

Ocena sądowo-psychiatryczna zdolności do testowania u chorych na nowotwory

Forensic psychiatric assessment of fitness to test in cancer patients

Przemysław Cynkier

Klinika Psychiatrii Sądowej, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

In the case of a will made by a person suffering from cancer, sometimes the party seeking to challenge it will raise as an argument the very fact that the testator has been diagnosed with cancer (regardless of its type, severity of symptoms, phase of development and dynamics). In the opinion of beneficiaries omitted in the will, this would deprive the testator of the ability to make a conscious or free decision and express his will. A substantive analysis of the court material requires that the experts not only follow the general principles of preparing psychiatric and psychological opinions in testamentary cases but also take into account certain psychopathological conditions and other factors specific to cancer. The aim of this literature review is to present these special circumstances in the context of the possibility of their use by experts when preparing an expert opinion on the assessment of the validity of the declaration of will. In assessing the mental state of the testator, experts should consider not only reactive mental disorders, cognitive deficits or disorders of consciousness, but also conditions characteristic of the neoplastic process: CRCDC (cancer-related cognitive dysfunction), CRF (cancer-related fatigue), CACS (cachexia-anorexia cancer-related syndrome). In their assessments, experts cannot ignore other factors specific to this disease: its phase nature, the degree of adaptation of the testator to the disease, family conditions that may influence the testator's property decisions.

Słowa kluczowe: nowotwór, zaburzenia psychiczne, testament

Key words: cancer, mental disorders, will

Wstęp

Często ludzie deklarują, że chcieliby dysponować czasem, aby przygotować się do śmierci, w tym uporządkować swoje sprawy majątkowe poprzez sporządzenie testamentu. Dotyczy to głównie osób w podeszłym wieku [1], jako że to u nich istnieje najwyższe ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych, którym mogą towarzyszyć

problemy psychiczne [2]. Jest to szczególnie ważne przy uwzględnieniu rosnącej liczby diagnozowanych, a także prognozowanych schorzeń onkologicznych [3, 4].

Mimo coraz skuteczniejszych metod leczenia onkologicznego diagnoza nowotworu u wielu chorych nadal wywołuje lęk, gniew, przerażenie, przekonanie o nieuchronnie zbliżającej się śmierci [5]. Nasilone dolegliwości somatyczne oraz przykre skutki terapii zwłaszcza u osób starszych przyczyniają się do występowania różnych problemów psychicznych [6], co może je skłaniać do ostatecznego uregulowania swoich spraw – sporządzenia testamentu. Osoby niezgadające się z decyzjami spadkowymi chorego często wnoszą o unieważnienie takiego testamentu, powołując się nie tyle na obecność u spadkodawcy konkretnych zaburzeń psychicznych, ile na sam fakt występowania u niego nowotworu bądź leczenia onkologicznego. W takich sytuacjach sąd jest zobligowany do powołania biegłych psychiatrów i psychologów. Naturalnie reguły sporządzania opinii na temat stanu psychicznego spadkodawcy chorującego na nowotwór nie odbiegają istotnie od ogólnych zasad opiniowania w tzw. sprawach testamentowych. Biegłym może być jednak pomocne uwzględnienie szczególnych dla tej choroby elementów związanych z charakterystycznymi zmianami w stanie psychicznym testatora, jego relacjach rodzinnych, z dynamiką choroby podstawowej czy niepożądanymi skutkami leczenia onkologicznego. Celem tego przeglądu literatury jest właśnie przedstawienie tych specyficznych okoliczności w kontekście możliwości ich wykorzystania przez biegłych z zakresu psychiatrii i psychologii podczas sporządzania ekspertyzy dotyczącej oceny ważności oświadczenia woli.

Material i metoda

W niniejszym przeglądzie literatury przeprowadzono analizę narracyjną, która objęła szeroki zakres tematów onkologicznych, psychiatrycznych, psychologicznych i orzecznich, korzystając z badań o różnym stopniu złożoności i konstrukcji, a także opracowań teoretycznych dotyczących poszczególnych zagadnień. W tym celu od maja do lipca 2024 roku przeszukano internetowe bazy danych, głównie PubMed, w mniejszym stopniu polskie bazy bibliograficzne czasopism naukowych, pod kątem odpowiednich artykułów oryginalnych i przeglądowych. W wyszukiwaniu literatury zastosowano słowa klucze w języku angielskim wraz z ich polskimi tłumaczeniami oraz możliwymi kombinacjami: *cancer, mental disorders, depression, anxiety disorders, phases of cancer, adaptation to cancer, family in cancer, making a will, validity of a will, psychiatric expertise, psychological expertise*. Wyszukano również publikacje z zakresu opiniowania sądowo-psychiatrycznego i psychologicznego, które dotyczyły oceny zdolności psychicznych do sporządzenia testamentu. Wykluczono abstrakty, komentarze, opinie, artykuły redakcyjne, prace w języku innym niż angielski lub polski, prace skoncentrowane wyłącznie na prawnym aspekcie testowania, prace odnoszące się do możliwości bądź skuteczności terapii onkologicznej i innych szczegółowych kwestii związanych z nowotworami, które jednak nie miały bezpośredniego związku z tematem niniejszej pracy. W efekcie uzyskano 68 publikacji. Po wstępnym zapoznaniu się z pracami dookreślono kryteria selekcji artykułów, przyporządkowując je do następujących obszarów tematycznych: przebieg i dynamika chorób nowotworowych,

zmiany w położeniu życiowym chorego wynikające z obecności nowotworu, adaptacja chorego do procesu nowotworowego i leczenia onkologicznego, występowanie zaburzeń psychicznych w przebiegu choroby nowotworowej, zasady opiniowania psychiatrycznego i psychologicznego w sprawach testamentowych. Wybrano prace, które w najszerszy sposób obejmowały wskazane obszary tematyczne, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji zawierających odniesienia do więcej niż jednego z nich. Ostatecznie w przeglądzie uwzględniono 46 pełnotekstowych publikacji oryginalnych i przeglądowych w języku polskim i angielskim, które ukazały się do 2024 roku. W kolejnej fazie analizy dokonano opracowania i podsumowania uzyskanych danych w poszczególnych grupach tematycznych, odnosząc je do kryteriów opiniowania psychiatrycznego i psychologicznego w sprawach dotyczących oceny ważności testamentu. Ostatni etap polegał na wskazaniu tych obszarów i zagadnień, jakie odgrywają istotną rolę w procesie opiniowania psychiatrycznego i psychologicznego osób z diagnozą choroby nowotworowej, które sporządziły testament.

