

NARODOWY PROGRAM TRZEŹWOŚCI

Projekt przygotował:
dr hab. Krzysztof Andrzej Wojcieszek,
profesor Pedagogium Wyższej Szkoły Nauk Społecznych
w Warszawie

Motta:

*Zwycięska Pani Jasnogórska!
Przyrzekamy stoczyć pod Twoim sztandarem najświętszy
i najcięższy bój z naszymi wadami narodowymi.
Przyrzekamy wypowiedzieć walkę lenistwu
i lekkomyślności, marnotrawstwu, **pijaństwu**, rozwiązłości.*

Jasnogórskie Śluby Narodu Polskiego

Albo Polska będzie trzeźwa, albo jej wcale nie będzie!

Bł. Bronisław Markiewicz

Wstęp

Jedynie naród ludzi trzeźwych może budować szczęśliwe społeczeństwo oraz zapewnić sobie pomyślną teraźniejszość i dobrą przyszłość. Trzeźwość jest warunkiem solidnego wychowania i odpowiedzialnego postępowania. Jest też warunkiem bycia dojrzałym chrześcijaninem, czyli człowiekiem, który racjonalnie myśli, solidnie pracuje, mądrze kocha i dba o dobro wspólne w Ojczyźnie. Wyłącznie człowiek trzeźwy jest w stanie żyć w harmonii z Bogiem, z samym sobą i z bliźnimi. Jedynie człowiek trzeźwy potrafi założyć trwałą i szczęśliwą rodzinę oraz być szlachetnym obywatelem, odpowiedzialnym i kierującym się mądrą hierarchią wartości. Radykalnym zagrożeniem trzeźwości, a przez to radykalnym zagrożeniem pomyślności poszczególnych Polaków, ich rodzin i całego narodu są wszelkie przejawy nietrzeźwości i uzależnienia.

Człowiek jest pierwszą drogą Kościoła. Jednym z podstawowych zadań wspólnoty wierzących w Chrystusa jest pomaganie każdemu z ludzi w stanowczym czuwaniu nad sobą i nad bliskimi, by wszyscy żyli w miłości i wolności dzieci Bożych. Z tej właśnie troski wypłynęła inicjatywa zorganizowania przez Kościół katolicki Narodowego Kongresu Trzeźwości. Ponieważ człowiek jest nie tylko częścią wspólnoty wierzących, lecz także częścią całego społeczeństwa, to pragniemy, żeby jednym z najważniejszych owoców Kongresu było wypracowanie Narodowego Programu Trzeźwości, który umożliwi integrację działań na rzecz trzeźwości wszystkich osób i środowisk, które mają w tej dziedzinie ważną rolę do odegrania.

I. Podstawowe założenia Narodowego Programu Trzeźwości

1. Alkohol etylowy jest substancją psychoaktywną silnie i wielorako działającą na ludzki organizm. Część jego działań na układ nerwowy czyni go dla większości ludzi substancją atrakcyjną^I. Jednocześnie napoje alkoholowe są tanie w produkcji^{II} i łatwo dostępne. Te dwie cechy sprawiają, że jest od dawna używany w codziennym życiu wielu społeczeństw, zwłaszcza europejskich, odgrywając istotną rolę w świętowaniu, w życiu towarzyskim i w rozmaitych tradycjach.

2. Zakres używania alkoholu etylowego nie jest stały, ale jest historycznie^{III} i kulturowo uwarunkowany – skala jego używania zmniejsza się lub zwiększa w zależności od różnorodnych okoliczności, podobnie jak formy używania.

3. Jednocześnie ten sam alkohol etylowy stwarza liczne obiektywne zagrożenia związane z jego używaniem. Bardzo łatwo przekształca się ono w nadużywanie, a wtedy odnoszone straty znacznie przekraczają uzyskiwane korzyści. Nierzadko prowadzi to do rozległych szkód i wielu dramatycznych cierpień.

4. Różnimy się indywidualną podatnością na ewentualne straty alkoholowe, gdyż część z nas jest bardziej niż inni podatna na uzależnienie od tej substancji^{IV} lub inne szkody. Przy

określonych społecznych wzorach spożycia (np. tzw. towarzyski przymus picia) skazuje to takie osoby na dramatycznie negatywne konsekwencje, osobiste lub rodzinne.

5. Okazuje się, że również niewielkie ilości spożywanego alkoholu niosą z sobą zidentyfikowane ryzyko (np. wzrost zapadalności na niektóre nowotwory), a większość szkód alkoholowych jest powodowana nie przez osoby uzależnione (tzw. alkoholików), ale przez nieuzależnionych, spożywających alkohol nieostrożnie (jest to tzw. paradoks prewencyjny).^v Zatem głównym źródłem większości negatywnych konsekwencji używania alkoholu etylowego jest prosty brak umiaru.

6. Taka sytuacja sprawia, że napoje oparte na alkoholu etylowym (piwo, wino, wódka i inne) nie mogą być traktowane jak zwykły towar konsumpcyjny^{vi}, a formy ich spożywania powinny podlegać ściśle określonym regułom, prawnym i kulturowym, zmniejszającym prawdopodobieństwo wystąpienia ewentualnych szkód. Alkohol etylowy jest bardzo silnym „narkotykiem”, a jego nieostrożne spożywanie sytuuje go wśród głównych czynników przedwczesnej utraty zdrowia i życia w skali globalnej.^{vii}

7. Napoje alkoholowe nie są konieczne do życia.^{viii} Najlepszą indywidualnie i społecznie sytuacją jest pełna abstynencja od alkoholu etylowego, ale siła tradycji i określonych potrzeb ludzkich sprawia, że perspektywa całkowitego usunięcia tej substancji psychoaktywnej z użytkowania wydaje się na chwilę obecną odległa. Tym niemniej cel w postaci stopniowego, całkowitego zrezygnowania z używania tej substancji, jest zasadny^{ix} w miarę poszerzania się naszej wiedzy o jego szkodliwości (tak, jak to się powoli dzieje w przypadku palenia tytoniu). Z każdą ilością spożywanego alkoholu wiążą się określone ryzyka^x, a stosunek do tej substancji powinien być określany w oparciu o obiektywne badania naukowe, uwzględniające wszelkie aspekty tego zachowania, zarówno pozytywne, jak i negatywne.

8. Jak wskazują doświadczenia historyczne^{xi}, stan taki na dłuższą metę nie może być osiągnięty drogą narzucenia społeczeństwu zbyt ambitnego celu wbrew jego dążeniom (tzw. prohibicja), ale może być efektem stopniowego procesu historycznego, opartego o zasadę społecznej akceptacji ograniczeń.^{xii, xiii} Wartościowym celem pośrednim może być takie usytuowanie alkoholu etylowego w kulturze życia codziennego, aby maksymalnie minimalizować szkody alkoholowe. Drogą do tego celu pośredniego jest zmniejszanie wszelkich form tzw. nadużywania napojów alkoholowych w oparciu o identyfikację szkód i zmianę form jego obecności w życiu codziennym oraz stałe dążenie do zmniejszania jego znaczenia w hierarchii wartości poszczególnych osób i całego społeczeństwa.

9. Jak wspomniano, są grupy społeczne szczególnie podatne na szkody alkoholowe (dzieci, młodzież, kobiety, osoby podatne genetycznie na szybsze uzależnienie), zatem powinny one być otoczone szczególną opieką i pomocą (profilaktyka, terapia, rehabilitacja). Odnoszone przez nie szkody powinny być intensywnie niwelowane (zwłaszcza profilaktycznie) na koszt społeczeństwa, jeśli decyduje się ono używać alkoholu. Zwłaszcza dostępność ewentu-

alnej pomocy i jej jakość odgrywa zasadniczą rolę w świadczeniu tej pomocy. Ze względów etycznych sytuacja takich osób powinna przesądzać o wszelkich regulacjach używania alkoholu etylowego w danym społeczeństwie (względ większości na uzasadnione prawa mniejszości objętej zwiększonym ryzykiem szkód alkoholowych, np. dzieci z rodzin alkoholowych wykazujące tzw. efekt teleskopowy szybszego uzależnienia)^{xiv}.

10. Różnorodne doświadczenia historyczne pouczają, że jest możliwe znaczne polepszenie sytuacji poprzez wytrwałą i planową politykę społeczną^{xv}. Zmiana społeczna w tym zakresie jest możliwa. Wskazane jest oparcie jej na wiedzy (*evidence-based social policy*), na podmiotowej aktywności lokalnej i na zgodzie społecznej wokół celów i narzędzi działania. Działania te muszą uwzględniać zasoby kulturowe i specyfikę danej społeczności. W jakimś stopniu zawsze jest to przemiana duchowa danej wspólnoty osób, a nie wyłącznie efekt „inżynierii społecznej”.

Zignorowanie czy lekceważenie którejkolwiek z tych zasad powoduje znaczną przewagę szkód pochodnych od używania napojów alkoholowych w społeczeństwie i naraża je na ogromne i daleko idące straty, czasami nawet dotyczące samej egzystencji społeczności jako samodzielnego podmiotu (uszkodzone wartości: tożsamość, suwerenność, wolność, zdrowie, rozwój, dobrobyt). Istnieją precedensy historyczne, a nawet zjawiska współczesne, które wskazują na to, że ignorowanie właściwego rozwiązywania problemów alkoholowych może wprost zagrażać istnieniu danego narodu^{xvi} lub bardzo negatywnie wpływać na jego życie duchowe, polityczne, ekonomiczne i pozycję międzynarodową.

