. *Medical Anthropological Quarterly*, 4, 243-265.

⁴Armelagos, G. J. et al. (1992). Biocultural synthesis in medical anthropology. *Medical Anthropology*, 14, 35-52.

diversitate tematică, ceea ce a permis ca obiectul de studiu să fie abordat dintr-o varietate de perspective, pe care – într-o lucrare de sinteză, publicată relativ recent – Kohnman și Benson le sistematizează astfel:

- 1) studii asupra aspectelor sacre ale tutunului;
- 2) studii asupra aspectelor profane ale tutunului.

Prima categorie include arheologia și etnologia vindecării, identitatea indigenă și vindecarea religioasă, contactul colonial și comerțul cu tutun (M. Kohnman, P. Benson, 2011: 330-2). Cea de-a doua categorie include aspectele legate de dependența de nicotină, uzul și abuzul de tutun, asocierea fumatului de țigarete cu genul sau cu etnicitatea (M. Kohnman, P. Benson, 2011: 333). Într-un alt articol, apărut în *American Ethnologist*, Peter Benson (2008) reamintează faptul că: „Aproape toate cercetările antropologice recente care au avut ca temă tutunul s-au concentrat asupra fumatului“ (P. Benson, 2008: 371). Printre studiile de acest gen pot fi citate lucrările lui Kohnman, 2008; Marshall, 2005; Jain, 2004; Quintero și Davis, 2002; Nichter et al., 2004; Nichter, 2003 sau Stebbins, 2001. O tradiție anterioară de studii asupra tutunului a pus accentul pe etnologia comparativă a consumului ritualizat de tutun în societățile non-vestice (Black 1984). Excepții notabile, în raport cu această tradiție, o reprezintă o serie de studii asupra culturilor agricole de tutun (de exemplu, Kingsolver, 1991; Stull, 2000; van Willigen și Eastwood, 1998) și cercetările antropologic-medicale privind maladia tutunului verde (P. Benson, 2008). Toate dilemele de sănătate și umane pe care le-au documentat, de pildă, studiile lui P. Benson (lagărele sordide de muncă, boala tutunului verde, amenințările cu pierderea locului de muncă, antagonismul rasial, și stigmatul social) constituie fațetele multiple ale unei „suferințe sociale“ mult mai profunde, un ansamblu de probleme complexe și strâns interconectate (Farmer 2004; Kleinman et al., 1997), care pot fi plasate alături de fumat, fiind parte integrantă din efectul masiv pe care industria tutunului îl exercită asupra vieții biologice și sociale umane (Arcury & Quandt, 2006, în P. Benson, 2008: 371). Stebbins (2001) atrage atenția asupra faptului că, în pofida semnificației crescânde pe care fumatul a dobândit-o în sfera sănătății publice în ultimele decenii „Literatura antropologică dedicată tutunului, atât la nivel global cât și în Lumea Nouă, este cu totul insuficientă, având în vedere importanța istorică a tutunului și impactul său, evidențiat mai recent, cu privire la boală și moartea prematură.“ (K.R. Stebbins, 2001:148). Referindu-se la vechea tradiție a etnografiei comparative a consumului ritualizat de tutun, Stebbins arată că: „Astfel de modele

tradiționale de consum sunt astăzi aproape „pe cale de dispariție“ peste tot în lume, fiind coplesite, după cel de-al doilea război mondial, de campaniile de marketing agresiv lansate de companiile de tutun transnaționale (TTCs). Nu este de mirare, în acest caz, că cei câțiva oameni de știință din domeniul științelor sociale care au publicat, în anii din urmă, pe teme legate de tutun, s-au axat mai degrabă pe chestiunile de sănătate asociate cu extinderea recentă la nivel mondial a țigărilor comerciale. Ceea ce este surprinzător, însă, este numărul redus de cercetări focalizate pe problemele cele mai actuale legate de tutun, având în vedere impactul global al consumului de tutun și natura sa inerent antropologică“ (K.R. Stebbins, 2001: 148). Au fost realizate, în opinia lui K. R. Stebbins, foarte puține studii de antropologie medicală, în era post-TTC, mai ales în comparație cu atenția acordată de către comunitatea științifică alcoolului și altor droguri la nivel global. Specialiștii în științe sociale au fost cei care au analizat expansiunea tutunului, la nivel internațional, în termeni generali (Corbett, 1999; Stebbins, 1990, 1991) dar și mai precis în Africa (Yach, 1996), Asia (Nichter și Cartwright, 1991), Oceania (Marshall, 1991, 1997), Mexic și Guatemala (Stebbins, 1987, 1994) La rândul său, Mac Marshall (2005) trece în revistă câteva din direcțiile principale în care s-au efectuat studii antropologice asupra tutunului și fumatului. Marshall ține să precizeze că: „Dat fiind impactul negativ enorm pe care tutunul îl are asupra sănătății, dat fiind faptul că consumul său este încorporat în și codificat prin intermediul unor semnificații culturale, ținând cont și de faptul că produsele din tutun sunt intens folosite ca mărfuri la nivel global, iar fumatul (sau mestecatul) tutunului este un comportament învățat, modelat și, în mod tipic, social, acesta reprezintă un subiect de cercetare extrem de atrăgător pentru antropologii contemporani“ (M. Marshall, 2005: 367). În opinia sa, linia de cercetare inițiată de Peter Black (1984) cunoscută sub denumirea de „*an anthropology of tobacco use*“, continuă să-și păstreze actualitatea pentru întregul domeniu al studiilor sociale asupra tutunului, fiind încă o direcție fertilă ce merită explorată mult mai profund (M. Marshall, 2005: 367). În ceea ce privește antropologia medicală mult mai recentă a fumatului, ea este istoric legată, în opinia lui Marshall, de campania OMS „epidemia tutunului“ și de tendințele din sfera controlului asupra tutunului,⁵ cu toate că, la sfârșitul anilor 1980 prea

