

## **Obawa rychłej śmierci – wykorzystanie materiału dowodowego w ekspertyzie sądowo-psychiatrycznej**

### **Fear of imminent death – use of evidence in forensic-psychiatric expertise**

Przemysław Cynkier

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej,  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

#### **Summary**

In accordance with the Polish civil law, there are at least several ways to dispose of property in the event of death. One of them is a special form of oral testament. The main issue to be determined by the court is to either confirm or deny the existence of fear of imminent death of the testator at the time of bequest. For this purpose, the court uses expert psychiatrists' opinions. The article presents a case of a man in the terminal phase of a malignant disease who used an oral form of bequest. Such cases are relatively rare and therefore the described case is intended to illustrate the complex nature of the expertise. It points to the need for the experts to take into account complex legal regulations, the observance of which stipulates the possibility of using this form of will. Factual assessment of the witnesses' testimony complicates elaboration of the material, as the testimony is generally contradictory. It was proposed that the witnesses' testimony should be sorted out in terms of substance (psychopathology), based on the analysis of the separated research areas. Medical records can be treated not only as a source of information about the dynamics of somatic diseases of the testator and secondary changes in his/her mental state. It can also be a valuable source of knowledge about the testator's attitude to health and disease issues, treatment processes, prognosis, threat to his/her life and death.

**Słowa kluczowe:** ustny testament, ekspertyza sądowo-psychiatryczna

**Key words:** oral testament, forensic-psychiatric expertise

#### **Wstęp**

Testowanie należy do czynności prawnych, regulowanych przez szereg przepisów i wymogów. Ich zachowanie warunkuje ważność tej czynności. Rygorystyczne podejście w tym zakresie wynika z doniosłości samej czynności majątkowej oraz faktu,

że wola testatora może być wypełniona dopiero po jego śmierci. Oprócz testamentów zwykłych (notarialny, własnoręczny – holograficzny, allograficzny) istnieją testamenty szczególne: złożony podczas podróży na polskim statku morskim lub powietrznym, testament wojskowy oraz ustny. Możliwość testowania w formie ustnej jest wykorzystywana również w innych krajach europejskich [1].

W przeszłości w Polsce okoliczności warunkujące skorzystanie z ustnego testamentu były opisane w rozdziale 2. Dekretu z dnia 8 października 1946 r. – prawo spadkowe (Dz. U. z 20.11.1946 r. Nr 60, poz. 328). W artykule 82 oprócz epidemii, przerwania komunikacji i działań wojennych wymieniono chorobę spadkodawcy albo jego nieszczęśliwy wypadek, które uzasadniały obawę rychłej śmierci. Zgodnie z obecnymi przepisami prawnymi – z treścią art. 952 par. 1 kc – można skorzystać z testowania w formie ustnej wyłącznie w wypadku spełnienia choćby jednego z dwóch warunków. Pierwszym z nich jest istnienie u spadkodawcy obawy rychłej śmierci. Drugim – sytuacja, w której zachowanie zwykłej formy testamentu jest wskutek szczególnych okoliczności niemożliwe lub bardzo trudne [2].

W orzecznictwie sądowym obecne są trzy nurty interpretacji terminu „obawa rychłej śmierci”. Pierwszy z nich wskazuje na konieczność występowania obiektywnych przesłanek uzasadniających obawę o życie, a nie jedynie samych zmian psychicznych (ma to eliminować ewentualne zaburzenia psychopatologiczne). Znaczenia nabierają tu sprawdzalne przesłanki wynikające ze stanów chorobowych, które mogą prowadzić do rychłego zgonu. Drugie stanowisko wskazuje, że dominujące znaczenie ma subiektywna ocena spadkodawcy co do nieuchronnie nadchodzącej śmierci, nawet jeśli wynikałaby ona z błędu. Trzeci pogląd mówi, że do stwierdzenia obawy rychłej śmierci wymagane jest istnienie przesłanki subiektywnej, która jednak oparta jest na przesłance obiektywnej, a ta ma wynikać z występowania okoliczności uzasadniających realną możliwość rychłego zejścia śmiertelnego testatora [3, 4]. W ostatnich latach dominuje trzecie (mieszane) podejście do rozstrzygnięć sądowych w zakresie obawy rychłej śmierci.

Skupień i Kowanetz [5] zwracają uwagę na przypadki, gdy testator cierpi od wielu lat na schorzenia somatyczne, w których dochodzi do nagłych i często niemożliwych do przewidzenia pogorszeń stanu zdrowia (np. krwotok z przewodu pokarmowego). Wówczas nie jest trudne potwierdzenie obu rodzajów przesłanek [5], o ile obawa występuje w konkretnym czasie sporządzenia testamentu [2]. Wątpliwości dotyczą sytuacji, gdy u testatora występuje przewlekła choroba (np. nowotworowa), której naturalnym zejściem jest zgon, ale w momencie testowania stan jego zdrowia pozostaje stabilny. Wydaje się, że samo istnienie schorzenia o poważnym rokowaniu, ale bez obecności bezpośredniego zagrożenia życia nie może uzasadniać obiektywnej przesłanki. Podobnie rzecz ma się z podeszłym wiekiem.