Psychiatryczne kryteria nieważności testamentu

Uznaje się, że do sporządzenia testamentu dochodzi w stanie wyłączającym świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli, gdy strona tej czynności podczas jej dokonywania nie jest w stanie zrozumieć jej natury, objąć pamięcią i rozumieniem tego, czym rozporządza, nie potrafi zapamiętać i zrozumieć, kto należy do beneficjentów ani na czyje interesy wpływa treść testamentu [7]. Najczęściej wśród źródeł nieświadomości podjętych decyzji majątkowych wymienia się: zespoły otępienne różnego pochodzenia, głębsze upośledzenia umysłowe, psychozy o podłożu endogennym, egzogennym i organicznym, zespoły zaburzeń świadomości (także w przebiegu schorzeń somatycznych takich jak nowotwory) [8].

Brak swobody w podjęciu decyzji majątkowych jest natomiast utożsamiany ze stanem, w którym osoba co prawda rozpoznaje sens swojego postępowania, ale pod wpływem pewnych dyspozycji psychicznych nie jest w stanie przeciwstawić się czynnikom zewnętrznym (sugestiom, prośbom, zachowaniom zmierzającym do wzbudzenia poczucia winy, żądaniom) [9]. Jako najczęstsze przyczyny utraty swobody w podejmowaniu decyzji wskazuje się ciężkie schorzenia somatyczne (zapalne, naczyniowe, zwyrodnieniowe, stany po operacjach, stany prowadzące do niedokrwienia mózgu), w tym choroby nowotworowe. Mogą one prowadzić do ogólnej astenizacji, przejawiającej się spowolnieniem psychoruchowym, apatią, zubożeniem zainteresowań, lękiem, depresją, chwiejnością emocjonalną, nadmierną męczliwością psychofizyczną, które skutkują zaburzeniami procesów decyzyjnych [10]. Niekiedy osoby z otoczenia chorego izolują go od rodziny, zachęcają do nieufności wobec bliskich, jednocześnie pozyskując go drobnymi uprzejmościami i pomocą. W końcu stawiają go w sytuacji, w której oczekują zmiany dotychczasowych decyzji majątkowych na ich korzyść, niezgodnych z jego rzeczywistymi preferencjami [11].

Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej

Osoby chorujące onkologicznie są obciążone ryzykiem pojawienia się różnych zaburzeń psychicznych będących skutkiem oddziaływania kompleksu niekorzystnych czynników etiologicznych. Najczęściej notowane są zaburzenia adaptacyjne (lękowe, depresyjne, mieszane), ale mogą wystąpić również zaburzenia organiczne, świadomości, psychotyczne oraz inne zaburzenia specyficzne dla tej choroby [12]. W tej grupie obserwuje się istotną zależność między zaburzeniami lękowymi a zespołami depresyjnymi, które występują z podobną częstością [13] szacowaną na ogólnym poziomie 20–45% chorych [14, 15]. Należy jednak zaznaczyć, że częstość ta zmienia się w zależności od fazy choroby: w okresie diagnostycznym zespoły te dotyczą 33% chorych, w okresie remisji trwającej do roku – 15%, a w okresie wznowy (najbardziej obciążającym psychologicznie) – 45%, z kolei w fazie zaawansowanej choroby częstość maleje do 26% [16]. Współwystępowanie objawów depresyjnych i lękowych częściej obserwuje się tuż po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, depresję bez lęku zaś w bardziej zaawansowanych stadiach choroby [14]. Do rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych przyczyniają się nie tylko informacja o diagnozie nowotworu, ale także niepomyślne rokowania, dolegliwości bólowe, zaburzenia obrazu ciała, okaleczające skutki leczenia (wypadanie włosów, amputacje, stomia, utrata masy ciała, mastektomia, neuropatia obwodowa) oraz neuropsychiatryczne następstwa terapii [13, 17]. Najtrafniejszym predykatorem rozwoju depresji jest wszakże jej występowanie w ciągu całego życia chorego (wzrasta wtedy prawie siedmiokrotnie) [18].

Znajomość tych czynników etiologicznych może stanowić dla biegłych podstawę do poszukiwania ewentualnych zaburzeń psychicznych o obrazie afektywnym. Najwyższy poziom lęku notuje się w wypadku chorych na raka płuca, piersi, żołądka, narządów rodnych i nowotworów krwi [13, 17]. Wyjątkowym rodzajem lęku w tej grupie chorych jest kancerofobia u osób, które chorowały na raka i obawiają się nawrotu zachorowania u siebie lub zdiagnozowania tej choroby u bliskich [12]. Najczęściej objawy depresyjne dotyczą chorych na nowotwory jamy ustnej i gardła, trzustki, piersi i płuca, nieco rzadziej pacjentów z nowotworem jelita grubego, nowotworami ginekologicznymi i chłoniakiem [19]. Ryzyko wystąpienia zespołu depresyjnego rośnie wraz z wiekiem [18], a więc dotyczy osób, które najczęściej decydują się na sporządzenie testamentu. W wypadku osób w podeszłym wieku należy spodziewać się silniej wyrażonych objawów depresji, co wynika z problemów typowych dla tego okresu życia: bezsenności, nawracającego zmęczenia fizycznego, zaburzeń koncentracji uwagi, częstszych rozważań o śmierci [20]. Bez względu na wiek kobiety chorujące na raka są dwukrotnie bardziej narażone na rozwój zaburzeń depresyjnych niż mężczyźni [18].

Zwykle biegli w swoich ocenach biorą pod uwagę sytuację życiową testatora, która może modyfikować obraz kliniczny ewentualnych nieprawidłowości psychicznych. Czynniki społeczno-ekonomiczne, tj. niski poziom wykształcenia, bezrobocie, absencja chorobowa, obniżone dochody czy trudności finansowe, przyczyniają się i do rozwoju zaburzeń depresyjnych, i do ich nasilenia. Ponadto stwierdzono, że czterokrotnie częściej depresji doświadczają osoby samotne (bez wsparcia emocjonalnego) w porównaniu z osobami pozostającymi w związkach intymnych [18].

