

PRAWNA PERSPEKTYWA OCENY STANU ŚWIADOMOŚCI U OSOBY CHORUJĄCEJ NA DEMENCJĘ LUB INNE ZABURZENIE OTĘPIENNE

ALEKSANDRA WILK*

DOI: 10.26399/iusnovum.v20.2.2026.21/a.wilk

STRESZCZENIE

Przedmiot badań: Podjęte w opracowaniu rozważania skoncentrowane zostały na problematyce oceny z perspektywy prawa stanu świadomości osoby dorosłej nieubezważasnowolnionej, chorującej na demencję lub inne zaburzenia otępienne.

Główne tezy: diagnoza demencji lub innych zaburzeń otępiennych jest niewystarczająca, aby uznać złożone oświadczenie woli lub dokonaną czynność prawną każdorazowo za nieważną. Model wspieranego podejmowania decyzji, a zwłaszcza instytucja pełnomocnictwa rejestrowego, które wywoływałoby skutki dopiero od chwili stwierdzenia przez co najmniej dwóch lekarzy (neurologa i psychiatry) zaistnienia braku świadomości u osoby chorej, są rozwiązaniami pożądanymi i niezbędnymi w polskim systemie prawnym. Wobec planów likwidacji instytucji ubezważasnowolnienia rozwiązanie to stanowiłoby wyraz rzeczywistej dbałości ustawodawcy o ochronę praw osób dotkniętych zaburzeniami otępiennymi.

Cel badań: celem rozważań w niniejszym opracowaniu jest wskazanie na niejednorodność przepisów prawnych oraz trudności interpretacyjne w obszarze zagadnień poruszonych w treści, a także próba odpowiedzi na pytanie, czy aktualnie obowiązujące regulacje prawne gwarantują wystarczającą ochronę praw osoby chorującej na demencję lub inne zaburzenie otępienne w zakresie jej prawa do samostanowienia.

Charakter artykułu: artykuł ma charakter przeglądowy. Wartość poznawcza rozważań poczynionych w artykule, opartych na analizie nie tylko doktryny prawa, ale i medycyny w zakresie zaburzeń otępiennych, może mieć znaczenie zarówno dla nauki, jak i praktyki, zwłaszcza w obszarze interpretacji obowiązujących aktualnie regulacji prawnych.

* dr, Instytut Nauk Prawnych Uniwersytet Opolski (Polska), e-mail: awilk@uni.opole.pl, ORCID: 0000-0002-0252-1577



Zastosowane metody: w opracowaniu zastosowano metody teoretyczno-prawną oraz dogmatyczno-prawną, oparte na analizie treści merytorycznych i poglądów przedstawicieli doktryny prawa i medycyny oraz na szerokiej analizie dorobku judykatury. Dokonano problemowej analizy zagadnienia będącego przedmiotem opracowania.

Wnioski: poruszone w opracowaniu zagadnienie jest nie tylko doniosłe prawnie, ale i społecznie. Wobec postępujących zmian demograficznych w Polsce potrzeba wypracowania kompleksowego modelu ochrony praw osób cierpiących na demencję lub inne zaburzenia otepienne jest w polskim prawie coraz pilniejsza. Każde z zaburzeń otepiennych wpływa w istotny sposób na świadomość człowieka. W ramach prawa do samostanowienia, każdy człowiek powinien mieć możliwość zadecydowania o swoich sprawach na wypadek pogorszenia się jego stanu zdrowia. Aktualna luka w prawie w kwestii zadecydowania o prowadzeniu przez osobę trzecią spraw chorego w przyszłości, u którego dopiero zdiagnozowano chorobę otepienną, może zostać wypełniona przez wprowadzenie do systemu prawnego pełnomocnictwa rejestrowego (zwanego też w innych krajach pełnomocnictwem prewencyjnym, opiekuńczym), którego skuteczność zostanie uruchomiona dopiero po stwierdzeniu przez uprawnionych lekarzy o utracie świadomości przez chorego. Dzięki temu w polskim systemie prawnym osoba chorująca na demencję lub inne zaburzenia otepienne będzie miała realnie zagwarantowane prawo do samostanowienia, bez wątpliwości w zakresie ewentualnej nadmiernej ingerencji państwa w sferę praw jednostki.

Słowa kluczowe: brak świadomości, demencja, zaburzenie otepienne, pełnomocnictwo, zdolność do czynności prawnych

LEGAL PERSPECTIVE ON THE ASSESSMENT OF THE STATE OF CONSCIOUSNESS IN A PERSON SUFFERING FROM DEMENTIA OR ANOTHER DEMENTING DISORDER

ABSTRACT

Subject of research – The considerations undertaken in this study focus on the issue of assessing, from a legal perspective, the state of consciousness of a non-incapacitated adult suffering from dementia or other dementing disorders.

Main thesis – A diagnosis of dementia or other dementing disorders is insufficient to render a declaration of will made or a legal act performed invalid in every case. The model of supported decision-making, especially the institution of a registered power of attorney, which would produce effects only from the moment when at least two doctors (a neurologist and a psychiatrist) establish the lack of consciousness in the ill person, is a desirable and necessary solution in the Polish legal system. In view of the plans to abolish the institution of incapacitation, this solution would be an expression of the legislator's genuine concern for the protection of the rights of persons affected by dementing disorders.

Purpose of the research – The purpose of the considerations in this study is to indicate the heterogeneity of the legal provisions and the difficulties of interpretation in the area of the issues raised herein, as well as to attempt to answer the question of whether the legal regulations currently in force guarantee sufficient protection of the rights of a person suffering from dementia or another dementing disorder with regard to their right to self-determination.

Nature of the article – The article is a review. The cognitive value of the considerations made in the article, based on an analysis not only of legal doctrine, but also of medicine in the field of dementing disorders, may be of importance both for science and for practice, especially as regards the interpretation of the legal regulations currently in force.

Methods used – The study uses theoretical-legal and dogmatic-legal methods, based on an analysis of the substantive content and views of representatives of legal and medical doctrine, as well as on an extensive analysis of the body of jurisprudence. A problem-based analysis of the issue under study was carried out.

Conclusions – The issue addressed in this study is important not only legally but also socially. In view of the progressing demographic changes in Poland, the need to develop a comprehensive model for the protection of the rights of persons suffering from dementia or other dementing disorders is increasingly urgent in Polish law. Each dementing disorder has a significant impact on human consciousness. Within the framework of the right to self-determination, every person should be able to decide on their own affairs in the event of a deterioration in their health. The current gap in the law regarding the possibility of deciding that a third party will manage the affairs in the future of a patient who has only just been diagnosed with a dementing disorder may be filled by introducing into the legal system a registered power of attorney (also referred to in other countries as a 'preventive' or 'guardianship' power of attorney), the effectiveness of which will be triggered only after authorised doctors have established that the patient has lost consciousness. In this way, under the Polish legal system, a person suffering from dementia or other dementing disorders will be genuinely guaranteed the right to self-determination, without doubts as to possible excessive state interference in the sphere of individual rights.

Keywords: lack of consciousness, dementia, dementing disorder, power of attorney, capacity to perform legal acts

WPROWADZENIE

Prawo do samostanowienia, decydowania o swoim życiu osobistym i autonomia decyzyjna to jedne z podstawowych praw człowieka, wynikających z godności ludzkiej. Przewidziane w prawie swoboda podejmowania decyzji, wyrażania swojej woli i zdolność do czynności prawnych są wyrazem ich realizacji. Konieczne jest jednak dysponowanie przez decydenta odpowiednim rozeznaniem i rozumieniem skutków podejmowanych działań. W przypadku chorób otepiennych, w których kłopoty z pamięcią i zaburzone funkcje poznawcze są nieodłącznym elementem procesu postępującej choroby, szczególnie istotne jest obowiązywanie takich rozwiązań prawnych, które nie odbierają całkowicie zdolności do czynności prawnych, lecz przewidują możliwości wsparcia tej osoby w procesie podejmowania jak najlepszej dla niej decyzji. Dotyczy to również możliwości zadecydowania przez osobę chorą o swoich sprawach na przyszłość. Zagadnienie to jest szczególnie ważne aktualnie, gdy do polskiego systemu prawnego planowane jest wprowadzenie oczekiwanych od wielu lat zmian, polegających na zastąpieniu ubezwłasnowolnienia całkowitego modelem wspieranego podejmowania decyzji.

Wobec postępujących zmian demograficznych w Polsce potrzeba kompleksowego uregulowania sytuacji prawnej osób cierpiących na demencję staje się w polskim prawie coraz pilniejsza. Liczba osób dotkniętych zaburzeniami otepiennymi stale rośnie, coraz częściej dostrzega się w doktrynie prawa konieczność

wypracowania kompleksowego modelu ochrony¹. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego liczba osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie rośnie. Na koniec 2021 r. osób w wieku 60 lat i więcej było 9,7 mln. Zgodnie z prognozami GUS liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce w 2030 r. ma wzrosnąć do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. – do 13,7 mln. Osoby starsze będą stanowiły około 40% ogółu ludności Polski². Konieczne zatem wydaje się zweryfikowanie obowiązujących regulacji prawnych w kontekście oceny konsekwencji, jakie choroby neurodegeneracyjne, nieodłącznie związane z wiekiem, wywołują względem zdolności do czynności prawnych człowieka.