W stanie zdrowia spadkodawcy powinny wystąpić istotne zmiany prognozujące nieuchronne zejście śmiertelne [1, 5]. Wśród nagłych stanów zagrożenia życia wymieniana się choroby układu krążenia (zaburzenia rytmu serca, zawał serca, wstrząs kardiogeny, rozwarstwienie aorty), zaburzenia metaboliczne i elektrolitowe, choroby układu oddechowego (ostra niewydolność oddechowa, zaostrzenie astmy oskrzelowej, odma opłucnowa, ostra zatorowość płucna), zaburzenia endokrynne (przełom nadner-

czowy, przełom tarczycowy) i inne [6]. Są to stany, które z zasady są niespodziewane dla danej osoby i na ogół wywołują lęk o życie.

Odrębną kwestią jest rozstrzygnięcie w sytuacjach, w których przewlekła choroba prowadzi w zaawansowanym stadium do zgonu, co przecież nie wyklucza okoliczności obawy rychłej śmierci (ale dopiero w wypadku nagłego załamania stanu somatycznego) [7].

Sam fakt, że śmierć nastąpiła krótko po sporządzeniu testamentu ustnego, nie wystarcza do stwierdzenia jego ważności. Nie ma również podstaw, aby przyjąć istnienie obawy rychłej śmierci (przesłanki subiektywnej i obiektywnej) na kilka czy kilkanaście dni przed zachorowaniem [5], którego testator nie mógł przewidzieć.

Istnieje różnica pomiędzy niepokojem o własne życie u osób przewlekłe chorych somatycznie a obawą śmierci, która ma nieuchronnie nastąpić w najbliższym czasie [1]. Gdy nie mogą sobie poradzić ze złym rokowaniem (nawet odsuniętym w czasie), chorzy snują rozważania o sensie życia, bilansują je, wyrażają rozczarowanie, formułują pesymistyczne oceny i przekazują je otoczeniu. Może to sprawiać wrażenie obaw o życie, jednak w gruncie rzeczy często stanowi jedynie refleksję nad własną biografią i nieuchronnością śmierci. Niepokój o własne losy wpisuje się w uniwersalne podejście do przemijania [8, 9].

Ocena decyzji testatora, zwłaszcza gdy była ona podejmowana w sytuacji uzasadnionych obaw o życie, jest zadaniem wielopłaszczyznowym. Spadkodawca podlega czynnikom wewnętrznym, wynikającym z jego konstrukcji psychologicznej, oraz okolicznościom zewnętrznym, a w tym wypadku jest to perspektywa zbliżającej się nieuchronnie śmierci [10]. Mechanizmy psychologiczne związane z doświadczanym wówczas lękiem wpływają na procesy poznawcze, szczególnie w zakresie myślenia, oceny własnego położenia, konieczności podjęcia ostatecznych decyzji majątkowych [11, 12]. Emocje wyrażają się poznawczo i behawioralnie w postaci werbalnej, mimicznej, gestykulacji i modulacji głosu [13].

Zasadniczą kwestią do ustalenia przez sąd jest potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia u testatora obawy rychłej śmierci, której występowanie warunkuje możliwość sporządzenia tego szczególnego rodzaju testamentu (przy założeniu, że spadkodawca został uznany za zdolnego do świadomego i swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli podczas testowania) [3, 14]. Uwzględniając konieczność analizy materiału pod kątem występowania obu przesłanek, dobór specjalności biegłych może okazać się trudny [15]. Oceny przesłanki obiektywnej kompetentnie może dokonać jedynie specjalista z zakresu chorób somatycznych, na które cierpiał spadkodawca, a które mogły wywołać zmiany w stanie psychicznym. Do zadań psychiatry należy ocena stanu psychicznego w kontekście subiektywnie odczuwanej obawy rychłej śmierci.