II. Ocena stanu problemów alkoholowych w Polsce

Polska leży w centrum Europy, a to ten kontynent aktualnie notuje największe spożycie alkoholu etylowego^{xvii} i najwięcej problemów alkoholowych z tym związanych. Taka sytuacja sprawia, że pomimo tego, że nasze wskaźniki na tle innych narodów europejskich są średnie, to jednak dalece przekraczają rozsądne granice na tle światowym^{xviii}. Jak Polacy używają napojów alkoholowych? Przede wszystkim notujemy:

- wysokie spożycie „per capita” – dwukrotnie większe od średniej światowej (12,5 l per capita 15+)^{xix}, w stosunku do całej populacji wynosiło w 2015 roku 9,41 litra czystego alkoholu na mieszkańca rocznie^{xx};
- bardzo wysokie wskaźniki koncentracji spożycia w grupie dużo pijących obywateli, którzy używają alkoholu etylowego w charakterze środka narkotycznego (częste upijanie się, wysokie stężenia alkoholu w płynach ciała)^{xxi};
- związane z tym nadmiernie wysokie wskaźniki osób uzależnionych i szkodliwie pijących^{xxii};
- bardzo duża jest dostępność napojów alkoholowych (geograficzna^{xxiii}, ekonomiczna, kulturowa), w tym dla nieletnich^{xxiv};

- zbyt duże są wpływy biznesu alkoholowego^{xxv} i tolerancja dla przypadków łamania prawa dotyczącego alkoholu^{xxvi};
- nadal zbyt mała jest dostępność terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych czy członków ich rodzin^{xxvii};

– zbyt mały jest wpływ licznych abstynentów i praktykujących umiar (jest to „milcząca większość” społeczeństwa polskiego) na obyczaje i regulacje^{xxviii} w sprawach alkoholu.^{xxix}

Przede wszystkim zbyt mała jest wśród Polaków wiedza o naturze problemów alkoholowych i rozpowszechnione są tzw. błędne przekonania normatywne, czyli uznawanie picia napojów alkoholowych za czynność powszechną, normalną, i taką, która nie pociąga za sobą ryzyka; częste jest też opieranie się na mitach i stereotypach dotyczących alkoholu^{xxx}, również w tych grupach społecznych, które z powodów zawodowych powinny wykazywać się większą wiedzą (lekarze, prawnicy, policjanci, dziennikarze, wychowawcy).

Szkodliwe wzory spożycia są łatwo przekazywane w kolejnych pokoleniach, obyczajowość jest przesycona złymi nawykami, a sytuację pogarsza dodatkowo wpływ bardzo intensywnego marketingu napojów alkoholowych (reklama, akcje promocyjne, szeroka dystrybucja).

Publicznie znane naruszenia obyczajów alkoholowych, zwłaszcza przedstawiciele elit społecznych, spotykają się z nadmierną tolerancją („*alkohol jest dla ludzi*”), co utrwała silną pozycję picia w codziennej obyczajowości. W wielu sytuacjach społecznych używanie alkoholu jest niepotrzebnie dopuszczane lub nawet promowane.

Zbyt wielu Polaków nie umie posługiwać się napojami alkoholowymi w sposób minimalizujący ryzyko (tzw. północno-wschodni model spożycia). To sprawia, że zakres i ciężar szkód alkoholowych w Polsce jest wyższy, niż mógłby być przy podobnym poziomie spożycia per capita, jak w innych krajach. Ukazują to porównania międzynarodowe (np. Polska – Włochy)^{xxxi}.

III. Główne obszary polskich szkód alkoholowych

Można w skrócie wskazać główne ujemne skutki wskazanych złych obyczajów i braku kompetencji. Są to:

- liczne szkody zdrowotne, w tym: nowotwory (np. rak jelita grubego, rak płuc (tak!)), choroby układu krwionośnego, nerwowego, trawiennego (marskość wątroby, choroby trzustki), FAS^{xxxii};

- śmiertelne zatrucia, wypadki, samobójstwa, utonięcia, zamarznięcia (większość przypadków lub znaczący ich odsetek);

- ciężkie naruszenia prawa (w tym zabójstwa, bójki, napady, przemoc domowa);

- straty wydajności w pracy i w działaniach gospodarczych (błędna alokacja inwestycji), zniszczenia mienia publicznego i prywatnego, koszty przestępstw, awarii i katastrof, straty z powodu nadumieralności i inwalidztwa;

- duża liczba osób uzależnionych (nie mniej, niż 600 tysięcy, nie więcej, niż 1 mln) i bardzo duża grupa osób szkodliwie i ryzykownie pijących (według DSM V – uzależnieni w stopniu lekkim i średnim)^{xxxiii};

- duża, kilkumilionowa (4-5 mln) rzesza osób współuzależnionych (w tym dzieci) wykazujących zaburzenia zdrowotne, psychiczne i rozwojowe, ogromnie obciążonych stresem^{xxxiv};
- bezpośredni i decydujący wpływ na przemoc domową, również wobec dzieci (około 70% przypadków)^{xxxv};
- większość przypadków bezdomności i duży wpływ na chroniczne bezrobocie wielu osób;
- duży zakres strat rozwojowych ludzi młodych (straty o różnorodnym charakterze, od biologicznych po psychologiczne i duchowe)^{xxxvi};
- znaczne koszty usuwania szkód alkoholowych (np. koszty leczenia) na poziomie znacznie przekraczającym wpływy^{xxxvii}.

Niemal wszystkie podane straty mogą ulegać istotnemu ograniczeniu w przypadku postępu w przekształcaniu poziomu (średnie spożycie) i wzorów używania alkoholu w Polsce (koncentracja spożycia, okoliczności). Są wśród nich i takie, które można wyeliminować prawie całkowicie, jak np. FAS.

Należy też wskazać na takie trudne do oszacowania, ale niewątpliwe szkody, jak ogólne osłabienie życia duchowego, dezintegracja wspólnot lokalnych, zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa publicznego czy straty kulturowe. Społeczeństwo przy tak wysokim poziomie problemów jest jako całość słabsze i mniej suwerenne wewnętrznie. Ta sfera subtelnych zmian kulturowych powinna być badana metodami jakościowymi lub ujmowana w refleksji antropologicznej (filozoficznie i teologicznie), gdyż w tego rodzaju procesach „wykluwają się” problemy alkoholowe w masowej skali. Istnieje powiązanie między widocznym rozwojem lub regresem całego społeczeństwa, a stanem problemów alkoholowych (problem wolności i suwerenności wewnętrznej narodu).

IV. Zasadnicze cele Narodowego Programu Trzeźwości

Dokonany opis pomaga sformułować zasadnicze cele pożądaných zmian. Należy podkreślić, że każdy z opisanych celów ma duże znaczenie i dlatego powinny być ujmowane jako pewna całość (holistycznie) i osiąmane w miarę możliwości równolegle i systematycznie.

1. Rozpowszechnienie niezbędnej wiedzy na temat szczegółów działania alkoholu^{xxxviii} i społecznych uwarunkowań jego używania w całym społeczeństwie, zwłaszcza wśród konsumentów napojów alkoholowych, w określonych grupach zawodowych i wśród decydentów.^{xxxix}

2. Zbudowanie zgody narodowej wokół koniecznych rozwiązań problemów alkoholowych i nadanie najwyższych priorytetów tej zmianie, konsekwentnie realizowanej.

3. Realna abstynencja młodzieży^{xl} do 21 roku życia^{xli}, osiągnięta przy aktywnym udziale odpowiednich grup dorosłych (rodzice, nauczyciele, urzędnicy).^{xlii}

4. Faktyczne zapewnienie wszystkim osobom dotkniętym problemami alkoholowymi pomocy adekwatnej do ich potrzeb i stanu wiedzy naukowej w zakresie skuteczności pomagania.

5. Wykluczenie picia z wielu szczególnie wrażliwych sytuacji życiowych i zawodowych.
6. Zmiana miejsca używania alkoholu w świadomości Polaków, zmiana ogólnej normy „pije się” – rezygnacja z dominacji „narkotycznego” używania alkoholu w kulturze życia codziennego.
7. Zmiana sposobu używania napojów alkoholowych, tak, aby nigdy alkohol nie był używany w charakterze silnego narkotyku (używanie bez nadużywania i upojenia, rozsądniejsze wzory używania).
8. Oparcie ekonomii narodowej na innych zasobach i działaniach, niż ewentualne dochody z obrotu napojami alkoholowymi.^{XLIII}
9. Faktyczne wsparcie społeczne osób i instytucji pracujących na rzecz trzeźwości.
10. Utrwalenie, zbudowanie lub rozwój zaplecza osobowo–konceptyjno–instytucjonalnego dla celów tej zmiany, w tym troska o adekwatność systemu prawno-organizacyjnego na rzecz osiągnięcia wskazanych celów.

Wydaje się, że najważniejszymi celami ogólnymi są dwa, które tutaj ponownie powtórzemy:

- Zmiana miejsca używania alkoholu w świadomości Polaków, zmiana ogólnej normy „pije się” – rezygnacja z dominacji „narkotycznego” używania alkoholu w kulturze życia codziennego;
- Zmiana sposobu używania napojów alkoholowych, tak, aby nigdy alkohol nie był używany w charakterze silnego narkotyku (używanie bez nadużywania i upojenia, rozsądniejsze wzory używania).

Sprowadza się to w gruncie rzeczy do jednego celu zasadniczego: dostarczyć wszystkim Polakom wiedzy, motywów, zachęty i niezbędnych umiejętności do osiągnięcia cnoty umiaru (sprawność, *habitus*) w aspekcie trzeźwości, w postaci bądź dobrowolnej abstynencji bądź bardzo rzadkiego i wstrzemięźliwego używania napojów alkoholowych. Na niektórych obszarach (np. kultura świętowania) wymaga to aktywnej przebudowy obyczajów, aby trwale zmienić usytuowanie picia w kulturze polskiej^{XLIV}.

Dostarczanie wiedzy o zagrożeniach alkoholowych i warunkach życia w trzeźwości, a także motywowanie do troski o trzeźwość i promowanie umiejętności umożliwiających trzeźwe życie to zadanie konieczne i błogosławione. Na tym jednak nie wolno poprzestać, gdyż człowiek nie jest rodzajem komputera, który kieruje się wpisanym wewnątrz programem. Zachowanie trzeźwości wymaga siły, a ta płynie przede wszystkim z przyjaźni z Bogiem oraz z opartych na miłości więziach międzyludzkich. Przyprawianie współczesnych ludzi do Boga oraz pomaganie dzieciom, młodzieży i dorosłym w przyjmowaniu i komunikowaniu dojrzałej miłości to ostateczny fundament trzeźwości, a jednocześnie zadanie Kościoła, w którym żadna inna instytucja nie jest go w stanie zastąpić.

