

Sygn. akt *I ACa 383/19*

POSTANOWIENIE

Dnia 4 marca 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący: **Sędzia Ewa Staniszevska**

Sędziowie: **Bogdan Wysocki /spr./**

Małgorzata Kaźmierczak

Protokolant: st. sekr. sądowy Kinga Kwiatkowska

po rozpoznaniu w dniu 18 lutego 2020 r.

na rozprawie

sprawy z wniosku **M. S. (1)**

przy uczestnictwie **A. S. (1)** oraz **Prokuratora Prokuratury Okręgowej w Poznaniu**

o ubezwłasnowolnienie A. S. (1)

na skutek apelacji uczestniczki postępowania A. S. (1)

od postanowienia Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 1 lutego 2019 r. sygn. akt XVIII Ns 71/17

postanawia:

I. zmienić zaskarżone postanowienie w ten sposób, że:

- 1. wniosek o ubezwłasnowolnienie uczestniczki A. S. (1) oddalić;**
- 2. zasądzić od wnioskodawczyni na rzecz uczestniczki kwotę 480 zł (czteryście osiemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;**
- 3. nakazać ściągnąć od wnioskodawczyni na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 1.133,46 zł (jeden tysiąc sto trzydzieści trzy złote czterdzieści sześć groszy) z tytułu nieuiszczonych kosztów sądowych;**

II. zasądzić od wnioskodawczyni na rzecz uczestniczki kwotę 400 zł (czteryście złotych)

tytułem zwrotu kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym.

Bogdan Wysocki Ewa Staniszevska Małgorzata Kaźmierczak

UZASADNIENIE

Wnioskodawczyni M. S. (1) wniosła o ubezwłasnowolnienie całkowite swojej matki **A. S. (1)**, ustanowienie dla uczestniczki doradcy tymczasowego ewentualnie kuratora na czas trwania postępowania oraz orzeczenie o kosztach postępowania według norm przepisanych.

Uczestniczka postępowania wniosła o oddalenie wniosku w całości oraz zasądzenie od wnioskodawczyni na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Na rozprawie w dniu 16 listopada 2017 r. pełnomocnik wnioskodawczyni cofnął wniosek w przedmiocie ustanowienia dla uczestniczki postępowania doradcy tymczasowego oraz wniosł o częściowe ubezwłasnowolnienie uczestniczki.

Prokurator Prokuratury Okręgowej w Poznaniu wniosł o częściowe ubezwłasnowolnienie uczestniczki.

Pełnomocnik uczestniczki wniosł o oddalenie wniosku.

Sąd Okręgowy w Poznaniu postanowieniem z dnia 1 lutego 2019 r. częściowo ubezwłasnowolnił A. S. (1) z powodu uporczywych zaburzeń urojeniowych (pkt 1), kosztami sądowymi obciążył wnioskodawczynię i uczestniczkę postępowania po połowie i na tej podstawie: a) zasądził od uczestniczki na rzecz wnioskodawczyni kwotę 20 zł tytułem zwrotu opłaty od wniosku; b) nakazał ściągnąć od wnioskodawczyni na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 241,73 zł; c) nakazał ściągnąć od uczestniczki na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 891,73 zł (pkt 2), koszty zastępstwa procesowego zniósł wzajemnie (pkt 3).

Podstawą orzeczenia były następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu I instancji.

A. S. (1) urodziła się w dniu (...) w C., ma obecnie 64 lata, z wykształcenia jest farmaceutką i począwszy od 1 grudnia 2011 r. – pracowała na stanowisku kierownika Apteki (...) I. K. z siedzibą w W. w pełnym wymiarze czasu pracy. W zawodzie farmaceuty uczestniczka pracuje natomiast od 1977 roku, a więc ponad 40 lat, a na stanowisku kierownika w Aptece (...) została zatrudniona, z uwagi na wymóg obsadzenia tej funkcji przez osobę z wyższym wykształceniem farmaceutycznym. W umowie o pracę uczestniczki zastrzeżono, że będzie ona pracowała na pełen etat, niemniej w rzeczywistości bywała w pracy około raz – dwa razy w tygodniu, a zdarzało się że w ogóle nie stawiała się w pracy. Obowiązki zawodowe uczestniczki ograniczały się do podpisywania dokumentów dotyczących refundacji, a kobieta żadnych leków nie wydawała przychodzącym do apteki pacjentom. W czasie trwania postępowania o ubezwłasnowolnienie, zmianie uległa forma zatrudnienia uczestniczki na umowę zlecenia, którą uczestniczka odnawia co miesiąc. Z tytułu świadczonych usług uczestniczka otrzymuje 1.000 zł miesięcznie, jej kontakt ze zleceniodawcą ogranicza się do 2 spotkań w miesiącu w P. i obejmuje weryfikację recept.

Rodzice uczestniczki postępowania nie żyją: matka zmarła w wieku 81 lat z powodu nowotworu w jamie brzusznej (nieoperacyjnego guza), natomiast ojciec zmarł mając 90 lat z uwagi na dolegliwości związane z podeszłym wiekiem. Uczestniczka ma starszego brata, z którym utrzymuje luźne relacje, przy czym od ponad roku nie mieli ze sobą kontaktu.

Małżeństwo z M. S. (2) zawarła w dniu 19 kwietnia 1980 r. w P. – mając 26 lat. Związek małżeński był zawarty z miłości, niemniej w 2002 roku uczestniczka wystąpiła o jego rozwiązanie przez rozwód z uwagi na alkoholizm męża i Sąd Okręgowy w Poznaniu prawomocnym orzeczeniem z dnia 15 października 2002 r. (sygn. XII C 1438/02) orzekł rozwód. Następnie uczestniczka przez 15 lat miała partnera, z którym nie mieszkała, choć formalnie byli w związku, jednakże rozstali się wskutek schorzenia uczestniczki. Od ponad roku, uczestniczka pozostaje w relacji partnerskiej ze S. N.. Uczestniczka aktualnie mieszka sama; ze związku małżeńskiego ma jedną córkę – wnioskodawczynię M. S. (1) – z którą, w następstwie choroby i zainicjowania niniejszego postępowania w przedmiocie jej ubezwłasnowolnienia, ma problematyczne relacje.

Uczestniczka jest nadto właścicielką dwóch lokali mieszkalnych, z których jeden zajmuje sama (lokal na os. (...) w P.), a drugi wynajmowała. Dochód z tego tytułu wspomagał jej domowy budżet. Uczestniczka wynajmowała mieszkanie K.

O. – pracownicy swojej córki – począwszy od stycznia 2015 roku, kiedy zawarła umowę najmu mieszkania, pokazała lokal i ustaliła kwotę czynszu. Uczestniczka spotykała się co miesiąc z najemczynią, celem poboru opłat czynszowych.