puțini cercetători din domeniu au intrat în discuțiile academice generate în jurul acestei teme (vezi, e.g., Marshall, 1981; Stebbins, 1987). Chiar și când „războaiele tutunului“, au încins spiritele în Occident, în anii 1990, cei mai mulți antropologi medicali au continuat să ignore fumatul și efectele sale asupra sănătății, ceea ce l-a condus pe Kenyon Stebbins să-și exprime surpriza, „având în vedere impactul global al tutunului și a naturii sale inerent antropologice“ (Stebbins, 2001: 148). Deși au fost publicate un număr semnificativ de articole pe tema tutunului și a fumatului, în ultimele două decenii, în special bazate pe cercetări efectuate în Statele Unite ale Americii, cercetarea din acest domeniu, în alte părți ale globului, continuă să întârzie. Cele mai multe dintre lucrările antropologice medicale privind consumul de tutun și sănătatea, care au fost realizate în afara Statelor Unite ale Americii au fost făcute, la un nivel macro, prin examinarea tendințelor naționale, regionale, sau globale. Cu excepția a două articole relativ recente (Mehl, 1999; Mimi Nichter, Mark Nichter, și D. Van Sickle, 2004), au fost publicate foarte puține date, la nivel micro, derivate din cercetarea etnografică în comunitățile locale din afara Occidentului, iar unul din obiectivele articolului lui Marshall este tocmai acela de a umple această lacună (M. Marshall, 2005: 368). Mark Nichter (2003), la rândul său, atrage atenția asupra faptului că studierea contextului cultural local este esențială pentru înțelegerea fumatului ca practică socială complexă: „O mai bună înțelegere a preluării tutunului, a traiectoriilor sale de utilizare, a expresiilor de dependență și a încercărilor de renunțare necesită o analiză atentă a interacțiunii dintre factorii individuali și contextuali, a modului în care interferează contextele sociale imbricate și influența lor reciprocă, precum și o apreciere a factorilor de risc și de protecție. Studiul acestor contexte imbricate (i.e. *nested contexts*) este o adevărată provocare. O deplasare de la studiul de tip aditiv al factorilor care influențează cererile consumului de tutun la studiile de tip interactiv necesită atât o nouă viziune a tipurilor de date ce trebuie să fie colectate cât și noi metode de analiză a datelor culese“ (M. Nichter, 2003: 139). Factorul esențial care intervine – în acest nou tip de analiză contextuală de tip antropologic a fumatului – este „cultura“ despre care Nichter spune că: „I-aș îndemna pe viitorii cercetători care vor investiga relația dintre „cultură” și consumul de tutun să continue să se uite la interacțiunea dintre cultură și contextele sociale și economice, luând în considerare „cultura“ pe două fronturi: (a) în sensul în care este de obicei considerată în raportul său cu diferențele etnice, și

⁵A se vedea și raportul OMS (1999): *Confronting the Epidemic: A Global Agenda for Tobacco Control Research*, WHO, Geneva Switzerland, iulie 1999.

(b) cultura populară ca un proiect în curs de desfășurare referitoare atât la nevoile de identitate ale tineretului, cât și privitor la influența pe care o exercită industria de publicitate care manipulează aceste nevoi de a vinde țigări și de a dezvolta nișe de piață“ (M. Nichter, 2003: 139).

Medicalizarea fumatului, în cea de a doua jumătate a secolului al XX-lea, a condus la schimbarea paradigmei în studierea tutunului din perspectivă antropologică. Studiile asupra tutunului (*tobacco studies*) au fost construite ca o polaritate ireductibilă, care a fost intens politizată. Aceasta a determinat separarea studiilor de acest gen în două mari categorii: „legitime“ și „nelegitime“, în funcție de tipul de finanțare și de categoria de instituții care le comandă (K. Bell, 2013: 1; K. Bell & S. Dennis, 2013: 4). Antropologia critică a fumatului (*critical anthropology of smoking*) se concentrează, din ce în ce mai mult, în această direcție a studiilor „legitime de tip critic“ care, în opinia noastră, poate să se dovedească extrem de fertilă tocmai prin evidențierea exceselor celorlalte abordări polarizate precum și prin sublinierea unor aspecte, cel mai adesea, ignorate de alte curente. O parte din temele predilecte ale acestui subdomeniu vor fi amintite în cele ce urmează, alături de rezultatele altor orientări teoretice din antropologia medicală contemporană.

PLURALITATEA STUDIILOR DE ANTROPOLOGIE CONTEMPORANE PRIVIND TUTUNUL ȘI FUMATUL

Din punct de vedere al **orientării interpretative**, studiile asupra fumatului atrag atenția asupra faptului că vocea fumătorilor nu se face suficient de mult auzită iar caracterul experiențial al fumatului, ca practică socială și culturală, dar și individuală, este aproape complet neglijat. Se iau în discuție aspectele legate de semnificația fumatului pentru fumătorul înțeles ca actor cultural, construcția experienței subiective a fumatului și rolul plăcerii în menținerea comportamentelor legate de fumat, în pofida campaniilor susținute, în ultimele decenii, de modificare comportamentală promovate de organizațiile de sănătate publică la nivel național sau internațional. Un alt aspect important care scapă din vedere, cel mai adesea, în campaniile împotriva fumatului, este legat de modelul privitor la persoana fumătorului. Se descriu astfel două modele majore, la fel de criticabile, care se află în substratul strategiilor de sănătate publică: modelul agentului rațional și modelul non-agent sau al automatului pavlovian: „Perspectiva numită „*rational agent*“ pornește de la presupunerea că fumătorii sunt agenți

raționali cărora trebuie doar să li se prezinte faptele pentru a răspunde în mod adecvat. Perspectiva „*non-agent*“, în schimb, îi vede pe fumători ca pe niște automate de tip pavlovian dinamizate doar de adicția lor și de nevoia imediată de gratificare” (Jane Macnaughton et al., 2012; K. Bell & S. Dennis, 2013: 10). În ambele cazuri, *semnificația fumatului* (*the meaning of smoking*), precum și *contextul social* în care acesta este practicat și trăit, ca experiență încorporată complexă, au devenit, în mare parte irelevante (vezi Robinson & Holdsworth citați în K. Bell & S. Dennis, 2013: 10).