Podjęte w opracowaniu rozważania skoncentrowane zostały na osobie dorosłej nieubezwłasnowolnionej, chorującej na demencję, chorobę Alzheimera lub inne zaburzenie otępienne – choroby te zwane są również zaburzeniami otępiennymi lub chorobami neurodegeneracyjnymi. Celem podjętej analizy jest próba odpowiedzi na pytanie, czy aktualnie obowiązujące przepisy prawa realnie chronią prawo do samostanowienia tych osób, a także w jakim zakresie zdiagnozowanie zaburzeń otępiennych oraz postępująca choroba determinują skutki prawne złożonych oświadczeń woli i podjętych czynności prawnych przez tę osobę w ramach zdolności do czynności prawnych. W obowiązujących regulacjach prawnych stosuje się ogólne określenia, np. stan wyłączający świadome powzięcie decyzji lub wyrażenie woli (art. 82 k.c. art. 945 § 1 pkt. 1)³, niezdolność do świadomego wyrażenia zgody (art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴, art. 39 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁵) oraz wielokrotnie używane w orzecznictwie określenie: brak świadomości. Z kolei w art. 86 ustawy Prawo o notariacie, ustawodawca wprowadza zakaz dokonywania czynności notarialnej notariusza, jeżeli poweźmie on wątpliwość, czy strona czynności notarialnej ma zdolność do czynności prawnych⁶. J. Pobochoa słusznie zwraca uwagę, iż przepisy k.c. tj. art. 82 k.c. oraz art. 945 k.c., określające nieważność oświadczenia woli złożonego przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, nie tylko nie definiują pojęć takich jak: świadomy, swobodne wyrażenie woli, decyzja – nie przewidują również stopniowania zdolności do czynności prawnych, a jedynie jej ewentualne wyłączenie⁷. Regulacje te mogą być związane z decydowaniem przez osobę chorą o swoich doniosłych prawnie sprawach, np. majątkowych, powierzeniu prowadzenia swoich spraw osobistych osobie trzeciej, o pobytku w domu pomocy społecznej, zgodzie na zabieg

¹ B. Giesen, *Prawo cywilne wobec potrzeby ochrony osób z demencją – analiza z perspektywy prawa niemieckiego*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2019, T. CXIII, s. 31–51.

² Analizy statystyczne, Opracowanie GUS, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r., Warszawa–Białystok 2022, s. 10.

³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061).

⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516 z późn. zm.).

⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).

⁶ Ustawa z dnia 14 lutego 1991 r. Prawo o notariacie (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1001).

⁷ J. Pobochoa, *Prawne aspekty otępienia*, w: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003, s. 513.

medyczny itp. Uniemożliwienie jej takich działań, w ocenie osób trzecich – dla jej dobra, stanowi poważną ingerencję w prawa człowieka. Nie bez znaczenia jednak jest konieczność podjęcia działań w zastępstwie za tę osobę, gdy ta traci świadomość na skutek choroby. Warto zatem dostrzec powagę i doniosłość tego zagadnienia, ale i trudność w wyważeniu zasadności ewentualnej ingerencji sądu w prawa człowieka. Wywołuje to pytania o konieczność doprecyzowania w prawie tak ważnego obszaru ochrony praw jednostki. Jak wynika bowiem z analizy tej kwestii z punktu widzenia medycyny, ocena stanu świadomości osoby chorej nie jest prosta, jednoznaczna i nie ma tu schematów, które można by stosować w przypadku poszczególnych chorób wywołujących zaburzenia otępienne. Co więcej, diagnoza choroby nie oznacza jednocześnie stanu wyłączającego świadomość. Tym bardziej zatem wobec ogólnych określeń stosowanych w prawie mogą pojawiać się trudności interpretacyjne w ustaleniu, czy u danej dorosłej osoby nieubezwłasnowolnionej, posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz chorującej na demencję lub inne zaburzenie otępienne, doszło w istocie do ograniczenia czy też do całkowitego zniesienia kompetencji decyzyjnych na danym etapie choroby.

Na wstępie niniejszych rozważań należy zatem postawić tezę, iż samo stwierdzenie występowania zaburzeń pamięci i świadomości w związku ze zdiagnozowaną chorobą otępienną nie wystarczy, aby uznać złożone oświadczenie woli lub dokonaną czynność prawną za nieważną. Potrzebne jest wprowadzenie do polskiego systemu prawnego rozwiązań będących wyrazem ochrony praw osób chorujących na demencję lub inne zaburzenia otępienne, w zakresie korzystania przez nich z przysługującej im zdolności do czynności prawnych. Model wspieranego podejmowania decyzji, a zwłaszcza instytucja pełnomocnictwa rejestrowego, wywołującego skutki dopiero od chwili stwierdzenia przez co najmniej dwóch lekarzy (neurologa i psychiatry) zaistnienia braku świadomości u osoby chorej, są rozwiązaniami pożądanymi i niezbędnymi w polskim systemie prawnym. Są to rozwiązania, które wobec planów likwidacji instytucji ubezwłasnowolnienia będą stanowiły wyraz rzeczywistej dbałości ustawodawcy o ochronę praw osób dotkniętych zaburzeniami otępiennymi.

ZABURZENIA OTĘPIENNE

Dla prawidłowej oceny skutków, jakie z perspektywy prawa mogą wywoływać choroby otępienne, konieczne jest dokonanie analizy podstawowych informacji o przebiegu tych chorób. Według danych opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia liczba osób chorych na otępienia na świecie przekracza obecnie 50 mln, z częstością nowych zachorowań sięgającą niemal 10 mln przypadków rocznie. Według tychże danych do najczęstszych przyczyn otępień należą choroby neurodegeneracyjne i naczyniowe mózgowia. Szacuje się, że około 60–70% przypadków otępień rozwija się w przebiegu choroby Alzheimera⁸.

⁸ A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, H. Kujawska-Danecka, P. Zagożdżon, M. Mossakowska, *Zaburzenia funkcji poznawczych*, w: *Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób*

Zgodnie z kolei z danymi opublikowanymi przez międzynarodową federację towarzystw alzheimerowskich (Alzheimer Disease International, ADI) prognozuje się, że liczba chorych na otępienia będzie wzrastać, podwajając się do 74,7 mln przypadków w 2030, a w 2050 roku – do 131,5 mln⁹.

Najczęstszymi rodzajami otępienia występującego u osób starszych są: choroba Alzheimera i otępienie naczyniopochodne¹⁰. Choroba Alzheimera to schorzenie neurodegeneracyjne, charakteryzujące się nieodwracalną degradacją psychiczną¹¹. Jest ona również najczęstszym powodem zaników pamięci i świadomości. Po raz pierwszy została opisana przez niemieckiego neuropatologa Aloisa Alzheimera w 1906 r.¹² Choroba Alzheimera stanowi 50–75% wszystkich przypadków demencji¹³. G. Opala, dokonując prognozy epidemiologicznej w świetle prognoz demograficznych, podkreśla, że jeśli zapadalność na choroby otępienne nierozzerwalnie związana jest z wiekiem, to wzrost starszych grup wiekowych w populacji nieuchronnie będzie prowadził do rozpowszechniania się zespołów otępiennych. Rozwiązanie problemów, jakie zjawisko to wywoływać będzie w społeczeństwie, jest z pewnością jednym z wyzwań współczesnego świata, a z pewnością też wyzwań dla systemu prawnego¹⁴. J. Rymaszewska i A. Kiejna wskazują, że Polsce dopiero w ostatnim dziesięcioleciu przeprowadzono kilka badań oceniających występowanie zaburzeń otępiennych w populacji¹⁵.

Otępienie jest w literaturze przedmiotu określane jako zespół objawów, w którym główną rolę odgrywają zaburzenia poznawcze obserwowane w kilku dziedzinach. Zaburzenia te powodują trudności w wykonywaniu codziennych czynności, ograniczenie zdolności do pracy zawodowej lub kontaktów międzyludzkich¹⁶. Zaburzenia otępienne, zwane również demencją, wywołują m.in. problemy w funkcjonowaniu poznawczym człowieka, które to problemy, z perspektywy zdolności do podejmowania przez taką osobę decyzji o skutkach prawnych, mają najistotniejsze znaczenie. Funkcje poznawcze to inaczej funkcje obejmujące prawidłowy odbiór sygnałów, selekcje, gromadzenie oraz przechowywanie informacji (pamięć), a także operacje na tych informacjach, tj. rozpoznawanie, rozumowanie, myślenie

starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, red. nauk. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mosakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021, s. 293.

⁹ Alzheimer Disease International (ADI) 2015, World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends, London 2015, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> (dostęp: 1.08.2024).

¹⁰ R. Motyl, *Otępienie – kryteria diagnostyczne*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2007, nr 3 (2), s. 43–60.

¹¹ C. Żekanowski, A. Przyłuska-Fiszler, M. Barcikowska, *Choroba Alzheimera: pomiędzy diagnostyką, ekonomią i etyką*, w: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003, s. 37.

¹² R. Tanajewska, *Nie pamiętam dokąd idę, ale wiem, że jestem – o zdolności do czynności prawnych osób z zaburzeniami pamięci i świadomości*, „Pogranicze. Studia społeczne” 2016, T. XXVIII, s. 149–161.

¹³ G. Opala, *Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych*, w: *Choroby otępienne...*, op. cit., s. 21.

¹⁴ Ibidem, s. 21.

¹⁵ J. Rymaszewska, A. Kiejna, *Przegląd badań nad występowaniem zaburzeń otępiennych w Polsce*, w: *Choroby otępienne...*, op. cit., s. 27.