Uczestniczka postępowania jest leczona psychiatrycznie począwszy od 2010 roku, kiedy to w dniu 26 listopada 2010 r. została zarejestrowana w (...) Ośrodku (...) z rozpoznaniem zaburzenia psychotycznego schizofrenopodobnego. Uczestniczka pozostawała w okresie od 2010 roku do 2014 roku pod opieką specjalisty psychiatrii B. P.. W międzyczasie również – w okresie od dnia 27 października 2010 r. do 12 listopada 2010 r. uczestniczka była po raz pierwszy hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych (...) w G. z rozpoznaniem ostrych zaburzeń psychotycznych podobnych do schizofrenii (symbol F23.2). Po zastosowanym leczeniu uzyskano stopniową poprawę stanu psychicznego, uległy redukcji zaburzenia treści myślenia oraz lęk psychotyczny. Uczestniczka ze znaczną poprawą stanu psychicznego została urlopowana w dniu 11 listopada 2010 r., a po zakończeniu procesu urlopowania – wobec braku wskazań do hospitalizacji wbrew woli – uczestniczkę wypisano do domu na własną prośbę z zaleceniem kontynuacji leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

Po pierwszym epizodzie choroby, stan zdrowia uczestniczki ponownie pogorszył się – uczestniczka nie przyjmowała zapisanych jej leków (od 2014 roku odstawiła lek R. i nie zgłaszała się na wizyty u psychiatry) – i do 2015 roku miała kilka lekkich nawrotów paranoidalnych, zakończonych leczeniem w domu. Jej stan znacznie się jednak pogorszył w 2016 roku – uczestniczka była widziana np. jak kłęczała pod drzwiami swojego mieszkania z wahadelką, wystawiała przedmioty z mieszkania – skutkiem czego w okresie od dnia 7 marca 2016 r. do 8 kwietnia 2016 r. uczestniczka była hospitalizowana na Oddziale Psychiatrycznym Szpitala (...) w P. z rozpoznaniem zaburzeń urojeniowych. Uczestniczka została wówczas przywieziona przez pogotowie i (...) w związku z agresywnym zachowaniem wobec rodziny i wypowiedaniem licznych urojeń; jej stan psychiczny znacznie się pogorszył także ze względu na śmierć byłego męża w 2015 roku.

Pod koniec maja 2016 roku nastąpił u uczestniczki kolejny nawrót choroby i zachowań paranoidalnych. W dniu 7 czerwca 2016 r. uczestniczka została ponownie przywieziona na Oddział Psychiatryczny Szpitala (...) w P. – gdzie skierowano ją do leczenia w szpitalu psychiatrycznym – przy czym pogotowie przywiozło uczestniczkę do placówki medycznej ponownie w eskorcie Policji (uczestniczka wymagała zabezpieczenia kajdankami). Uczestniczka była wówczas poszukiwana przez córkę, która powiadomiła służby o zaginięciu matki, a kiedy uczestniczka została zatrzymana przez funkcjonariuszy (znaleziona po kilku godzinach od zaginięcia na parkingu marketu K.) – to nie pozwalała się dotknąć, była fizycznie agresywna, wypowiadała liczne urojenia: trucią, urojenia prześladowcze, oddziaływania, słyszała głosy ludzi, którzy ostrzegali ją przed „grupą trującą żywność i wodę”, ograniczała ilości przyjmowanych pokarmów i płynów, barykadowała się w pokoju i nie pozwalała, aby dotykać jej rzeczy.

W następstwie powyższego skierowania – w okresie od dnia 7 czerwca 2016 r. do dnia 20 lipca 2016 r. – uczestniczka była hospitalizowana na Oddziale Psychiatrycznym Szpitala (...) w W. z rozpoznaniem uporczywych zaburzeń urojeniowych. Po wdrożeniu farmakoterapii nastąpiła stopniowa poprawa stanu psychicznego uczestniczki i jej nastrój się wyrównał oraz nastąpiła poprawa w zakresie kontaktu, jak i afektywności złożonej. Ze szpitala uczestniczka została wypisana bez zaburzeń psychotycznych i afektywnych, z zaleceniem kontynuowania leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Po wyjściu ze szpitala uczestniczka nie podjęła jednak leczenia i w październiku 2016 roku nastąpił kolejny atak choroby. W tym okresie uczestniczka odmawiała kontaktu z rodziną, nie odbierała telefonów i nie otwierała drzwi. Dochodziło do awantur z sąsiadami, uczestniczka próbowała też wtargnąć do najmowanego mieszkania, bo głosy jej powiedziały, że coś się tam dzieje, doszło do szarpaniny z wynajmującą. Uczestniczka zrobiła awanturę wynajmującej żądając od niej wprowadzenia się z mieszkania w ciągu tygodnia, z kolei z zajmowanego przez siebie mieszkania wносиła różne przedmioty, kwiaty i dokumenty, zostawiając je na korytarzu. Potrafiła przy tym całą noc stać pod mieszkaniem, bądź kilka godzin jeździć windą w bloku, bujając się i patrząc w lusterko. O złym stanie zdrowia uczestniczki wnioskodawczyni została poinformowana przez sąsiadkę matki. Po przyjeździe na miejsce uczestniczka nadal nie chciała otworzyć drzwi, konieczna była więc interwencja Policji i pogotowia. (...) były zmuszone wyważyć drzwi, aby dostać się do mieszkania i zbadać uczestniczkę. W konsekwencji powyższego – w

okresie od dnia 27 października 2016 r. do dnia 13 stycznia 2017 r. – uczestniczka postępowania była kolejny raz hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych (...) w G. z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (symbol F20.0). Uczestniczka ponownie wypowiadała treści urojeniowe, twierdziła, że w mieszkaniu ma zainstalowane kamery i podglądają ją sąsiedzi, że wszyscy chcą ją okraść i zabić. Uważała, że „grupy przestępcze” chcą jej zabrać mieszkanie, że jest truta – z tego powodu spała na klatce schodowej i nie wchodziła do mieszkania, znacznie schudła; była agresywna również w stosunku do córki. Stwierdzono wówczas, że uczestniczka zagraża życiu i zdrowiu innych osób.

Po wypisaniu uczestniczki ze szpitala w G. pozostawała ona – począwszy od stycznia 2017 roku – pod kontrolą (...) Ośrodka (...) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Po przyjęciu do ww. placówki stwierdzono, że uczestniczka zaraz po wypisaniu ze szpitala odstawiła H. z uwagi na objawy pozapiramidowe (drżenie prawej dłoni); cały czas przyjmowała lek R.. W badaniu przedmiotowym uczestniczki stwierdzono wówczas, że wypowiadała się zbornie, w sposób mało krytyczny opisywała swoje zachowanie sprzed przyjęcia do szpitala; zgodziła się że odstawienie leku było błędem; nie umiała logicznie wyjaśnić powodu przyjęcia do szpitala. Ewidentnych treści urojeniowych uczestniczka nie wypowiadała, jednak była bez wątplenia bardzo mało krytyczna w ocenie swojego stanu i sytuacji. W poradzie ambulatoryjnej lekarz psychiatra B. P. wskazała m.in., że stan psychiczny uczestniczki nie stanowi przeciwwskazania do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku, pod warunkiem systematycznego leczenia specjalistycznego.