Jako jedną z najczęstszych przyczyn nieświadomie podjętych decyzji majątkowych wymienia się zespoły otępienne różnego pochodzenia [8, 21]. W zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku, można się spodziewać różnego rodzaju zaburzeń poznawczych związanych z obecnością nowotworu [22] lub leczeniem chemioterapeutycznym [23]. Spośród zaburzeń świadomości najczęściej występuje zespół majaczeniowy, szczególnie w zaawansowanej fazie choroby (może dotyczyć do 85% pacjentów) [14, 24], którego objawy na ogół pozbawiają spadkodawcę zdolności do świadomego i swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli testamentowej [10]. Do czynników predysponujących do jego wystąpienia zalicza się: podeszły wiek, zaawansowaną chorobę, zaburzenia poznawcze, zaburzenia widzenia, odwodnienie, okres pooperacyjny, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Wyjątkowo rzadko natomiast dochodzi do rozwoju tego typu zaburzeń na skutek chemioterapii [14].

Stany specyficzne dla choroby nowotworowej

U osób z chorobą nowotworową, zwłaszcza leczonych onkologicznie, spotyka się pewne specyficzne stany psychopatologiczne, których ewentualną obecność biegli powinni brać pod uwagę, dokonując oceny stanu psychicznego spadkodawcy podczas sporządzania testamentu. Jednym z nich są zaburzenia procesów poznawczych, wcześniej nazywane *chemiobrain*, a obecnie określane jako *Cancer-related Cognitive Dysfunction* – CRCD [25]. Uznaje się, że CRCD może być skutkiem nie tylko chemioterapii [26], ale także innych form leczenia: hormonoterapii, radioterapii, zabiegów chirurgicznych, a ponadto może być następstwem utrzymującego się lęku, zmęczenia czy nawet wpływu czynników genetycznych [27]. Częstość występowania tego zespołu szacuje się w granicach 17–75%. U prawie co trzeciego chorego rozwija się on jeszcze przed zastosowaniem leczenia, czego przyczyn upatruje się w oddziaływaniu obciążających czynników emocjonalnych [28]. CRCD przejawia się: osłabieniem funkcji poznawczych – wykonawczych i uczenia się na materiale słownym, spowolnieniem psychomotorycznym, brakiem elastyczności myślenia, osłabieniem pamięci wzrokowej, werbalnej i niewerbalnej, obniżeniem umiejętności wzrokowo-przestrzennych i płynności mowy oraz osłabioną zdolnością do podtrzymywania uwagi [25, 29], a więc negatywnie wpływa na te czynniki, które potencjalnie mogą obniżyć zdolności do czynności prawnych. Pamiętać jednak należy, że deficyty te w większości wypadków mają krótkotrwały przebieg, a tylko u co trzeciego chorego utrzymują się długotrwale (nawet przez kilka lat) [28].

Nieco innym stanem jest zmęczenie związane z rakiem (*Cancer-related Fatigue* – CRF), które dotyka 40–100% chorych podczas leczenia onkologicznego, a 14–40% pacjentów po leczeniu onkologicznym (chemioterapii, terapii hormonalnej, celowanej i immunologicznej). Zespół zmęczenia to niepokojące, uporczywe, subiektywne poczucie fizycznego, emocjonalnego i/lub poznawczego zmęczenia lub wyczerpania związanego z rakiem bądź jego leczeniem, które jest całkowicie nieproporcjonalne do stopnia/ilości zmęczenia fizycznego fizjologicznie nagromadzonego w ciągu dnia. Jego objawy nie ustępują po odpoczynku i mogą utrudniać pacjentowi codzienne funkcyj-

nowanie [30, 31]. Co ważne, objawy zmęczenia mogą występować samodzielnie, ale także współwystępować z zespołem depresyjnym (w wypadku ciężkiej depresji – 43%, umiarkowanej depresji – 29%) [32].

Kolejnym stanem do rozważenia przez biegłych jest zespół jadłowstrętu i wyniszczenia nowotworowego (*Cachexia-Anorexia Cancer-related Syndrome* – CACS), zwany też zespołem kacheksja–anoreksja. Występuje on u większości chorych, lecz dopiero w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej (u 80% chorych z nowotworami przewodu pokarmowego, trzustki, głowy i szyi, u 60% chorych na raka jelita grubego, płuca i gruczołu krokowego, u 40% chorych na raka piersi, chłoniaka Hodgkina). W chwili zgonu zespół ten stwierdza się u 80% chorych bez względu na rodzaj nowotworu [33, 34]. Przejawia się on nie tylko spadkiem ciężaru ciała, ale też narastającym osłabieniem i znużeniem, obniżeniem jakości życia, co w efekcie skutkuje problemami psychicznymi i negatywnie wpływa na relacje chorego z otoczeniem [35]. Stany te należy uwzględniać jako potencjalne podłoże utraty przez testatora swobody podejmowania decyzji majątkowych.

Adaptacja do choroby nowotworowej

Zwykle pacjenci na początku leczenia onkologicznego cechują się większym zaangażowaniem w terapię. W miarę upływu czasu pozytywne przewartościowanie słabnie, ustępując miejsca poczuciu bezradności i lękowi [5]. Dochodzi wówczas do obniżenia jakości życia pacjentów we wszystkich jego wymiarach – fizycznym, emocjonalnym, społecznym, poznawczym, w rolach społecznych i w pracy zawodowej. Stopień przystosowania do choroby związany jest z jej obrazem: nasileniem cierpienia fizycznego, zmianami w wyglądzie, objawami niepożądanymi leczenia, czasem trwania izolacji od rodziny, funkcjonowaniem w zamkniętej grupie pacjentów (obserwacją cierpienia i śmierci innych, wymianą przykrych informacji na temat choroby, leczenia, wytworzeniem pesymistycznych relacji grupowych), koniecznością podporządkowania się zaleceniom medycznym, rezygnacją z ról społecznych, lękiem przed nawrotem choroby, problemami zawodowymi, ekonomicznymi czy brakiem dostatecznego wsparcia i zrozumienia [36]. W efekcie u 40% chorych w wieku powyżej 70 lat następuje pogorszenie funkcjonowania [37]. Często te właśnie elementy eksponuje strona niezgadająca się z treścią testamentu i przedstawia je jako argumenty przemawiające za jego nieważnością. Z kolei im wyższy poziom akceptacji choroby, tym częściej wykorzystywana jest przez chorego strategia ducha walki i tym mniejsze zaabsorbowanie lękiem czy bezradnością. Biegli informację na ten temat mogą pozyskać i z zeznań świadków, i z dokumentacji onkologicznej oraz ewentualnie hospicyjnej (parametry dotyczące akceptacji choroby i radzenia sobie z nią standardowo są w niej zawarte).