¹⁶ R. Motyl, *Otępienie – kryteria diagnostyczne*, op. cit., s. 44; A. Mosiołek, *Metody badań funkcji poznawczych*, „Psychiatria” 2014, T. 11, nr 4, s. 215.

abstrakcyjne¹⁷. Funkcją procesów poznawczych człowieka jest natomiast odbieranie, przetwarzanie i przechowywanie informacji. Uszkodzenie mózgu na skutek choroby prowadzi do zaburzeń zarówno aktywności poznawczej, jak i procesów emocjonalnych oraz kontrolujących¹⁸. W literaturze z zakresu medycyny wskazuje się cztery grupy problemowe funkcjonowania osoby z zaburzeniami otępiennymi, tj. aktywność dnia codziennego (A, activities of daily living), zachowanie (B, behavior), funkcje poznawcze (C, cognitions) oraz domaganie się opieki (D, demands)¹⁹. Fazą poprzedzającą wystąpienie otępienia jest okres łagodnych zaburzeń poznawczych. Jak podają autorki, u pacjenta występuje wówczas niepokój związany ze zmianami w zakresie sprawności poznawczej, jednak zachowana zostaje u niego samodzielność codziennego funkcjonowania i nie stwierdza się otępienia. Jak wynika bowiem z kryteriów diagnostycznych otępienia typu alzheimerowskiego, według DSM-IV (APA – American Psychiatric Association), jednym z kryteriów jest to, że deficyt poznawczy nie występuje równoległe z zaburzeniami świadomości²⁰.

W literaturze z zakresu medycyny wskazuje się, że największą przyczyną chorób otępiennych wieku „starczego” jest choroba Alzheimerera (AD), będąca procesem neurodegeneracyjnym. Jak podaje T. Zyss, kryteria diagnostyczne choroby Alzheimerera zostały opracowane przez grupę roboczą narodowego Instytutu Chorób Neurologicznych, Zaburzeń Komunikacji Werbalnej i Udaru oraz Towarzystwa Choroby Alzheimerera i Schorzeń Pokrewnych i noszą nazwę kryteriów NINCDS-ADRDA²¹. W zależności od wystąpienia określonych objawów klinicznych, rozpoznaje się otępienie możliwe, prawdopodobne lub ostateczne²². Cechą charakterystyczną tej choroby jest postępowanie deficytu funkcji poznawczych, zwłaszcza pamięci²³. Jak twierdzą K. Swakowska i A. Staniszevska, choroba Alzheimerera jest chorobą zwyrodnieniową mózgu, spowodowaną odkładaniem się w nim patologicznych białek B-amyloidu, białka tau i alfa-synukleiny, powodujących zanik neuronów i ich połączeń. Zanikają kolejne neurony w obszarach mózgu, pojawiają się m.in. trudności w planowaniu, nieumiejętność rozwiązywania problemów, trudności z aktualizacją słów, dołączają zaburzenia zachowania. Z perspektywy prawa bardzo ważną jest informacja, że proces choroby AD zaczyna się kilkadziesiąt lat przed wystąpieniem klinicznych objawów otępienia. Formy otępienia naczyniopochodnego (vascular dementia – VD) poprzedzone są bowiem wieloletnim okresem przedklinicznym. W chorobie AD ok. 3–4 lata przed rozpoznaniem otępienia dochodzi natomiast do wyraźnego przyspieszenia narastania zaburzeń poznawczych²⁴.

¹⁷ J. Vetulani, J. Leszek, *Neurochemia zaburzeń procesów poznawczych. Perspektywy terapeutyczne*, w: *Choroby otępienne...*, op. cit., s. 167.

¹⁸ S. Kotapka-Minc, *Funkcje poznawcze i ich zaburzenia*, w: *Otępienie*, red. A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska, Kraków 2004, s. 15.

¹⁹ Zob. P. Calabrese, M. Lutz, *Diagnostyka i ocena przebiegu otępienia*, w: *Leczenie zespołów otępiennych*, red. T. Zyss, Wrocław 2005, s. 71.

²⁰ K. Swakowska, A. Staniszevska, *Choroba Alzheimerera: klasyfikacja oraz kryteria rozpoznania choroby*, „Journal of Education, Health and Sport” 2021, nr 11 (7), s. 22–29.

²¹ Zob. P. Calabrese, M. Lutz, *Diagnostyka i ocena przebiegu otępienia...*, op. cit., s. 51.

²² Ibidem, s. 52.

²³ K. Swakowska, A. Staniszevska, *Choroba Alzheimerera...*, op. cit., s. 22–29.

²⁴ M. Bidzan, L. Bidzan, *Objawy neurobehavioralne we wczesnych postaciach otępień typu Alzheimerera i naczyniopochodnych*, „Psychiatria Polska” 2014, nr 48 (2), s. 327.

Otępienie z ciałami Lewy'ego, jak podaje R. Motyl, jest prawdopodobnie drugą pod względem częstości po AD przyczyną otępień. Jest to choroba neurodegeneracyjna, w przebiegu której dochodzi do patologicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, skutkujących demencją. Ten rodzaj otępienia pojawia się po 75. roku życia, a zaburzeniom towarzyszą postępujące zaburzenia psychopatologiczne. Co istotne, zaburzenia pamięci nie zawsze są obecne we wczesnej fazie otępienia²⁵.

Kryteria rozpoznania otępienia opierają się najczęściej na dwóch używanych systemach klasyfikacyjnych, tj. ICD-10 (aktualnie ICD-11) – International Classification of Diseases, oraz DSM-IV, tj. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Pasquale Calabrese i Martin Lutz zwracają jednak uwagę, że w zakresie diagnostyki otępienia różnice między ICD-10 a DSM-IX są niewielkie²⁶. Narzędziem wstępnej oceny głębokości otępienia jest MMSE (Krótka skala oceny stanu psychicznego, Mini-Mental State Examination), polegające na tym, że osobie badanej zadaje się 30 pytań i poleceń pogrupowanych w 11 kategoriach umożliwiających ocenę takich funkcji, jak: orientacja w czasie, orientacja w miejscu, zapamiętywanie, uwaga i liczenie, przypominanie, nazywanie, powtarzanie, rozumienie, czytanie, pisanie i rysowanie²⁷. Za każdą prawidłową odpowiedź przydziela się punkt. Jak podaje B.A. Kaczmarek, przedział powyżej 23 a 26 punktów to przedział wskazujący wysokie ryzyko otępienia, utożsamianego w wypadku testu MMSE z obszarem łagodnych zaburzeń poznawczych. Wynik poniżej 24 punktów wskazuje na bardzo wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia otępienia²⁸.

Powyższe pozwala stanąć na stanowisku, iż z perspektywy prawa, dokument zawierający diagnozę choroby neurodegeneracyjnej nie stanowi jednocześnie wyłącznego dowodu na istnienie stanu wyłączającego świadomość tejże osoby. Specyfiką zaburzeń otępiennych jest bowiem to, że mogą one w różnym stopniu wpływać w poszczególnych fazach choroby na zdolność podejmowania decyzji przez chorego. Ocena kompetencji pacjenta cierpiącego na otępienie stanowi duże wyzwanie i jest uzależniona od nasilenia objawów chorobowych. Zdaniem P. Zurzyckiej i T. Radzika musi być powiązana z jego aktualną sytuacją kliniczną i perspektywa rozwoju choroby²⁹. Warto również mieć na uwadze fakt, na który zwrócił uwagę Sąd Apelacyjny we Wrocławiu, stwierdzając, iż w stanach otępienia starszego pacjenci mogą zachować tzw. fasadę psychiczną, kiedy to chory w pewnych okolicznościach może utrzymać poprawną postawę, a kontakt z nim może być pozornie poprawny. W krótkotrwałym kontakcie fasada ta może maskować prawdziwy stan chorego, jego brak zdolności prawidłowej i krytycznej oceny rzeczywistości³⁰.

²⁵ R. Motyl, *Otępienie – kryteria diagnostyczne*, op. cit., s. 44.

²⁶ P. Calabrese, M. Lutz, *Diagnostyka i ocena przebiegu otępienia...*, op. cit., s. 51.

²⁷ B. Kaczmarek, *Zastosowanie krótkiej skali oceny stanu psychicznego w przesiewowej ocenie funkcjonowania poznawczego osób starszych. Ograniczenia tzw. korekty Mungasa w ocenie Deficytów*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2021, T. 16, nr 3–4, s. 176.

²⁸ Ibidem, s. 176.

²⁹ P. Zurzycka, T. Radzik, *Autonomia decyzji pacjenta cierpiącego na zaburzenia otępienne – zarys problematyki*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, T. 23, z. 2, s. 270.

³⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28.05. 2013 r., sygn. akt I ACa 488/13, LEX nr 1369451.

STAN WYŁACZAJĄCY ŚWIADOMOŚĆ – INTERPRETACJE W PRAWIE

Ograniczenie lub utrata świadomości są nieodłącznymi elementami postępującej choroby neurodegeneracyjnej. Mając na uwadze fakt, iż każda osoba dorosła nieubezwłasnowolniona posiada zdolność do czynności prawnych, nie pozostaje to bez znaczenia dla skuteczności podejmowanych przez osobę z zaburzeniami otępiennymi czynności prawnych³¹. Renata Tanajewska słusznie stawia pytanie, gdzie jest granica pamięci i świadomości ludzkiego umysłu? Autorka zwraca uwagę, że osoba z zaburzeniami pamięci i świadomości może w chwili dokonywania czynności prawnej mieć wolę jej dokonania, a po jej dokonaniu oświadczyć, że nie pamięta chwili jej dokonania lub nie wyraziła zgody na jej dokonanie. Osoba ta może potwierdzić zgodność oświadczenia woli z dokonaną czynnością prawną, ale osoba trzecia może kwestionować dokonanie czynności prawnej³².