V. Posiadane zasoby wspierające cele Programu

Zanim przejdziemy do celów szczegółowych, środków i narzędzi działania trzeba wskazać na jakie zasoby możemy liczyć w tej pracy. Są one, wbrew pozorom, pokaźne. Oto one:

- Polskę charakteryzuje przewaga liczebna dorosłych abstynentów nad pijącymi problemowo, a w każdym razie znaczna przewaga umiarkowanie pijących (choć ich wpływ kulturowy jest zbyt słaby w stosunku do liczebności).^{XLV}
- W oparciu o dane socjologiczne można stwierdzić, że nadal wysoki jest poziom życia duchowego Polaków (zarówno w aspekcie religijnym, jak i rodzinnym), co jest empirycznie potwierdzonym czynnikiem ochronnym.^{XLVI}
- Wysoka jest ocena trzeźwości w znacznej części społeczeństwa, w tym u niektórych autorytetów społecznych, wyrażana również w podejmowaniu zobowiązań publicznych (np. odpowiedni punkt Jasnogórskich Ślubów Narodu, fragment przyrzeczeń harcerskich, itp.).
- Stała troska Kościoła katolickiego i innych kościołów i wyznań. Na terenie kraju w ciągu roku odbywają się tysiące przedsięwzięć skierowanych ku trzeźwości, np. kilkaset pielgrzymek pieszych w tej intencji.^{XLVII}
- Nasz system prawny uznawany jest za znakomity, ale zbyt słabo wykorzystywany (Ustawa o wychowaniu w trzeźwości... i inne regulacje); ma tradycje sięgające początków niepodległej Polski (lex Moczydłowska).
- Precyzyjnie zdefiniowane obowiązki samorządu i rządu, prawna możliwość oddolnych działań obywateli.
- Spora jest grupa specjalistów z zakresu terapii uzależnień i profilaktyki z wysokimi kompetencjami, pracująca w oparciu o tzw. polski model rozwiązywania problemów alkoholowych, co wydatnie zwiększyło skuteczność terapii uzależnień.
- Znaczne są zasoby finansowe samorządów przeznaczane ustawowo na rozwiązywanie problemów alkoholowych.
- Istnieje sieć instytucji systematycznie działająca na tym terytorium, zarówno samorządowych, rządowych, jak i pozarządowych.^{XLVIII}
- Istnieje duży zasób doświadczeń praktycznych i programów z ostatnich lat, spory (choć nadal niewystarczający) jest zasięg szkolnych programów profilaktycznych.
- Opracowano i wdrażano wieloletnie interdyscyplinarne Narodowe Programy Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przygotowane przez odpowiednie grona eksperckie.
- Funkcjonuje aktywna sieć grup samopomocowych (kilka tysięcy grup AA^{XLIX} i kilkaset Al-Anon, stowarzyszenia i kluby abstynenckie)^L.
- Działają kościelne ruchy abstynenckie (np. Krucjata Wyzwolenia Człowieka^{LI} i Ruch Światło Życie („oaza”), katolickie bractwa trzeźwościowe, harcerstwo).
- Dysponujemy tradycją historyczną społecznego budowania trzeźwości od ok. XVII wieku opartą na wybitnych działaczach (Papczyński, Szymkiewicz, Antoniewicz, Fiecek, Lutosławski, Kapica, Blachnicki i wielu innych).^{LII}
- Posiadamy dużo^{LIII} dobrej literatury fachowej, popularnej i naukowej (rodzime i tłumaczenia).

- Istnieje grupa osób gotowych przyczynić się do rozwiązywania problemów alkoholowych.

Wszystkie te zasoby wymagają ochrony, wzmacniania i propagowania. Polacy mają prawo je znać, doceniać i wykorzystywać. Zwłaszcza jednak dorobek prawno-organizacyjny wymaga stałej uwagi i osłony, gdyż jest, jak się wydaje, przedmiotem stałego nacisku ze strony różnych środowisk, które nie są zainteresowane rozwiązywaniem polskich problemów alkoholowych (np. liczne próby psucia prawa drogą drobnych nowelizacji)^{LV}.

Co do każdego rodzaju wymienionych zasobów można skierować uwagi o ich niedostatecznym wykorzystaniu czy nawet zanikaniu w świadomości społecznej (np. błędy w aktywności samorządów, słaba implementacja prawa). Poniekąd z tych zaniedbań i słabości powstają problemy alkoholowe o zasięgu społecznym. Mimo to zasoby istnieją. Ich zachowanie i wzmacnianie jest kluczem do realizacji Narodowego Programu Trzeźwości.

VI. Cele szczegółowe i narzędzia Programu

Wymienione ogólne cele Programu wymagają konkretyzacji. Oto propozycja.

- Proklamowanie (ogłoszenie publiczne) celów Narodowego Programu Trzeźwości. Pozyskanie autorytetów społecznych, lokalnych i ogólnopolskich, w celu wyjaśnienia tego dążenia. Zaplanowana praca meta-polityczna dla osiągnięcia tego celu, spotkania dla uzyskania konsensusu, edukacja elit politycznych, wzbudzanie zainteresowania społecznego tematyką trzeźwości.

- Aktywizacja zasobów, w tym duchowych, oraz integracja wszystkich potencjalnych sojuszników, zwłaszcza ruchów trzeźwościowych, wokół celów Programu.

- Ustanowienie odpowiednio umocowanego stałego zespołu ekspertów i zainteresowanych środowisk planujących i cyklicznie monitorujących osiągnięcie celów Narodowego Programu, pracujących systematycznie w oparciu o wsparcie kilku kluczowych instytucji państwowych, kościelnych i pozarządowych, zwłaszcza zorganizowanie systemu analizy stopnia osiągnięcia celów we współpracy z zainteresowanymi ośrodkami badawczymi.

- Dokonywanie systematycznej i ciągłej diagnozy stanu problemów alkoholowych w Polsce, również na poziomie lokalnym (gminnym), zgodnie ze standardami międzynarodowymi i systematyczne zapoznawanie z jej wynikami decydentów i ogółu społeczeństwa w czytelnej formie.

- Edukacja publiczna na dużą skalę, prezentująca Program i jego znaczenie, kampanie społeczne wskazujące niezbędność i korzyści z wprowadzania w życie Programu. Powszechna edukacja publiczna na wszystkich etapach życia człowieka. Pozyskanie światłych dziennikarzy i dostarczanie im materiałów do pracy. Uruchamianie działań sieciowych, opartych na współpracy przygotowanych wolontariuszy

- Ograniczenia antymanipulacyjne w mediach i istotne ograniczenia marketingu napojów alkoholowych (zwłaszcza reklamy).

- Edukacja specjalistyczna na temat problemów alkoholowych i metod ich rozwiązywania skierowana do elit społecznych i polityków sprawujących funkcje publiczne, urzędników samorządowych, dziennikarzy, duchownych, nauczycieli i wychowawców, pracowników służby zdrowia, trenerów sportowych, działaczy organizacji pozarządowych, ekonomistów, pracowników sektora obrotu napojami alkoholowymi, prawników, służb mundurowych. Wprowadzenie obowiązku określonej edukacji dla wszystkich funkcjonariuszy publicznych i pełniących funkcje z wyboru (posłowie, senatorowie, radni).

- Aktywna promocja dojrzałej i świadomej abstynencji z punktu widzenia ludzkiego zdrowia i rozwoju oraz promocja mniej ryzykownych sposobów korzystania z napojów alkoholowych.

- Kampanie przeciw pijaństwu elit, nacisk na gremia polityczne i zawodowe, zmiany w prawie utrudniające pijaństwo w pracy, specjalistyczne programy interwencyjno–profilaktyczne w wybranych środowiskach zawodowych o zwiększonym ryzyku problemów alkoholowych (np. służby mundurowe ^{LV}, dziennikarze).

- Ograniczenie dostępności napojów alkoholowych (w tym w drodze przygotowanych edukacyjnie i zaakceptowanych społecznie zmian legislacyjnych, od poziomu Sejmu do poziomu gminy, np. zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi na dane terytorium, ograniczenia marketingowe, zwłaszcza reklamy, ograniczenia lobbingu, wpływ poprzez ceny i podatki). ^{LVI}

- Zatrzymanie wzrostu i zmniejszenie spożycia per capita do poziomu średniej światowej (czyli ok. 5–6 litrów rocznie, dziś pijemy ok. 9,5–10 litrów).

- Wypracowanie i promocja modelu ekonomicznego, maksymalnie redukującego tzw. „pijany budżet”.

- Promocja używania alkoholu bez przekraczania bezpiecznych granic, edukacja społeczna w zakresie skutków upijania się, programy profilaktyczne dla dorosłych w każdym dostępnym środowiskach, w tym w miejscu pracy.

- Usprawnienie systemu profilaktyki wobec kierujących pojazdami.

- Wzmocnienie prawa w zakresie respektowania ograniczeń dostępności napojów alkoholowych dla osób nieletnich ^{LVII} i równoległe inwestowanie w rozwój programów profilaktycznych, przygotowanie nauczycieli do roli profilaktyka, tak, aby objąć różnymi formami pracy **WSZYSTKICH młodych ludzi** ^{LVIII}, proporcjonalnie do potrzeb i sytuacji rozwojowych, medialne kampanie edukacyjne skierowane do młodych, praca z rodzicami w kierunku podjęcia przez nich efektywnych zadań profilaktycznych ^{LIX}.

- Praca na rzecz integracji rodzin (najważniejszy czynnik chroniący) ^{LX} i rozwoju życia duchowego. ^{LXI}

- Opracowanie i wprowadzenie w życie nowych skutecznych programów profilaktycznych, których głównym celem będzie uczenie dzieci, młodzieży i dorosłych dojrzałej sztuki życia (w tym wypracowania cnoty wstrzemięźliwości). Podstawą takich programów powinna być przyjaźń z Bogiem, pozytywne więzi w rodzinie oraz respektowanie podstawowych wartości i norm moralnych. Oczywiście należy pozostawić w nich pewien zakres ostrzeżeń specyficznych wobec alkoholu. ^{LXII}

- Ludzie dorośli stanowiący środowisko dzieci i młodzieży powinni być w centrum uwagi profilaktyków (rodzice, nauczyciele, wychowawcy, księża, urzędnicy, policjanci, pracownicy

wymiaru sprawiedliwości, trenerzy sportowi). Przygotowanie trenerów sportowych i animatorów kultury do spełniania roli profilaktycznej^{LXIII}.

- Inwestycje w kadrę terapeutów^{LXIV} (szkolenia, badania) i dobrze pracujące ośrodki terapeutyczne, analiza przeszkód w korzystaniu z ich pomocy, promocja środowisk samopomocowych. Torowanie drogi do uzyskania pomocy, wspierające programy informacyjne w mediach (co już było, a zniknęło), szerzenie wiedzy o potrzebach zwłaszcza rodzin z problemem alkoholowym, ale też pozycjonowanie uzależnienia jako choroby (*destygmatyzacja uzależnionych*).

- Zwiększenie możliwości promocji osób pracujących na rzecz trzeźwości poprzez rozszerzenie i urozmaicenie wyróżnień, nagród, plebiscytów lokalnych, zachęta dla mediów w tym kierunku (misja mediów publicznych!).