Pod koniec maja 2017 roku wynajmująca u uczestniczki mieszkanie K. O. wyjechała na urlop i przekazała pod swoją nieobecność klucz przyjacielowi. Wynajmująca zmieniła zamki, obawiając się że uczestniczka będzie próbowała się dostać wówczas do mieszkania. W ostatnim dniu urlopu wynajmująca otrzymała telefon od przyjaciela, który poinformował, że faktycznie obawy wynajmującej były słuszne – uczestniczka wynajęła ślusarza i próbowała się dostać do mieszkania, a przyjaciel wynajmującej nie otwierał drzwi, obawiając się kłótni. Kiedy otworzył drzwi to doszło do konfliktu i wezwano Policję, a uczestniczka zażądała, aby wynajmujący się wyprowadzili. K. O. próbowała wyjaśnić całą sprawę, jednakże nie przyniosło to żadnego skutku, a jedynie eskalowało konfliktogenne sytuacje: zaczęła się seria kontroli ze strony uczestniczki, kobieta wydzwaniała i odwiedzała lokatorów, obawiała się pożaru, zamontowała taśmę na futrynie drzwi. Ostatecznie K. O. wyprowadziła się z mieszkania uczestniczki w czerwcu 2017 roku. Od tego czasu lokal stoi pusty. Nie chce wynajmować mieszkania gdyż twierdzi, że poprzednich lokatorów nie mogła się „pozbyć”.

Uczestniczka nie przestrzegała jednocześnie zaleceń psychiatry i stan jej zdrowia dalej się pogarszał. W dniu 7 sierpnia 2017 r. przywieziono ją ponownie na Oddział Psychiatryczny Szpitala (...) w P. w asyście Policji – w tym przypadku uczestniczka zgłaszała zagrożenie antyterrorystyczne, po czym zabarykadowała się w mieszkaniu wyrażając zamiary samobójcze. W akcję zaangażowane były 4 zastępy Państwowej Straży Pożarnej, naczelnik Policji, P. Prewencji Policji, Oddział Antyterrorystyczny Policji i Grupa Negocjacyjna. W konsekwencji skierowania następnie uczestniczki do szpitala psychiatrycznego – w okresie od dnia 7 sierpnia 2017 r. do dnia 14 września 2017 r. – uczestniczka była hospitalizowana w Wojewódzkim Zakładzie (...) sp. z o.o. z siedzibą w K. z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Kontakt z uczestniczką był utrudniony ze względu na jej nastawienie opozycyjne, zdiagnozowano: wypowiedzi paralogiczne, ześlizgi myślowe, urojenia prześladowcze, ksobne, wyższościowe. Uczestniczka twierdziła, że Policja włamała się do jej mieszkania i „to wszystko jest spisek, bo to są nieprawdziwe służby”. Nadto twierdziła, że „widziała wiele pozaklejanych taśmą drzwi”, „ktoś przekierowuje rozmowy z jej telefonu”, „telefony się samokopiują” itd. Uczestniczka zupełnie nie przejawiała wglądu w swoją sytuację; uznano że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. W kolejnych dniach pobytu – już po zastosowaniu farmakoterapii – uczestniczka była spokojna, nie ujawniała ostrych objawów psychotycznych, przesyiała noce, brała udział w zajęciach terapeutycznych. W wyrównanym stanie psychicznym uczestniczka została wypisana z oddziału do dalszej terapii ambulatoryjnej.

W dniu 17 października 2017 r. uczestniczka postępowania zgłosiła się na prywatną wizytę lekarską do dr n. med. Z. K. (1), ponieważ jej lekarka zmieniła pracę i uczestniczka nie mogła umówić się na wizytę. Uczestniczka zwróciła się z prośbą o kontynuowanie leczenia i przedstawiła kartę pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Lekarz stwierdził konieczność kontynuacji leczenia zaleconego w szpitalu, z uwagi na występujące u uczestniczki lęki, bezsenność oraz zmianę nastroju. Uczestniczka w trakcie wizyty zaprzeczyła przy tym omamom oraz treściom prześladowczym, które uprzednio u niej zdiagnozowano; twierdziła że córka chce wywołać u niej zakłócenia w myśleniu celem umieszczenia

w szpitalu psychiatrycznym i z tych względów uczestniczka nie może spać. Na zapytanie lekarza czym się zajmuje – deklarowała, że siedzi w domu, pracuje, sprząta, gotuje, siedzi przed komputerem; nie miała nic przeciwko farmakoterapii. Podczas kolejnej wizyty o dr K. – w dniu 27 listopada 2017 r. – uczestniczka opowiadała, że znalazła pracę i przyjmuje przepisane leki, a jej bezsenność ustąpiła. W dalszym ciągu jednak podtrzymywała twierdzenia o poczuciu zagrożenia ze strony córki, wskazując że ma ona do niej ciągle jakieś pretensje, stawia zarzuty i będzie chciała zawieźć uczestniczkę do szpitala. Na kolejne wizyty uczestniczka stawiała się systematycznie, w dniach: 5 marca 2018 r., w kwietniu 2018 roku, 14 maja 2018 r. W trakcie marcowej wizyty uczestniczka nie skarżyła się na żadne dolegliwości poza bezsennością, niemniej wskazała że toczy się postępowanie w przedmiocie jej ubezwłasnowolnienia. W maju 2018 roku narzekała z kolei na utrzymujące się napięcie nerwowe, bezsenność i niepokój, co łączyła z niniejszym postępowaniem. Uczestniczka nie powiadomiła jednak psychiatry jaką pracę podjęła ani o incydencie antyterrorystycznym, który był przyczyną jej ostatniej hospitalizacji.

Aktualnie uczestniczka w dalszym ciągu korzysta z pomocy specjalistycznej dr n. med. Z. K. (1). w Ostatni raz była na wizycie w dniu 8 stycznia 2019 r., a wcześniej w dniu 5 listopada 2018 r. W dniu 8 stycznia 2019 r. dr Z. K. (1) wystawił uczestniczce zaświadczenie o stanie zdrowia, z treści którego wynika, że pacjentka kontynuuje terapię. Przyjmuje zalecane leki. Utrzymuje się stan remisji. Nie stwierdza się objawów psychotycznych. Powtarzają się wahania nastroju, niepokój, wewnętrzne napięcie i problemy z bezsennością. Korzysta również równolegle z pomocy lekarskiej w ramach świadczeń medycznych oferowanych przez (...) Ośrodek (...) u dr P.. W ten sposób uczestniczka chce się „zabezpieczyć jakby córka chciała zrobić najazd z policją, żeby mieć 2 zaświadczenia”, przy czym dr K. jest poinformowany o wizytach uczestniczki u dr P., która z kolei nie wie, że uczestniczka jest pod opieką dr K.. Lekarze zapisują uczestniczkę leki. Uczestniczka wykupuje leki przepisane przez dr K..