Problematykę ważności oświadczenia woli złożonego przez osobę, u której doszło do utraty świadomości, regulują przepisy prawa cywilnego. Jak stanowi art. 82 k.c.:

Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenia woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych.

Dokonując interpretacji powyższej regulacji, w doktrynie prawa podkreśla się, że nieistotne są powody wyłączenia świadomości lub swobody powzięcia decyzji i wyrażenia woli, bowiem ustawodawca jedynie przykładowo wskazuje możliwe przyczyny utraty świadomości lub swobody³³.

Mając na uwadze treść tej regulacji, należy podkreślić, że ustawodawca wymienia cztery czynniki decydujące o skutkach czynności prawnej (wola stron, ustawa, zasady współżycia społecznego i ustalone zwyczaje). Oświadczenie woli jest zatem niezbędnym elementem czynności prawnej, określającym jej skutki. W doktrynie prawa powszechny jest pogląd, iż: „oświadczeniem woli jest tylko działanie, którego celem jest dokonanie czynności prawnej, czyli czynności konwencjonalnej zmierzającej do wykreowania, zmiany albo zniesienia stosunku cywilnoprawnego”³⁴.

Warto dodać, że z perspektywy osób chorujących na demencję istotne znaczenie ma ponadto treść art. 60 k.c., zgodnie z którym, z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. W tej kwestii wypowiedział się Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z dnia 23.01.2003 r., stwierdzając, że to, czy w danym przypadku dochodzi

³¹ Zob. A. Wilk, *Prawne aspekty podejmowania decyzji przez członków rodziny w zastępstwie za osobę, u której doszło do osłabienia umysłowego wywołanego wiekiem lub chorobą – zagadnienia wybrane*, „Wychowanie w Rodzinie” 2023, nr 4, s. 49–77.

³² R. Tanajewska, *Nie pamiętam dokąd idę, ale wiem, że jestem...*, op. cit., s. 149–161.

³³ *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. serii K. Osajda, red. tomu W. Borysiak, Warszawa 2024, Legalis.

³⁴ *Ibidem*.

do oświadczenia woli, zależy od tego, czy wola zostaje wyrażona, ale także i od tego, czy dany podmiot (jego organ) ma świadomość tego i chce, by to, co oświadcza, było traktowane jako jego oświadczenie woli, które ma wywoływać określone skutki w sferze stosunków cywilnoprawnych³⁵. Z kolei w art. 56 k.c. przewidziano, iż czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Zdaniem SN przy ocenie zatem, czy i jakiej treści oświadczenie zostało złożone, decydujący powinien być jego odbiór zewnętrzny, a nie to, jaki wewnętrznie zamiar przyświecał w rzeczywistości składającemu oświadczenie³⁶. W przypadku jednak, gdy jedna ze stron czynności prawnej złoży oświadczenie woli w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji lub wyrażenie woli, skutkiem jest bezwzględna nieważność czynności³⁷. Czynność prawna nie wywołuje wówczas zamierzonych skutków prawnych³⁸. Oświadczenia woli dotknięte tego rodzaju wadą nie podlegają konwalidacji ani konwersji, nie mają również znaczenia przy czynności wyłączenia świadomości lub swobody. Z punktu widzenia skutków prawnych bez znaczenia są również przyczyny wyłączenia świadomości lub swobody³⁹.

Niezwykle istotne zatem jest prawidłowe ustalenie stanu, w jakim znajduje się osoba z zaburzeniami otępiennymi w chwili składania oświadczenia woli lub dokonywania czynności prawnej. Przykładem takiej sytuacji jest konieczność oceny przez notariusza, czy świadomość osoby chorującej na chorobę otępienną w chwili dokonywania czynności prawnej lub składania oświadczenia woli jest całkowicie wyłączona, czy może tylko ograniczona w związku z następstwami jakie wywołuje choroba. Kwestia ta jest przedmiotem orzecznictwa; wskazuje się trudności w praktyce oceny stanu świadomości osoby chorej przez osoby, które nie są przedstawicielami zawodów medycznych.

Rozważania na ten temat warto rozpocząć od przytoczenia poglądu, który Sąd Najwyższy wyraził w postanowieniu z dnia 30.04.1976 r. SN wyjaśnił, iż stan wyłączający świadomość to: „brak rozeznania, niemożność rozumienia zachowań własnych i zachowań innych osób, niezdawanie sobie sprawy ze znaczenia skutków własnego postępowania”⁴⁰. Podobnie Sąd Najwyższy wskazał w wyroku z 1999 r.: „sama dysfunkcja mentalna nie powoduje utraty zdolności do czynności prawnych oraz utraty zdolności procesowej, aczkolwiek może stanowić wadę oświadczenia woli”⁴¹. Takie rozumienie pojęcia stanu wyłączającego świadomość jest

³⁵ Wyrok SN z dnia 23.01.2003 r. sygn. akt III RN 6/02 <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia1/III%20RN%206-02.pdf> (dostęp: 9.09.2024).

³⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7.05.2014 r., sygn. akt II CSK 481/13, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/II%20CSK%20481-13-1.pdf> (dostęp: 20.08.2024).

³⁷ *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. serii K. Osajda, red. tomu W. Borysiak, Warszawa 2023, Legalis; K. Pietrzykowski, w: *Komentarz do KC*, red. K. Pietrzykowski, t. I, Warszawa 2015, s. 381.

³⁸ J. Wajdzik, *Brak świadomości albo swobody jako wada oświadczenia woli*, „Edukacja Prawnicza” 2011, nr 3, s. 19.

³⁹ Por. P. Nazaruk, w: *Komentarz KC*, red. J. Ciszewski, Warszawa 2014, s. 189.

⁴⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30.04.1976 r., III CRN 25/76, OSPiKA 1977/4, poz. 78.

⁴¹ Wyrok Sądu Najwyższego z 23.09.1999 r., II UKN 131/99, OSNP 2001/77.

obecne również z bieżących rozstrzygnięciach Sądu Najwyższego⁴². Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 28.03.2019 r. wyraźnie podkreślił, że dla zastosowania przepisu art. 82 k.c. konieczne jest, by stan chorobowy był przyczyną, która doprowadziła do skutku w postaci wyłączenia możliwości świadomego bądź swobodnego powzięcia decyzji lub wyrażenia woli. Nie wystarczy wykazać, że składający oświadczenie woli cierpiał na daną chorobę, która mogła wpływać na procesy psychologiczne związane z rozumieniem (świadomością) znaczenia i treści składanego oświadczenia woli. Słusznie Sąd zauważa, że:

„Nie każde wywołane chorobą Alzheimera upośledzenie funkcji poznawczych mózgu musi świadczyć o wystąpieniu przesłanek z art. 82 k.c. Dopiero wówczas, gdy stan chorego jest taki, iż nie można przyjąć, że działa on ze świadomością okoliczności zewnętrznych lub charakter czynności (okoliczności, w jakich jest ona dokonywana, jej treści lub skutki) jest na tyle złożony lub zaskakujący dla chorego, że nie jest on w stanie świadomie ich ocenić, stwierdzić należy zaistnienie wady oświadczenia woli, o której mowa w art. 82 k.c. Samo zdiagnozowanie choroby zaś nie uprawnia do formułowania takiej tezy⁴³.”

Co więcej, jak stwierdził Sąd Apelacyjny w Białymstoku, nie można przyjmować istnienia stanu wyłączającego świadomość osób chorych psychicznie lub niedorozwiniętych umysłowo – nawet wtedy, gdy są ubezwłasnowolnione całkowicie lub częściowo, gdyż w danym momencie działać one mogą z wystarczającym rozeznaniem⁴⁴.

Wątpliwości interpretacyjne określenia „stan wyłączający świadomość” dotyczą m.in. tego, czy ustawodawca przewidział w art. 82 k.c. całkowite czy częściowe wyłączenie świadomości jako podstawę do uznania ewentualnej ważności oświadczenia woli. Wyrażane są w tym zakresie różne poglądy i orzecznictwie. Przykładowo, SN w wyroku z 07.02.2006 r. stwierdził, że: „stan wyłączający świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli nie może być rozumiany dosłownie, wobec czego nie musi oznaczać całkowitego zniesienia świadomości i ustania czynności mózgu”⁴⁵. Sąd Najwyższy ponadto powtórzył pogląd wyrażony w 1976 r., że dla uznania, iż doszło do stanu wyłączającego świadome podjęcie decyzji, wystarczy brak rozeznania, niemożność rozumienia posunięć własnych i posunięć innych osób oraz niezdawanie sobie sprawy ze znaczenia i skutków własnego postępowania. W postanowieniu z 14.06.2005 r. SN uznał przeciwnie, że inne zaburzenia czynności psychicznych muszą mieć rozmiar wyłączający całkowicie świadome podjęcie decyzji⁴⁶. Niejednorodność w poglądach w tym zakresie można zaobserwować również w doktrynie prawa. Wyrażany jest bowiem pogląd, że ustawa nie wymaga dla zastosowania art. 82 KC istnienia stanu wyłączającego świadomość w ogóle (stanu nieprzytomności), ale stanu wyłączającego świadome powzięcie decyzji i wyrażenie

⁴² Wyrok Sądu Najwyższego z 18.05.2016 r., sygn. akt V CSK 578/15, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia3/v%20csk%20578-15-1.pdf> (dostęp: 9.09.2024).

⁴³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 28.03.2019 r. I ACa 612/18, <https://www.saos.org.pl/judgments/376514> (dostęp: 9.09.2024).

⁴⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15.10.2015 r. I ACa 491/15, Legalis nr 1359130.

⁴⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 07.02.2006 r. sygn. akt IV CSK 7/05, LEX nr 180191.