Din punct de vedere al **orientării fenomenologice**, centrate pe **corp și încorporare**, unele din studiile cele mai recente având ca temă fumatul au explorat, de pildă, modalitățile prin care este construit dezgustul față de fumatul pasiv (*secondhand smoke*) în campaniile de sănătate publică din ultimele două decenii (K. Bell, 2011)⁶. Teza pe care o susține autoarea Kirsten Bell, în 2011, este formulată astfel: „Eu susțin că răspunsurile oferite de sănătatea publică la fumatul pasiv pot fi înțelese doar în raport cu calitățile liminale și tranzitive ale fumului de țigară și cu capacitatea acestuia de a dizolva granitele dintre corpuri“ (K. Bell, 2011: 49). Scopul principal al studiului întreprins de Kirsten Bell este de a ilustra influența evaluărilor culturale cu privire la natura „riscului“ asupra standardelor de dovezi epidemiologice. Bell susține că „experiența subiectivă de abjecție față de fumul de țigară este, de fapt, mult mai puternică decât daunele pentru sănătate, demonstrabile „în mod obiectiv“, ceea ce, în cele din urmă, explică atât răspunsurile populare cât și pe cele de sănătate publică la această substanță.“ (K. Bell, 2011: 49). Mai departe, Bell continuă spunând că: „Aș sugera că tocmai calitățile mimetice, afective și obiecte ale fumatului pasiv au contribuit la naturalizarea și ascunderea naturii de construct simbolic a asocierii dintre fum și boală, ceea ce a făcut ca unele calități, ca de exemplu „periculos“ și „nesănătos“ să devină acum de la sine înțelese. Aceasta explică de ce, pe durata a mai puțin de două decenii, atitudinile sociale și juridice față de fumatul pasiv au fost transformate atât de fundamental: răspunsul puternic, mimetic și încorporat, pe care îl produce fumatul pasiv a fost valorificat cu succes de lobby-ul anti-tutun în scopuri instrumentale“ (K. Bell, 2011: 59). Ceea ce studiul său își propune să demonstreze este că: „răspunsurile serviciilor de sănătate publică la fumatul pasiv nu pot fi separate de efectele obiecte

⁶Cu privire la fumatul pasiv, a se vedea și lucrarea: V. Berridge. (1999). Passive smoking and its pre-history in Britain: policy speaks to science? *Social Science & Medicine*, 49, 1183-1195.

și mimetice ale acestui fum. Fumul disipează limitele corporale și subminează separarea între sine și alte persoane în moduri care sunt extrem de problematice în contextul vieții capitalismului industrial târziu. Efectele sale mimetice puternice ascund foarte artificial sensurile medicalizate ale fumatului pasiv care au ajuns să dețină primatul în ultimii peste ultimii douăzeci și cinci de ani. Astfel, „riscul” intrinsec pe care îl reprezintă, indiferent de intensitatea de expunere, a devenit un adevăr aparent de la sine: un „fapt” cultural și medical care necesită puține explicații” (K. Bell, 2011: 60).

Din punct de vedere al **orientării critice**, pe de altă parte, studiile antropologice contemporane asupra fumatului atrag atenția asupra altor aspecte, de primă importanță, care pot avea consecințe economice și sociale majore în următoarele decenii. Un prim aspect este legat de alinierea treptată a cercetării privitoare la tutun (*i.e. tobacco research*) și controlul instituționalizat, la nivel internațional, asupra tutunului (*i.e. tobacco control*). În această privință, studiul lui Mair și Kierans din 2007 arată că se așteaptă, din ce în ce mai mult, ca în continuare cercetarea în domeniu să susțină și să ducă mai departe obiectivele impuse de controlul asupra tutunului „cu cercetarea asupra tutunului în mod „adecvat”, definită prin angajamentul său de a pune capăt „epidemiei globale” a tutunului”⁷ (K. Bell & S. Dennis, 2013: 10). Aceasta face ca, în ansamblu, acest domeniu de cercetare să dobândească un caracter pur instrumental (*ibid.*). Un aspect la fel de important al cercetării contemporane privitoare la tutun și fumat este acela al manierei în care, odată medicalizat și supus rigorilor controlului instituțiilor biomedicale, fumatul a fost construit social ca un comportament adictiv,⁸ fiind încadrat în sfera mai largă a adicției alături de alcool și alte droguri. Antropologii atrag însă atenția asupra particularităților adicției în cazul special al nicotinei care nu se încadrează prea bine în modelul medical și

cultural al celorlalte adicții,⁹ așa cum au fost ele elaborate de psihiatria occidentală. În plus, în cazul dependenței de nicotină nu psihiatria a fost disciplina care a medicalizat comportamentul fumătorului ci alte discipline medicale cum ar fi pneumologia, epidemiologia, cardiologia etc (K. Bell & S. Dennis, 2013: 6). Riscul de a transforma dependența de nicotină într-o boală a creierului, decontextualizată de mediul psiho-social și cultural al persoanei fumătorului este explorat și în studiul întreprins de Molly J. Dingel et al. (2011). Strâns legat de problema transformării fumatului într-o formă de adicție este și statutul ambiguu al nicotinei ca inductor al adicției și, în același timp, substanță activă în terapia adicției. Această dualitate – nicotină „rea” versus nicotină „bună” – este foarte importantă în discursurile privitoare la țigărele electronice (*i.e. e-cigarettes*) după cum o indică și rezultatele studiului întreprins de Bell & Keane intitulat *Nicotine control: E-cigarettes, smoking and addiction*: „Intercalând o analiză de acoperire recentă în mass-media pe tema țigaretelor electronice și răspunsul oferit de curentul dominant de control al tutunului și de sănătate publică pentru aceste dispozitive, acest articol analizează apariția nicotinei atât ca o „dependență”, cât și ca un tratament pentru dependență (Bell & Keane, 2012). Autorii acestui studiu sunt de părere că „prin livrarea de nicotină, într-un mod care seamănă cu spectacolul vizual și cu plăcerile trupești ale fumatului, dar fără efectele nocive ale tutunului combustibil, țigărele electronice nu fac decât să scoată în evidență statutul complex al nicotinei, atât ca otravă, cât și ca remediu, în domeniul sănătății publice contemporane și al controlului tutunului. În consecință, se pun în pericol distincțiile atent elaborate anterior între formele „bune” și cele rele „de nicotină” (K. Bell, H. Keane, 2012: 242). Unii autorii semnificativi din domeniul antropologiei medicale critice, care se ocupă de tutun și fumat, consideră ca fiind inadecvat, de asemenea, cadrul mult prea îngust al cercetărilor biomedicale curente care construiesc fumatul ca pe un factor de risc pentru sănătate (*i.e. smoking as a health hazard*). O explicație a faptului că, indiferent de opinia lor profesională, cercetătorii sunt împinși să construiască programe de cercetare care critică fumatul și propagă necritic judecăți morale disimulate sub forma de discursuri academice, cu privire la comportamentul fumătorilor, este oferită de antropologii

⁷A se vedea, în acest sens, documentul emis de OMS în 1999 intitulat *Confronting the Epidemic: A Global Agenda for Tobacco Control Research and the World Health Organization*, iulie 1999, Geneva, Switzerland. De asemenea, a se vedea și WHO (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization.