Uczestniczka mieszka sama, a jej losem interesuje się córka – wnioskodawczyni M. S. (1) – która w związku z koniecznością ochrony zdrowia i życia uczestniczki wróciła z P., celem monitorowania jej stanu psychicznego; spotyka się z matką kilka razy w tygodniu na obiedzie w galerii handlowej, spędziła u matki Święta Bożego Narodzenia 2018 r. Uczestniczka funkcjonuje w swoim codziennym życiu normalnie, lecz jedynie wówczas gdy jest poddawana systematycznej farmakoterapii i stosuje się do zaleceń lekarskich. Nie chce rozmawiać z wnioskodawczynią na temat choroby. Przed ostatnim terminem rozprawy uczestniczka telefonowała do wnioskodawczyni, twierdziła, że jeśli wniosek nie zostanie cofnięty, to zerwie z nią kontakt. Przed wcześniejszymi rozprawami uczestniczka wycofywała się z kontaktów, a następnie relacje się normowały.

Każda próba przekonania uczestniczki do pójścia do szpitala kończyła się dla wnioskodawczyni fiaskiem, gdyż uczestniczka twierdziła, że to córka jest chora i musi iść do lekarza. Uczestniczka urywała kontakt z córką, unikała jej jak odstawiała leki, przestawała odbierać telefony, przestała się z nią spotykać. Wnioskodawczyni nie mogła udzielić żadnej pomocy matce, bo nie wpuszczała nikogo do siebie. Jedyne informacje na temat uczestniczki pochodziły od sąsiadki. Matka oskarżała otoczenie o trucie jedzenia. S. informowała wnioskodawczynię, że uczestniczka jest wychudzona, śpi na klatce. To było powodem, że wnioskodawczyni interweniowała z udziałem brata uczestniczki i wzywała pogotowie bądź policję. Wnioskodawczyni udała się do psychiatry i psychologa, żeby wiedzieć jak sobie radzić z sytuacją matki.

W 2017 r. wnioskodawczyni dostawała telefony z administracji osiedla, do której uczestniczka chodziła składać skargi, że ktoś się włamuje do jej mieszkań, że jest przy tym coraz bardziej natarczywa i trochę się jej boją. Włamanie nie zostało potwierdzone. W 2016 r. otrzymała wiadomość na facebook-u od kobiety z apteki na Os. (...) w P., że jeden pacjent znalazł dokumenty uczestniczki w lesie m.in. dokumenty dot. prawa wykonywania zawodu.

W toku postępowania sądowego uczestniczka była przebadana dwukrotnie – w styczniu 2018 roku oraz w sierpniu 2018 roku – przez dwa odrębne zespoły biegłych: lekarza psychiatrę K. Z. i specjalistę psychologii klinicznej J. K., a także lekarza psychiatrę Ł. M. oraz psycholog A. K. (1).

Podczas przeprowadzania pierwszego badania biegli – w zakresie stanu psychicznego uczestniczki – zdiagnozowali u niej schizofrenię paranoidalną/uporczywe zaburzenia urojeniowe bez remisji, które przejawiają się pod postacią

zaburzeń w treści myślenia o charakterze urojeń prześladowczych nakierowanych przede wszystkim na córkę oraz najbliższe otoczenie sąsiadów. Wskazano, że uczestniczka podejmuje decyzje w oparciu o przekonania urojeniowe, jest całkowicie niekrytyczna wobec swojej choroby psychicznej oraz konieczności systematycznego leczenia. W sytuacjach zaostrzenia objawów psychotycznych odmawia hospitalizacji, w związku z czym jest przyjmowana na oddział psychiatryczny wbrew woli. W zakresie podejmowania decyzji odnośnie jej leczenia zauważono, że uczestniczka wymaga całkowitego zastępstwa osoby drugiej ze względu na brak poczucia choroby. Poza tym stwierdzono, że uczestniczka jest samodzielna w zakresie dbania o swoje podstawowe potrzeby życiowe, regularnie opłaca mieszkanie, załatwia podstawowe sprawy urzędowe, dba o higienę, wykonuje zakupy – w tym zakresie nie wymaga ona pomocy.

W konkluzjach opinii sporządzonej w styczniu 2018 roku biegli: lekarz psychiatra K. Z. oraz psycholog J. K. stwierdzili, że uczestniczka – wobec zdiagnozowanej schizofrenii paranoidalnej/uporczywych zaburzeń urojeniowych w remisji – nie jest w pełni zdolna do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw dotyczących jej leczenia i w tym zakresie wymaga całkowitego zastępstwa, a w zakresie zaspokajania swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz załatwiania spraw urzędowych (opłaty za mieszkanie oraz media, wyrobienie dowodu osobistego czy innych dokumentów) uczestniczka postępowania jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Biegli stwierdzili, że uczestniczka kwalifikuje się do częściowego ubezwłasnowolnienia.

Ww. stanowisko biegli podtrzymali ustosunkowując się do zarzutów pełnomocnika uczestniczki – wyrażonych w piśmie z dnia 22 stycznia 2018 r. – wskazując że uczestniczka jest bezkrytyczna w stosunku do swojej choroby, jej leczenie nie było prawidłowe, a właściwie przeprowadzone minimalizuje ryzyko nawrotu choroby, chociaż jej nie wyklucza.

Drugi zespół biegłych – wobec wniosku pełnomocnika uczestniczki z dnia 16 kwietnia 2018 r. o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii – tj. lekarz psychiatra Ł. M. oraz psycholog A. K. (1), na podstawie danych z akt sprawy, przeprowadzonego badania psychiatrycznego i psychologicznego, dokumentacji medycznej, rozpoznali u uczestniczki chorobę psychiczną, uporczywe zaburzenia urojeniowe. Wskazano przy tym, że uczestniczka postępowania wymaga pomocy do prowadzenia swoich spraw głównie w zakresie jej leczenia i w ocenie psychiatrycznej i psychologicznej zachodzą przesłanki do jej ubezwłasnowolnienia częściowego.

