



Błędne oceny biegłych psychiatrów jako powód przewlekania się sprawy o unieważnienie testamentu

*Erroneous assessment by expert psychiatrists as the cause
of protraction of proceedings in annulment of will cases*

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Cel.* Autorka przedstawiła wnioski czterech opinii kolejnych biegłych psychiatrów (w tym dwa zespoły biegłych z ośrodków naukowych), które przyczyniły się do przewlekłości postępowania w sprawie o unieważnienie testamentu. **Przypadki.** Biegli nie wyciągali wniosków z błędów poprzedników i wypowiadali się o ograniczeniu swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, czego unormowania w sprawach testamentowych nie przewidują. Trzeci zespół, pod naciskiem sądu stwierdził, że ograniczenie jest tożsame z wyłączeniem swobody powzięcia decyzji. Czwarty zespół inaczej ocenił stan psychiczny testatorki twierdząc, że ograniczał on tak znacznie świadome powzięcie decyzji, że je wyłączał, natomiast swoboda jeżeli była ograniczona to nieznacznie!?. **Wnioski.** W orzecznictwie testamentowym konieczna jest świadomość istoty unormowań prawnych w sprawach testamentowych, dokładnej analizy całego materiału sprawy i podejmowania ostrożnych ale rzetelnych, dobrze przemyślanych ocen

SUMMARY. *Aim.* The author presented conclusions from four court opinions prepared by successive expert psychiatrists (in that number two teams of experts from research centres). The expertises have contributed to protraction of proceedings in cases concerning invalidation of will. **Case reports.** The experts did not take into account the errors made by their predecessors and recognised limited freedom of decision making and declaration of will, which is not provided for by regulations in testamentary cases. The third team, under the pressure of the court, declared that the limitations are equivalent to the exclusion of freedom of decision making. However, the fourth team assessed the mental status of the testatrix in a different way, namely stating that her capacity of conscious decision making had been limited so much that it was practically excluded, but limitations of her freedom of decision making had been insubstantial, if any. **Conclusions.** In testamentary cases court experts must be aware of the nature of legal regulations concerning testamentary matters, the entire material in a given case must be thoroughly analysed and assessments should be made with caution, but reliably and after careful consideration.

Słowa kluczowe: orzecznictwo sądowno-psychiatryczne / unieważnienie testamentu / opis przypadku

Key words: forensic psychiatric opinions / annulment of will / case report

Jako szczególnie drastyczny przykład przedstawiam poniżej sprawę, która od ponad 10 lat nie może doczekać się orzeczenia sądu co do ważności testamentu, w dużej mierze wskutek błędnych ocen psychiatrów. Chociaż błędy są różnego rodzaju, to na przewlekanie się sprawy zaważyły te, które wynikają ze

słabej znajomości przez biegłych psychiatrów unormowań prawa cywilnego. A znajomość unormowań prawnych jest ich obowiązkiem od momentu podjęcia się przez nich obowiązków biegłego sądowego. Ilustrowany przykład świadczy, że moja krytyka biegłych psychiatrów nie jest gołosłowna.

OPIS PRZYPADKU

Sąd kolejnym biegłym zlecał następujące zadanie: Czy w chwili sporządzania testamentu (na 8 miesięcy przed śmiercią) 66-letnia testatorka, pani Halina posiadała zdolność do testowania, czy też była w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Ostatniemu zespołowi biegłych z Kliniki Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie postawiono dodatkowe pytanie: przy ewentualnym stwierdzeniu braku zdolności testatorki do testowania, sąd zwraca się o wyjaśnienie, czy ów brak biegli wiąże z brakiem świadomości czy brakiem swobody w podejmowaniu decyzji i wyrażaniu woli.

Biegli korzystali z danych z akt sprawy oraz dokumentacji lekarskiej (niepsychiatrycznej).