W opiniowaniu testamentowym biegły musi liczyć się z niedoskonałością dowodów. Dysponuje jedynie opisami osoby testatora pochodzącymi od świadków oraz dokumentacją medyczną, która cechuje się różną szczegółowością, kompletnością i trafnością stawianych diagnoz [16]. Półtawska [17] zaleca ustalenie pewnej hierarchii dowodów w sprawach testamentowych, gdyż nie wszystkie mają jednakowe znaczenie w ekspertyzie. Powinny one dostarczać przede wszystkim danych na temat stanu zdrowia spadkodawcy w czasie testowania. Jej zdaniem biegły nie powinien unikać

pewnego wartościowania dowodów, oczywiście wyłącznie pod względem psychopatologicznym. Powinien także poszukiwać ich potwierdzenia w pozostałym materiale. Skrupulatna analiza dokumentów medycznych (zwłaszcza w aspekcie nagłego załamania stanu zdrowia testatora stwarzającego ryzyko zgonu) pozwala na zwiększenie trafności ocen oraz przyczynia się do większej klarowności opinii i możliwości jej oceny pod względem merytorycznym [18].

Zwykle po pierwszej analizie zeznań świadków można zauważyć, że są one w pewnym stopniu sprzeczne, a nawet się wykluczają. Nawiązują do przeciwstawnych stanowisk procesowych. Głębsze ich opracowanie (w powiązaniu z informacjami z dokumentacji medycznej) nierzadko niweluje te różnice oraz sprawia, że na pozór odmienne opisy zachowań testatora z psychiatrycznego punktu widzenia przemawiają za spójną oceną jego stanu psychicznego w czasie sporządzania testamentu (o ile biegły odstąpi od ich faktograficznej oceny). Z treści zeznań można pozyskać wiedzę na temat stosunku testatora do występujących u niego przewlekłych schorzeń i dolegliwości somatycznych, uciążliwości leczenia, ewentualnych pogorszeń stanu zdrowia (jeśli dochodziło do nich także wcześniej). Można poznać jego poglądy na przemijanie i śmierć. Ocena zeznań powinna skupić się na okresie ustnego testowania (behawioralnych przejawach lęku o własne życie).

O ile z prawnego punktu widzenia świadkami testamentu ustnego mogą być osoby, które nie zostały specjalnie wezwane, a nawet znalazły się przypadkowo w otoczeniu spadkodawcy oraz takie, do których testator nie kierował wprost oświadczenia woli [1], o tyle dla ocen sądowo-psychiatrycznych ma to istotne znaczenie. Wezwanie innych osób (tzw. świadków sporządzenia testamentu) wcale nie musi wynikać z zamiaru ustnego testowania, ale może być wyrazem emocjonalnych potrzeb spadkodawcy czy sposobem radzenia sobie z trudną psychologicznie sytuacją nadchodzącej śmierci.

### **Przedmiot sprawy**

Testator, przeżywszy 77 lat, zmarł 17.06.2008r. Dzień później świadkowie napisali oświadczenie: „w związku ze śmiercią w dniu 17.06.2008r. oraz faktem że ww. zmarły nie pozostawił pisemnego testamentu, w którym by rozporządził swoim majątkiem. My niżej podpisani [podano imiona, nazwiska, adresy] oświadczamy, że w dniu 16.06.2008r. w naszej obecności zmarły (...) poinformował, że jego ostatnią wolą jest aby lokal mieszkalny, którego jest właścicielem po jego śmierci stał się własnością syna [podano imię], który ostatnio zamieszkuje i któryłożył środki na jego wykupienie, i remont mieszkania”. Do sądu wpłynął wniosek jednego z synów testatora o stwierdzenie, że spadek po zmarłym nabyły na podstawie ustawy dzieci: dwaj synowie i córka. Podczas rozprawy sądowej brat wnioskodawcy oświadczył, że spadkodawca pozostawił testament.

### **Dokumentacja medyczna**

Począwszy od 1980 roku, testator korzystał z leczenia w przychodni rejonowej z powodu różnych schorzeń somatycznych, m.in. infekcji górnych dróg oddechowych,

bólów kręgosłupa, bólów brzucha, krwawienia z przewodu pokarmowego, nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, bezsenności, półpaśca, astmy oskrzelowej, przerostu prostaty i raka płuc.