Fazy choroby nowotworowej

Analizując dynamiczne zmiany w stanie emocjonalnym chorego wyodrębniono kilka faz w przebiegu procesu nowotworowego. W pierwszej z nich, po usłyszeniu diagnozy, u chorego na ogół dochodzi do wyparcia tej informacji i zaprzeczenia

problemowi, które może się przejawiać brakiem zaangażowania emocjonalnego. W drugim etapie pojawia się złość, gniew, odrzucanie pomocy czy przerwanie leczenia. W kolejnym stadium osoba taka zaczyna „targować się” z losem, składać obietnicę poprawy w zamian za wyzdrowienie, idealizować osoby, w których pokłada nadzieję. W następnym etapie dominuje smutek, poczucie bezużyteczności i porażki. W ostatnim zwykle przychodzi akceptacja choroby, wyrażająca się uspokojeniem lub postawą rezygnacji [38].

W zależności od tego, w jakiej fazie choroby doszło do sporządzenia testamentu, motywacja jego autora może wynikać z zupełnie odmiennych pobudek, niekiedy niezrozumiałych dla otoczenia. Jego decyzje majątkowe mogą być wynikiem złości czy gniewu kierowanego w stronę poszczególnych członków rodziny, wyrazem poczucia porażki życiowej i rezygnacji. Mogą być również rezultatem racjonalnego i wyważonego bilansu życiowego lub przemyśleń na temat poszczególnych krewnych (np. przekazanie majątku osobie, z którą spadkodawca miał silny związek emocjonalny; osobie, wobec której czuł się zobowiązany; osobie, która w jego ocenie najbardziej potrzebowała wsparcia finansowego).

Relacje rodzinne w chorobie nowotworowej

W ocenie pobudek, którymi kierował się spadkodawca, sporządzając testament, biegle nie pomijają analizy jego relacji rodzinnych, całokształtu sytuacji domowej, charakteru kontaktów pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny (zwłaszcza z beneficjentem), konfliktów, zależności, zobowiązań czy oczekiwań [39]. Informacja o rozpoznaniu choroby nowotworowej, która ciągle jest postrzegana jako śmiertelne zagrożenie, jest bardzo poważnym obciążeniem psychicznym zarówno dla samego chorego, jak i dla jego najbliższych, którzy mogą reagować lękiem, niepokojem, poczuciem bezradności. Sam chory może wstydzić się diagnozy i obawiać izolacji społecznej [40], co może prowadzić do aktywności (w tym testamentowych), które mają zapewnić mu wsparcie, np. poprzez obietnicę przekazania majątku w zamian za opiekę. Typową jednak reakcją rodziny, w której pojawia się choroba nowotworowa, jest zwiększone zapotrzebowanie na przeżywanie spójności i bliskości. Zwykle wygasają wtedy bariery przestrzenne, czasowe i światopoglądowe. Bliscy chorego gotowi są przeprowadzić się do niego lub umożliwić mu zamieszkanie u nich, poświęcają mu więcej czasu i uwagi (nie tylko na pomoc w leczeniu). Rodzina taka unika poruszania tematów drażliwych lub dotychczas wzbudzających nieporozumienia i konflikty. Jednocześnie zwiększa się jej dystans emocjonalny do osób z zewnątrz i tych spoza najbliższego (w tym okresie) środowiska rodzinnego [41]. Podczas terapii onkologicznej chory poza wsparciem emocjonalnym oczekuje również pomocy logistycznej (pomocy w organizowaniu wizyt u lekarza i badań diagnostycznych, transporcie do szpitala itp.) [38].

Biegle, biorąc pod uwagę te dynamiczne zmiany relacji wewnątrzrodzinnych, analizuje zdolność spadkodawcy do oceny uprawnień osób, którym majątek przeznaczył, oraz jego możliwości zrozumienia istoty konfliktu lub komplikacji, jakie mogą wywołać jego decyzje majątkowe [42]. Konieczne zatem staje się wyodrębnienie tych czynników rodzinnych, które od dłuższego czasu przyczyniały się do podjęcia

określonych rozporządzeń testamentowych, oraz tych, które przesądziły o nich już w trakcie procesu nowotworowego [39].

Omówienie

W wypadku testamentu sporządzonego przez osobę chorą na nowotwór niekiedy strona procesowa, starając się go podważyć, jako argument podnosi sam fakt istnienia diagnozy choroby nowotworowej u testatora (bez względu na jej rodzaj, nasilenie objawów, fazę rozwoju i dynamikę), co miałooby pozbawiać spadkodawcę zdolności do świadomego lub swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli. Na ogół ekspozowana jest również kwestia leczenia onkologicznego, które zdaniem pominiętych w testamencie spadkobierców doprowadziło do bezradności chorego, a w efekcie do uległości wobec osób sprawujących nad nim opiekę. Takie postawienie sprawy stanowi dużą komplikację dla biegłego psychiatry i psychologa, którzy nie mają kompetencji w zakresie medycyny somatycznej, zwłaszcza onkologii. Istotne jest, aby biegli nie ulegali sugestiom bądź naciskom strony usiłującej podważyć ważność testamentu lub stereotypowym opiniom na temat choroby nowotworowej i jej wpływu na stan psychiczny. Merytoryczna analiza materiału wymaga, aby biegli, po pierwsze, postępowali zgodnie z ogólnymi zasadami sporządzania opinii w sprawach testamentowych, i po drugie, wzięli pod uwagę pewne specyficzne dla choroby nowotworowej stany psychopatologiczne oraz inne czynniki, które towarzyszą tej chorobie.