- Zaplanowana praca medialna dla osiągnięcia tego celu, spotkania dla uzyskania konsensusu wokół polityki społecznej, edukacja elit politycznych, wzbudzanie zainteresowania społecznego tą tematyką.

Co ważne, wiele z opisanych tutaj działań już było lub jest w jakimś stopniu podejmowanych. Zatem należy je integrować, promować i wzmacniać. Promujmy tzw. **dobre praktyki**.^{LXV} Niektóre z tych działań są dobrze dopasowane do światowych standardów.^{LXVI} Badania światowe wskazują na istotną rolę ograniczania dostępności zachowań ryzykownych na każdym możliwym polu (prawnym, geograficznym, ekonomicznym, kulturowym).^{LXVII} Ten instrument jest najbardziej efektywny doraźnie. Natomiast instrumenty edukacyjne są efektywne w dłuższej perspektywie czasowej. Należy dążyć do równowagi ograniczania zarówno popytu, jak i podaży alkoholu, lecz **zgodnie z aktualną wiedzą ważniejsze są ograniczenia podaży, zwłaszcza prawne i ekonomiczne**.

VII. Najważniejsze warunki osiągnięcia celów Programu

Niezwykle ważne w całości Programu jest uzyskanie społecznej zgody dla jego celów i metod. Musi być owocem dojrzałości i partycypacji społecznej. Musi być rezultatem autentycznych decyzji poszczególnych ludzi, środowisk, finalnie całego Narodu. Program to opis pewnej zmiany społecznej, a zatem aktualne są wszystkie ustalenia dotyczące praw rządzących zmianami. Animatorzy Programu powinni je znać i uwzględniać w swej pracy. Jest potrzebna zorganizowana forma edukacji wokół Programu (próby podejmowano w poprzednich latach, niekiedy z ciekawymi i dobrymi skutkami). Narodowy Program Trzeźwości, jako strategiczne dobro całego Narodu i Państwa, musi być wypracowany przy udziale **elit społecznych**^{LXVIII} z różnych środowisk, tak, aby naturalnie zachodzące w demokratycznym kraju zmiany rządzących i sposobów określania taktyki polityki społecznej nie powodowały przerwania ciągłości realizacji długofalowego programu (stały ponadpartyjny consensus polityczny)^{LXIX}.

Warunkiem skuteczności jest trwanie przy głównych celach Programu w okresie przynajmniej jednego pokolenia (25 lat). Narodowy Kongres Trzeźwości to dobra okazja do zorganizowania załączka Narodowego Programu i jego proklamacji. Konieczne jednak jest zejście

z jego celami do szerokich warstw społecznych i dłuższa systematyczna promocja Programu. Doświadczenia innych krajów (np. Islandia, Szwecja) wskazują na to, że konieczne jest uparte trwanie przy celach Programu w okresie przynajmniej kilkunastoletnim.

VIII. Identyfikacja głównych przeszkód

Warto wskazać główne przeszkody w realizacji programu:

- Niezrozumienie potrzeby Programu w skali ogólnospołecznej (porażka w zakresie komunikacji społecznej promotorów Programu, opór mediów), obojętność, dezintegracja społeczna, zachowawczość, błędne rozumienie tradycji biesiadnej.
 - Przeciwdziałanie ze strony osób, dla których nadużywanie alkoholu stało się sposobem życia, a wszelkie ograniczenia są przez nie odbierane jako ingerencja w osobiste uprawnienia i źródło dysonansu (picie bez ograniczeń jako swoiste „prawo człowieka”).
 - Interesy przedsiębiorców, dużych i małych, których działalność oparta jest na powiększaniu i utrwalaniu ryzykownych zachowań, a zwłaszcza zakres lobbingu, promocji i reklamy picia, zwłaszcza w wersji nadużywania (np. promocje ilościowe) ^{LXX}.
 - Interesy przedsiębiorców medialnych, którzy obecnie zarabiają na reklamie i promocji picia.
 - Postrzeganie przez elity polityczne i zawodowe używania alkoholu jako pozytywnego zachowania o ograniczonym ryzyku skupionym wyłącznie wokół osób uzależnionych.
 - Brak zrozumienia reguł życia społecznego i negatywnego wpływu nadużywania alkoholu na proces historyczny, krótkowzroczność elit.
 - Brak identyfikacji z ogólnymi celami Narodu, obojętność i osłabiona tożsamość narodu i religijna.
 - Procesy dezintegracji życia rodzinnego (np. wysokie wskaźniki rozpadu związków, samotność), różne formy współczesnego barbarzyństwa ^{LXXI}.
 - Konflikty polityczne (w tym przewroty, wojny).
 - Procesy sekularyzacji i laicyzacji zmniejszające wpływ czynnika chroniącego w postaci religii. ^{LXXII}
 - Ewentualne kryzysy ekonomiczne, nacisk na powrót do „pijanego budżetu”, zmniejszenie środków finansowych na pracę dla trzeźwości.
 - Kryzysy systemu edukacji, oddalające cele profilaktyczne na dalszy plan ^{LXXIII}.
 - Upadek szacunku dla stosowania prawa (tzw. anomia), korupcja, kryzysy i napięcia polityczne.
 - Brak konsekwencji we wprowadzaniu podstawowych celów Programu, spory w środowisku sektora zdrowia publicznego, spory kompetencyjne zaangażowanych instytucji.
 - Zawężone, technokratyczne rozumienie celów Programu, a w szczególności rezygnacja z kulturowych, zwłaszcza duchowych zasobów koniecznych w każdej konstruktywnej zmianie społecznej, lekceważenie prostych sposobów pracy społecznej i roli zaangażowania wolontariuszy.

IX. Kluczowa rola czynnika duchowego i rola życia rodzinnego

Narodowy Program Trzeźwości nie jest wyłącznie typowym programem profilaktyki zdrowotnej, ale próbą zmiany nawyków i sposobu działania znacznej części społeczeństwa. Jego celem jest w gruncie rzeczy promocja trzeźwości jako sprawności ludzkiej (cnota moralna, *habitus*)^{LXXIV}.

To nadaje mu ogólnoludzki, rozwojowy charakter i wskazuje na decydującą rolę czynnika duchowego w tak rozległej zmianie. Konieczne jest z tego powodu wykraczanie poza czysto polityczno-państwowy horyzont i dostrzeganie roli takiego wysiłku w rozwoju duchowym Narodu. Bardzo ważną, niezbędną rolę mają do spełnienia zwłaszcza parafie i inne ośrodki życia duchowego. Ich działalność już jest znaczna, ale wymaga modernizacji i może być bardziej ożywiona i lepiej ukierunkowana.

Jednym z kluczowych zagadnień jest też jakość życia rodzinnego Polaków. Przy znacznym mnożeniu się zjawisk kryzysowych w życiu rodzinnym nie jest możliwa realizacja Programu.^{LXXV} Również w planie czysto indywidualnym kryzysy miłości rodzinnej przekładają się natychmiast na kłopoty z substancjami psychoaktywnymi. Są to obszary ściśle powiązane.^{LXXVI}

Można traktować część prac Programu jako zadanie wprost z zakresu życia duchowego (religijnego) społeczeństwa, bo jest próbą usuwania negatywnych dyspozycji wynikających z natury ludzkiej przez ukształtowanie cnoty trzeźwości. Pod tym względem Program przypomina indywidualny wysiłek terapeutyczny, gdy uzależniona osoba próbuje na nowo ustalić swój konstruktywny styl życia. Często odwołuje się wtedy do czynnika duchowego (np. Bóg w ruchu samopomocowym AA). Rozsądnie jest przyjąć, że podobny charakter ma również, a może zwłaszcza, próba zmiany społecznej w dużej skali. W tradycji narodowej Polaków odwołanie do czynników przekraczających ludzką moc nie jest czymś nowym. „*Bez Boga ani do proga*”.

X. Zagadnienia szczególnej wagi – rekapitulacja

Wydaje się niezbędne wskazanie **ponownie** na kilka zagadnień szczególnej wagi, zwłaszcza edukacyjnych, rozwijając nieco ich szczegółowy opis.

1. Edukacja najmłodszych Polaków w dziedzinie problemów alkoholowych powinna uwzględniać wiedzę o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka, obejmować działania niespecyficzne (głównie wzmacniające ogólne czynniki chroniące – rozwojowe) i specyficzne (redukujące czynniki ryzyka). Powinna opierać się na sposobach pracy szkoły jako środowiska sprzyjającego rozwojowi i na wpływie rodziny poprzez więzi i odpowiedni styl wychowawczy (inwestowanie w umiejętności rodzicielskie). **Niezwykle ważne jest, aby ściśle powiązać edukację i ograniczenie dostępności napojów alkoholowych dla nieletnich na terenie danej gminy – równoległość redukcji popytu i podaży alkoholu.**^{LXXVII} Nauczyciele są ważną grupą referencyjną Programu, zwłaszcza dyrektorzy szkół wszystkich szczebli, łącznie ze

szkołami wyższymi (rektorzy). Droga edukacji sprzedawców i kontroli ich zachowań należy zredukować zjawisko swobodnego dostępu do napojów alkoholowych dla osób nieuprawnionych. Nie może też być tolerowany fakt tak skromnego cofania zezwoleń za sprzedaż nieletnim, podczas gdy w polskim prawie nawet jednorazowe naruszenie prawa upoważnia do takiego kroku ze strony samorządu, a naruszanie prawa w tym zakresie ma obecnie charakter masowy. Konieczne jest wyeliminowanie jakiegokolwiek agresji marketingowej docierającej do młodzieży w postaci reklamy i promocji. Wzorem innych krajów (np. USA, Litwa, Islandia), po odpowiedniej debacie publicznej, można rozważyć podniesienie o 2-3 lata wieku legalnego dostępu do napojów alkoholowych, jeśli oceni się pozytywnie możliwości egzekwowania ulepszonych prawa.

2. Odpowiednia edukacja publiczna wymaga dotarcia z wiedzą do specjalnych grup: dziennikarzy, urzędników, reprezentantów społecznych (polityków), prawników, lekarzy. Szczególnie grupa dziennikarzy i reprezentantów społecznych powinna być objęta edukacją, np. można poszerzyć obowiązek adekwatnej edukacji na wszystkich radnych i posłów przy okazji obejmowania funkcji.

3. Środowiska znane z badań światowych jako środowiska podwyższonego ryzyka (np. mundurowe) powinny być w całości objęte systematycznym działaniem profilaktycznym.

4. Należy zrewidować i ulepszyć dotychczasowy system edukacji kierowców, a osobom, które kierowały po pijanemu, zapewnić odpowiednią interwencję i obowiązkową profesjonalną diagnozę problemów alkoholowych.