We wrześniu 2004 roku, w czasie hospitalizacji internistycznej stwierdzono u niego kardiomiopatię niedokrwienną, niewydolność krążenia, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. W maju 2005 roku testator został przyjęty na ten sam oddział z powodu lewostronnego zapalenie płuc, kardiomiopatii zastoinowej z utrwalonym migotaniem przedsionków, przewlekłego serca płucnego, przewlekłej niewydolności nerek oraz przerostu gruczołu prostaty. W lipcu 2007 roku do przychodni rejonowej został wezwany zespół pogotowia ratunkowego, gdyż u spadkodawcy wystąpiły duszność i ból w klatce piersiowej. W czasie pobytu w centrum kardiologii podał on obszerny wywiad chorobowy, wymienił dolegliwości, opisał swój tryb życia, udzielił wywiadu rodzinnego i zawodowego. Został wypisany do domu w stanie stabilnym i poinformowany, że w razie zasłabnięcia wymaga pilnej konsultacji lekarskiej. Rozpoznano wtedy niestabilną dławicę piersiową, która była leczona implantacją stentu do prawej tętnicy wieńcowej, utrwalone migotanie przedsionków, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze i przewlekłą niewydolność nerek. W dniu 14.08.2007 roku z powodu krwioplucia został przyjęty na oddział pulmonologiczny, gdzie wypełnił komplet niezbędnych do hospitalizacji dokumentów. W trakcie przyjęcia do szpitala podał obszerny wywiad chorobowy (był w logicznym kontakcie). Przez kilka kolejnych dni był osłabiony, a później (cała hospitalizacja trwała 22 dni) znajdował się w stanie średnio ciężkim, dość dobrym i dobrym. Stwierdzono u niego guz płuca lewego do dalszej diagnostyki, krwioplucie oraz wcześniej diagnozowane schorzenia. Ponownie na ten sam oddział został przyjęty w grudniu 2007 roku, gdzie rozpoznano u niego guz płuca lewego. W lutym 2008 roku testator dwukrotnie przebywał na oddziale chirurgii klatki piersiowej, gdzie zdiagnozowano raka niedrobnokomórkowego płuca lewego, krwioplucie, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, migotanie przedsionków. Wykonano dwa cykle brachyterapii. Podczas obu pobytów testator był w dobrym stanie psychicznym i somatycznym. W marcu odbył cztery ambulatoryjne konsultacje w regionalnym ośrodku onkologicznym.

Od 25.04.2008 roku spadkodawca korzystał z leczenia w hospicjum domowym. W tym dniu wyraził pisemną zgodę na leczenie i opiekę hospicyjną, upoważnił córkę do uzyskania dokumentacji medycznej i informacji o stanie jego zdrowia. Zapisano, że pacjent i jego rodzina byli zorientowani co do obecnej choroby. Spadkodawca był w tym dniu w stanie ogólnym średnim, w normalnym kontakcie, miał smutny wyraz twarzy, nie ujawniał objawów uszkodzeń w obrębie o.u.n. Skarżył się na spadek wagi, duszność, kaszel, osłabienie i krwioplucie. W trakcie kolejnych wizyt (w dniach: 2.05.2008, 14.05.2008 ) opisywano zmęczenie, znużenie, brak energii i osłabienie. Jakość życia oceniono jako przeciętną. W czasie kolejnych dwóch wizyt (w dniach: 29.05.2008, 11.06.2008 ) nie opisywano już tego typu dolegliwości. Podczas całego leczenia w hospicjum nie potwierdzono (dane ze specjalnego kwestionariusza) występowania u testatora trudności w koncentracji uwagi, drażliwości, irytacji, martwienia się, depresyjnego nastroju, nerwowości, poczucia beznadziejności, napięcia wewnętrznego, lęku, zaburzeń świadomości czy objawów otępienia.

W dniu 17.06.2008 roku zespół ratownictwa medycznego został wezwany do spadkodawcy, który siedząc w samochodzie, stracił na około dwie minuty przytomność. Kiedy dojechało do niego pogotowie, stwierdzono, że był osłabiony, ale można było nawiązać z nim dobry kontakt słowno-logiczny. Przewieziono go na izbę przyjęć pobliskiego szpitala, gdzie ponownie doznał krótkotrwałej utraty przytomności z drgawkami i sinicą. Po odzyskaniu przytomności był w logicznej kontakcie, podpisał dokumenty szpitalne (upoważnienia, zgody, informacje). O godzinie 17.15. przystąpiono do akcji reanimacyjnej, a po 20 minutach nastąpił zgon. Jako przyczynę bezpośrednią zgonu podano zatrzymanie krążenia w mechanizmie asystolii. Poza tym rozpoznano nieoperacyjnego raka płuca lewego, zatrzymanie oddechu, wstrząs, utrwalone migotanie przedsionków i POChP.

### Świadkowie

Konkubina wskazanego w oświadczeniu spadkobiercy podała, że w dniu 16.06.2008 roku przyszła do testatora z własnej inicjatywy, bez określonego celu. Na miejscu zastała znajomego rodziny – elektromontera. Tego dnia spadkodawca powiedział, że źle się czuje, co wiązała z jego chorobą nowotworową, o której wiedziała już wcześniej. W czasie spotkania wszyscy rozmawiali na ogólne tematy. Po półgodzinie testator polecił jej wezwać sąsiadkę. Po jej przyjeździe spadkodawca w obecności wszystkich powiedział, że chciałby, aby mieszkanie było przeznaczone dla syna (wskazanego w oświadczeniu), gdyż „on to mieszkanie wykupił i wyszykował”. Świadek nie wiedziała, dlaczego spadkodawca nie sporządził ostatniej woli na piśmie. Kiedy następnego dnia (dzień zgonu spadkodawcy) przypadkowo się z nim spotkała, podał, że czuł się „słabo”, a mimo to zamierzał wraz z synem pojechać na pocztę, aby odebrać emeryturę. Twierdziła, że testator wiedział o chorobie nowotworowej, chorobie serca i nadciśnieniu tętniczym, od siedmiu lat był schorowany. Z jednej strony spadkodawca „wiedział, że jest chory i niedługo umrze”, ale „nie dopuszczał do głowy, że może umrzeć, chciał żyć”. „Mówił do mnie, że niedługo odejdzie, ale nie to, że umrze”. Dużo wcześniej mówił jej, że mieszkanie będzie przeznaczone dla syna (wskazanego w oświadczeniu), gdyż to on sprzedał swoje mieszkanie i wykupił mieszkanie rodziców.