⁸Trebuie amintit aici faptul că în SUA, în 1964, consumul habitual de nicotină nu era încă definit ca adicție, ci ca obișnuință sau deprindere. Celebru raport elaborat de șeful serviciului de sănătate publică din SUA Luther L. Terry și echipa sa ține să precizeze acest lucru spunând că: „Utilizarea obișnuită a tutunului este legată în primul rând de motivații psihologice și sociale, consolidate și perpetuate de acțiunile farmacologice ale nicotinei asupra sistemului nervos central. (...) Obiceiurile legate de tutun trebuie să fie caracterizate ca o obișnuință, mai degrabă decât o dependență” (L.L. Terry et al. 1964: 34).

⁹Pentru o trecere în revistă, de ordin istoric, a abordărilor antropologice ale adicției, a se vedea lucrarea: Merrill Singer (2012) *Anthropology and addiction: an historical review*, *Addiction*, 107, 1747-1755.

care privesc critic impactul deciziilor politice curente care alocă fonduri de cercetare doar acelor proiecte ce se încadrează în paradigma dominantă. Un alt risc, pentru cercetarea care, deși nu este finanțată de industria tutunului (Big Tobacco), susține o mai nuanțată abordare a studierii fumatului, dincolo de polaritățile amintite anterior, este acela de a-și vedea rezultatele apropiate de către industrie și folosite în campanii de promovare a fumatului cu care autorii studiilor, desigur, nu sunt de acord (idem, p. 13). Un alt aspect important, studiat de cercetătorii din cadrul orientării critice, este legat de dimensiunile economice ale fumatului în diverse țări și pentru diverse categorii socio-demografice.¹⁰ Un studiu ilustrativ, în această direcție, a fost publicat în anul 2014 de K.A. Levin et al. și are ca temă inegalitățile socioeconomice și geografice în prevalența fumatului printre adolescenții din Scoția. Studiul a constatat că există o relație între fumat și ruralitate și, de asemenea, una între fumat și nivelul de sărăcie al zonei, după ajustarea pentru SES individual. Analizele au mai arătat că „aceste corelații socio-demografice ale fumatului la adolescenți diferă în funcție de sex, ceea ce se află în conformitate și cu studiile anterioare dedicate comportamentelor legate de fumat la adult (Bauer et al., 2007). (...) Printre băieți, fumatul a fost asociat doar cu nivelul de sărăcie al zonei. Printre fete, șansele de a fuma au crescut cu nivelul de sărăcie, atât la nivel de individ cât și al zonei geografice, cu o relație aproximativă doză – răspuns pentru ambele, iar aceste efecte au fost independente unul de celălalt” (K.A. Levin et al., 2014: 166). Acest studiu ne oferă o măsură a inegalităților legate de fumat la adolescenți la patru ani de la interdicția completă a fumatului în locuri publice și, în același timp, ne dă și o indicație sumară a inegalităților de dinainte de implementarea interdicției de afișare de produse legate de tutun (K.A. Levin et al., 2014: 168) Trebuie amintit aici că „Evaluarea interzicerii fumatului în Scoția, imediat după punerea sa în aplicare, a identificat un model socio-economic persistent, cu copiii provenind din familii cu venituri mai mici continuând să aibă o expunere mai mare la fumatul pasiv (Akhtar et al., 2010), și a recomandat ca inegalitățile legate de comportamentul fumătorilor să fie în viitor monitorizate, ceea ce ar oferi timpul necesar pentru a permite ca interdicția să aibă un impact pe termen mai lung” (K.A. Levin et al., 2014: 168). O altă

temă conexă, dezbătută recent, în Canada, de K. Frohlich și colab, este legată de efectele negative pe care însăși politica de control a fumatului le are în generarea de inegalități sociale atât între fumători și nefumători, cât și în interiorul categoriei mai largi a fumătorilor (K. Frohlich et al., 2012). Scopul lucrării autorilor canadieni nu este acela de a face o critică distructivă la adresa demersurilor întreprinse de practicienii din domeniul controlului tutunului, ci de a atrage atenția asupra faptului că, în lipsa unei perspective critice, pot contribui ei înșiși la crearea fenomenelor pe care doresc să le combată (op. cit. p. 979).

O parte a curentului critic din antropologia medicală și-a propus, în ultimii ani, să aducă o perspectivă diferită, mult mai nuanțată, în cadrul dezbaterilor legate de fumat și alte tipuri de utilizări ale tutunului. Din acest punct de vedere, se pot diferenția cel puțin trei direcții fundamentale de cercetare:

1) cea care se aliniază cu scopul, de altfel lăudabil, al sănătății publice de a contribui, în mod determinant, la încetarea fumatului;

2) cea care se concentrează pe explorarea vieții fumătorilor, în absența oricărei tendințe intervenționiste;

3) cea care își propune să examineze critic înseși politicile curente de control al tutunului (K. Bell & S. Dennis, 2013: 12).