Pani Halina była osobą samotną, rozwiedzioną (były mąż zmarł przed nią), bezdzietną, samodzielnią. Na dwa i pół roku przed śmiercią, z powodu choroby nie opuszczała łóżka. Jedyne jej brat przeszedł na wcześniejszą emeryturę, by zaopiekować się nią, ale gdy jej stan znacznie się pogorszył, opiekę przejęła jego córka, która zamieszkała u ciotki. Powstały plany, że pani Halina zapisze mieszkanie bratanicy. Brat nadal odwiedzał siostrę raz na tydzień, namawiając ją usilnie, aby poddała się – koniecznemu zdaniem lekarzy – zabiegowi operacyjnemu, lecz ona nie wyrażała zgody i na tym tle dochodziło między rodzeństwem do nieporozumień. Sąsiadka, która również namawiała ją do poddania się operacji zeznała, że testatorka na namowy odpowiadała, że „nie może żyć bez nóg” i nie zmieniała zdania. Wobec brata często była niegrzeczna, a nawet ordynarna. Parę miesięcy (może rok) przed śmiercią pani Halina zrezygnowała z opieki brata i bratanicy, a poddała się opiece „dobrej koleżanki”, która po wielu latach zaczęła ją odwiedzać i zaoferowała pomoc. W czasie jej opieki zostały wymienione zamki w drzwiach mieszkania pani Haliny, do której członkowie jej rodziny nie mogli się dostać. Wtedy testatorka miała zaproponować koleżance „mieszkanie i wszystko”

oraz „sama telefonicznie” miała załatwić notariusza mówiąc, że „koleżanka jest dla niej dobra i dlatego zapisuje jej mieszkanie”.

Testament notarialny został sporządzony 8 miesięcy przed śmiercią pani Haliny, która powołała w nim do całego spadku wówczas 17-letnią wnuczkę koleżanki. Został on zakwestionowany przez brata i bratanicę testatorki, którzy twierdzili, że uległa ona namowom i naleganiom matki i babki spadkobierczyni, czemu sprzyjał szybko rozwijający się proces chorobowy, pobieranie znacznych ilości leków narkotycznych, wystąpienie zaburzeń psychicznych, które wyłączały jej świadome i swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli (zdaniem bratanicy). Brat pani Haliny zrezygnował ze spadku na rzecz swej córki. Stwierdził, że testament jest „niesprawiedliwy”, bo to on opiekował się siostrą, która zamierzała sporządzić testament na rzecz jego córki. Jego zdaniem siostra, która miała miażdżycę i amputowane obie nogi, sporządziła testament „bezmyślnie, pod wpływem leków narkotycznych”. Dodał, że spadkobierczyni była znajomą testatorki od roku.

Przesłuchani w sprawie świadkowie twierdzili, że z testatorką zawsze można było nawiązać kontakt słowny i była świadoma tego, co robi. Poza uczestniczką – bratanicą testatorki, która twierdziła, że ciotka miała zaburzenia psychiczne, ale ich nie sprecyzowała, jeszcze dwóch świadków miało wątpliwości do zdrowia psychicznego testatorki: siostra PCK uważała, że choć testatorka zawsze nawiązywała kontakt i mówiła o swoich potrzebach, to „coraz częściej nie myślała zdrowym umysłem”, oraz sąsiadka oceniała, że „prowadzenie rozmowy z testatorką bywało różne” podając jako przykład to, że na miesiąc przed śmiercią testatorki „rozmowa nie kleiła się, testatorka siedziała wpatrzona tępym wzrokiem w podłogę”.

Z dokumentacji lekarskiej wynika, że pani Halina podjęła leczenie w przychodni ogólnej niecałe trzy lata przed śmiercią, z powodu miażdżycy zarostowej tętnic dolnych i nadciśnienia tętniczego (ale dopiero wtedy, gdy

bóle w kończynach były znaczne i uniemożliwiały jej chodzenie). Niedokrwienie kończyn dolnych powodowało zmiany martwicze, rozszerzające się od palców na podudzia, dołączyły się głębokie odleżyny okolicy guzów kulszowych i kości krzyżowej. Podawane jej silne środki przeciwbólowe narkotyczne, tylko krótkotrwale uspokajały ból, a na amputację kończyn chora zdecydowała się dopiero na miesiąc przed śmiercią. Mimo niepokłanego gojenia się ran poamputacyjnych (na wysokości uda), stan ogólny chorej pogarszał się i z objawami niewydolności krążeniowo-oddechowej zmarła.

W dokumentacji lekarskiej brak notatek o występowaniu u chorej zaburzeń psychicznych, dopiero trzy miesiące przed śmiercią pielęgniarka odnotowując jej zły stan fizyczny, wychudzenie, odwodnienie, odnotowała: „często znajduje się w stanie zamroczenia polekowego”. W okresie tym chora przyjmowała dwa razy dziennie po 1 ampułce morfinę (po 0,02 grama) oraz „duże ilości Dolarganu”.