Elektromonter twierdził, że spadkodawca dzień przed śmiercią (w dacie testowania) „robił przemeblowanie i zamierzał powiesić telewizor na innej ścianie”, a planował to już wcześniej. Poszedł do niego, aby zamontować uchwyty i taki był cel jego wizyty. Nic szczególnego nie zwróciło jego uwagi w zachowaniu ani stanie zdrowia spadkodawcy. Zajął się swoją pracą – montował na ścianie uchwyt na telewizor oraz regulował dekoder i telewizor. Kiedy zapytał, czy spadkodawca „szykuje sobie mieszkanie”, „on odpowiedział, że to syn sobie szykuje, bo jemu to zostawia”. Dopiero z tej wypowiedzi świadek wywnioskował, że to mieszkanie ma należeć do syna, ale równocześnie nie odebrał jej jako oświadczenia ostatniej woli. „Ja się tam znalazłem przypadkowo i nie przypuszczałem, że to aż tak mogło się skończyć”. W jego ocenie testator nie czuł się dobrze, ale świadek nie dostrzegał u niego obaw o swoje życie – „wcale nie przypuszczałem, że może umrzeć. (...) Nie słyszałem tego dnia nic na temat, że się

boi, że może umrzeć”. Następnego dnia (data zgonu) testator zadzwonił do niego, aby ten ustawił mu Cyfrowy Polsat.

Sąsiadka zeznała, że rodzice spadkobiercy zawsze mówili, że ponieważ to on sprzedał swoje mieszkanie i wykupił mieszkanie rodziców, to on dostanie od nich to mieszkanie. W przeddzień śmierci testatora została zawołana do jego mieszkania. Testator chciał, aby podpisała pismo, które już wcześniej podpisali konkubina syna, elektromonter i on sam. Bez czytania podpisała pismo na polecenie sąsiada, który wskazał jej miejsce, w którym ma złożyć podpis. Wiedziała, że sąsiad był chory, ale nie dostrzegła niczego szczególnego, co wzbudziłoby w niej niepokój o stan jego zdrowia właśnie tego dnia. „Jakbym wiedziała, że umrze, tobym tego nie podpisywała. (...) Podpisałam to pismo, bo testator tak chciał. (...) Wyglądał tego dnia jak zwykle i nie wygłosił żadnego oświadczenia”.

Synowa testatora twierdziła, że teść wiedział o chorobie i nie obawiał się śmierci. Kiedy nie mógł wychodzić z domu, sprawnie poszukiwał praktycznej pomocy innych. Regularnie do niej telefonował, ale nie wspominał, że obawia się o swoje życie. Lekarz z hospicjum również nie mówił rodzinie, aby było jakieś zagrożenie życia spadkodawcy, stwierdził natomiast, że jego stan był zadowalający.

Syn wskazany w oświadczeniu jako spadkobierca zeznał, że stan ojca pogorszył się na około osiem miesięcy przed śmiercią. Z biegiem czasu choroba postępowała. Był jednak w stanie samodzielnie chodzić, zjadał posiłki, ubierał się i mył, chodził po schodach. Na zewnątrz wychodził w towarzystwie innych osób (leczenie, pobieranie emerytury). „Ojciec znał swój stan zdrowia i samodzielnie przyjmował leki”. W dniu 16.06.2008 roku „on nie mówił do mnie, że umrze niedługo”. Na tydzień przed śmiercią kazał świadkowi i jego konkubinie posprzątać mieszkanie i przemeblować je, w czym sam także uczestniczył.

Zdaniem córki testator „miał dobry stan psychiczny”, „nie martwił się sobą, że może umrzeć”.

## Biegli

Sąd powołał dwóch biegłych. Internista miał wypowiedzieć się w przedmiocie występowania u testatora w dniu 16.06.2008 roku obawy rychłej śmierci w zakresie przesłanki obiektywnej i subiektywnej. Psychiatra miał dokonać oceny istnienia w czasie testowania przesłanki subiektywnej.