5. Środowiska parafialne mogą poszerzyć dotychczasowe, bardzo cenne, działania na rzecz osób uzależnionych i ich rodzin w kierunku ogólnej edukacji wszystkich parafian na temat kształtowania cnoty trzeźwości, również prowadząc parafialne programy profilaktyczne (zwłaszcza rodzinne). Warto rozważyć wsparcie grupy katechetów o umiejętności w zakresie takiej edukacji, konieczne też jest odpowiednie przygotowanie kleryków. Być może pewien odsetek funduszy gminnych (minimum 10%) powinien być stale rozdysponowany dla parafii, o ile prowadzić będą działalność w ramach Programu. Czynnikiem ochronnym w postaci aktywnego życia religijnego jest empirycznie zweryfikowany i bardzo ważny.

6. Grupa studentów uczelni wyższych jest wedle badań światowych i polskich grupą podwyższonego ryzyka problemów alkoholowych. Należy zalecić szkołom wyższym objęcie **wszystkich** studentów skuteczną profilaktyką od początku studiów. Należy odstąpić (regulacje na poziomie rozporządzenia) od sponsorowania juwenaliów przez przemysł alkoholowy^{LXXVIII}.

7. Z uwagi na rosnący udział kobiet w nadużywaniu alkoholu należy objąć tę grupę profilaktyką FAS/FAE na etapie szkół ponadgimnazjalnych, w skali całego kraju i kontynuować wartościowe kampanie edukacji publicznej przeciw używaniu alkoholu w czasie ciąży i karmienia.

8. Z powodu stałego uwikłania mężczyzn w nadmierne spożycie warto dokonać przeglądu wszystkich sytuacji sprzyjających ich identyfikacji z nadużywaniem alkoholu jako symbolem męskości (np. zawody sportowe), w tym prowadzić profilaktykę zaburzeń seksualnych wśród młodych mężczyzn przy pomocy kampanii informacyjnych (impotencja alkoholowa).

9. Warto rozwijać pracę terapeutyczną i zwłaszcza profilaktyczną w zakładach karnych i w systemie probacji, gdyż znaczna część osadzonych ma problemy alkoholowe, co sprzy-

ja recydywie. Edukacja musi też dotyczyć personelu więziennictwa. System terapeutyczny w więziennictwie wymaga wsparcia i rozszerzenia jego możliwości.^{LXXXIX}

10. Zdecydowanie wartościowe jest rozwijanie systemu świetlic socjoterapeutycznych z odpowiednim programem zmniejszającym ryzyko międzypokoleniowej transmisji uzależnienia u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym oraz stworzenie mechanizmu lepszej informacji o możliwościach pomocy dla osób współuzależnionych, w tym wiedzy o uzależnieniu, wiedzy o interwencji^{LXXX} i wywiadzie motywującym i o realnych możliwościach pomocy. Pewną rolę mogą w tym odegrać również parafie. W tym kontekście oczywiste jest dalsze rozwijanie zaplecza terapeutycznego w Polsce, wzmocnianie działających i zakładanie nowych placówek oraz ułatwianie do nich dostępu na terenach odległych (transport).

11. Zaplecze badawcze w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych powinno być wzmocnione, zarówno na szczeblu centralnym, jak lokalnym, również w zakresie odpowiednich rozwiązań finansowych (granty, priorytety).

12. Ponadto powtórzmy jeszcze raz: **bez znacznej redukcji dostępności (np. poprzez ograniczenia centralne liczby punktów sprzedaży i ograniczenia reklamy) cele Programu nie zostaną osiągnięte, zwłaszcza przy pomocy samej tylko edukacji.**^{LXXXI} Konieczne jest powiązanie redukcji popytu i redukcji podaży. Z zasady należy szczególnie uważnie podchodzić do wszelkich projektów nowelizacji prawa z punktu widzenia dotychczasowych doświadczeń czyli znacznej podatności legislacji na wpływy lobbingu. Być może wymaga to specjalnej ochrony prawa, również poprzez odpowiednie wpisy do Konstytucji.

Jak widać z powyższej rekapitulacji odpowiednie podprogramy resortowe^{LXXXII} byłyby jak najbardziej na miejscu. Należy też zadbać o koordynację z innymi projektami, w szczególności z Narodowym Programem Zdrowia, który w większym stopniu powinien odzwierciedlać problematykę alkoholową. Jednakże Narodowy Program Trzeźwości jako zamierzenie ponadpaństwowe (narodowe, społeczne, długotrwałe) powinien stanowić punkt odniesienia dla pozostałych projektów i programów polityki społecznej.

XI. Wskaźniki osiągnięcia celów Narodowego Programu Trzeźwości

Zazwyczaj w tego rodzaju programach zmiany społecznej próbuje się konstruować określone wskaźniki ułatwiające ewaluację. Opracowywano takie listy również w Narodowych Programach z lat ubiegłych. Dąży się do tego, aby miały one charakter empiryczny i ilościowy. Można wskazać kilka kluczowych tego rodzaju wskaźników:

- średnie spożycie czystego alkoholu w ujęciu rocznym w różnych grupach społecznych i w całej populacji;
- średni wiek inicjacji alkoholowej i skala nadużywania alkoholu wśród młodzieży (zwłaszcza upijanie się);
- dostępność alkoholu mierzona ekonomicznie i geograficznie, a także wskaźniki respektowania praw obrotu (np. sprzedawalność nieletnim, gęstość punktów sprzedaży);

– realny zasięg oddziaływań edukacyjnych i programów profilaktycznych (odsetek uczestników w stosunku do całości populacji);

– stan wiedzy i normy zachowań wybranych grup społecznych, zwłaszcza w zakresie intensywności używania alkoholu (BAC) i stylu picia.^{LXXXIII}

Takie wskaźniki są przydatne i konieczne, powinny wynikać z dokonywanej diagnozy i monitoringu problemów alkoholowych, ale ponieważ cele Programu mają charakter również jakościowy, to ich realizacja powinna być również badana metodami jakościowymi, a w szczególności odpowiadać na pytanie o **kulturowe usytuowanie picia w społeczeństwie polskim** (normatywność picia napojów alkoholowych i zwłaszcza upijania się). Ostateczny wskaźnik, to nie tylko empiryczny stan rzeczy, ale również poczucie, że jako Naród troszczymy się o siebie wzajemnie i staramy się być ludźmi wolnymi i odpowiedzialnymi.

XII. Harmonogram Narodowego Programu Trzeźwości

1. Prezentacja projektu Programu podczas części studialnej Narodowego Kongresu Trzeźwości – Warszawa, 21-23.09.2014 i dyskusja uczestników Kongresu nad jego kształtem.

2. Proklamowanie wstępnej wersji Programu i jego promocja.

3. Powołanie grupy monitorującej realizację Programu pod auspicjami najwyższych Władz Kościoła i Państwa. Określenie prerogatyw tego grona i form jego wsparcia instytucjonalnego.

4. Szeroka promocja Programu w różnych środowiskach – okres 2 lat od proklamacji. Kongresy lokalne.

5. Uruchomienie zaplecza badawczego dla Programu, zwłaszcza dla jego ewaluacji – w ciągu pierwszego roku od proklamowania.

6. Afiliacja różnorodnych projektów szczegółowych opartych o Program – w ciągłości przez okres przynajmniej 3-letni dla każdego z projektów, chyba że jego charakter nie wymaga takiego okresu czasu (np. kampanie edukacyjne).

7. Powiązanie Programu z innymi ogólnopolskimi Programami o zbliżonych celach – okres zależny od harmonogramu tychże Programów.

8. Cykliczne podsumowania Programu w okresach 3-letnich.

9. Kolejny Narodowy Kongres Trzeźwości w okresie 10–15 lat od proklamacji Programu.

10. W różnych okresach prezentacja Programu na forum międzynarodowym i zbudowanie zaplecza koncepcyjnego z wykorzystaniem doświadczeń i dobrych praktyk innych narodów.

XIII. Streszczenie Programu

1. Alkohol etylowy zawarty w piwie, winie i w wódce jest obecnie najbardziej destrukcyjną substancją psychoaktywną („narkotykiem”^{LXXXIV}).

2. Polacy bardzo cierpią z powodu używania (młodzież) i nadużywania (dorośli) napojów alkoholowych – straty przeważają nad korzyściami.

3. Wiele elementów polskiej obyczajowości wspiera pijaństwo, tworząc swoisty „społeczny system proalkoholowy”.
4. Problemy alkoholowe dotyczą wszystkich Polaków, chociaż w różny sposób.
5. Społeczne przyzwolenie dla nadużywania alkoholu zagraża wszystkim ważnym celom narodowego rozwoju, w tym gospodarczym i modernizacyjnym.
6. Szczególnie cierpią osoby bliskie nadużywających alkohol – jest ich wiele milionów, w tym ok. 2 miliony dzieci.
7. Najbardziej niebezpieczne społecznie jest picie osób nieuzależnionych, lecz nadużywających napojów alkoholowych, gdyż liczebnie znacznie przekraczają oni ilość osób uzależnionych (tzw. paradoks prewencyjny) powodując większość szkód (w tym prowadząc część z nich do uzależnienia)^{LXXXV}.
8. Wiedza o działaniu alkoholu i ryzyku z nim związanym jest w społeczeństwie zbyt mała.
9. Szczególnie groźne są: upijanie się, zbyt duże i zbyt częste spożycie, brak zwracania uwagi na okoliczności spożycia.
10. Błędnie sądzimy, że tak być musi, że jesteśmy trwale bezradni wobec strat powodowanych przez alkohol i poddajemy się terrorowi „proalkoholowej mniejszości” oraz nieuczciwego biznesu.
11. Dostępność fizyczna, ekonomiczna i kulturowa napojów alkoholowych jest ogromna i wymaga bardzo znacznego ograniczenia^{LXXXVI}.
12. Polacy będący abstynentami lub ludźmi umiarkowanymi są powołani do upowszechnienia swojego cennego stylu życia.
13. Od wielkości i wpływu grupy dobrowolnych abstynentów może zależeć pozytywna zmiana.
14. W wyniku wspólnego planowego wysiłku możemy wspomóc wszystkich i każdego w zbudowaniu trzeźwości.
15. Aby tak się stało konieczna jest zmiana podejścia i zaangażowanie ze strony elit społecznych.
16. Narodowy Program Trzeźwości powinien być przyjęty i wytrwale realizowany przez okres życia przynajmniej całego pokolenia (20-25 lat).
17. Średnie spożycie alkoholu na głowę mieszkańca musi zmaleć do poziomu średniej światowej czyli zmniejszyć się o połowę, znacznie musi podnieść się wiek inicjacji alkoholowej.
18. Państwo musi znaleźć alternatywy dla dochodów pochodzących z obrotu napojami alkoholowymi, co powinno ograniczyć wielkie straty materialne, zdrowotne i społeczne, jakie obecnie ponosimy.
19. Skuteczna realizacja Programu może doprowadzić do przewagi korzyści z umiarkowanego używania napojów alkoholowych nad stratami.^{LXXXVII}
20. W wyniku tej zmiany polskość powinna się trwale kojarzyć z abstynencją lub umiarem.