⁴⁶ Postanowienie SN z 14.06.2005 r. V CK 691/04, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia2/V%20CK%20691-04-1.pdf> (dostęp: 9.09.2024).

woli, a więc wyłączającego możliwość rozeznania, poznania znaczenia własnych i cudzych działań. Stan ten nie musi być trwały, może istnieć tylko przejściowo⁴⁷. Nie brak jednak stanowisk, w myśl których przepis art. 82 k.c. przewiduje skutki jedynie z całkowitym wyłączeniem świadomości, bez możliwości uwzględnienia tzw. „częściowego rozeznania” przez osobę składającą oświadczenie woli⁴⁸. Z kolei P. Nazaruk wskazuje, że jeśli utrata świadomości występuje w stopniu mniejszym niż znaczny, to wystąpienie wady oświadczenia należy badać pod kątem tego, czy składający oświadczenie ma rozeznanie co do swojego działania i zgodnie ze swoją wolą owe działanie podejmuje⁴⁹. Wskazany powyżej problem wynika z faktu, na który zwraca uwagę Z. Radwański, iż przepisy k.c. nie wprowadzają stopniowania stanu nieświadomości, a stan ten przecież może występować z różnym natężeniem⁵⁰. Należy zgodzić się z autorem, iż ocena, czy w momencie oświadczania woli dany podmiot działał z dostatecznym rozeznaniem, jest w kompetencji sądu w toczącym się postępowaniu sądowym. Diagnoza choroby, dokumentacja medyczna, badanie przez biegłego z zakresu psychiatrii, psychologii lub określonej specjalizacji z zakresu medycyny, zeznania świadków są z pewnością zasadniczymi dowodami w tego rodzaju sprawach. Jak słusznie podkreśla Sąd Apelacyjny w Krakowie, stan świadomości danej osoby w danym czasie jest ustaleniem faktycznym, dokonywanym przez sąd na podstawie oceny materiału dowodowego, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności mogących mieć wpływ na złożenie oświadczenia woli. Prawdłowo ustalona podstawa faktyczna umożliwia ocenę prawną pod kątem spełnienia przesłanek określonych w art. 82 k.c., co stanowi wyłączną prerogatywę sądu⁵¹.

Co zostało już wspomniane w opracowaniu, sama diagnoza choroby otepiennej nie stanowi wystarczającego dowodu do uznania, że w danych okolicznościach osoba choroba była w stanie wyłączającym świadomość. Podobna sytuacja miałaby miejsce w przypadku diagnozy depresji, która nie powoduje chronicznego stanu nieświadomości, na co zwrócił uwagę Sąd Apelacyjny w Gdańsku. Zdaniem Sądu:

oświadczenie złożone przez osobę w stanie depresji nie jest automatycznie nieważne jako złożone w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Stan depresji nie jest równoznaczny z permanentnym brakiem świadomości podejmowanych decyzji. W celu ustalenia, czy oświadczenie woli złożone przez osobę w stanie depresji było skuteczne należy zbadać, czy w chwili składania tego oświadczenia osoba ta znajdowała się w stanie umożliwiającym świadome i swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli⁵².

⁴⁷ Zob. *Zobowiązania. Przepisy ogólne i powiązane przepisy Księgi I KC. Tom I. Komentarz*, red. P. Machnikowski, Warszawa 2022, Legalis.

⁴⁸ Por. J. Strzebińczyk, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2011, s. 225; S. Rudnicki, w: *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*, red. S. Dmowski, S. Rudnicki, Warszawa 2009, s. 401.

⁴⁹ P. Nazaruk, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. J. Ciszewski, Warszawa 2013, s. 193.

⁵⁰ Z. Radwański, w: *System Prawa Prywatnego. T. 2. Prawo cywilne – część ogólna*, red. Z. Radwański, Warszawa 2008, s. 385.

⁵¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie – I Wydział Cywilny z dnia 9.01.2020 r., I ACa 1129/19, Legalis nr 2357672.

⁵² Wyrok SA W Gdańsku z 09.03.2011 r., sygn. akt I Aca 1506, Legalis.

W orzecznictwie wyraźnie wskazano, że niedopuszczalne jest domniemanie braku świadomości osoby dokonującej czynności prawnej⁵³. Sąd Najwyższy podkreślił, że choroba psychiczna albo innego rodzaju zaburzenia nie powodują automatycznie, że osoba, która złożyła oświadczenie woli, uważana być powinna za składającą to oświadczenie w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Konieczne jest ustalenie, czy w chwili wyrażania oświadczenia działała ona z dostatecznym rozeznaniem. Pogląd ten wyrażony został przez Sąd Apelacyjny w Szczecinie, w którego ocenie:

Nie każde wywołane chorobą Alzheimera upośledzenie funkcji poznawczych mózgu musi świadczyć o wystąpieniu przesłanek z art. 82 k.c. Dopiero wówczas, gdy stan chorego jest taki, iż nie można przyjąć, że działa on ze świadomością okoliczności zewnętrznych lub charakter czynności (okoliczności, w jakich jest ona dokonywana, jej treści lub skutki) jest na tyle złożony lub zaskakujący dla chorego, że nie jest on w stanie świadomie ich ocenić, stwierdzić należy zaistnienie wady oświadczenia woli, o której mowa w art. 82 k.c. Samo zdiagnozowanie choroby zaś nie uprawnia do formułowania takiej tezy⁵⁴.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyraźnie podkreślił z kolei, że:

choroba psychiczna albo innego rodzaju zaburzenia nie powodują automatycznie, że osoba, która złożyła oświadczenie woli, uważana być powinna za składającą to oświadczenie w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Konieczne jest ustalenie, czy w chwili wyrażania oświadczenia działała ona z dostatecznym rozeznaniem. Nie jest bowiem wykluczone, że mimo choroby psychicznej lub innych zaburzeń oświadczenie złożone zostało przez osobę działającą świadomie i swobodnie⁵⁵.

Poniższa analiza kilku przykładowych rozstrzygnięć sądów dotyczących osób dotkniętych chorobami otępiennymi daje podstawę do podsumowania, że często jest niemożliwym do stwierdzenia np. przez notariusza lub członków najbliższej rodziny, czy osoba jest w pełni świadoma podejmowanych czynności prawnych. W rezultacie przyjmowane są oświadczenia woli w ramach zarządu majątkiem od osoby chorej, które następnie w postępowaniach sądowych są weryfikowane pod kątem nieważności – właśnie z uwagi na błędną ocenę stanu świadomości osoby ze zdiagnozowaną chorobą otępienną. Warto również zwrócić uwagę na fakt, iż w niektórych sprawach decydującym jest dowód z opinii biegłego w zakresie psychiatrii, w innych sprawach – z zakresu psychologii i psychiatrii, w jeszcze innych – sąd opiera rozstrzygnięcie na ocenie trzyosobowego zespołu specjalistów w zakresie neurologii, psychiatrii oraz medycyny sądowej. Zasadnym wydaje się postulat o ujednoczeniu w prawie również tej kwestii, skoro dowód z opinii badania chorego przez biegłych jest w tego rodzaju sprawach kluczowy dla sądu.

⁵³ Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 29.07.2015 r., II CSK 854/14, Legalis nr 1460727.

⁵⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 28 marca 2019 r. I ACa 612/18, <https://www.saos.org.pl/judgments/376514> (dostęp: 9.09.2024).

⁵⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 15.10.2015 r., sygn. akt. I ACa 491/15, [https://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl/content/\\$N/15050000000503_I_ACa_000491_2015_Uz_2015-10-15_002](https://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl/content/$N/15050000000503_I_ACa_000491_2015_Uz_2015-10-15_002) (dostęp: 9.09.2024).

Jednym z przykładów takich rozstrzygnięć jest sprawa rozpoznana przez Sąd Apelacyjny w Warszawie w sprawie dotyczącej ustalenia, iż umowa darowizny zawarta w akcie notarialnym była bezwzględnie nieważna. W tej sprawie Sąd Okręgowy uznał, że w dacie zawarcia ww. umowy darująca znajdowała się w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli⁵⁶. Zdaniem biegłego psychologa osoba ta, darując, znajdowała się w drugim stadium choroby otępiennej starczej – umiarkowanym, na pograniczu trzeciego. W tym stadium występują okresy dobrego samopoczucia i jego pogorszenia. W ocenie biegłych psychiatrów mogła już mieć otępienie głębokie, a z pewnością był to stopień co najmniej umiarkowany. Taki stopień otępienia nie pozwalał na świadome i swobodne podejmowanie decyzji i wyrażenie woli w sprawach złożonych, do jakich zalicza się zniesienie współwłasności lokalu. Sąd Apelacyjny w Warszawie, uwzględniając zgromadzony przez SO w sprawie materiał dowodowy, potwierdzający, iż stan psychiczny tej osoby, z uwagi na istniejący u niej zespół otępienny w stopniu co najmniej umiarkowanym, nie pozwalał jej na świadome i swobodne podejmowanie decyzji i wyrażenie woli, oddalił apelację.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie rozpatrywał w 2014 r. sprawę dotyczącą żądania przez powoda stwierdzenia nieważności umowy darowizny, na podstawie której matka darowała swojej córce i siostrze powoda lokal mieszkalny. Powód argumentował, że jego matka w dacie sporządzenia aktu była osobą ciężko chora i nie posiadała zdolności świadomego podejmowania decyzji, a pozwana dążyła do celowego pozbawienia go należnej mu części spadku po matce. Sąd Okręgowy w Koszalinie stwierdził, że notarialna umowa darowizny zawarta w tej sprawie jest nieważna. Przy sporządzeniu aktu uczestniczył świadek, który wpisała imię i nazwisko darującej obok odcisku jej palca. Mocodawczyni, z uwagi na silnie trzęsące się ręce, nie była w stanie samodzielnie złożyć podpisu. Notariusz nie dostrzegła nieprawidłowości w jej zachowaniu. Nie została poinformowana, że darująca cierpi na chorobę Alzheimera. Już wcześniej, w dniu ślubu powoda, w którym uczestniczyła jego matka, jej zachowanie wyraźnie wskazywało na brak świadomości tego, co się dzieje i gdzie się znajduje. O darowiznie powód dowiedział się w dniu pogrzebu matki. Powołany w tej sprawie biegły sądowy z zakresy psychiatrii ustalił, że darująca – D.A. – w dniu 27 marca 2008 roku miała zniesioną zdolność świadomego i swobodnego powzięcia decyzji w przedmiocie rozporządzania swoim majątkiem w formie umowy notarialnej. Stwierdzono u niej zespół otępienny. Sąd doszedł do przekonania, że D.A. w czasie podpisywania spornej umowy darowizny na rzecz pozwanej nie działała z rozeznaniem na gruncie art. 82 k.c. Nie miała bowiem świadomości tego, co czyni, a jej choroba w tamtym czasie wyłączała w sposób absolutny jej swobodę w powzięciu decyzji o rozporządzeniu nieruchomości i wyrażeniu w tym zakresie swojej woli. Sąd Apelacyjny uznał, że tej sprawie konieczna jest kompleksowa opinia specjalistów, która została wydana w tej sprawie przez Zakład Medycyny Sądowej w B. w trzyosobowym składzie – specjalistów z zakresu neurologii, psychiatrii oraz medycyny sądowej, którzy doszli do identycznej konkluzji.