Din această perspectivă, rolul și obligația cercetătorilor din domeniul științelor sociale, printre care se numără antropologii și sociologii medicali, este acela de a conduce studii calitative și cercetări etnografice¹¹ care să depășească opozițiile sterile dintre studiile „legitime” și cele „ilegitime” oferind, în același timp, o bază solidă politicilor de sănătate publică curente (K. Bell & S. Dennis, 2013: 9). În același context, al rolului pe care antropologii îl pot juca în viitor, la nivel global, în susținerea politicilor naționale și transnaționale având ca scop reducerea fumatului și a riscurilor pentru sănătate pe care acesta le implică, Stebbins (2001) este de părere că: „[Noi] antropologii, cu cunoștințele noastre speciale de cultură, istorie, politică, și biologie umană, putem oferi perspective unice care vor ajuta factorii de decizie politică să înțeleagă de ce popularitatea fumatului continuă să crească, în ciuda dovezilor medicale copleșitoare cu privire la efectele sale nocive asupra sănătății umane” (K.R. Stebbins, 2001: 165). În opinia lui Stebbins, „dacă nu se întreprind acțiuni puternice, atât de către țările

¹⁰A se vedea și lucrarea *Smoking Kills. A White Paper on Tobacco. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health and the Secretaries of State for Scotland, Wales and Northern Ireland by Command of Her Majesty, Published by The Stationery Office, 10 December 1998, p. 10.*

¹¹Câteva exemple de astfel de studii sunt amintite în K. Bell & S. Dennis 2013, pp. 14-16.

dezvoltate cât și de țările în curs de dezvoltare, o epidemie care pot fi evitată, de boli legate de tutun, va deveni în curând, din păcate, o realitate în zone ale lumii deja împovărate de probleme de sănătate aparent insurmontabile. Oponenții fumatului, îngrozitor de subfinanțați, își folosesc creativitatea și entuziasmul în încercarea de a combate marile corporații din domeniul tutunului (TTCs) aflate în goana lor continuă după cât mai mult profit. În ciuda eforturilor depuse de acești oponenți, tehnicile de marketing extrem de sofisticate puse în aplicare de TTCs și trucurile lor de promovare sugerează că prevenirea unei epidemii ce ar putea fi evitată a unor boli legate de fumat este doar un vis ce poate dispărea ca un fum“ (K.R. Stebbins, 2001: 165).

Din punct de vedere al **orientării bioculturale** recente, aparenta universalitate a fundamentelor biologiei umane este moderată de dovezile, pe scară largă, ale variației în ceea ce privește particularitățile de reglare și funcție legate de condițiile culturale ecologice localizate (Worthman 1999 citat în Worthman & Costello, 2009, p. 3). Prin modelarea și influențarea condițiilor de trai, atât obiective, cât și subiective, cultura informează biologia pe parcursul dezvoltării umane (Super și Harkness 1999), de-a lungul întregii vieți (Dressler et al., 2005), și chiar între generații (Weaver, 2007; Worthman and Kuzara, 2005). În acest context, este demn de menționat aici studiul întreprins de Tess Wianecki de la California Polytechnic State University (College of Liberal Arts, Social Sciences Department), apărut în 2014. Autoarea își propune să exploreze așa-numitul „paradox hispanic“ din punct de vedere biocultural. Se pornește de la constatarea de natură epidemiologică a faptului că, spre deosebire de alte grupuri etnice din SUA, hispanicii sunt mai longevivi, în ciuda discriminărilor la care sunt supuși și a barierelor culturale pe care le înfruntă (op. cit., p.3). Analizând diversele explicații din literatura de specialitate, Wianecki își pune în final întrebarea cum contribuie alegerile de stil de viață la menținerea acestui fenomen aparent paradoxal de longevitate diferențială între grupuri etnice care locuiesc în aceeași țară. Teza pe care o susține, prin cercetarea sa, este că unele din alegerile ce țin de lifestyle au un efect benefic global asupra sănătății. Printre aceste alegeri se numără și fumatul, mai precis importanța mult mai redusă pe care fumatul o are în cultura hispanicilor americani în raport cu alții non-hispanici. Sunt citate, în sprijinul acestei constatări, două studii ale lui Andrew Felon¹² de la Universitatea Pennsylvania (A. Felon, 2011, 2013).

¹²Felon, A. (2013). Revisiting the Hispanic mortality advantage in the United States: the role of smoking. *Social Science & Medicine*, 82, 1-9.

Concluzia la care ajunge Wianecki este aceea că „Hispanicii fumează mai puține țigări și pentru o perioadă de timp mai scurtă decât alții non-hispanici. Țigările se știe că sunt asociate în raport de cauzalitate cu bolile cardiovasculare și cu anumite forme de cancer cum sunt cele pulmonare sau orale. Această lipsă a interesului pentru fumat explică creșterea longevității în cele două boli cronice“ (T. Wianecki, 2014: 39) Unii cercetători, arată Wianecki, prevăd că trendul acesta ar putea să scadă pe măsură ce hispanicii se vor lăsa aculturați și vor deveni din ce în ce mai americanizați, preluând odată cu alte aspecte ale culturii americane și unele „obiceiuri proaste“ cum ar fi fumatul. Întrebarea pe care o pune în final autoarea, în mod retoric, este aceea dacă aculturația este sau nu benefică celor care au imigrat recent în SUA și dacă nu cumva menținerea propriei lor culturi nu le prelungește, în ultimă instanță, viața (T. Wianecki, 2014: 39). O soluție, amintită de Wianecki, ar putea fi *enculturația* definită ca acel proces prin care imigranții aleg să rețină cea mai mare parte a culturii lor proprii și să se asimileze cât mai puțin culturii gazdă (Delavari et al., 2013, p. 2).¹³ Trecând de la retorică la cercetarea empirică devine evident faptul că este nevoie de multe studii serioase care să poată oferi răspunsuri pertinente și credibile la aceste întrebări care privesc, pentru prima dată în mod asumat și sistematic, biologia și cultura în interacțiunea lor complexă și nu separat cum s-a întâmplat până acum.