W ocenie stanu psychicznego uczestniczki biegli stwierdzili, że uczestniczka w trakcie badania miała świadomość jasną i zachowaną orientację ogólną. Kontakt z uczestniczką w zakresie danych dotyczących historii życia był dobry i spontaniczny, a w zakresie informacji związanych z hospitalizacją i leczeniem psychiatrycznym uczestniczki – był powierzchowny. Stwierdzono zaburzenia treści myślenia pod postacią urojeń ksobnych, prześladowczych, dziwacznych, ale aktualnie bez ostrych objawów psychotycznych; biegli zauważyli, że uczestniczka negowała myśli i zamiary suicydalne; krytycyzm chorobowy był jednak jedynie na poziomie werbalnym. Biegli uznali, że uczestniczka podejmuje decyzje w oparciu o przekonania urojeniowe, jest całkowicie bezkrytyczna wobec swojej choroby oraz konieczności systematycznego leczenia. W takim stanie rzeczy, biegli stwierdzili że uczestniczka wymaga pomocy do prowadzenia swoich spraw głównie w zakresie kwestii dotyczących jej leczenia; w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych oraz załatwiania spraw formalnych czy urzędowych na obecnym etapie zaawansowania choroby uczestniczka jest w stanie samodzielnie funkcjonować, przy czym stwierdzili nadto, że pomocy może wymagać przy kolejnych zaostrzeniach choroby.

Wskazane konkluzje biegli A. K. (1) i Ł. M. podtrzymali na dalszym etapie postępowania – wobec zarzutów pełnomocnika uczestniczki wyrażonych w piśmie z dnia 14 września 2018 r. – doprecyzowując wnioski opinii o dodatkowe zastrzeżenia. Podkreślono przede wszystkim, że określona w opinii pomoc uczestniczkę ma zapobiegać sytuacjom, kiedy u uczestniczki dochodzi do zaostrzenia objawów chorobowych, do hospitalizacji, czy uzyskania właściwej pomocy w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Bazując na całokształcie materiału zgromadzonego w aktach sprawy, biegli stwierdzili, że jest to sytuacja, która miała miejsce w przeszłości i nie powinna się powtarzać, a zaoferowana uczestniczkę opieka i pomoc miałyby na celu zapewnienie adekwatnego wsparcia w odpowiednim momencie. Objawy chorobowe u uczestniczki stanowią pewien proces – nie pojawiają się gwałtownie, z dnia na dzień – który nie musi eskalować do opisywanych w przeszłości zachowań. Uczestniczka

wprawdzie – w toku postępowania – dobrowolnie kontynuowała leczenie, niemniej postępowanie sądowe mogło spowodować formę nadzoru nad leczeniem uczestniczki, stąd też mogło być czynnikiem mobilizującym ją do leczenia. Podkreślenia przy tym wymaga – w kontekście pierwszej opinii sporządzonej w postępowaniu – że ze względu na przebieg choroby, charakter urojeń, względnie zborne funkcjonowanie uczestniczki między kolejnymi epizodami – co nie jest charakterystyczne dla schizofrenii – właściwszym rozpoznaniem u uczestniczki są zaburzenia urojeniowe, zespół paranoidalny, który może być obecny zarówno w zaburzeniach urojeniowych, jak i także w schizofrenii. W zakresie stwierdzonych przez biegłych przesłanek do częściowego ubezwłasnowolnienia uczestniczki – skutkujących możliwością zapewnienia uczestniczkę stosownej opieki – wskazano, że kurator czy opiekun nie decydują o pobycie pacjenta w szpitalu, ale może udzielić informacji, pomagających lekarzowi w podjęciu decyzji odpowiedniej, właściwej dla pacjenta. Lekarze w takim przypadku starają się zasięgać informacji z różnych źródeł: od rodziny, otoczenia, samego pacjenta i rozmowy z nim, niemniej pacjent w ostrym stanie chorobowym – tj. w przypadku wystąpienia urojeń dotyczących np. złych intencji rodziny – może nie życzyć sobie, żeby takie informacje zostały udzielone, może nie wyrażać zgody na uzupełnienie wszystkich niezbędnych informacji, celem zobjektywizowania stanu zdrowia pacjenta, stąd też – w ww. zakresie – pomoc jest dla uczestniczki postępowania niezbędna.

W ocenie Sądu Okręgowego w sprawie ziściły się przesłanki do częściowego ubezwłasnowolnienia uczestniczki postępowania (art. 16 k.c.).

Z opinii biegłych psychologa i psychiatry wynika, że uczestniczka postępowania cierpi na chorobę psychiczną, uporczywe zaburzenia urojeniowe.

Uczestniczka postępowania wymaga pomocy do prowadzenia swoich spraw, głównie w zakresie jej leczenia, i w ocenie psychiatrycznej i psychologicznej zachodzą przesłanki do ubezwłasnowolnienia częściowego.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwolił na ustalenie, że uczestniczka podejmuje decyzje w oparciu o przekonania urojeniowe, jest całkowicie bezkrytyczna wobec swojej choroby oraz konieczności systematycznego leczenia. Jednocześnie – w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych oraz załatwiania spraw formalnych czy urzędowych na obecnym etapie zaawansowania choroby – stwierdzono, że uczestniczka jest w stanie samodzielnie funkcjonować, a pomocy może wymagać przy kolejnych zaostrzeniach choroby.

Konieczność zapewnienia stosownej pomocy uczestniczkę postępowania – wobec zaistnienia przesłanek do ubezwłasnowolnienia częściowego – ma przy tym na względzie dobro uczestniczki, zapobieżenie niebezpiecznym sytuacjom, będącym konsekwencją zaostrzenia objawów chorobowych, co umożliwi uzyskanie właściwej i szybkiej pomocy – w tym także hospitalizacji – w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia uczestniczki.

Sąd nie kwestionuje, że uczestniczka w okresie gdy systematycznie uczęszcza na wizyty lekarskie i przyjmuje leki poprawnie nawiązuje kontakt z otoczeniem, potrafi porozumieć się ze zleceniodawcą, a wcześniej pracodawcą, robi zakupy i prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe, opłaca rachunki, ubiera się schludnie, stosownie do warunków atmosferycznych. W tym zakresie również jednoznacznie wypowiedzieli się biegli. Niemniej – jak biegli także wskazali – nie można bagatelizować tych zdarzeń z przeszłości uczestniczki, udokumentowanych w obszernej dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy, które przesądzą o konieczności zapewnienia uczestniczkę właściwej pomocy. Sytuacje takie jak np. agresywne zachowanie w stosunku do funkcjonariuszy Policji czy własnej rodziny – spowodowane urojeniami o podłożu chorobowym – nie powinny się powtórzyć, a zaoferowana uczestniczkę opieka i pomoc miałyby na celu zapewnienie adekwatnego wsparcia w odpowiednim momencie. Objawy chorobowe u uczestniczki stanowią bowiem proces rozłożony w czasie i nie następują gwałtownie, zatem konieczne jest monitorowanie działań uczestniczki w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich w przedmiocie dawkowania leków, systematycznych kontroli lekarskich, etc. Jednocześnie, w realiach postępowania Sąd podzielił obserwację biegłych, że uczestniczka – z wysokim stopniem prawdopodobieństwa – kontynuowała leczenie w trakcie postępowania, które było zewnętrznym czynnikiem mobilizującym uczestniczkę do takiego zachowania. Zdaniem Sądu natomiast – bez takiego zewnętrznego nadzoru – bazując na wcześniejszych doświadczeniach z historii choroby uczestniczki, również z wysokim stopniem prawdopodobieństwa można stwierdzić, że nie kontynuowałaby ona leczenia.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, że – wskutek zaistnienia przesłanek do ubezwłasnowolnienia częściowego uczestniczki – możliwe będzie udzielenie jej kompleksowej pomocy medycznej, również w zakresie podjęcia odpowiedniej decyzji lekarskiej w oparciu o całokształt informacji o stanie zdrowia uczestniczki, co byłoby utrudnione w przypadku oddalenia wniosku o ubezwłasnowolnienie częściowe. Jak podkreślili bowiem biegli – pacjent w ostrym stanie chorobowym – tj. w przypadku wystąpienia urojeń dotyczących np. złych intencji rodziny – może nie życzyć sobie, żeby takie informacje zostały udzielone, może nie wyrażać zgody na uzupełnienie wszystkich niezbędnych informacji, celem zobiiektywizowania stanu zdrowia pacjenta. Choroba psychiczna oraz jej przebieg u uczestniczki wymaga zatem, zdaniem Sądu, przede wszystkim bezwzględnie regularnego leczenia psychiatrycznego i farmakologicznego.