⁵⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie a dnia 26 września 2018 r., sygn. akt VI ACA 613/17, <https://www.saos.org.pl/judgments/374025> (dostęp: 21.08.2024).

Specjaliści uznali, iż stan zdrowia D.A. nie pozwalał jej w dniu 27 marca 2008 r. na świadome i swobodne podjęcie decyzji w przedmiocie zawarcia w formie aktu notarialnego umowy darowizny stanowiącego jej własność lokalu mieszkalnego. W związku z powyższym SA oddalił apelację⁵⁷.

W tej sprawie można dostrzec nie tylko niegodne postępowanie członków rodziny, ale także nieprawidłowe ustalenie stanu faktycznego przez notariusza, który wobec braku wiedzy o chorobie Alzheimera, mimo widocznych objawów braku świadomości darującej, przyjął od darującej oświadczenie niezbędne do dokonania darowizny mieszkania. Można zatem założyć, że ocena notariusza stanu świadomości osoby darującej oparta byłaby wyłącznie na diagnozie choroby (gdyby została ujawniona), bez oceny rzeczywistego stanu świadomości osoby, co pozostawałoby całkowicie w sprzeczności z poczynionymi w niniejszym opracowaniu rozważaniami. W kontekście skutków, jakie wywołują choroby otępienne, wady oświadczenia woli mają wyjątkowe znaczenie w przypadku czynności prawnych dokonywanych przez osoby w podeszłym wieku. Jak słusznie zauważa M. Nowocień, szczególną ostrożność notariusz musi wykazać, dokonując czynności notarialnych osób starszych. Stan świadomości może być u nich zaburzony nie tylko ze względu na wiek, ale także choroby czy zmęczenie⁵⁸.

Kolejnym przykładem jest sprawa rozpatrywana przez Sąd Apelacyjny we Wrocławiu, który to mocą wyroku z 28 maja 2013 r. w sprawie o unieważnienie umowy darowizny oddalił apelację pozwanego⁵⁹. W dniu 1 lipca 2004 r. powódka sporządziła testament w formie aktu notarialnego, w którym do całości majątku po sobie powołała powoda A.M. – jedynego opiekuna. Ponadto powódka wydziedziczyła wszystkich pozostałych spadkobierców ustawowych, gdyż, jak wskazała, nie interesowali się nią i nie dopełniali względem niej obowiązków rodzinnych. Po 2005 r. u S.W. nasilały się zaburzenia otępienne, objawiające się głównie w braku zapamiętywania. W dniu 25 kwietnia 2007 r. w Kancelarii Notarialnej S.W. oraz pozwany Z.W. zawarli w formie aktu notarialnego umowę darowizny. S.W. w czasie składania oświadczenia woli w dniu 25.04.2007 r. w przedmiocie darowizny znajdowała się w stanie wyłączającym świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Cierpiała ona wówczas na zespół otępienia typu mieszanego, o znacznym nasileniu, o przewlekle postępującym przebiegu. Zaprzeczała, jakoby dokonała ww. darowizny. Sąd I instancji uznał, że powództwo o unieważnienie darowizny zasługiwało na uwzględnienie i znajdowało podstawę w art. 82 k.c. Również w tej sprawie Sąd I instancji stanął na stanowisku, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy przekonuje, iż w chwili dokonywania czynności przed notariuszem S.W. znajdowała się w stanie wyłączającym świadome i swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli z uwagi na istniejące u niej otępienie typu mieszanego o znacznym nasileniu o przewlekle postępującym przebiegu.

⁵⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 30 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 448/12, <https://www.saos.org.pl/judgments/64445> (dostęp: 21.08.2024).

⁵⁸ M. Nowocień, *Nieświadomość jako przyczyna odmowy dokonania czynności notarialnej*, „Monitor Prawniczy” 2013, nr 24, s. 1300.

⁵⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 28 maja 2013 r., sygn. akt I ACa 488/13, LEX nr 1369451.

MODELE WSPIERANEGO PODEJMOWANIA DECYZJI ZAMIAST UBEZWŁASNOWIENIA CAŁKOWITEGO OSOBY Z ZABURZENIEM OTĘPIENNYM

Pomimo faktu iż międzynarodowe standardy praw człowieka stanowią gwarancje poszanowania godności osoby bez względu na jej wiek, brakuje regulacji gwarantujących w wystarczający sposób ochronę praw osób starzejących się⁶⁰. W celu promowania, ochrony oraz zapewnienia możliwości korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby starsze, opracowane zostały Rekomendacje Komitetu Ministrów Rady Europy dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych⁶¹. Zgodnie z rekomendacją określoną w pkt. 12 osoby starsze posiadają zdolność do czynności prawnych na równi z innymi osobami. W pkt. 13 rekomendacji wskazano, iż osoby starsze powinny mieć możliwość otrzymywania pomocy w podejmowaniu decyzji oraz korzystaniu ze zdolności prawnej, jeżeli uważają, że taka pomoc jest im potrzebna. Taka pomoc obejmuje możliwość upoważnienia osoby trzeciej do udzielania im wsparcia w podejmowaniu decyzji.

Z perspektywy omawianego w opracowaniu zagadnienia szczególnie istotna jest rekomendacja wynikająca z pkt. 14, zgodnie z którą państwa członkowskie w ustawodawstwie krajowym powinny dać osobom starszym możliwość uregulowania swoich spraw na wypadek, gdyby w przyszłości nie były w stanie wydawać odpowiednich wskazówek. Ponadto, jak wynika z rekomendacji z pkt. 15, państwa członkowskie powinny zapewnić odpowiedni i efektywny system zabezpieczenia przed nadużyciami każdego aspektu związanego z korzystaniem ze zdolności do czynności prawnych.

Uwzględniając powyższe rekomendacje, warto zadać pytanie, czy ubezwłasnowolnienie całkowite osoby starszej z powodu demencji lub innego zaburzenia otępiennego nie jest instytucją zbyt daleko idącą, która wbrew jej założeniom nie służy ochronie prawnej. Warto rozważyć również, czy instytucja ubezwłasnowolnienia rzeczywiście spełnia swoją rolę wobec przemian prawno-ekonomiczno-społecznych, które zaszły na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat.

Instytucja ubezwłasnowolnienia, wobec narastającej potrzeby wprowadzenia zmian, jest słusznie poddawana krytyce w doktrynie prawa od wielu lat. Podnoszone są wątpliwości co do dopuszczalności stosowania tej instytucji w nowoczesnym systemie prawnym. Należy zgodzić się ze stanowiskiem M. Balwickiej-Szczyrby oraz A. Sylwestrzaka, że ubezwłasnowolniony całkowicie traci samodzielność w sferze prawnej i zostaje poddany ingerencjom opiekuna prawnego w sferę jego integralności⁶². Niektórzy autorzy zadają wprost pytanie, czy instytucja ubezwłasnowolnienia

⁶⁰ A. Tworkowska-Baraniuk, *Realizacja idei praw człowieka wobec ludzi starych*, w: *Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć*, red. M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska, Białystok 2016, s. 165–174.

⁶¹ Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 posiedzenia Komitetu Delegatów Ministrów; Załącznik do Rekomendacji CM/Rec(2014)2; https://arch-bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/zalaczenia/rekomendacja-km-cm_rec_2014_2-w-sprawie-promocji-praw-osob-starszych-pol.docx (dostęp: 8.08.2024).

⁶² M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, *Instytucja ubezwłasnowolnienia w perspektywie unormowań Konstytucji RP oraz konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2018, T. XL, s. 159.

jest wciąż potrzebna, bowiem konsekwencje odebrania czy nawet ograniczenia zdolności do czynności prawnych osobie ubezwłasnowolnionej nie pozostają w racjonalnej i właściwej proporcji do celu, jakiemu ma służyć ubezwłasnowolnienie⁶³.