Biegły z zakresu chorób wewnętrznych potwierdził występowanie u testatora diagnozowanych wcześniej schorzeń somatycznych. W jego ocenie w poważnym charakterze choroby i możliwości niepomyślnego zejścia testator mógł się zorientować z narastania duszności, wymagającej korzystania z koncentratora tlenu, incydentów krwioplucia po napadach kaszlowych i znacznego ubytku masy ciała w krótkim czasie. „W dniu 16.06.2008r. był w pełnym kontakcie logiczno-słownym, ale już dnia następnego, w godzinach popołudniowych jego stan uległ gwałtownemu pogorszeniu”. Biegły uznał, że 16.06.2008 roku spadkodawca „mógł mieć obiektywną obawę rychłej śmierci, a co najmniej subiektywne przekonanie o rychłej śmierci”.

Biegły psychiatra stwierdził natomiast, że począwszy od lat 80. XX wieku, testator cierpiał na różne schorzenia somatyczne: choroby kardiologiczne, pulmonologiczne,

niewydolność nerek i raka płuca lewego, jednak bez współistniejących zaburzeń psychicznych. Biegły nie znalazł podstaw, aby twierdzić, że 16.06.2008 roku u testatora występowała subiektywnie odczuwana obawa rychłej śmierci.

### Omówienie

Analizowany przypadek ustnego testowania stanowi przykład złożoności i trudności, jakie mogą pojawić się w procesie orzecznictwym. Sąd skorzystał z dwuaspektowej oceny istnienia u testatora obawy rychłej śmierci. Biegłego internistę powołał jednak do określenia obu przesłanek, co już na początku doprowadziło do komplikacji w procesie orzecznictwym. Wydaje się, że w takich sytuacjach warto rozważenia jest skorzystanie z tzw. opinii kompleksowej, w której biegli mogliby dokonać wspólnych ustaleń.

Istotne dla ocen psychiatrycznych w wypadku testamentu ustnego jest uwzględnienie kilku aspektów: czasu sporządzenia testamentu, miejsca jego sporządzenia, sposobu sporządzenia testamentu, formy testamentu, zachowania osób obecnych przy testowaniu, przyczyn kwestionowania testamentu, ogólnego stanu zdrowia testatora, występowania istotnego pogorszenia stanu zdrowia rokującego rychły zgon [17].

Dokumentacja medyczna poza dostarczeniem danych na temat stanu zdrowia testatora oraz ewentualnych zagrożeń dla jego życia przedstawia także jego sylwetkę osobowościową. W omawianym przypadku testator w ostatnich latach życia prowadził systematyczne i szeroko zakrojone leczenie (zwłaszcza po rozpoznaniu nowotworu). Był opisywany jako zaangażowany w proces terapii. Dokumentacja nie zawierała opisów jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, w tym zwłaszcza objawów depresyjnych, lękowych czy niestałości emocjonalnej. Nie stwierdzono również zaburzeń reaktywnych (mogły się pojawić w odpowiedzi na przewlekłe i obciążające schorzenia somatyczne i poważne rokowanie medyczne). W historii choroby z hospicjum domowego odnotowano, że testator i jego rodzina byli zorientowani w stanie jego zdrowia.

W wypadku testamentu ustnego warto rozważyć, na ile zachowanie spadkodawcy było wywołane czynnikami reaktywnymi (co przemawia za istnieniem obawy rychłej śmierci), a na ile było wynikiem jego przemyślanych dążeń zmierzających do osiągnięcia wytyczonego celu (co przemawia przeciwko stwierdzeniu obawy rychłej śmierci) [10]. Właśnie czynniki reaktywne stanowią o możliwości testowania w sposób szczególny, gdyż sama sytuacja (poczucie zagrożenia utratą życia) została przez ustawodawcę wskazana jako warunkująca możliwość skorzystania z testamentu ustnego. Zachowanie spadkodawcy sugerowało intencjonalność postępowania, które w niewielkim stopniu podlegało czynnikom biologicznym. Decyzje wynikały raczej ze świadomej postawy, na którą składały się jego potencjał intelektualny, doświadczenie życiowe, indywidualne preferencje, a także pewne standardy społeczno-kulturowe [12].

Pewnym ułatwieniem w opracowaniu materiału jest uporządkowanie zeznań świadków – wyodrębnienie kilku obszarów, których punktem wspólnym jest kulminacyjna sytuacja testowania. Pierwszym z nich są okoliczności zgromadzenia się świadków podczas ustnego testowania. Powinno do niego dojść z powodu nagłego załamania się stanu zdrowia spadkodawcy. W omawianym przypadku konkubina spadkobiercy i elektromonter znaleźli się w mieszkaniu testatora z zupełnie innych powodów aniżeli



sporządzenie testamentu. Sąsiadka testatora – na jego wyraźne polecenie – podpisała pismo, a więc trudno zakładać, że był on wówczas w stanie lęku czy niepokoju o swoje życie, skoro kierował zachowaniem tego świadka i był w stanie sprawnie je nadzorować.