W tych okolicznościach stwierdzić trzeba, że uczestniczka postępowania wymaga ubezwłasnowolnienia częściowego, albowiem nie jest w pełni zdolna do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw głównie w zakresie stałego i systematycznego leczenia i przyjmowania leków w przypadku gdy postępowanie o ubezwłasnowolnienie zostanie zakończone. Świadczy o tym postawa uczestniczki, która w obawie przed działaniami córki (złożenie, a następnie podtrzymywanie wniosku o ubezwłasnowolnienie) i w celu „zabezpieczenia” swojej sytuacji (wykazywanie, że jednak kontynuuje leczenie i przyjmuje leki) aktualnie uczęszcza do dwóch lekarzy psychiatrów na wizyty, co w ocenie Sądu nie jest działaniem w pełni racjonalnym tym bardziej, że jeden z nich nie wie o tej okoliczności.

W przypadku natomiast zaprzestania leczenia uczestniczka będzie wymagała pomocy we wszystkich aspektach życia codziennego (sprawy finansowe, urzędowe, dbanie o higienę, przygotowywanie i spożywanie posiłków), albowiem w przypadku zaostrzenia choroby uczestniczka w tym zakresie również w przeszłości nie funkcjonowała prawidłowo.

W tym zakresie potrzebna jest jej niezbędna pomoc.

O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 520 § 2 k.p.c.

Apelację od powyższego orzeczenia złożyła uczestniczka postępowania, zaskarżyła je w całości.

Uczestniczka zarzucała rozstrzygnięciu:

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej i wybiórczej oceny dowodów, a w konsekwencji: uznanie opinii biegłych Ł. M. i A. K. (1) za wiarygodny dowód w sprawie i oparcie na nim niemal w całości rozstrzygnięcia; uznanie dowodów z opinii biegłych K. Z. i J. K. oraz Ł. M. i A. K. (1) za dowody bardziej wartościowe od dowodu zeznań świadka Z. K. (1); uznanie, że uczestniczka wymaga całkowitego zastępstwa osoby drugiej ze względu na brak poczucia choroby,
- nierozpoznanie istoty sprawy poprzez zaniechanie przeprowadzenia własnej analizy zakresu czynności prawnych jakich uczestniczka postępowania aktualnie nie jest w stanie samodzielnie dokonywać i ograniczeniu rozważań wyłącznie do powtórzenia twierdzeń biegłych, że A. S. (1) wymaga pomocy do prowadzenia swoich spraw, głównie w zakresie kwestii dotyczących leczenia,
- naruszenie art. 16 § 1 k.c. poprzez błędną, wykładnię polegającą na uznaniu, że potrzeba udzielenia pomocy uczestniczce postępowania do prowadzenia jej spraw głównie w zakresie leczenia, uzasadnia konieczność wydania orzeczenia o częściowym ubezwłasnowolnieniu, bez uwzględnienia interesu uczestniczki jako nadrzędnej dyrektywy przy wydawaniu decyzji o ubezwłasnowolnieniu,
- naruszenie art. 233 § 1 w zw. z art. 13 § 2 k.p.c. poprzez: zaniechanie wnikliwej i swobodnej oceny dowodu w postaci opinii biegłych A. K. (2) i Ł. M. i ograniczeniu tej oceny do powtórzenia twierdzeń i wniosków opiniujących, szczególnie w kontekście treści zeznań świadka K.; zaniechanie wszechstronnego rozważenia całokształtu zebranego materiału dowodowego polegające na całkowitym pominięciu oceny postawy wnioskodawczyni

wobec uczestniczki postępowania w kontekście motywacji wnioskodawczyni do zainicjowania niniejszego postępowania,

- sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegająca na uznaniu, że: uczestniczka postępowania jest całkowicie bezkrytyczna wobec swojej choroby i konieczności systematycznego leczenia; postępowanie sądowe w sprawie było czynnikiem zewnętrznym mobilizującym uczestniczkę do kontynuowania leczenia w jego trakcie i bez takiego zewnętrznego nadzoru z wysokim prawdopodobieństwem można stwierdzić, że nie kontynuowałaby ona leczenia.

Wskazując na powyższe zarzuty uczestniczka wniosła o zmianę zaskarżonego postanowienia poprzez oddalenie wniosku oraz o zasądzenie od wnioskodawczyni na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania za obie instancje, w tym zwrotu kosztów zastępstwa adwokackiego wg norm przepisanych; ewentualnie o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie co do kosztów postępowania.

Wnioskodawczyni wniosła o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od uczestniczki postępowania na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się uzasadniona.

Ustalenia faktyczne sądu I instancji, istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, nie budzą wątpliwości i dlatego Sąd Apelacyjny przyjmuje je w pełni za podstawę własnego rozstrzygnięcia.

Zostały one poczynione w oparciu o wszechstronne rozważenie całego zebranego w sprawie materiału dowodowego, którego ocena, przeprowadzona w pisemnym uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, jest pełna, zgodna z zasadami logiki i doświadczenia życiowego.

Natomiast zarzuty o charakterze procesowym, kwestionujące te ustalenia, podnoszone w obu pismach nazwanych „apelacjami”, a traktowanych przez sąd odwoławczy jako jeden środek zaskarżenia, sprowadzają się do forsowania własnej, korzystnej dla skarżącej wersji stanu faktycznego, opartej o odmienną ocenę mocy i wiarygodności poszczególnych elementów materiału dowodowego.

Nie jest to jednak wystarczające dla skutecznego postawienia zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 kpc.

Ustalenia Sądu Okręgowego co do stanu zdrowia psychicznego uczestniczki poczynione zostały w oparciu o bogatą dokumentację medyczną oraz nie budzące wątpliwości opinie dwóch zespołów biegłych.