CONCLUZII

Tutunul a devenit obiect al antropologiei cu mult înaintea nașterii câmpului disciplinar al antropologiei medicale în SUA anilor '60. Ceea ce este demn de remarcat este faptul că, multă vreme, el nu avea nicio conotație negativă. Dimpotrivă, era valorizat pozitiv, chiar și în cercurile academice. Este perioada studiilor etnologice comparative care își propun să catalogheze locurile unde și manierele în care era utilizat tutunul, în diverse culturi. Apar, în această epocă, lucrări ale unor autori importanți ca Lowie (1919), Linton (1924) sau Kroeber (1941) care compară obiceiurile legate de tutun în cadrul unor grupuri indigene distincte. Temele dominante sunt miturile de origine, tradițiile orale sau cosmologia fumatului (M. Kohrman, P. Benson, 2011: 331). Nici atunci când studiile folosind metode

¹³Delavari, M., Larrabee Sønderlund, A., Swinburn, B., Mellor, D., & Renzaho, A. (2013). Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. *BMC Public Health*, 13, 1-11.

antropologice abordează problematica contactului cultural și a comerțului cu tutun, între țările occidentale și colonii, lucrurile nu se schimbă prea mult. În aceste studii tutunul este tratat cu o anumită „solemnitate” și privit ca un bun prețios, ca parte dintr-o viață „pură” (Prince, 1917, citat în Kohrman & Benson, 2011, p. 331). Studii critice, cu privire la modul în care structurile coloniale contribuiau la exploatarea fermierilor africani și proletarizarea acestora, apar abia începând cu anii 1970 (Kosmin 1974, în Kohrman & Benson, 2011, p. 331). Tutunul și fumatul ca pericol nu reprezintă, prin urmare, teme identice, ci doar s-au suprapus treptat, din ce în ce mai mult, odată cu medicalizarea fumatului și patologizarea comportamentelor legate de consumul de tutun. În acest fel, preocuparea dominantă a început să fie fumatul și efectele sale dăunătoare asupra sănătății. Unii autori situează începutul acestei noi direcții, în studierea tutunului din punct de vedere antropologic, în perioada imediat următoare publicării în SUA a celebrului raport al Surgeon General din 1964 care a adus în sfera publică rezultatele primelor studii epidemiologice care leagă, printr-o legătură cauzală directă, fumatul cu unele forme de cancer și, în special, cu cancerul de plămâni (K. Bell, S. Dennis, 2013). În 11 ianuarie 1964, șeful serviciului de sănătate publică din SUA, Luther L. Terry, anunța în mod oficial rezultatele centralizate de Surgeon General’s Advisory Committee on Smoking and Health. Raportul intitulat „Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the United States” se încheia cu concluzia că există o legătură între cancerul pulmonar și bronșita cronică, pe de o parte, și fumatul de țigarete, pe de altă parte (L.L. Terry et al., 1964: 31). Până la sfârșitul anului 1965 industria tutunului era deja obligată, în SUA, să lipească etichete pe produsele sale și să difuzeze reclame care să prevină publicul în legătură cu riscurile pentru sănătate identificate de cercetările medicale recente. Cercetarea asupra fumatului, în timp, a devenit intens politizată și s-a polarizat, așa cum o arată studiile publicate recent, de Kirsten Bell, în două direcții majore: studiile „legitime” și studiile „ilegitime”, cele din urmă fiind finanțate, direct sau indirect, de industria tutunului (K. Bell, 2013: 34). Excesele celor două direcții polare au fost cauza care i-au condus pe unii cercetători, printre care și pe Bell, să propună o a treia cale care își stabilește ca obiectiv să provoace ambele tabere, aducând în prim-plan teme precum: 1) de ce fumează propriu-zis oamenii, chiar și în condițiile în care campaniile de sănătate publică la nivel național și internațional descurajează fumatul la toate

categoriile de vârstă; 2) care este impactul real al politicilor de control al fumatului și care sunt efectele iatrogene potențiale ale abordărilor actuale în materie de politici de sănătate care „denormalizează” fumatul și îi stigmatizează pe fumători, ceea ce are de multe ori efecte exact opuse celor dorite de inițiatorii acestor strategii (de ex. Kuhling, 2004; Thomson et al., 2007; P. Benson, 2008; Bell et al., 2010; Ritchie et al., 2010); 3) fenomenologia fumatului și construcția socială a persoanei fumătorului, care ies din cadrul intelectual al sănătății publice contemporane, evidențiind dimensiunile experiențiale, încorporate, ale fumatului (Keane, 2002; Dennis, 2006, 2011). Această ultimă direcție apropie cercetarea antropologică medicală asupra tutunului și fumatului de ceea ce Ayo Wahlberg numea recent „knowledge of living”. Din această perspectivă devin relevante nu atât aspectele *bio* - (i.e. biologice și biomedicale) ale unei experiențe de viață, considerate morbide, ci aspectele sociale și existențiale ale acesteia. Sunt privilegiate astfel studiile sociale care se apleacă asupra modului în care practicile de viațuire morbidă (*practices of morbid living*) se intersectează cu cea cunoaștere a viețuirii morbide (*knowledge of morbid living*) în măsura în care acestea sunt co-produse în clinici, cabinetele medicilor de familie, asociațiile de pacienți, acasă, sau în comunitate etc. (A. Wahlberg, 2014: 3).¹⁴ Din studiul literaturii antropologice recente se poate observa că fiecare dintre orientările teoretice majore și-au adus contribuția la dezvoltarea domeniului de studiu privind tutunul și fumatul. Dacă orientarea interpretativă pune accentul pe experiența subiectivă a fumatului, pe construcția socială a sensului acestei experiențe și pe înțelegerea manierei în care trebuie privită persoana fumătorului, orientarea centrată pe corp și încorporare aduce în prim plan teme precum dezgustul și abjecția ca experiențe încorporate și atrag atenția asupra faptului că acestea sunt mult mai puternice în construirea culturală a sensului de periculos și nesănătos decât asocierea propusă de campaniile de sănătate publică dintre fumul de țigară și boală (K. Bell, 2011). Orientarea bioculturală, de dată mai recentă, a contribuit suplimentar la înțelegerea altor aspecte neglijate până acum cum ar fi, de pildă, raporturile care există între biologie, alegerile de lifestyle și tensiunea dintre tendința spre aculturație sau, dimpotrivă, spre enculturație în cadrul unor grupuri etnice și culturale bine definite. Prin trecerea în revistă a

¹⁴Ayo Wahlberg (2014) *Knowledge of living*. Retrieved November 11, 2014, from Somatosphere Web site: <http://somatosphere.net/2014/11/knowledge-of-living.html>

unei mari varietăți de studii antropologice, dedicate tutunului și fumatului, lucrarea de față nu și-a propus decât să ilustreze, fără nicio pretenție de exhaustivitate, potențialul pe care antropologia medicală contemporană îl are în descrierea și interpretarea dimensiunilor complexe sociale, culturale și experiențiale ale tutunului și a modalităților social acceptate de consum în diverse culturi (inclusiv fumatul). Ca și în cazul altor teme legate de sănătate

și boală, în context cultural, pe care le abordează, antropologia medicală reușește – credem noi – să adauge, la câmpul cunoașterii existente, provenind din diverse alte discipline științifice, elemente originale și valoroase precum și deschideri, încă nebănuite, către alte noi studii extrem de pertinente ce vor depăși excesele, polaritățile, *bias*-urile și reducționismele de orice fel care populează, încă, domeniul vast al studiilor legate de tutun și fumat.