Drugim obszarem jest ocena przez świadków samopoczucia testatora. Zeznania te powinny opisywać zbliżające się zejście śmiertelne bądź co najmniej takie zagrożenie. Z relacji konkubiny syna testatora wprost wynikało, że spadkodawca nie liczył się wówczas z możliwością śmierci. W ocenie syna stan spadkodawcy pogorszył się, ale na osiem miesięcy przed śmiercią. Wiadomo, że spadkodawca wiedział o ciężkiej chorobie, wyglądał na schorowanego, ale nie wspominał wówczas o możliwości zejścia śmiertelnego. W czasie ich spotkania nikt z obecnych z zachowania spadkodawcy, z jego sposobu mówienia bądź innych przejawów behawioralnych nie wnosił, aby mógł on w tym okresie wykazywać jakiegokolwiek przejawy niepokoju o własne życie.

Trzecim obszarem jest ustalenie, czy w konkretnych okolicznościach doszło do istotnego pogorszenia stanu somatycznego bądź pojawienia się skrajnie niekorzystnego rokowania. Opisy podawane przez świadków i korelujące z nimi informacje z dokumentacji hospicyjnej wskazywały na utrzymujący się stabilny stan zdrowia, w którym nie było dodatkowych elementów prognozujących rychłość zgonu testatora, co – jak podkreśla się w literaturze przedmiotu – jest elementem uzasadniającym ustne testowanie [1]. Warto podkreślić, że przyczyną zgonu były problemy kardiologiczne, których zaostrzenia spadkodawca nie mógł przewidzieć z jednodniowym wyprzedzeniem. Samo istnienie choroby, nawet realnie zagrażającej życiu, nie zawsze stanowi o obecności subiektywnego poczucia obawy przed śmiercią [5].

Tak jak w wypadku oceny zdolności do sporządzenia testamentu w każdej innej sprawie, tak i w sytuacji ustnego testowania ważne jest określenie tła motywacyjnego, którym kierował się spadkodawca, rozporządzając majątkiem. W niniejszej sprawie świadkowie twierdzili, że spadkodawca przeznaczył mieszkanie dla syna, gdyż ten angażował się w wykupienie lokalu i jego remont. Do podjęcia decyzji spadkowej nie doprowadziło zatem drastyczne pogorszenie się stanu zdrowia. Nikt z naocznych świadków nie wiązał decyzji spadkodawcy z jego ówczesnym stanem zdrowia somatycznego, a to przecież obawa rychłej śmierci ma być tym czynnikiem, który upoważnia do sporządzenia testamentu w szczególnej formie [19]. Dla rozstrzygnięć orzeczniczych nie mają znaczenia wcześniejsze ustalenia rodzinne, obietnice testatora, wkład finansowy spadkobiercy, jego zasługi dla rodziny czy szczególne przywiązanie do spadkodawcy itp.

Kolejne zagadnienie pozostaje wyłącznie w gestii sądu, ale dla głębszej oceny motywacji testatora warto zwrócić na nie uwagę. Świadkowie wykazywali pewne zdziwienie tym, że testator nie skorzystał z usług notariusza albo że nie spisał swojej ostatniej woli, w czym jego stan somatycznym i psychicznym nie przeszkadzał.

Następnym obszarem analizy są zachowania i odczucia, ale nie spadkodawcy, a naocznych świadków testowania. Ich postawy powinny wynikać z asystowania osobie odczuwającej silną trwogę o własne życie [20]. W prezentowanym przypadku zachowania świadków nie były odzwierciedleniem takiej sytuacji. Wszyscy wykazywali spokój, wykonywali swoje zadania, byli pochłonięci swoimi sprawami. Nie sprawiali wrażenia przejętych ewentualną obawą testatora o życie.

Reasumując, możemy stwierdzić, że świadkowie wydarzeń z 16.06.2008 roku bardzo podobnie, zbieżnie i wzajemnie uzupełniająco odnieśli się do kondycji psychicznej i stanu somatycznego spadkodawcy oraz jego decyzji majątkowych, co wskazuje na brak podstaw do stwierdzenia, że w tym czasie występowały u niego przejawy lęku czy obawy o własne życie.