Wyrażany jest pogląd, że aktualnie istnieją dwa konkurujące ze sobą podejścia do traktowania osób, które napotykają trudności w samodzielnym podejmowaniu decyzji: zastępcze podejmowanie decyzji (ang. *substitute decision-making*) i wspomagane podejmowanie decyzji (ang. *supported decision-making*). Autorzy podkreślają jednak, że przez lata narastała krytyka, według której zastępcze podejście do podejmowania decyzji w kierowaniu osobami jest sprzeczne z podstawowymi wolnościami i prawami człowieka. Alternatywą dla rozwiązań opiekuńczych jest model wspieranego podejmowania decyzji⁶⁴. Jak podkreśla M. Zima-Parjaszewska, istnieje wiele różnorodnych form wsparcia przewidzianych w systemach prawa innych państw, które zapewniając ochronę interesów prawnych osób niepełnosprawnych intelektualnie, nie odbierają im prawa do samostanowienia i wpływania na swoje życie⁶⁵. Na temat alternatywnych w stosunku do ubezwłasnowolnienia całkowitego metod pomocy w realizowaniu zdolności do czynności prawnych wypowiedziała się już w 2012 r. M. Szeroczyńska. Autorka podawała już wówczas przykłady rozwiązań przyjętych przez inne państwa, tj. rozwiązań wymagających ingerencji sądu i rozwiązań pozasądowych opartych wyłącznie na woli mocodawcy, m.in. instytucję pełnomocnika wprowadzonego do systemu prawa niemieckiego w 1999 r. (*Vollmacht*), pełnomocnictwo (*power of attorney*) w prawie szwedzkim czy też rozwiązania przyjęte w 2007 r. w Anglii i Walii w *Mental Capacity Act*, regulującym zasady reprezentacji osób niekompetentnych czyli nieposiadających faktycznej zdolności do samodzielnego podjęcia konkretnej decyzji lub konkretnego działania, w chwili gdy decyzja ta lub działanie powinny być podjęte. Z aktu tego wynika możliwość ustanowienia stałego pełnomocnika (*lasting power of attorney*), który będzie za osobę niekompetentną podejmował decyzje, gdy utraci ona zdolność samodzielnego decydowania⁶⁶.

Wobec sygnalizowanej od dawna Polsce zasadności rozważenia likwidacji lub wprowadzenia zmian w instytucji ubezwłasnowolnienia całkowitego, wzorem innych państw podjęte zostały w ostatnim czasie prace nad wprowadzeniem zmian w polskim prawie. Działania w tym zakresie, choć podejmowane kilkakrotnie w przeszłości, dotychczas nie przyniosły pożądanego rozwiązania. Najnowszy projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw

⁶³ I. Markiewicz, J. Heitzman, A. Pilszyk, *Ubezwłasnowolnienie – instytucja wciąż potrzebna?*, „Psychiatria” 2014, T. 11, nr 4, s. 203–210.

⁶⁴ A. Drabarz, M. Kubalski, K. Kurowski, M. Szeroczyńska, M. Zima-Parjaszewska, *Asysta prawna jako element systemu wsparcia korzystania ze zdolności do czynności prawnych*, Warszawa 2022, s. 11.

⁶⁵ Por. M. Zima-Parjaszewska, *Ubezwłasnowolnienie w świetle konstytucji RP oraz konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami*, Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, s. 15, https://www.ptpa.org.pl/site/assets/files/1028/ekspertyza_osi_-_ubezwlasnowolnienie.pdf (dostęp: 8.08.2024).

⁶⁶ M. Szeroczyńska, *Ubezwłasnowolnienie i alternatywne formy pomocy w realizowaniu zdolności do czynności prawnych osób z niepełnosprawnością intelektualną, w regulacjach międzynarodowych oraz w prawie obcym, na przykładzie Estonii, Niemiec, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Kanady (stanu Manitoba)*, w: *Jeśli nie ubezwłasnowolnienie, to co? Prawne formy wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. K. Kędziora, Warszawa 2012, s. 17–61.

(projekt nr UD80) przewiduje rozwiązania, które stanowią propozycję dostosowania polskiego prawa do międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw osób z niepełnosprawnościami⁶⁷. Obowiązek ten wynika z art. 12 ust. 3 Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami⁶⁸, który stanowi, iż Państwa Strony podejmą odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do wsparcia, którego mogą potrzebować przy korzystaniu ze zdolności prawnej. Propozycje zmian uwzględniają również treści wynikające z przyjętej w dniu 16 lutego 2021 przez Radę Ministrów Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami, w której również przewidziano zastąpienie ubezpieczeniowym modelem wspieranego podejmowania decyzji, polegającym na umożliwieniu podejmowania decyzji we własnym imieniu osobie w takim zakresie, jaki jest maksymalnie możliwy⁶⁹. W doktrynie podkreśla się, że koncepcja wspieranego podejmowania decyzji w kontekście art. 12 ust. 3 Konwencji opiera się na zasadzie, że wszyscy ludzie są autonomicznymi istotami, które rozwijają i zachowują zdolność do podejmowania decyzji, nawet jeśli na pewnym poziomie potrzebują wsparcia. Modele wspieranego podejmowania decyzji opierają się na założeniu, że jednostka otrzymuje wsparcie od zaufanej osoby, sieci osób lub podmiotu w podejmowaniu decyzji osobistych, finansowych i prawnych⁷⁰.

W projekcie ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (projekt nr UD80) jednym z proponowanych rozwiązań jest pełnomocnictwo rejestrowe, wzorowane na pełnomocnictwie prewencyjnym funkcjonującym w wielu krajach europejskich, m.in. w niemieckim systemie prawnym⁷¹. Wprowadzenie takiego rozwiązania do polskiego systemu prawnego należy oceniać pozytywnie, choć warto wspomnieć, że prace w tym zakresie bez powodzenia podejmowane były już w 2015 r.⁷² Jest to rozwiązanie pozwalające na podjęcie przez osobę decyzji w sprawie udzielenia pełnomocnictwa na wypadek ewentualnego upośledzenia swoich zdolności umysłowych lub fizycznych w przyszłości, co z perspektywy osób z zaburzeniami otepiennymi we wczesnym etapie choroby ma niezwykle istotne znaczenie. Co ważne, udzielenie pełnomocnictwa nie powodowałoby utraty zdolności do czynności prawnych. Możliwość wybrania zaufanej osoby, która na

⁶⁷ Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy--kodeks-cywilny-oraz-niektorych-innych-ustaw4> (dostęp: 8.08.2024).

⁶⁸ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169 z późn. zm.).

⁶⁹ Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 (M.P. z 2021 r., poz. 218).

⁷⁰ A. Drabarz, M. Kubalski, K. Kurowski, M. Szeroczyńska, M. Zima-Parjaszewska, *Asysta prawna jako element...*, op. cit., s. 11.

⁷¹ Zgodnie z § 1896 ust. 2 BGB (niem. Kodeks cywilny): „Opiekun może zostać ustanowiony jedynie w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne. Opieka jest zbędna, jeżeli sprawy osoby pełnoletniej mogą zostać załatwione przez pełnomocznika (...) tak samo dobrze, jak przez opiekuna. Pełnomocnictwa są rejestrowane przez Niemiecką Federalną Izbę Notarialną (Bundesnotarkammer)”.

⁷² Zob. A. Wilk, *Prawne aspekty podejmowania decyzji przez członków rodziny w zastępstwie za osobę, u której doszło do osłabienia umysłowego wywołanego wiekiem lub chorobą – zagadnienia wybrane*, „Wychowanie w Rodzinie” 2023, nr 4, s. 49–77.

wypadek pogorszenia się stanu zdrowia osoby z postępującym zaburzeniem otępiennym byłaby wyrazem dbałości o godność tej osoby oraz jej prawo do samostanowienia, czego z pewnością nie można powiedzieć o aktualnie obowiązującej instytucji ubezwłasnowolnienia całkowitego i ustanowienia opiekuna prawnego przez sąd. Z informacji na temat przygotowywanego projektu zmiany przepisów Kodeksu cywilnego wynika ponadto propozycja wprowadzenia instytucji kuratora wspierającego oraz kuratora reprezentującego, a także asysta prawna. Rozwiązania te obowiązują już w wielu krajach europejskich, oczekiwane są również w polskim systemie. Sytuacja prawna osób, u których zdiagnozowano chorobę otępienną, ale zachowują jeszcze w pełni świadomość, będą miały w ten sposób zagwarantowaną prawnie możliwość zadbania o własne interesy, zgodne z własną wolą, również na wypadek pogorszenia się lub całkowitej utraty świadomości.

PODSUMOWANIE

Choroby neurodegeneracyjne powodują osłabienie kondycji psychicznej człowieka. Pod względem medycznym procesy chorobowe wpływające na stan świadomości są postępujące, raczej nie gwałtowane. Dzięki samoświadomości oraz wiedzy o kolejnych etapach choroby chory może przygotować się, również pod względem prawnym, do etapu, w którym dojdzie do utraty lub znacznego ograniczenia świadomości.