BIBLIOGRAFIE

- Akhtar P.C., Haw S.J., Levin K.A., Currie D.B., Zachary R., Currie C.E.** (2010). Socioeconomic differences in second-hand smoke exposure among children in Scotland after introduction of the smoke-free legislation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, 341-346.
- Anderson R.** (1996). *Magic, Science, and Health. The Aims and Achievements of Medical Anthropology*, Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Armelagos G.J., Leatherman T., Ryan M., Sibley L.** (1992). Biocultural synthesis in medical anthropology, *Medical Anthropology*, 14, 35-52.
- Baer H.A., Singer M., Susser I.** (2013). *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives*, 3rd edition, Westport CT: Praeger.
- Bauer T., Gohmann S., Sinning M.** (2007). Gender differences in smoking behavior. *Health Economics*, 16, 895-909.
- Bell K.** (2013). Whither tobacco studies? *Sociology Compass*, 7(1), 34-44.
- Bell K.** (2011). Legislating abjection? Secondhand smoke, tobacco control policy and the public's health. *Critical Public Health*, 2011, 21 (1), 49-62.
- Bell K., Dennis S.** (2013). Towards a critical anthropology of smoking: Exploring the consequences of tobacco control. *Contemporary Drug Problems*, 40 (1), 3-19.
- Bell K. & Keane H.** (2012). Nicotine control: e-cigarettes, smoking and addiction. *International Journal of Drug Policy*, 23(3), 242-247.
- Bell K., Salmon A., Bowers M., Bell J., McCullough L.** (2010). Smoking, Stigma and Tobacco 'Denormalization': Further Reflections on the Use of Stigma as a Public Health Tool. *Social Science and Medicine*, 70, 795-799.
- Benson P.** (2008). Good clean tobacco: Philip Morris, biocapitalism, and the social course of stigma in North Carolina. *American Ethnologist*, 35 (3), 357-379.
- Berridge V.** (1999). Passive smoking and its pre-history in Britain: policy speaks to science? *Social Science & Medicine*, 49, 1183-1195.
- Black P.W.** (1984). The Anthropology of Tobacco Use: Ethnographic Data and Theoretical Issues. *Journal of Anthropological Research*, 40(4), 475-503.
- Corbett K.** (1999). Intervention Strategies to Prevent Adolescents from Smoking. *Proceedings, Asia Pacific Association for the Control of Tobacco, AFACT 10th Anniversary Symposium, May 31-June 1, Taipei.*
- Delavari M., Larrabee Sønderlund, A., Swinburn B., Mellor D., & Renzaho A.** (2013). Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries-a systematic review. *BMC Public Health*, 13, 1-11.
- Dennis S.** (2011). Smoking Causes Creative Responses: on State Anti-Smoking Policy and Resilient Habits. *Critical Public Health* 21(1), 25-35.
- Dennis S.** (2006). Four milligrams of phenomenology: an anthropological analysis of smoking cigarettes. *Popular Culture Review*, 15(4), 41-57.
- Dingel M.J., Karkazis K., Koenig B.A.** (2011). Framing Nicotine Addiction as a "Disease of the Brain": Social and Ethical Consequences. *Social Science Quarterly*, 92 (5), 1363-1388.
- Farmer P.** (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325.
- Fenelon A.** (2013). Revisiting the Hispanic mortality advantage in the United States: the role of smoking. *Social Science & Medicine*, 82, 1-9.
- Foster G.M., Anderson B.G.** (1978). *Medical Anthropology*, New York: Wiley.
- Frohlich K.L., Mykhalovskiy E., Poland B.D., Haines-Saah R., Johnson J.** (2012). Creating the socially marginalised youth smoker: the role of tobacco control. *Sociology of Health & Illness*, 34 (7), 978-993.
- Helman C.G.** (2002). *Culture, Health and Illness. (4th edn)*. London: Arnold (Hodder Headline).
- Hernaez A.M.** (1998). L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 5-6, 7-37.
- Keane H.** (2002). Smoking, Addiction, and the Making of Time. In: J.F. Brodie, M. Redfield (Eds.), *High Anxieties: Cultural Studies in Addiction* (pp. 119-133). Berkeley: University of California Press.
- Jain S., Lochlann S.** (2004). "Come Up to the Kool Taste": African American Upward Mobility and the Semiotics of Menthols. *Public Culture*, 15(2), 295-322.
- Kingsolver A.** 1991 *Tobacco, Toyota, and Subaltern Development Discourses: Constructing Livelihoods and Community in Rural Kentucky*. Ph.D. dissertation, Department of Anthropology, University of Massachusetts Amherst.
- Kleinman A., Das V. & Lock M.** eds. (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kohrman M.** (2008). Smoking among Doctors: Governmentality, Embodiment, and the Diversion of Blame in Contemporary China. *Medical Anthropology*, 27(1), 9-42.
- Kohrman M., Benson P.** (2011). Tobacco, *Ann.Rev.Anthropol.*, 40, 329-344.
- Kroeber A.** (1941). *Salt, Dogs, Tobacco*. Berkeley: University of California Press.
- Kuhling C.** (2004). The Smoking Ban in Ireland: Smoke-Free or Smokescreen? *Capital and Class* 84(Winter), 211-216.
- Joralemon D.** (1999). *Exploring Medical Anthropology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Levin K.A., Dundas R., Miller M., McCartney G.** (2014). Socioeconomic and geographic inequalities in adolescent smoking: A multilevel cross-sectional study of 15 year olds in Scotland. *Social Science & Medicine*, 107, 162-170.
- Linton R.** (1924). *Use of Tobacco Among North American Indians*, Vol. 15. Chicago: Field Mus. Nat. Hist.
- Lowie R.H.** (1919). The tobacco society of the Crow Indians. *Anthropol. Pap. Am. Mus. Nat. Hist.*, 21,101-200, illus.