Natomiast dodatkowo zachowania uczestniczki w okresie nasilenia objawów chorobowych (nawrotów) opisane zostały w zeznaniach bezstronnych i wiarygodnych świadków, w tym z jej najbliższego otoczenia oraz rodziny.

Nie do zaakceptowania jest próba podważania w apelacji mocy dowodowej wydanych w sprawie opinii psychologiczno – psychiatrycznych przez konfrontowanie ich z zeznaniami świadka Z. K. – lekarza psychiatry u którego aktualnie leczy się A. S. (1), i to nie tylko z uwagi na odmienny charakter tych dowodów.

Fakty, o których zeznał wymieniony świadek nie pozostawały przecież w jakiegokolwiek sprzeczności z wywodami i konkluzjami obu opinii.

Biegli uwzględnili, że od dłuższego czasu uczestniczka dobrowolnie leczy się psychiatrycznie w trybie ambulatoryjnym i że pozytywnie wpływa to na jej codzienne funkcjonowanie.

Pomijając już z kolei okoliczność, iż świadek Z. K. nie miał za zadanie wydawania ocen wymagających wiedzy specjalistycznej (art. 278 kpc), to jego zeznania w żadnym wypadku nie podważały tezy obu opinii, zgodnie z którą

A. S. (1) nie ma wystarczającego wglądu w swoją chorobę oraz nie jest wystarczająco krytyczna wobec stanu swojego zdrowia psychicznego.

Podzielić należy natomiast w pełni podniesione w apelacji zarzuty naruszenia prawa materialnego, przede wszystkim art. 16 kc.

Cywilizowane, nowoczesne podejście do osób z niepełnosprawnościami, w tym cierpiących na schorzenia natury psychicznej, zakłada umożliwienie im funkcjonowania, w społeczeństwie, o ile jest to tylko możliwe, na takich samych zasadach, jak osoby zdrowe (pełnosprawne).

Szczególnie akcentuje się konieczność zachowania pełni uprawnień tych osób w sferze obrotu prawnego oraz praw politycznych, przede wszystkim wyborczych (por. art. 12 Konwencji (...) o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U.2012.1169).

W tej sytuacji szczególnie ostrożnie należy podchodzić do stosowania instytucji ubezwłasnowolnienia, która w prawie polskim skonstruowana została w sposób mało elastyczny, w znacznej części pozostając w sprzeczności z dominującymi tendencjami w prawie międzynarodowym i przyjętymi tam standardami postępowania z osobami niepełnosprawnymi, w tym z uwagi na zaburzenia psychiczne (zob. bliżej: M. D., „Ubezwłasnowolnienie w prawie polskim a wybrane standardy międzynarodowej ochrony praw człowieka”, Prawo w działaniu. Sprawy Cywilne, nr 17 z 2014 r., str. 7 – 47 oraz M. B. – S., i A. S. „Instytucja ubezwłasnowolnienia w perspektywie unormowań Konstytucji RP oraz Konwencji (...) o prawach osób niepełnosprawnych”, (...) Studia (...) Tom XI, 2018 r., str. 151 – 167).

Należy zauważyć bowiem, że, także przy ubezwłasnowolnieniu częściowym, osoba ubezwłasnowolniona zostaje pozbawiona pełnej zdolności do czynności prawnych oraz czynnego i biernego prawa wyborczego (por. art. 15 kc, art. 62 ust. 2, art. 99 oraz art. 127 ust. 3 Konstytucji RP, a także art. 10 § 2 pkt. 3 oraz art. 11 § 2 Kodeksu wyborczego).

Przepisy art. 13 kc oraz art. 16 kc, zezwalające na ubezwłasnowolnienie, muszą być stosowane w związku z tym restrykcyjnie, wyłącznie we właściwie zdefiniowanym interesie chorego.

W żadnym wypadku nie można tu kierować się schematyzmem czy oportunizmem, np. stawiając na pierwszym planie komfort osób z rodziny chorego czy też względy natury utylitarnej, związane z ułatwieniami dla instytucji i organów zajmujących się osobami z zaburzeniami o podłożu psychicznym (por. np. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 29 grudnia 1983 r. w sprawie I CR 377/83, LEX nr 8582, z dnia 30 stycznia 2015 r. w sprawie III CSK 149/14, LEX nr 16221772 itp.).

Nawet jednak w przypadku ustalenia występowania przesłanek do ubezwłasnowolnienia należy zawsze rozważyć, czy w ostatecznym rezultacie nie będzie to rozwiązanie gorsze przy uwzględnieniu całości interesów osoby mającej zostać ubezwłasnowolnioną (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 1974 r. w sprawie I CR 8/74, OSNCP, z. 1 z 1975 r., poz. 12).

Orzeczenie o ubezwłasnowolnieniu ma bowiem, co oczywiste, charakter fakultatywny (zob. np. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 26 kwietnia 1968 r. w sprawie II CR 70/68, LEX nr 6324, z dnia 5 stycznia 1977 r. w sprawie I CR 450/76, LEX nr 7895 oraz z dnia 28 sierpnia 1979 r. w sprawie IV CR 268/79, OSNPG, z. 6 z 1980 r., poz. 29).

Przenosząc te rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy należy podzielić argumentację skarżącej, że, orzekając o jej częściowym ubezwłasnowolnieniu, sąd I instancji naruszył przepis art. 16 kc, przez jego błędne zastosowanie do stanu faktycznego sprawy (błąd subsumcji).

W ustalonym przez Sąd Okręgowy stanie faktycznym nie rysuje się bowiem w sposób czytelny istnienie po stronie uczestniczki A. S. (1), w sferze jej praw osobistych lub majątkowych, istnienie interesu, który uzasadniałby jej ubezwłasnowolnienie.

Nie ma w szczególności przesłanek do uznania, że istnieje konieczność udzielenia jej pomocy w załatwianiu spraw przez kuratora.

Co prawda, jak wynika z opinii biegłych uczestniczka nie wykazuje krytycznego podejścia do swojej choroby, niemniej nie może to stanowić wystarczającej przesłanki ubezwłasnowolnienia.

Tego rodzaju stosunek osób cierpiących na schorzenia natury psychicznej do swojej choroby jest skądinąd zrozumiały, jeśli zważyć, że w społeczeństwie nadal brak jest zrozumienia dla charakteru i przebiegu tego rodzaju schorzeń, a osoby chore podlegają niejednokrotnie stygmatyzacji.

Natomiast ze zbieżnych w tym przedmiocie wniosków opinii wynika jednocześnie, że w chwili obecnej uczestniczka od kilku lat kontynuuje systematycznie leczenie psychiatryczne, które przynosi pozytywne rezultaty, w tym sensie, że rozumie ona w pełni znaczenie swoich czynów oraz może kierować swoim postępowaniem, a także funkcjonować w życiu codziennym bez potrzeby korzystania z pomocy innych osób.