Drogowskaz społeczny

Nie upijaj się!

Mniej jest lepiej!

A najlepiej wcale!

^I Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, 2009, Poznań, Media Rodzina, s. 60-78.; Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, 2010, Warszawa, s. 19-38; Wojcieszek K., *Człowiek spotyka alkohol*, 2010, Kraków; Mitchell J. M., O'Neil J. P., Janabi M., Marks S.M., Jagust W. J. Fields H.L., *Alcohol Consumption Induces Endogenous Opioid Release in the Human Orbitofrontal Cortex and Nucleus Accumbens*, *Science Translational Medicine*, v. 4, nr 116, s. 116; Fromme K., D'Amico E., *Neurobiologiczne podstawy wpływu alkoholu na psychikę*, s.519-561, w: Leonard K.E., Blane H.T. (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, tł. Agnieszka Basaj, Warszawa 2003, Wyd. PARPA, ss. 671; Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J., *Uzależnienia. Zażywanie i nadużywanie*, Warszawa, 2000, Wyd. KARAN; Melibruda J., *Tajemnice etoh*, Warszawa 1994, Wyd. PARPA.

^{II} Koszt wyprodukowania półlitrowej butelki wódki to ok. 2 złotych.

^{III} W Polsce w wieku XX średnie spożycie zmieniało się od 0,9 dcm³ (litra) per capita do 9,5 dcm³. Notuje się zarówno wzrosty, jak i wyraźne spadki spożycia (te ostatnie rzadziej, np. w okresie tzw. I „Solidarności”).

^{IV} Cierpiałkowska L., *Psychologia...*, op. cit, s. 113-135; Wojcieszek K. (2016). *Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu – przyczyny oraz możliwości zapobiegania*. [w:] Gaś Z. (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin, Wyd. WSEiI, s. 129-146.

^V Spurling M.C, Vinson D.C. *Alcohol-Related Injuries: Evidence for the Prevention Paradox*. *Annals of Family Medicine*. 2005;3(1): 47-52; Rose G. *Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease*. *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1981;v. 282(6279), s.1847-1851.

^{VI} Edwards G., *Alkohol. Tajemnicza substancja*, tł. A. Grzybek, Warszawa 2001, Wyd. Bauer – Weltbildt, ss. 263.

^{VII} III lub IV pozycja w zależności od klasyfikacji (WHO), w krajach średnio rozwiniętych pozycja nr 1. Dla osób w młodym wieku jest to główny i zasadniczy czynnik utraty życia. *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia WHO*, tł. Agnieszka Basaj, 2003, Warszawa, PARPA, s. 123-124; Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn T., Sempos C.T., Frick U., Jernigan D., *Alcohol*. In: WHO (ed.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO., 2004. Part: Alcohol.

^{VIII} Aż 61,7% ludności świata powyżej 15 roku życia nie spożywało w ostatnim roku żadnego napoju alkoholowego – uznaje się ich za abstynentów. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, WHO, s. XIII.

^{IX} Różnice międzykulturowe w zakresie poziomu spożycia i jego form są bardzo znaczne, gdyż są kraje o rekordowo niskim spożyciu i inne o spożyciu bardzo wysokim. W samej Europie jest to rozpiętość kilkunastu razy między najniższym spożyciem (ok. 1 dcm³ – Turcja), a najwyższym (ok. 16-18 dcm³ – Mołdawia, Litwa).

^X Nie ma tzw. absolutnie bezpiecznej dawki alkoholu etylowego. Są tylko dawki o względnie niższym ryzyku szkód.

^{XI} Głównie historie wdrażania ustaw prohibicyjnych w kilkudziesięciu krajach na początku XX stulecia jako doraźna odpowiedź na szkody alkoholowe.

^{XII} Dodatkowo efekty działań w krajach skandynawskich (Szwecja, Islandia) czy w określonych społecznościach (Żydzi, muzułmanie). Wetoszka P., *Czynniki kształtujące szwedzki rynek alkoholowy w warunkach zmian monopolu państwowego*, *Alkoholizm i Narkomania*, 2016, v. 29, nr 4, s. 223-236; A. L. Kristjansson, I.D. Sigfusdottir, T. Thorlindson, M.J. Mann, J. Sigfusson, J. P. Allegrante, *Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014*, *Addiction*, 2016, v. 111 (4), s. 645-652.

^{XIII} W Polsce po odzyskaniu niepodległości rozważano uchwalenie pełnej prohibicji. Do uchwalenia odpowiedniej ustawy zabrakło tylko jednego poselskiego głosu.

^{XIV} Hussong A, Bauer D. *Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents*. *Journal of abnormal psychology*. 2008;117(1): 63-78; Wojcieszek K. (2016). *Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu – przyczyny oraz możliwości zapobiegania*. [w:] Gaś Z. (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin, Wyd. WSEiI, s. 129-146.

^{XV} Patrz studium efektywności polityki społecznej: Anderson P. Baumberg B., *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa, 2007, ss. 322. Także studium projektu islandzkiego (Kristjansson, op. cit.).

^{xvi} Szczególnie mocno widać to na przykładzie małych narodów i społeczności plemiennych (Azja, Ameryka, Australia, Grenlandia), które niekiedy po prostu zanikają z powodu skali endemicznych problemów alkoholowych. Bennett L.A., Ames G.M. (red.), *The American Experience with Alcohol. Contrasting Cultural Perspectives*, 1985, Springer.

^{xvii} *Global Status Report on Alcohol and Health, WHO, 2014.*

^{xviii} Dwukrotnie wyższe średnie roczne spożycie per capita w Polsce, niż średnia światowa (6,7 dcm³ do 12,5 dcm³ w badanej populacji). *Global Status*, op. cit. część regionalna z danymi poszczególnych krajów, dane na temat Polski na stronie 229.

^{xix} Według danych z Raportu WHO 2014 dotyczących Polski, roczne spożycie czystego alkoholu w dcm³/litrach na osobę od 15-tego roku życia. Jest to 19,8 dcm³ wśród mężczyzn 15+ i 5,8 dcm³ wśród kobiet 15+. Średnia europejska dla obu płci wynosi 10,9 dcm³ czyli jest o 1,6 dcm³ niższa, niż spożycie polskie. Lokuje nas to wśród europejskich „średniaków”, ale w czołówce światowej. *Global Report. WHO 2014*, op. cit., s. 229.

^{xx} <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>

^{xxi} Jeśli ograniczymy analizę do używających alkoholu mężczyzn 15+, to w Raporcie WHO 2014 znajdujemy aż 31,5 dcm³ czystego alkoholu etylowego na głowę rocznie polskiego pijącego mężczyzny. Zwróćmy uwagę, że tę średnią jeszcze obniża objęcie statystyką młodzieży w przedziale 15-18 lat! Zatem pełnoletni pijący mężczyźni w Polsce spożywają jeszcze więcej. Jest to gigantyczna ilość, porównywalna z rekordzistami światowymi i europejskimi (np. więcej, niż na Białorusi). Ogólną średnią obniżają nieco polskie kobiety. *WHO Report 2014*, s. 229, chociaż należy pamiętać, że i w tej grupie spożycie rośnie.

^{xxii} Odsetek uzależnionych wśród osób 15+ wynosi wg Raportu WHO 4,4 % w porównaniu do 4% średnio w Regionie Europejskim WHO. Jest to wysokie miejsce – tylko nieliczne kraje w tej konkurencji nas wyprzedzają, zresztą raczej z naszej części Europy. Podobnie tę sprawę opisuje raport RARHA z 2016, ujmując ją bardziej precyzyjnie i doskonale porównawczo na tle 19 państw.

^{xxiii} W 2015 roku wydano aż 336476 lokalnych zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi, jak wynika ze sprawozdań gminnych nadsyłanych do PARPA (http://www.parpa.pl/images/file/zestawienia_statystyczne_2015.pdf).

^{xxiv} Odsetek sprzedawców naruszających prawo o zakazie sprzedaży napojów alkoholowych nieletnim wynosi w zależności od rodzaju badań między 35 a 85%. Teoretycznie znacząca część zezwoleń powinna być co roku cofana z tego powodu (a nie jest). Patrz: Wojcieszek K. *Chrońmy młodzież*, Warszawa, 1997; Wojcieszek K., *Program profilaktyczny Szlaban*, 2005, Warszawa, PARPA.

^{xxv} Pietruszka M., *Aktywność producentów alkoholi w Polsce – piwowarzy*, Świat Problemów, 2010, Nr 3(206), s. 34-36; M. Pietruszka, *Jak o alkoholu mówi do konsumentów przemysł alkoholowy*, Świat Problemów, 2010, Nr 10(213), s. 32-35.

^{xxvi} Przykładem są liczne nowelizacje ustawy o wychowaniu w trzeźwości, zwłaszcza historia zgody polskiego Parlamentu na picie napojów alkoholowych na stadionach piłkarskich czy zniesienie większości ograniczeń reklamowych. Jest to, jak się zdaje, jedna z częściej nowelizowanych ustaw.

^{xxvii} Zdarza się dłuższe oczekiwanie na miejsce w odpowiednim ośrodku, mała jest dostępność na wsiach, w miasteczkach i w niektórych regionach kraju. Występują ograniczenia transportowe i ograniczenia miejsc w wiodących ośrodkach.

^{xxviii} Procesy społeczno-gospodarcze związane z alkoholem dobrze ilustruje dr J. Moskalewicz w: Moskalewicz J., Żulewska – Sak J., *Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce*, Przegląd Epidemiologiczny, 2003, vol. 57, s.713-123; a w zakresie zmian picia młodzieży: Okulicz – Kozaryn K., Borucka A., *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984 – 1988 – 1992 -1996*, Alkoholizm i Narkomania, 1997, v. 2 (27), s. 179-195.