Obecnie choroba nowotworowa to często wieloletni proces diagnostyczny i terapeutyczny, w którym występują nawroty choroby, stany remisji i okresy progresu choroby. Na przestrzeni tego czasu również stan psychiczny chorego ulega dynamicznym zmianom. Dzięki ustaleniu, w jakiej fazie choroby doszło do testowania, możliwe jest skupienie się na najczęściej występujących wówczas zaburzeniach psychicznych oraz ewentualnych zmianach w zachowaniu spadkodawcy. Zwykle ustawowi spadkobiercy pominięci w testamencie zwracają uwagę na fakt jego sporządzenia w ostatniej fazie choroby (co niekoniecznie ma odzwierciedlenie w rzeczywistości), koncentrują się na dolegliwościach fizycznych i stosowanej terapii. Z tego powodu niezbędne jest prześledzenie zmian w stanie psychicznym spadkodawcy nie tylko w okresie zbliżonym do daty testowania, ale także aż do momentu jego śmierci. Stany psychopatologiczne specyficzne dla zaawansowanego okresu choroby w postaci CRCD, zespołu zmęczenia i zespołu kacheksja–anoreksji powinny być zawsze w centrum zainteresowania biegłego psychiatry i psychologa – ze względu na wysoką częstość występowania w późnych stadiach choroby, przede wszystkim zaś z powodu charakteru objawów [25, 26, 28, 30, 31, 34]. Mogą one bowiem predysponować osobę spadkodawcy do wzmoczonej sugestyjności, uległości wobec innych osób, przenoszenia na nie ważnych decyzji majątkowych. Mogą też skłaniać chorego do wycofania się z relacji emocjonalnych z osobami, które dotychczas były dla niego ważne i przez niego cenione. Jednocześnie nie można wykluczać sytuacji, w której decyzja o testamencie, nawet w okresie zaawansowanej choroby i mimo pewnych nieprawidłowości psychicznych, może być przejawem pogodzenia się ze zbliżającą się śmiercią i stanowić wyraz racjonalnego dążenia do ostatecznego uporządkowania spraw majątkowych.

W odpowiedzi na diagnozę choroby nowotworowej spadkodawca może zareagować fizjologicznie – złością, lękiem, strachem czy gniewem. Spośród zaburzeń psychicznych najczęściej natomiast obserwuje się zaburzenia adaptacyjne: zespoły depresyjno-lękowe, a w bardziej zaawansowanych okresach choroby – depresję bez lęku. Ich rozpoznanie jest trudne ze względu na dynamiczne oddziaływanie wielu czynników na pacjenta w różnym czasie [14] oraz ich podobieństwo do objawów wynikających z samej choroby nowotworowej – zaburzeń snu, spadku aktywności, braku apetytu i utraty masy ciała [25]. Ich częstość nie jest jednak wcale tak wysoka, jak można by się spodziewać (bez względu na fazę choroby: duża depresja – 15%, łagodna depresja – 20% chorych) [17]. Do wystąpienia zaburzeń depresyjno-lękowych dochodzi na skutek oddziaływania konstelacji obciążających czynników [38], zwłaszcza u osób, które w przeszłości doświadczały depresji [18]. Informacje na temat zaburzeń depresyjnych, poza zeznaniami świadków, są zawarte w dokumentacji psychiatrycznej z okresu sprzed zachorowania na nowotwór (dokumentacja ta może być pomijana przez strony postępowania, gdyż czasami dotyczy odległego czasu). Jednocześnie nie można tracić z pola widzenia faktu, że bez względu na fazę choroby nowotworowej (ewentualną obecność czynników etiologicznych) ponad połowa pacjentów onkologicznych nie ujawnia zaburzeń lękowych ani depresyjnych.

W pozwach sądowych o unieważnienie testamentu w wielu wypadkach eksponowane są zaburzenia kontaktu słownego, pamięci, orientacji, koncentracji uwagi u spadkodawcy. Każde niestandardowe jego zachowanie ma być dowodem na występowanie otępienia. Osłabienie funkcji poznawczych u osób chorujących na nowotwór (zakładając, że jeszcze przed chorobą nie wykazywali objawów otępiennych) najczęściej przyjmuje wszakże postać zaledwie łagodnych zaburzeń poznawczych [28] i nie muszą one współwystępować z objawami depresyjnymi lub lękowymi [25]. Z zasady tego typu osłabienie funkcji poznawczych nie wpływa negatywnie na zdolności psychiczne danej osoby do czynności prawnych, w tym sporządzenia testamentu.

Z punktu widzenia orzeczniczego ważniejsze niż niewielkie deficyty pamięci czy uwagi są informacje na temat poziomu funkcjonowania społecznego, rodzinnego czy społecznego testatora [10], a także jego zaangażowania w proces leczenia onkologicznego. Biegły informację na ten temat pozyskuje z zeznań świadków, jak również z dokumentacji leczenia onkologicznego i hospicyjnego, która coraz częściej zawiera dane dotyczące postawy pacjenta w trakcie leczenia i jego stosunku do choroby. Na sposób zaadaptowania się spadkodawcy do choroby nowotworowej wpływają czynniki obecne jeszcze przed zachorowaniem, tj. cechy jego osobowości, usposobienie, style podejmowania decyzji, sposoby radzenia sobie z wcześniejszymi trudnościami życiowymi [43] (często zwracają na to uwagę świadkowie).

Podczas choroby dynamicznie zmieniająca się sytuacja sprawia, że na to przystosowanie ma wpływ wiele zmiennych: emocjonalnych, somatycznych, rodzinnych, materialnych, społecznych [5, 36, 37]. Im więcej tych obciążających czynników biegły jest w stanie zidentyfikować w materiale sprawy, tym bardziej niestabilnego stanu psychicznego powinien się spodziewać u spadkodawcy oraz większego ryzyka występowania u niego zaburzeń psychicznych. W takiej sytuacji nie można wykluczyć, że testator, podejmując decyzje majątkowe, mógł się kierować zaburzoną oceną swojego

położenia i perspektyw. Z drugiej strony większa akceptacja choroby jest traktowana jako emocjonalny wyznacznik bardziej sprawnego funkcjonowania: poczucia kompetencji, doceniania życia, częstych i głębszych relacji z innymi [44], a nie jako wyraz depresji, lęku, rezygnacji i uległości.