Ten doniosły problem ujawnia jednak kolizję wartości, jakimi są konieczność ingerencji w prawa jednostki ze strony państwa dla jej dobra a poszanowaniem woli jednostki. Analiza poglądów wyrażanych w doktrynie oraz orzecznictwie pozwala z jednej strony potwierdzić tezę, iż samo zdiagnozowanie choroby otępiennej nie jest wystarczające do odebrania osobie chorej możliwości korzystania z jej zdolności do czynności prawnej. Nie jest również wystarczające do uznania, że złożone oświadczenie woli lub podjęta czynność prawna są z założenia nieważne. Z drugiej jednak – fakt, że osoba dorosła jest nieubezwłasnowolniona, nie oznacza, że w nieograniczonym zakresie może korzystać z przysługującej mu zdolności do czynności prawnych – działając w rzeczywistości wbrew swojemu dobru. I warto wyraźnie podkreślić, że mając na uwadze prawo do samostanowienia, decydowania o swoim życiu osobistym i autonomię decyzyjną, nawet osoba dotknięta zaburzeniami otępiennymi ma prawo do poszanowania jej woli. Zasadniczą kwestią pozostaje jedynie uporządkowanie pod względem prawnym spraw tej osoby – zgodnie z jej wolą wyrażaną jeszcze w stanie pełnej świadomości. Nie mają bowiem decydującego znaczenia wola członków rodziny czy ich interes, lecz możliwość takiego ukształtowania sytuacji prawnej osoby starszej, chorującej np. na demencję, która będzie najlepszym rozwiązaniem dla niej. Wszelkie formy zagwarantowania przez prawo poszanowania woli wyrażonej w pełnej świadomości wydają się wobec tego bardzo pożądane.

Nie ulega wątpliwości, że każde z zaburzeń otępiennych, w tym demencja starcza i choroba Alzheimera, wpływają w istotny sposób na świadomość człowieka. Obowiązujące regulacje prawne wymagają, by dla uznania nieważności oświadczenia woli lub czynności prawnej świadomość ta była wyłączona. Aktualnie

obowiązujące w polskim systemie prawnym regulacje prawne nie zawierają definicji świadomości, stanu wyłączającego świadomość, niezdolności do wyrażania zgody itp., określenie bowiem tych stanów powinno być kompetencją lekarzy, którzy opierając się wyłącznie na wiedzy medycznej, określają stan świadomości chorego. W tym miejscu należy podkreślić, że nie jest celowa całkowita krytyka obowiązujących przepisów, a jedynie wskazanie możliwości ich udoskonalenia. Pewnego rodzaju próżnia prawna w kwestii zadecydowania o prowadzeniu przez osobę trzecią spraw chorego, u którego dopiero zdiagnozowano chorobę otępienną, w przyszłości może zostać wypełniona przez pełnomocnictwo rejestrowe (zwane też pełnomocnictwem prewencyjnym), którego skuteczność zostanie uruchomiona dopiero po stwierdzeniu przez uprawnionych lekarzy utraty świadomości przez chorego. Procesy demograficzne, jakich aktualnie doświadczamy i stale wzrastająca liczba osób starszych w społeczeństwie słusznie wymuszają wprowadzanie tego typu rozwiązań. Problematyka zaburzeń wywołanych wiekiem staje się bowiem coraz powszechniejszym problemem współczesnego społeczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer Disease International (ADI) 2015, World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends, London 2015, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
- Analizy statystyczne, Opracowanie GUS, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r., Warszawa–Białystok 2022.
- Balwicka-Szczyrba M., Sylwestrzak A., *Instytucja ubezwłasnowolnienia w perspektywie unormowań Konstytucji RP oraz konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2018, T. XL.
- Bidzan M., Bidzan L., *Objawy neurobehawioralne we wczesnych postaciach otępień typu Alzheimerera i naczyniopochođnych*, „Psychiatria Polska” 2014, nr 48 (2).
- Calabrese P., Lutz M., *Diagnostyka i ocena przebiegu otępienia*, w: *Leczenie zespołóó otępiennych*, red. T. Zyss, Wrocław 2005.
- Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003.
- Drabarz A., Kubalski M., Kurowski K., Szeroczyńska M., Zima-Parjaszewska M., *Asysta prawna jako element systemu wsparcia korzystania ze zdolności do czynności prawnych*, Warszawa 2022.
- Giesen B., *Prawo cywilne wobec potrzeby ochrony osób z demencją – analiza z perspektywy prawa niemieckiego*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2019, T. CXIII.
- Jeśli nie ubezwłasnowolnienie, to co? Prawne formy wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. K. Kędziora, Warszawa 2012.
- Kaczmarek B., *Zastosowanie krótkiej skali oceny stanu psychicznego w przesiewowej ocenie funkcjonowania poznawczego osób starszych. Ograniczenia tzw. korekty Mungasa w ocenie deficytów*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2021, vol. 16, nr 3–4.
- Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Kujawska-Danecka H., Zagożdżon P., Mossakowska M., *Zaburzenia funkcji poznawczych*, w: *Pol senior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. nauk. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021.
- Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2011.
- Kodeks cywilny. Komentarz*, red. serii K. Osajda, red. tomu W. Borysiak, Warszawa 2023, Legalis.

- Kodeks cywilny. Komentarz*, red. serii K. Osajda, red. tomu W. Borysiak, Warszawa 2024, Legalis.
- Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*, red. S. Dmowski, S. Rudnicki, Warszawa 2009.
- Komentarz KC*, red. J. Ciszewski, Warszawa 2014.
- Kotapka-Minc S., *Funkcje poznawcze i ich zaburzenia*, w: *Otępienie*, red. A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska, Kraków 2004.
- Markiewicz I., Heitzman J., Pilszyk A., *Ubezłasnowolnienie – instytucja wciąż potrzebna?*, „Psychiatria” 2014, T. 11, nr 4.
- Mosiółek A., *Metody badań funkcji poznawczych*, „Psychiatria” 2014, T. 11, nr 4.
- Motyl R., *Otępienie – kryteria diagnostyczne*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2007, nr 3 (2).
- Nazaruk P., w: *Komentarz KC*, red. J. Ciszewski, Warszawa 2014.
- Nowocień M., *Nieświadomość jako przyczyna odmowy dokonania czynności notarialnej*, „Monitor Prawniczy” 2013, nr 24.
- Opala G., *Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych*, w: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003.
- Pietrzykowski K., w: *Komentarz do KC*, red. K. Pietrzykowski, t. I, Warszawa 2015.
- Komentarz do KC*, red. K. Pietrzykowski, t. I, Warszawa 2015.
- Pobocho J., *Prawne aspekty otępienia*, w: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003.
- Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. nauk. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021.
- Radwański Z., w: *System Prawa Prywatnego. T. 2. Prawo cywilne – część ogólna*, red. Z. Radwański, Warszawa 2008.
- Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 posiedzenia Komitetu Delegatów Ministrów); Załącznik do Rekomendacji CM/Rec(2014)2, https://arch-bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/zalaczenia/rekomendacja-km-cm_rec_2014_2-w-sprawie-promocji-praw-osob-starszych-pol.docx.
- Rudnicki S., w: *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*, red. S. Dmowski, S. Rudnicki, Warszawa 2009.
- Rymaszewska J., Kiejna A., *Przegląd badań nad występowaniem zaburzeń otępiennych w Polsce*, w: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003.
- Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć*, red. M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska, Białystok 2016.
- Strzebińczyk J., w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2011.
- Swakowska K., Staniszevska A., *Choroba Alzheimera: klasyfikacja oraz kryteria rozpoznania choroby*, „Journal of Education, Health and Sport” 2021, nr 11 (7), s. 22–29.
- Otępienie*, red. A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska, Kraków 2004.
- Szeroczyńska M., *Ubezłasnowolnienie i alternatywne formy pomocy w realizowaniu zdolności do czynności prawnych osób z niepełnosprawnością intelektualną, w regulacjach międzynarodowych oraz w prawie obcym, na przykładzie Estonii, Niemiec, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Kanady (stanu Manitoba)*, w: *Jeśli nie ubezłasnowolnienie, to co? Prawne formy wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. K. Kędziora, Warszawa 2012.
- Tanajewska R., *Nie pamiętam dokąd idę, ale wiem, że jestem – o zdolności do czynności prawnych osób z zaburzeniami pamięci i świadomości*, „Pogranicze. Studia społeczne” 2016, T. XXVIII.
- Tworkowska-Baraniuk A., *Realizacja idei praw człowieka wobec ludzi starych*, w: *Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć*, red. M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska, Białystok 2016.

- Vetulani J., Leszek J., *Neurochemina zaburzeń procesów poznawczych. Perspektywy terapeutyczne, w: Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003.
- Wajdzik J., *Brak świadomości albo swobody jako wada oświadczenia woli*, „Edukacja Prawnicza” 2011, nr 3.
- Wilk A., *Prawne aspekty podejmowania decyzji przez członków rodziny w zastępstwie za osobę, u której doszło do osłabienia umysłowego wywołanego wiekiem lub chorobą – zagadnienia wybrane*, „Wychowanie w Rodzinie” 2023, nr 4.
- Zima-Parjaszewska M., *Ubezwoławienie w świetle konstytucji RP oraz konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami*, Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, s. 15, https://www.ptpa.org.pl/site/assets/files/1028/ekspertyza_osi_-_ubezwlasnowolnienie.pdf.
- Zobowiązania. Przepisy ogólne i powiązane przepisy Księgi I KC. Tom I. Komentarz*, red. P. Machnikowski, Warszawa 2022, Legalis.
- Zurzycka P., Radzik T., *Autonomia decyzji pacjenta cierpiącego na zaburzenia otępienne – zarys problematyki*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, T. 23, z. 2.
- Żekanowski C., Przyłuska-Fischer A., Barcikowska M., *Choroba Alzheimera: pomiędzy diagnostyką, ekonomią i etyką*, w: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, red. J. Leszek, Wrocław 2003.

Cytuj jako:

Wilk A., *Prawna perspektywa oceny stanu świadomości u osoby chorującej na demencję lub inne zaburzenie otępienne*, „Ius Novum” 2026, nr 2(20), s. 121–142. DOI: 10.26399/iusnovum.v20.2.2026.21/a.wilk