^{xxix} Wskazuje na to wciąż nieznaczny zakres inicjatyw obywatelskich w sprawach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w stosunku do teoretycznych możliwości gwarantowanych przez polskie prawo. Zakres tej aktywności jest widoczny w treści sprawozdań rocznych PARPA opartych na cząstkowych sprawozdaniach gminnych. Nadal większość koordynatorów programów lokalnych to po prostu doraźnie powołani urzędnicy. Sprawozdania z ostatnich kilkunastu lat są zamieszczane na stronie internetowej PARPA.

^{xxx} Dobrze to ilustruje materiał porównawczy zawarty we wspomnianej już cennej publikacji: Moskalewicz J., Room R., Thorn B., (red.), *Comparative monitoring of alcohol epidemiology cross the EU*. RARHA Work Pacakge 4, 2017, Warszawa, PARPA.

^{xxxI} Proste porównanie sytuacji Włoch i Polski ujawnia tę różnicę. Patrz: badania RARHA i WHO Global Report 2014. Wnioski w obu raportach są podobne.

^{xxxII} Riley E.P., Infante A., Warren K.R.(2011). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview. *Neuropsychology Review*, 21, s. 73.

^{xxxIII} Raport WHO 2014 podaje odsetki na poziomie 14,5% mężczyzn i 2,6% kobiet jako problemowo pijących w grupie 15 lat i więcej lat, zaś w odniesieniu do samego odsetka uzależnionych mamy odpowiednio 7,7% uzależnionych mężczyzn i 1,4% uzależnionych kobiet. Obydwa wskaźniki są na poziomie ok. 2 x większym, niż średnia dla Regionu Europejskiego WHO.

^{xxxIV} O znacznych rozmiarach zjawiska świadczy fakt, że w Polsce działa aktywnie kilkaset lokalnych grup samopomocowych osób współuzależnionych. Również odsetki kobiet hospitalizowanych w związku ze skutkami nadużywania alkoholu przez małżonka są wysokie i obejmują znaczną część przypadków ciężkich nerwic (szacunkowo ok. 40%). <http://www.al-anon.org.pl/>

^{xxxV} Sasal H.D., *Niebieskie Karty. Procedura interwencji wobec przemocy w rodzinie*, 2006, Warszawa, Wyd. PARPAMEDIA, ss.196.

^{xxxVI} Bava S., Tapert S.F., *Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drugs problems*, *Neuropsychological Review*, 2010, 20(4), s. 398-413; McCambridge J., McAlaney J., Rowe R., *Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies*, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000413>.

^{xxxVII} Analizy ekspertów europejskich (Anderson, Baumberg) wskazują, że koszty szkód przynajmniej dwukrotnie przekraczają wpływy w państwach europejskich, lecz jeśli dołączyć tzw. koszty ciągnione, to uzyskujemy współczynnik nawet... 10-krotny! Stąd apel, aby zredukować spożycie w Europie ze względów gospodarczych, gdyż aktualnie ten biznes ma charakter pasożytniczy. Anderson P. Baumberg B., *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa, 2007.

^{xxxVIII} Dla przykładu mało znana jest śmiertelna toksyczność alkoholu etylowego, sięgająca 1300 zgonów rocznie (2 miejsce wśród rodzajów zatruc w praktyce klinicznej). Patrz: Okłota M., Niemcunowicz-Janica A., Załuski J., Wardaszka Z., Ptaszyńska-Sarosiek I. *Ostre śmiertelne zatrucie etanolem w latach 1984-2004 w materiałach własnych Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku*. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 2009, LIX, 183-189.; Marek P., Tomasiak P.J., Kościelniak B., Sztefko K. *Analiza zatruc alkoholem na podstawie przyjęć do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w latach 2007-2012*. *Borgis - Nowa Pediatria* 4/2013, s. 151-154. Jackowska T., Grzelczyk - Wielgórska M. *Ostre zatrucie jako przyczyna hospitalizacji dzieci i młodzieży w oddziale pediatrycznym - 9-letnia analiza*. *Borgis - Postępy Nauk Medycznych* 9/2014, s. 628-632.

^{xxxIX} W oparciu o doświadczenia z USA i Islandii można stwierdzić, że kluczowe w implementacji wartościowych projektów profilaktycznych jest zdecydowane i stałe poparcie ze strony przedstawicieli lokalnych władz (decydentów), co zapewnia skuteczność działań w perspektywie kilku lat stosowania programów: Hawkins D.J., Catalano R.F., Arthur M.N., *Promoting science - based prevention in communities*, *Addictive Behaviours*, 2002, vol. 27 (6), s. 951-976; Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D., & Catalano, R.F. (2008). *Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use*. *Journal of Adolescent Health*, 53, 15-22; Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbott R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., *Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care*, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2009, vol. 163 (9), s. 789-798

^{XL} Wskaźniki dotyczące zachowań alkoholowych dzieci i młodzieży są zawarte w wynikach badań HBSC, ESPAD i Badań Mokotowskich. Raporty z tych badań są szeroko dostępne, również w sieci. Są to tzw. badania podłużne (longitudinalne), co zwiększa ich znaczenie: Wolniewicz - Grzelak B., *Zmiany w spożywaniu przez młodzież napojów alkoholowych. Badania mokotowskie z lat 1984 i 1988*, *Alkoholizm i Narkomania*, 1990, Zima, s. 113-132; Okulicz - Kozaryn K., Borucka A., *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984 - 1988 - 1992 -1996*, *Alkoholizm i Narkomania*, 1997, v. 2 (27), s. 179-195; Sierosławski J., *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2011 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD, IPIŃ*, Warszawa 2011, s. 99. Prezentacja raportu: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=392582>; Stępień E., Wojcieszek K., *Alkohol a polska młodzież*.

Raport 1994, Warszawa 1995, Seria Alkohol i zdrowie nr 11, ss. 39. Ze wszystkich tych badań płyną pesymistyczne wnioski co do skali zachowań alkoholowych młodzieży (za wcześnie, za dużo, niebezpiecznie), chociaż obserwuje się również tzw. stabilizację trendu na przestrzeni ostatnich kilku lat, co prawda na zdecydowanie zbyt wysokim poziomie, osiągniętym na początku dekady lat 90-tych i utrzymywanym od tego czasu.

^{XLII} Wzorem regulacji w USA, gdzie wiek 21 lat to bariera dostępności z uwagi na szkody rozwojowe. O szkodach np.: Squeglia L.M., Jacobus J., Tapert S.F., The influence of substance use on adolescent brain development, *Clinical EEG Neuroscience*, 2009, v. 40 (1), s. 31-38.

^{XLIII} Jest to cel niezwykle ważny, ale i trudny do osiągnięcia z powodu niskiego wieku inicjacji alkoholowej na poziomie 12,5 roku i rozpowszechnienia używania alkoholu wśród nastolatków. Mimo to doświadczenia Islandii i innych krajów pokazują realność wysiłków na rzecz znacznego ograniczania picia przez ludzi młodych.

^{XLIII} Tylko część obrotu trafia do kasy Państwa, ale ten obrót jest gigantyczny – wedle samych oświadczeń przedsiębiorców wynosi ok. 34,5 mld złotych rocznie (2014), z czego 15,3 mld to piwo, 4,2 mld to wino, a 15,1 mld to wódka. W przypadku napojów alkoholowych tylko znikomą część stanowią koszty produkcji (ok. 10% w przypadku wódki). Reszta to marże i podatki. Istnieje stała pokusa odwoływania się do tego źródła dochodów Państwa.

^{XLIV} Chmielewski P., *Wesela bezalkoholowe, czyli zmiana reguł instytucjonalnych w społeczności lokalnej (przyczynek do „teorii” transformacji)*, s. 495-520 [w:] Krzemiński I., Raciborski J., (red.), *Oswajanie wielkiej zmiany. Instytut Socjologii UW o polskiej transformacji*, Warszawa 2007, Wyd. IFiS; Synajewska B., *Bezalkoholowe uroczystości rodzinne jako element wychowania w trzeźwości*, 2005, rkp.pracy mgr., Uniwersytet Łódzki, Wydział Pedagogiczny.

^{XLV} Zasadnicze źródło czyli Raport 2014 WHO podaje bardzo wysokie odsetki abstynentów w Polsce, sięgające prawie 50% tych, którzy w ostatnim roku nie spożywali alkoholu wśród dorosłych (15+), tzw. abstynentów całożyciowych byłoby ok. 15% wśród mężczyzn, a druga grupa to osoby, które porzuciły picie, jeszcze większa. Dane te bywają kwestionowane, ale nawet gdyby je bardzo znacznie obniżyć to i tak są to stosunkowo wysokie wskaźniki. *Global Status Report on Alcohol and Health WHO 2014*, część z kartami krajowymi, s. 229.

^{XLVI} Hawkins D.J., Catalano R.F., Miller J.Y., *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention*, *Psychological Bulletin*, 1992, v.112, nr 1, s.64-105; Malczewski A. (2017). *Polska młodzież a substancje psychoaktywne*, *Świat Problemów*, nr 4 (291) , s. 15-19; Rew L., Wong Y.J.(2006). *A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors*. *Journal of Adolescent Health*, 38 (4), s. 433-442

^{XLVII} Dokładne sprawozdania w roczniku „Apostoł Trzeźwości”.

^{XLVIII} Wydawane przez PARPA sprawozdania roczne i rekomendacje, np. *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku*, Warszawa 2009, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 81, i w latach kolejnych. Patrz też: Grzelak S. [red.],(2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*. Warszawa: Wyd. ORE.

^{XLIX} Dane podawane przez różne źródła różnią się, ale w sprawozdaniu PARPA za 2015 roku znajdujemy informacje o 1980 aktywnych grupach AA, 504 grupach Al.-Anon, 80 grupach Alateen, 200 grupach DDA oraz o 506 stowarzyszeniach abstynenckich i 317 klubach abstynenta. Te dane odnoszą się do osób mających różne problemy alkoholowe, a nie obejmują znacznej grupy dobrowolnych abstynentów, również zrzeszonych w KWC. http://www.parpa.pl/images/file/ze-stawienia_statystyczne_2015.pdf

^L Kaczmarczyk I., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć?* Warszawa 2008, Wyd. Eneteia, ss. 306.

^{LI} Przegląd działalności w periodyku KWC „Eleuteria”.

^{LII} Zagadnienie bardzo dobrze opisane w wielotomowej monografii M. Romaniuka (red.), *Sylwetki najwybitniejszych działaczy trzeźw ościowych XIX i XX wieku*, Tomy I – IV (1994-2007), Warszawa; Michalineum/Parpa.

^{LIII} Oczywiście jest to subiektywna ocena autora obecnego projektu.