Diagnoza choroby nowotworowej u jednego z członków rodziny zwykle powoduje, że zanikają dotychczasowe niesnaski i nieporozumienia w imię dobra chorego. Następstwem tego jest pewne odizolowanie się osoby chorej oraz osób sprawujących nad nią bezpośrednią opiekę od dalszego środowiska (także rodzinnego) [39, 41]. Strona niezgadza się z postanowieniami testamentowymi podnosi natomiast fakt, że spadkodawca prawdopodobnie był uzależniony od spadkobiercy, gdyż znajdując się w ciężkim stanie zdrowia, sporządził testament na jego korzyść. To, że spadkodawca, który znalazł się w trudnej sytuacji psychologicznej i zdrowotnej, mógł liczyć na pomoc, wsparcie, uwagę osoby mu bliskiej i następnie zdecydował o przekazaniu jej swojego dorobku życiowego, nie powinno być automatycznie traktowane w kategoriach utraty swobody podejmowania decyzji. Zachowanie spadkodawcy staje się zrozumiałe, gdy z materiału sprawy wynika, że osoby niezadowolone z treści testamentu w rzeczywistości unikały realnej opieki nad nim. Swoją postawę wobec niego na ogół uzasadniają zadawnionymi animozjami, podczas kiedy wiadomo, że nawet istotne konflikty z osobami, które jednak angażują się w opiekę nad testatorem, stają się mało ważne w obliczu jego choroby. Informacje na temat relacji rodzinnych poza zeznaniami świadków zwykle zawarte są w dokumentacji medycznej spadkodawcy (adnotacje na temat osób towarzyszących choremu podczas wizyt, odwiedzających go w trakcie hospitalizacji, upoważnionych do informacji o jego stanie zdrowia, zamieszkujących z nim i sprawujących faktyczną opiekę).

Istotne jest zwrócenie uwagi na miejsce sporządzenia testamentu. Biegli sądowi ze szczególną ostrożnością podchodzą do czynności, które były prowadzone w miejscach przeznaczonych dla osób chorych (szpitale, w tym sale pooperacyjne i OIOM-y, hospicja, domy opieki). Wątpliwości mogą budzić czynności dokonywane w innym miejscu niż miejsce zamieszkania spadkodawcy lub kancelaria notarialna (sytuacje częste w czasie leczenia onkologicznego) [21]. W nowej sytuacji, w nowym miejscu, zwłaszcza przy pogorszonym stanie somatycznym, spadkodawca może zareagować zagubieniem, dezorientacją, pobudzeniem psychoruchowym, lękiem, pogorszeniem różnych funkcji poznawczych, a nawet objawami psychotycznymi. Co prawda u chorych onkologicznie występują wtedy przede wszystkim zespoły majaczeniowe (których objawy są łatwo zauważalne dla osób postronnych czy personelu medycznego), lecz dotyczy to jedynie chorych znajdujących się w zaawansowanej fazie choroby, sporadycznie natomiast we wcześniejszych jej stadiach i bardzo rzadko są one objawem niepożądanym chemioterapii [14].

Opracowano model łączący wiedzę prawniczą i medyczną, który ma za zadanie ułatwić ocenę stanu świadomości żyjącego spadkodawcy [7]. Nie ma wszakże przeszkód, aby zaadaptować go także do przypadków spadkodawców już nieżyjących, których stan psychiczny rekonstruuje się na podstawie akt sprawy i zawartej w nich dokumentacji medycznej. Ocenie podlegają funkcje poznawcze: (1) pojmowanie przez spadkodawcę natury testamentu, czyli pamięć dotycząca takich pojęć, jak „śmierć”, „majątek”, „spa-

dek” i „własność”, zdolności ich werbalizacji oraz rozumienia, a także wystarczające zdolności językowe; (2) wiedza spadkodawcy o naturze i rozmiarze majątku, czyli pamięć tych aspektów majątku (o aktywach, historii dotyczącej majątku, rozumienie wartości poszczególnych rzeczy); (3) wiedza spadkodawcy o osobach bliskich, czyli pamięć dotycząca osób, które mogą być potencjalnymi spadkobiercami, relacji ze spadkobiercami; (4) umiejętność przedstawienia sposobu rozporządzenia majątkiem, czyli zdolność uzasadnienia poszczególnych rozporządzeń własnym majątkiem, zdolność przewidywania skutków dla osób dziedziczących, jak również wyłączonych z dziedziczenia [45]. Zbliżone kryteria oceny zdolności do czynności prawnej pochodzą ze sprawy *The Banks v. Goodfellow* i sprowadzają się do oceny: (1) zrozumienia charakteru czynu i jego skutków; (2) znajomości charakteru i wielkości posiadanego majątku; (3) znajomości osób, które mają uzasadnione roszczenia do bycia beneficjentami; (4) zrozumienie konsekwencji podziału majątku spadkowego; (5) czy spadkodawca jest wolny od wszelkich złudzeń wpływających na rozdysponowanie majątkiem oraz (6) umiejętności jasnego i spójnego wyrażania życzeń w uporządkowanym planie dyspozycji [46].

W zakresie oceny swobody podjętej decyzji analiza psychologiczna dotycząca konkretnej czynności prawnej sprowadza się do ustalenia, czy została ona podjęta w wyniku uzależnienia emocjonalnego, materialnego bądź też związanego z bezradnością wynikającą ze złego stanu somatycznego, trudności materialnych lub innych [39], co przecież należy brać pod uwagę w trakcie procesu nowotworowego. Szczególnie odnosi się to do osób w starszym wieku, częściej chorujących na raka, ale także częściej sporządzających testament, którym przypisuje się większą podatność na sugestie i manipulacje [9, 11].

Z pewnością konieczne jest prowadzenie dalszych analiz sądowo-psychiatrycznych i psychologicznych ukierunkowanych na ocenę zdolności psychicznych osób z chorobą nowotworową do sporządzania testamentów. Systematyczny przegląd literatury dotyczący tej tematyki uzupełniony badaniami konkretnych przypadków pozwoliłby na opracowanie bardziej precyzyjnych zasad opiniowania sądowego w tego typu sprawach.