Wyłania się praktyczna konieczność rozdzielenia dwóch aspektów dotyczących badania wyrażenia woli przez testatora. W pierwszym z nich biegły skupia się na ocenie występowania autentycznego, subiektywnego pragnienia danej osoby, zmierzającego do wywołania konkretnego skutku prawnego, które uzewnętrznia się w jej zachowaniu. Drugie podejście koncentruje się na analizie zewnętrznych przejawów zachowania testatora, które mają uzasadniać jego konkretną decyzję majątkową. Ta możliwość eksponuje bardziej obiektywne kryteria ocen, które są łatwiejsze do uchwycenia dla biegłego, ale które niosą także ze sobą większą niepewność w ocenie rzeczywistych intencji testatora [10]. Optymalnym rozwiązaniem byłoby uzupełnianie się tych dwóch podejść, niestety nie zawsze jest to możliwe z powodu specyfiki materiału konkretnej sprawy.

Wyjątkowa złożoność sytuacji sporządzenia ustnego testamentu nakłada na biegłych obowiązek uwzględnienia związków pomiędzy sferą motywacyjną a dyspozycjami poznawczymi i elementami emocjonalnymi. Kluczowy jest wpływ znacznego pogorszenia stanu zdrowia (o ile w ogóle do niego doszło) na podjęcie decyzji o przekazaniu majątku innym osobom [12]. Ocen tych jednak nie można dokonywać w oderwaniu od uwarunkowań prawnych, które stanowią kryteria umożliwiające zastosowanie tej drogi sporządzenia testamentu.

### Piśmiennictwo

1. Borysiak W. *Funkcjonowanie w praktyce testamentu sporządzonego w formie ustnej (art. 952 k.c.)*. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości; 2014.
2. Marcinkowski J, Klimberg A. *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. I. Charakterystyka materiału badawczego. Charakterystyka testatorów*. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii. 2007; 57(1): 34–41.
3. Hajdukiewicz D. *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach testamentowych*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2003; 12(4): 469–477.
4. Krawczyk M. *Testament ustny w świetle regulacji kodeksowej, poglądów doktryny i orzecznictwa Sądu Najwyższego*. Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskiej w Siedlcach. 2009; 81: 143–153.
5. Skupień E, Kowanetz M. *Obawa rychłej śmierci jako zagadnienie szczególne w opiniowaniu*. Z zagadnień Nauk Sądowych. 2011; 87: 264–277.
6. Hryniewicz T. *Stany nagłe*. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2009.
7. Niemczyk S, Łazarz A. *Prawno-medyczna wykładnia „obawy rychłej śmierci” jako przesłanka ważności testamentu ustnego*. Prawo i Medycyna. 2007; 9(2): 86–100.
8. Jastrzębski J. *Emocjonalne i religijne uwarunkowania lęku przed śmiercią u młodzieży akademickiej*. Studia Psychologica. 2001; 2: 83–102.

9. Żemojtel-Piotrowska M, Piotrowski J. *Skala lęku i fascynacji śmiercią*. Polskie Forum Psychologiczne. 2009; 14(1): 90–109.
10. Stanik JM. *Teoretyczne i metodologiczne problemy opiniodawstwa psychologicznego w sprawach o ważność oświadczenia woli i w sprawach testamentowych*. Przegląd Psychologiczny. 2009; 52(3): 243–261.
11. zJodzio K, Nyka WM. *Neuropsychologia medyczna. Wybrane zagadnienia*. Sopot: Arche; 2008.
12. Kocur J, Trendak W. *Psychiatryczno-sądowe kryteria oceny zdolności do świadomego albo swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli*. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii. 2009; 59(2): 136–140.
13. Cierpiałkowska L. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
14. Skupiń E. *Opiniowanie w sprawach o unieważnienie testamentu lub umowy darowizny*. Prawo i Medycyna. 2005; 2: 111–121.
15. Domański M, Rzecki Z, Domański M. *Testament szczególnie, pojęcie rychłej śmierci, przedstawienie przypadków*. Badania nad Schizofrenią. 2006; 7: 50–56.
16. Marcinkowski J, Klimberg A. *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. II. Wnioski końcowe opinii. Jakość dokumentacji lekarskiej. Ocena zeznań świadków*. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii. 2007; 57(1): 42–48.
17. Półtawska W. *Ekspertyza sądowo-psychiatryczna w postępowaniu spadkowym testamentowym*. Warszawa: PZWL; 1974.
18. Hajdukiewicz D. *Struktura opinii sądowo-psychiatrycznych w sprawach karnych i cywilnych*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2005; 14(3): 243–250.
19. Hajdukiewicz D. *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN; 2008.
20. Wróbel M. *O transferze emocji i nastrojów między ludźmi – mechanizm i psychologiczne wyznaczniki zarażenia afektywnego*. Psychologia Społeczna. 2008; 3(8): 210–230.

Otrzymano: 18.10.2017

Zrecenzowano: 16.01.2018

Otrzymano po poprawie: 22.01.2018

Przyjęto do druku: 25.01.2018

Adres: Przemysław Cynkier

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, budynek 14