Iluzoryczne byłoby, w świetle przepisów o prawach pacjenta oraz regulujących leczenie chorób psychicznych, założenie, że ewentualnie ustanowiony kurator mógłby w istotny sposób wpływać na bieżące leczenie uczestniczki.

Oczywiście korzystne byłoby, aby chora była monitorowana w procesie leczenia przez osobę bliską, która miałaby możliwość wspierania jej i utwierdzania w konieczności podtrzymywania terapii.

Taką rolę może z powodzeniem spełniać np. wnioskodawczyni, ale nie korzystając z instytucji ubezwłasnowolnienia, a w ramach obowiązku, o jakim mowa w art. 87 k.r. i op. (zob. też postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 1969 r. w sprawie I CR 492/68, LEX nr 6437).

Natomiast z konkluzji opinii biegłych oraz korespondującego z nimi stanowiska sądu I instancji zdaje się wynikać, że przez konieczność udzielenia pomocy uczestniczce, w rozumieniu przepisu art. 16 kc, sąd uznaje potencjalną sytuację, w której zaprzestałaby ona systematycznego leczenia i doszłoby do powtórzenia się ataków choroby, połączonych z utratą kontroli nad własnym zachowaniem i możliwością wystąpienia u niej zachowań niebezpiecznych dla chorej bądź jej otoczenia.

W takim bowiem wypadku ustanowiony kurator mógłby, także bez zgody chorej, udzielić personelowi medycznemu koniecznych informacji pomocnych w leczeniu.

Taka argumentacja jednak w realiach sprawy nie przekonuje, tym bardziej, że w poprzednich przypadkach leczenia szpitalnego uczestniczki nie było jakichkolwiek przeszkód do uzyskania przez jednostki służby zdrowia czy to niezbędnych informacji od członków rodziny, czy to dostępu do dotychczas wytworzonej dokumentacji medycznej.

Ubezwłasnowolnienie częściowe z uwagi na potrzebę udzielenia pomocy osobie, o jakiej mowa w art. 16 § 1 kc, dopuszczalne jest jedynie po ustaleniu, że konkretna pomoc niezbędna jest jej w dacie orzekania w tym przedmiocie przez sąd (por. np. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 28 września 1999 r. w sprawie II CKN 269/99, LEX nr 39112 oraz z dnia 16 kwietnia 2010 r. w sprawie IV CSK 470/09, LEX nr 654517).

Niedopuszczalne natomiast byłoby ubezwłasnowolnienie „profilaktycznie”, na podstawie antycypowania hipotetycznych przyszłych, możliwych wydarzeń, związanych z osobą chorego, choćby nawet ich wystąpienie można było przewidzieć z dużym prawdopodobieństwem (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 1974 r. w sprawie II CR 253/74, LEX nr 7512).

Nawet jednak, gdyby przyjąć wystąpienie tego rodzaju „interesu” po stronie uczestniczki, to musiałby on ustąpić przed uciążliwościami, z jakimi wiązałyby się dla niej orzeczenie o ubezwłasnowolnieniu.

Mogłoby bowiem dojść do sytuacji, że przez nieokreślony okres czasu, mimo prawidłowego funkcjonowania we wszystkich sferach życia, zostałaby ona w istotny sposób ograniczona w korzystaniu ze swoich praw majątkowych

(por. art. 17 – 19 kc, w świetle utrwalonej wykładni zgoda kuratora na dokonywanie przez ubezwłasnowolnionego częściowo określonych tam czynności prawnych konieczna jest także wówczas, gdy sąd opiekuńczy nie powierzył mu reprezentowania oraz zarządu majątkiem poddanego kurateli, por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1977 r. w sprawie III CRN 123/77, OSNCP, z. 11 z 1978 r., poz. 204), osobistych (por. art. 944 § 1 kc) oraz publicznych (wyborczych).

Nie do przyjęcia natomiast, jako sprzeczna z zasadami logiki, jest argumentacja, zgodnie z którą orzeczenie o ubezwłasnowolnieniu miałyby być konieczne z tych względów, że w przypadku oddalenia wniosku uczestniczka mogłaby przerwać leczenie psychiatryczne z uwagi na utratę motywacji do jego kontynuowania.

Musiałaby ona bowiem opierać się na założeniu, że jedną z przesłanek prowadzących do ubezwłasnowolnienia jest wynik postępowania wszczętego w tym przedmiocie.

Niezależnie od tego, bardziej prawdopodobne, w świetle zasad logiki i doświadczenia życiowego, jest, że właśnie ubezwłasnowolnienie uczestniczki, w sytuacji, gdy od kilku lat z powodzeniem funkcjonuje ona w społeczeństwie bez nawrotów ataków choroby, mogłoby ją zdemotywić do kontynuowania terapii.

Dodać można, że nawet w przypadku pojawienia się u uczestniczki hipotetycznych nawrotów nasilenia stanów chorobowych będzie można udzielić jej pomocy przez ustanowienie kuratora ad hoc, czy to na podstawie przepisów art. 183 k.r. i op. w zw. z art. 600 kpc, czy też na podstawie art. 44 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2018.1878).

Skutkuje to zmianą zaskarżonego orzeczenia przez oddalenie wniosku o ubezwłasnowolnienie.

Pociąga to także za sobą obciążenie wnioskodawczynie w całości kosztami postępowania wywołanego wniesionym przez nią wnioskiem (art. 520 § 2 kpc).

Wnioskodawczynie ma zatem obowiązek zwrócić uczestniczce poniesione przez nią koszty zastępstwa procesowego w wysokości 480 zł oraz zapłacić na rzecz Skarbu Państwa brakujące koszty sądowe z tytułu wydatków w wysokości 1.133,46 zł.

Z tych względów na podstawie art. 386 § 1 kpc oraz powołanych wyżej przepisów prawa materialnego i procesowego Sąd Apelacyjny orzekł jak w punkcie I sentencji postanowienia.

Wnioskodawczynie ma także obowiązek zwrócić apelującej poniesione przez nią koszty postępowania odwoławczego, obejmujące opłatę od apelacji w wysokości 40 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 360 zł, czyli łącznie **400 zł**.

Dlatego na podstawie art. 520 § 2 kpc oraz art. 98 § 1 i 3 kpc w zw. z art. 391 kpc, przy uwzględnieniu treści przepisów § 10 ust. 1 pkt 2) w zw. z § 8 ust. 1 pkt. 27) Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. 2015.1800 ze zm.) orzeczono jak w punkcie II postanowienia.

Z uwagi na ustalenie, że obecnie uczestniczka postępowania A. S. (1) nie wymaga pomocy kuratora Sąd Apelacyjny zaniechał wystąpienia do sądu opiekuńczego z zawiadomieniem, o jakim mowa w przepisie art. 558 § 2 kpc.

Ewa Staniszevska Bogdan Wysocki Małgorzata Kaźmierczak

--	--	--