Wnioski

1. Stwierdzenie, że spadkodawca w czasie sporządzania testamentu cierpiał na chorobę nowotworową, jest niewystarczającym argumentem do podważenia treści testamentu.
2. Analiza sądowo-psychiatryczna i psychologiczna w zakresie zdolności do czynności prawnych spadkodawcy chorującego na nowotwór wymaga prześledzenia zmian w jego stanie psychicznym nie tylko w okresie zbliżonym do daty testowania, ale również w okresie przed zachorowaniem, a także już po sporządzeniu testamentu.
3. Dzięki ustaleniu, w jakim stadium choroby nowotworowej doszło do testowania, możliwe jest skoncentrowanie się przez biegłych na najczęściej występujących w konkretnym okresie choroby zaburzeniach psychicznych oraz ich ewentualnym wpływie na zachowania oraz decyzje majątkowe spadkodawcy.
4. Biegli w swoich ocenach nie mogą pomijać stanów psychopatologicznych specyficznych dla procesu nowotworowego u spadkodawcy, takich jak zaburzenia

reaktywne o różnym obrazie i etiologii, osłabienie funkcji poznawczych, CRCO (*Cancer-related Cognitive Dysfunction*), zespoły zmęczenia i kacheksji–anoreksji czy przejściowe zaburzenia świadomości.

5. Z orzeczniczego punktu widzenia niezbędna jest analiza zaadaptowania się spadkodawcy do choroby nowotworowej, na które mają wpływ zarówno czynniki bezpośrednio związane z samą chorobą i jej leczeniem, jak i predyspozycje osobowościowe testatora oraz czynniki wtórne do choroby (zmiany pozycji społecznej, materialnej czy zawodowej).
6. Biegli z zakresu psychiatrii i psychologii, dokonując oceny zdolności psychicznych do czynności prawnych u testatora, powinni brać pod uwagę dynamiczne zmiany w jego relacjach z poszczególnymi członkami najbliższego otoczenia, w tym ze wskazanymi przez niego spadkobiercami oraz osobami, które pominął w testamentie.

Piśmiennictwo

1. Feliksiak M, Roguska B. *Komunikat z badań. Stosunek do śmierci i zwyczaje funeralne*. CBOS 2019; 136: 1–13.
2. Rabin EE, Kim M, Mozy A, Cardoza K, Bell AC, Zhai L i wsp. *A systematic review of pharmacologic treatment efficacy for depression in older patients with cancer*. Brain Behav. Immun. Health 2022; 21: 100449. Doi: 10.1016/j.bbih.2022.100449.
3. *Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023*. EU Country Cancer Profiles. Paris: OECD Publishing. 2023. doi.org/10.1787/aab579a7-pl.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A i wsp. *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J. Clin. 2021; 71(3): 209–249. Doi: 10.3322/caac.21660.
5. Religioni U, Czerw A, Deptała A. *Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(1): 129–141.
6. Jayani RV, Hamparsumian A, Sun C, Li D, Cabrera Chien L, Moreno J i wsp. *The relationship of mental health symptoms to chemotherapy toxicity risk in older adults with cancer: Results from the geriatric assessment-driven intervention study*. Cancer 2024; 130(22): 3894–3901. Doi: 10.1002/cncr.35482.
7. Wierciński J. *Brak świadomości albo swobody przy sporządzaniu testamentu*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013.
8. Gałęcki P. *Nieważność testamentu sporządzonego w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli*. W: Gałęcki P, Eichstaedt K. red. *Psychiatria sądowa*, wyd. 1. Warszawa: PZW; 2022. S. 333–340.
9. Stanik JM. *Teoretyczne i metodologiczne problemy opiniodawstwa psychologicznego w sprawach o ważność oświadczenia woli i w sprawach testamentowych*. Przegl. Psychol. 2009; 52(3): 243–261.
10. Hajdukiewicz D. *Zaburzenia psychiczne a oceny sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*. W: Hajdukiewicz D. red. *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*, wyd. 2. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008. S. 166–181.

11. Zuscak S, Coyle I, Keyzer P, Machin MA. *The marriage of psychology and law: Testamentary capacity*. Psychiatr. Psychol. Law 2019; 26(4): 614–643. Doi: 10.1080/13218719.2018.1557506.
12. Sesiuk A, Rzepiela L. *Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2016; 16(1): 21–26.
13. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. *Prevalence of depression and anxiety among cancer patients*. Caspian. J. Intern. Med. 2014; 5(3): 167–170.
14. de Walden-Gałuszek K, Majkowicz M, Zdun-Ryżewska A. *Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej – trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych*. Psychoonkologia 2013; 1(17): 10–15.
15. Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Sawhney A, Thekkumpurath P, Beale C i wsp. *Prevalence of depression in adults with cancer: A systematic review*. Ann. Oncol. 2013; 24(4): 895–900. Doi: 10.1093/annonc/mds575.
16. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L i wsp. *Anxiety disorders and comorbid medical illness*. Gen. Hosp. Psychiatry 2008; 30(3): 208–225.
17. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. *Depression and anxiety in patients with cancer*. BMJ 2018; 361: k1415. Doi: 10.1136/bmj.k1415.
18. Lee ARYB, Leong I, Lau G, Tan AW, Ho RCM, Ho CSH i wsp. *Depression and anxiety in older adults with cancer: Systematic review and meta-summary of risk, protective and exacerbating factors*. Gen. Hosp. Psychiatry 2023; 81: 32–42. Doi: 10.1016/j.gen-hosppsy.2023.01.008.
19. Battat M, Omair N, WildAli MA, Alkaissi A, Amer R, Koni AA i wsp. *Assessment of depression symptoms among cancer patients: A cross-sectional study from a developing country*. Sci. Rep. 2024; 14(1): 11934. Doi: 10.1038/s41598-024-62935-x.
20. Topcu A, Yasin AI, Besiroglu M, Sucuoglu Isleyen Z, Alaca Topcu Z, Simsek M i wsp. *Prevalence and co-incidence of geriatric syndromes according to the ECOG performance status in older cancer patients*. Front. Med. (Lausanne) 2024; 11: 1331246. Doi: 10.3389/fmed.2024.1331246.
21. Shulman K, Herrmann N, Peglar H, Dochylo D, Burns C, Peisah C. *The role of the medical expert in the retrospective assessment of testamentary capacity*. Can. J. Psychiatry 2021; 66(3): 255–261. Doi: 10.1177/0706743720915007.
22. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K. *Elderly cancer patients' psychopathology: A systematic review: Aging and mental health*. Arch. Gerontol. Geriatr. 2015; 60(1): 9–15. Doi: 10.1016/j.archger.2014.09.008.
23. Shaw C, Baldwin A, Anderson C. *Cognitive effects of chemotherapy: An integrative review*. Eur. J. Oncol. Nurs. 2021; 54: 102042. Doi: 10.1016/j.ejon.2021.102042.
24. Schein CH. *Distinguishing curable from progressive dementias for defining cancer care options*. Cancers (Basel) 2023; 15(4): 1055. Doi: 10.3390/cancers15041055.
25. Bury-Kamińska M, Szudy-Szczyrek A, Kozłowiec M, Janowska-Łęska O, Nowaczyńska A, Hus M. *Poziom depresji a pojawienie się zmian poznawczych u chorych na szpiczaka mnogiego – doniesienia wstępne*. J. Mod. Sci. 2022; 1(48): 461–475.
26. Janota A, Kołodziejczyk K, Piechowicz P, Dunaj P, Dzierżanowski T. *Mechanizmy powstawania zaburzeń poznawczych związanych z chemioterapią*. Med. Paliat. 2022; 14(3): 132–141. Doi: 10.5114/pm.2022.125856.
27. Bury M. *Chemobrain in patients suffering from cancer based on the example of multiple myeloma*. Curr. Probl. Psychiatry 2017; 18(1): 62–69.