^{LIV} Przykładem jest manipulacja prawem przy okazji zawodów piłkarskich Euro, gdy w końcu przyjęto obecność piwa na stadionach po początkowym odrzuceniu tej zmiany. Jeszcze poważ-

niejsze konsekwencje miało zrezygnowanie z zakazu reklamy alkoholu, który to zakaz nie tak dawno obowiązywał. Smith L., Foxcroft D.R., *The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies*, British Medical C. Public Health, 2009, v.9, s. 9-51.

^{LIV} Fijałkowska S., Tomaszewska I., *Problemy alkoholowe w profesjonalnej armii*, Świat Problemów, 2010, nr 6 (209), s.34-37; Wojcieszek K., *Profilaktyka problemów alkoholowych w warunkach profesjonalnej służby wojskowej. W poszukiwaniu rozwiązań*, Warszawa 2010, Wyd. Dep. Wych. i Prom. Wojsk. MON, ss.95; Wojcieszek K., *Korekta – program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*, Warszawa 1999, Wyd. I, MON, ss.35.

^{LVI} Wagenaar A.C., Salois M.J., Kauro K.A. (2009). *Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking. A meta- analysis of 1003 estimates from 112 studies*, Addiction, 104, no 4, s. 179-190.

^{LVII} Rzącki J., *Cierpliwość, wytrwałość, pokora*, Świat Problemów, 2007, nr 2-3, (169-170), s. 39-41.

^{LVIII} Wojcieszek K., *Czy jesteśmy im coś winni? Rzecz o profilaktyce szkolnej*, Czasopismo internetowe ORE Trendy, 2013, nr 4, s. 66 -72; Węgrzecka – Giluń J. (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa 2010, Wyd. Fundacji Etoh, ss. 168.

^{LIX} Wojcieszek K., *Rodzice i dzieci w rodzinach alkoholowych - studium antropologiczno-profilaktyczne*. Medycyna Wieku Rozwojowego, 2003, nr 1, cz. II, t. VII, s. 65-75; Ryś M., *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa 2007, Wyd. PWN, ss. 238. (zwl. s. 118-139); Wojcieszek K., *Nasze dzieci w dżungli życia. Jak pomóc im przetrwać?* Kraków, 2016, Wyd. Rubikon; Sakowska J., *Szkoła dla rodziców i wychowawców*, Warszawa 1999, Wyd. CMPPP, ss. 128; Karasowska A., *Profilaktyka na co dzień. Alkohol w życiu nastolatków*, Warszawa 2005, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 96; Karasowska A., *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*, Warszawa 2006, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 147.

^{LX} Rustecka – Krawczyk A., *Program Wzmacniania Rodziny*, Remedium 2009, nr 12, s. 7-8; Ostaszewski K., Rustecka – Krawczyk A., Wójcik M., *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I –III*, Warszawa 2011, Wyd. IPIŃ, ss. 101; Sakowska J., *Szkoła dla rodziców i wychowawców*, Warszawa 1999, Wyd. CMPPP, ss. 128; Spoth R.L., Redmont C., Trudeau L., Shin C., *Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs*, Psychology and Addictive Behaviours, 2001, v. 16, s. 129-134.

^{LXI} Rew L., Wong Y.J.(2006). *A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors*. Journal of Adolescent. Health, 38 (4), s. 433-442.

^{LXII} Sloboda Z., *State of art of prevention research in the United States*, s. 31-44, w: *Evaluating Drug Prevention in the European Union*, Luxembourg 1998, EMCDDA Scientific Monograph Series nr 2, ss. 144; Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, 2003, Warszawa, Wyd. Scholar, ss. 299.

^{LXIII} Bobrowski K., *Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież a używanie substancji psychoaktywnych*, Medycyna Wieku Rozwojowego, 2003, v. VII, 1, s. 91-104.

^{LXIV} Mellibruda J., Sobolewska – Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa 2006, Wyd. IPZ, ss. 419.

^{LXV} Grzelak S. [red.], (2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*. Warszawa: Wyd. ORE.

^{LXVI} Stąd mówiło się wśród specjalistów o „polskim modelu rozwiązywania problemów alkoholowych”.

^{LXVII} Anderson, Baumberg, *Alkohol...*, op. cit.

^{LXVIII} Na kluczową rolę elit wskazują zarówno doświadczenia w USA , jak i na Islandii. Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbot R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., *Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care*, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2009, v. 163 (9), s. 789-798; Romanowsky Z., *Islandia ma świetny sposób na walkę z uzależnieniem. Czy ktoś zwraca na to uwagę?*, Portal Aletheia, 15.02.2017, <https://pl.aletheia.org/2017/02/15/islandia-ma-swietny->

-sposob-na-walke-z-uzaleznieniem-czy-ktos-zwraca-na-to-uwage/; Perry C.L., Williams C. L., Komro K.A., Veblen – Mortenson S., Stigler M., Munson K.A., Farbaksh K., Jones R.M., Forster J.L., *Project Northland: long term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use*, Health Education Research, 2002, v. 17 (1), s. 117-132.

^{LXXIX} Być może zasadne byłoby nawet wpisanie odpowiedniego artykułu do Konstytucji RP w związku z zapowiedziami jej zmian?

^{LXX} Pietruszka M., *Aktywność producentów napojów alkoholowych na poziomie Unii Europejskiej*, Świat Problemów, 2010, Nr 1 (204), s. 32-35; Pietruszka M., *Aktywność producentów alkoholi w Polsce – piwowarzy*, Świat Problemów, 2010, Nr 3(206), s. 34-36; M. Pietruszka, *Jak o alkoholu mówi do konsumentów przemysł alkoholowy*, Świat Problemów, 2010, Nr 10(213), ss. 32-35.

^{LXXI} Lelonek-Kuleta B., *Współczesna kultura a zachowania nałogowe*, Świat Problemów, 2012, Nr 4(231), s. 5-9.

^{LXXII} Kulbacki P., *Ziarno pszenicy. Kilka myśli o wyzwoleniu człowieka*, 2002, Poznań, Wyd. Jerozolima, ss. 92.

^{LXXIII} Gaś Z., *Profilaktyka w szkole*, Warszawa 2006, WSiP, ss. 240; Wojcieszek K., *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych*, 2013, Kraków, Wyd. Rubikon.

^{LXXIV} Śledzianowski J., *Alkoholizm w świetle chrześcijańskich zasad moralnych*, ss. 350-375, s. 360, [w:] Bejze B. (red.), *Odrodzenie jest możliwe*, Warszawa, 1988, Wyd. SS Loretanek.; Ślipko T., *Zarys etyki ogólnej*, 1974, Kraków, Wyd. WAM.

^{LXXV} Ostatnie raporty (np. prof. Szukalskiego) mówią o wzroście liczby rozwodów w Polsce: Szukalski P., *Małżeństwo: początek i koniec*, 2013, Łódź, Wyd. UŁ; Szukalski P., *Rozwody we współczesnej Polsce – zróżnicowanie regionalne*, Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny 2016, Nr 1, 1-6.

^{LXXVI} Kozłowska A., *Znaczenie relacji rodzinnych dla pozytywnego rozwoju dziecka. Diagnoza i terapia*, 2000, Warszawa, Wyd. CMPPP, ss. 115.

^{LXXVII} W praktyce oznacza to równoległe prowadzenie programów profilaktycznych z młodzieżą i interwencję wobec sprzedawców napojów alkoholowych. Zbyt często rezygnuje się z elementu kontroli rynku, skupiając się wyłącznie na edukacji młodzieży.

^{LXXVIII} Efektem znacznego spożycia napojów alkoholowych podczas juvenaliów bywały nawet wypadki śmiertelne bawiących się studentów.

^{LXXIX} Dobre skutki więziennego programu terapeutycznego „Atlantis” zachęcając do wzmacniania tego systemu.

^{LXXX} Jay J., Jay D., *Miłość przede wszystkim. Metoda interwencji w terapii uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych*, tł. Zuzanna Bosacka, 2008, Poznań, Media Rodzina of Poznań, s. 244; Miller W.R., Rollnick S., *Motivational interviewing: preparing people for change*, New York 2002, Second Edition, Guilford Press, ss. 428.

^{LXXXI} Wojcieszek K., *Dostępność jako podstawowy powód używania substancji psychoaktywnych*, s. 33-43 [w:] Jędrzejko M., (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, 2009, Pułtusk/Warszawa, Wyd. ASPRA – JR/Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Fundacja Pedagogium, ss. 166. Patrz również: Anderson, Baumberg, *Alkohol...*, op. cit., s. 189-263.

^{LXXXII} Funkcjonowały takie w ramach poprzednich Programów i często przynosiły dobre skutki.

^{LXXXIII} Ten zakres świetnie ilustrują badania zamieszczone w cytowanym raporcie Moskalewicz i wsp. z 2017 roku „*Comparative monitoring...*”, można zastosować wykorzystane tam wskaźniki.

^{LXXXIV} Użycie terminu „narkotyk” jest związane z samym charakterem alkoholu etylowego, z jego sedatywnością, ale też z percepcją używania substancji psychoaktywnych przez polskie społeczeństwo. Jest znamienne, że wielu środków boimy się znacznie bardziej, niż „oswojonego” kulturowo alkoholu. Wśród ekspertów trwają dyskusje, czy używać tego terminu w odniesieniu do alkoholu etylowego, ale w polityce społecznej instytucje międzynarodowe zalecają integrację programów na polu wszystkich substancji psychoaktywnych.

^{LXXXV} Obecnie proponuje się model continuum uzależniania się i częściowo zastępuje terminy „picie ryzykowne” i „picie szkodliwe” terminami „uzależnienie w stopniu lekkim i średnim”

(DSM V). Takie podejście mówi nam o tym, że ryzyko alkoholowe ma charakter ciągły i zaczyna się od stosunkowo małych dawek (np. ryzyko zapadania na raka piersi u kobiet). Konsumenci powinni umieć oceniać stopień ryzyka danego zachowania.

^{LXXXVI} Uważa się, że jest też zbyt duża w Europie (patrz: *Global Report WHO 2014*, op. cit.) . Takie jest stanowisko organizacji Eurocare.

^{LXXXVII} Taki model konsumpcji stosują narody , które dawniej zapoznały się z napojami alkoholowymi i miały czas na wypracowanie konstruktywnych reguł, jest to tzw. model śródziemnomorski albo „południowy”. Nie oznacza to, że te społeczności są pozbawione strat alkoholowych, ale straty te są znacznie mniejsze, niż w aktualnym modelu polskim.