37. **Mair M. & Kierans C.** (2007). Critical reflections on the field of tobacco research: the role of tobacco control in defining the tobacco research agenda. *Critical Public Health*, 17(2), 103-112.
38. **Marshall M.** (1981). Tobacco Use and Abuse in Micronesia: A Preliminary Discussion. *Journal of Studies on Alcohol* 49, 885-893.
39. **Marshall M.** (1991). The Second Fatal Impact: Cigarette Smoking, Chronic Disease, and the Epidemiological Transition in Oceania. *Social Science and Medicine*, 33, 1327-1342.
40. **Marshall M.** (1997). Tobacco Prevention in the Federated States of Micronesia. *Drug and Alcohol Review*, 16, 411-419.
41. **Marshall M.** (2005). Carolina in the Carolines: A Survey of Patterns and Meanings of Smoking on a Micronesian Island. *Medical Anthropological Quarterly*, 19(4), 365-382.
42. **Macnaughton J., Carro-Ripalda S. & Russell A.** (2012). 'Risking enchantment': how are we to view the smoking person? *Critical Public Health*, 22(4), 455-469.
43. **McElroy A.** (1990). Biocultural models in studies of human health and adaptation. *Medical Anthropological Quarterly*, 4, 243-265.
44. **Mc Elroy A., Townsend P.** (1989). *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, Boulder: Westview Press.
45. **Mehl G.** (1999). Funerals, Big Matches and Jolly Trips: "Contextual Spaces" of Smoking Risk for Sri Lankan Adolescents. *Anthropology and Medicine*, 6(3), 337-357.
46. **Nichter M.** (2003). Smoking: What Does Culture Have to Do with It? *Addiction* 98(supplement 1), 139-145.
47. **Nichter M., Nichter M., Vukovic N., Tesler L., Adrian S., Ritenbaugh C.** (2004). Smoking as a Weight-Control Strategy among Adolescent Girls and Young Women: A Reconsideration. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(3), 305-324.
48. **Nichter M., Nichter M., Van Sickle D.** (2004). Popular Perceptions of Tobacco Products and Patterns of Use among Male College Students in India. *Social Science & Medicine*, 59, 415-431.
49. **Quintero G., Davis S.** (2002). Why Do Teens Smoke? American Indian and Hispanic Adolescents' Perspectives on Functional Values and Addiction. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 439-457.
50. **Ritchie D., Amos A. & Martin C.** (2010). 'But it just has that sort of feel about it, a leper' – Stigma, smokefree legislation and public health. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(6), 622-629.
51. **Singer M.** (2012). Anthropology and addiction: an historical review. *Addiction*, 107, 1747-1755.
52. **Stan S., Toma, V.V.** (2011). Medical Anthropology in Romania - Medical Anthropology on Romania? *Cargo – Journal for Cultural and Social Anthropology*, 9 (1-2), 118-123.
53. **Stebbins K.R.** (1990) Transnational Tobacco Companies and Health in Underdeveloped Countries: Recommendations for Avoiding a Smoking Epidemic. *Social Science and Medicine* 30, 227-235.
54. **Stebbins K.R.** (1991). Tobacco, Politics and Economics: Implications for Global Health. *Social Science and Medicine*, 33, 1317-1326.
55. **Stebbins K.R.** (1987). Tobacco or Health in the Third World? A Political-Economic Perspective with Special Reference to Mexico. *International Journal of Health Services*, 17, 521-536.
56. **Stebbins K.R.** (1994). „Making a Killing” South of the Border: Multinational Cigarette Companies in Mexico and Guatemala. *Social Science and Medicine*, 38, 105-115.
57. **Stebbins K.R.** (2001). Going Like Gangbusters: Transnational Tobacco Companies "Making a Killing" in South America. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(2), 147-170.
58. **Stull D.D.** (2000). Tobacco Barns and Chicken Houses: Agricultural Transformation in Western Kentucky. *Human Organization*, 59(2), 151-161.
59. **Super C.M., Harkness S.** (1999). The environment as culture in developmental research. In: Friedman SL, Wachs TD, (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 279-282). Washington: American Psychological Association.
60. **Terry L., L. et al.** (1964). *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the United States*. United States Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service Publication N°. 1103.
61. **Thompson L., Pearce J., & Barnette J.R.** (2007). Moralising geographies: Stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area*, 39(4), 508-517.
62. **vanWilligen, John Eastwood S.C.** (1998). *Tobacco Culture: Farming Kentucky's Burley Belt*. Lexington: University Press of Kentucky
63. **Wahlberg A.** (2014). *Knowledge of living*. Retrieved November 11, 2014, from Somatosphere Web site: <http://somatosphere.net/2014/11/knowledge-of-living.html>
64. **Weaver I.C.G.** (2007). Epigenetic programming by maternal behavior and pharmacological intervention. Nature versus nurture: Let's call the whole thing off. *Epigenetics*, 2, 22-28.
65. **Wiannecki T.** (2014). *A Biomedical and Biocultural Approach to the Hispanic Paradox*, BS in Anthropology and Geography, Social Sciences Department, California Polytechnic State University, San Luis Obispo, US. Lucrarea a fost publicată online, pe site-ul *California Polytechnic State University, Robert E. Kennedy Library*, la adresa: <http://digitalcommons.calpoly.edu/socssp/147/>. Pagină accesată la data de 11.11.2014.
66. World Health Organization. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization.
67. World Health Organization. (1999). *Confronting the Epidemic: A Global Agenda for Tobacco Control Research*, Geneva Switzerland, July 1999.
68. **Worthman C.M., Kuzara J.L.** (2005). Life history and the early origins of health differentials. *American Journal of Human Biology*, 17, 95-112.
69. **Yach D.** (1996). Tobacco in Africa. *World Health Forum*, 17, 29-36.
- 70.*** Smoking Kills. A White Paper on Tobacco. *Presented to Parliament by the Secretary of State for Health and the Secretaries of State for Scotland, Wales and Northern Ireland by Command of Her Majesty, Published by The Stationery Office, 10 December 1998, p. 10.*