28. Kuśmierek M, Jasionowska J, Maruszewska P, Kalinka-Warzocha E, Gałęcki P, Mikołajczyk I i wsp. *The impact of cancer treatment on cognitive efficiency: Chemobrain – does it exist?* Eur. J. Psychiatry 2020; 34(1): 20–26. doi.org/10.1016/j.ejpsy.2019.10.002.
29. Das A, Ranadive N, Kinra M, Nampoothiri M, Arora D, Mudgal J. *An overview on chemotherapy-induced cognitive impairment and potential role of antidepressants.* Curr. Neuropharmacol. 2020; 18(9): 838–851. Doi: 10.2174/1570159X18666200221113842.
30. Ma Y, He B, Jiang M, Yang Y, Wang C, Huang C i wsp. *Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis.* Int. J. Nurs. Stud. 2020; 111: 103707. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103707.
31. Li P, Wang Q, Feng L, Ding Z, Fan W. *Bibliometric and visualization analyses of cancer-related fatigue research published worldwide from 2001 to 2023.* Front. Oncol. 2024; 14: 1338325. Doi: 10.3389/fonc.2024.1338325.
32. Lobefaro R, Rota S, Porcu L, Brunelli C, Alfieri S, Zito E i wsp. *Cancer-related fatigue and depression: A monocentric, prospective, cross-sectional study in advanced solid tumors.* ESMO Open 2022; 7(2): 100457. Doi: 10.1016/j.esmoop.2022.100457.
33. Prado CM, Baracos VE, McCargar LJ, Reiman T, Mourtzakis M, Tonkin K i wsp. *Sarcopenia as a determinant of chemotherapy toxicity and time to tumor progression in metastatic breast cancer patients receiving capecitabine treatment.* Clin. Cancer Res. 2009; 15(8): 2920–2926. Doi: 10.1158/1078-0432.CCR-08-2242.
34. Shih YA, Wang C, Jin S, Feng W, Lu Q. *Decision making of artificial nutrition and hydration for cancer patients at terminal stage – A systematic review of the views from patients, families, and healthcare professionals.* J. Pain Symptom Manage. 2021; 62(5): 1065–1078. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.013.
35. Modlińska A, Wyszadko A. *Zespół wyniszczenia w przebiegu choroby nowotworowej z uwzględnieniem leczenia octanem megestrolu.* Med. Paliat. 2012; 4(2): 67–74.
36. Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Mathew S, Nayak S, Nayak BS i wsp. *Quality of life among cancer patients.* Indian J. Palliat. Care 2017; 23(4): 445–450. Doi: 10.4103/IJPC.IJPC_82_17.
37. Presley CJ, Han L, Leo-Summers L, Hurria A, Gross CP, Davidoff AJ i wsp. *Functional trajectories before and after a new cancer diagnosis among community-dwelling older adults.* J. Geriatr. Oncol. 2019; 10(1): 60–67. Doi: 10.1016/j.jgo.2018.05.017.
38. Adamczyk N, Makara-Studzińska M, Sidor K, Pucek W, Wdowiak A. *Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii.* Eur. J. Med. Technol. 2024; 3(4): 67–75.
39. Dalal PK, Tripathi A, Kar SK, Narayan CL, Matkar A. *Mental capacity including testamentary capacity.* Indian J. Psychiatry 2022; 64(1): 25–34. Doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_696_21.
40. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn S. *Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią.* Piel. Zdr. Publ. 2017; 26(1): 53–61.
41. Zielazny P, Zarzeczna-Baran M, Wojtecka A. *System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia.* Med. Og. Nauk Zdr. 2013; 19(4): 439–444.
42. Brenkel M, Whaley K, Herrmann N, Crawford K, Hazan E, Cardiff L i wsp. *Case for the standardized assessment of testamentary capacity.* Can. Geriatr. J. 2018; 21(1): 26–31. Doi: 10.5770/cgj.21.283.
43. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniewski M. *Zaburzenia nastroju i strategię przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych.* Współcz. Onkol. 2009; 13(1): 41–46.

44. Kozak G. *Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych*. Anest. Ratow. 2012; 6: 162–170.
45. Martin RC, Gerstenecker A, Hebert K, Triebel K, Marson D. *Assessment of testamentary capacity in older adults: Description and initial validation of a standardized interview instrument*. Arch. Clin. Neuropsychol. 2022; 37(6): 1133–1147. Doi: 10.1093/arclin/acac028.
46. Vajawat B, Hegde PR, Varshney P, Malathesh BC, Kumar CN, Math SB. *Civil responsibility in geriatric psychiatry*. Indian J. Psychol. Med. 2021; 43(5): 60–65. Doi: 10.1177/02537176211031062.

Autor korespondencyjny: Przemysław Cynkier
e-mail: pnj.cynk@gmail.com