Opinie

W sprawie zdolności testatorki do testowania zostały wydane cztery opinie sądowo-psychiatryczne (przed naszą, która była piątą).

Pierwszy biegły psychiatra nie znalazł podstaw do stwierdzenia, by do okresu testowania włącznie testatorka wykazywała zaburzenia psychiczne, zatem przyjął, że miała zachowaną zdolność do świadomego powzięcia decyzji i oświadczenia woli. Ze względu jednak na zażywane środki narkotyczne w związku z miażdżycą zarostową kończyn dolnych powikłaną martwicą „mogła być podatna na sugestie i wpływy otoczenia”, zatem nie można wykluczyć, że jej zdolność do swobodnego podjęcia decyzji była zaburzona”.

Nie była to dla sądu opinia jasna, więc biegły wydał opinię uzupełniającą po zapoznaniu się z dodatkową dokumentacją lekarską i stwierdził w niej, że wobec przyjmowania środków odurzających na około rok przed sporządzeniem testamentu, „można przyjąć, że była od nich uzależniona” dlatego „z przeważającym prawdopodobieństwem

z powodu uzależnienia od tych środków miała w znacznym stopniu ograniczoną zdolność do swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli w okresie testowania”.

Dodatkowo przesłuchany na rozprawie na pytanie sądu wyjaśnił: „skoro spadkodawczyni miała ograniczoną zdolność do swobodnego podjęcia decyzji, to ja bym uważał, że nie miała zachowanej zdolności do czynności prawnych w okresie testowania, ponieważ testowanie wymaga pełnej zdolności do swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli”. Powołując się na to, że ocena do swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli leży bardziej w gestii psychologa niż psychiatry, biegły wniósł o powołanie biegłego psychologa.

Drugi biegły był psychiatrą i psychologiem jednocześnie, który potwierdził wcześniejszą ocenę, że testatorka nie była chora psychicznie, nie przejawiała objawów upośledzenia lub otępienia umysłowego. Jednak pani Halina brała duże ilości narkotyków, a okresowo była z tego powodu zamroczona, to choć mało prawdopodobne jest, by notariusz w takim jej stanie sporządził testament, jednak uzależnienie od narkotyków daje zaburzenia psychiczne w zakresie motywacji i woli, pozycję bierno-zależną, zwiększoną podatność na namowy i sugestie otoczenia, „dlatego jest prawdopodobne, że testatorka mogła mieć z tego powodu zaburzoną zdolność do swobodnego podjęcia decyzji”.

W uzupełniającej opinii drugi biegły ocenił wpływ uzależnienia na zdolność testowania i podczas obrony opinii na rozprawie stwierdził, że „ograniczenie zdolności i wyłączenie zdolności to nie są pojęcia identyczne ale podobne. Nieposiadanie pełnej zdolności do swobodnego podjęcia decyzji, a wyłączenie tej zdolności – to nie jest to samo, ale w praktyce to jest tożsame”. Zdaniem biegłego ograniczenie zdolności do swobodnego decydowania było znaczne.

Trzecia opinia była opinią instytucji naukowej, została opracowana przez trzech biegłych psychiatrów, z których ponadto jeden specjalizował się w leczeniu uzależnień, drugi

w farmakoterapii. Ci biegli również nie stwierdzili podstaw do wyłączenia świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli (bo nie stwierdzili choroby psychicznej ani przemijających zaburzeń świadomości w dniu testowania), „jednak zdolność do swobodnego podjęcia decyzji była ograniczona poprzez działanie narkotycznych środków przeciwbólowych”, zatem podzielili oceny poprzednich biegłych.

Ustne uzupełnienie tej opinii podczas rozprawy w sądzie brzmiało: „Spadkodawczyni przyjmowała leki narkotyczne, nie była w stanie podjąć decyzji, zdolność była ograniczona. Pisząc, że zdolność była ograniczona, należy rozumieć, że zdolność była wyłączona”. „W opinii pisemnej powinno być napisane znaczne ograniczenie, to sekretarka błędnie przepisała ten fragment opinii”.

W kolejnej opinii uzupełniającej ci sami biegli stwierdzili: „rodzaj i stopień uzależnienia od leków narkotycznych doprowadzał do zaburzeń osobowości w zakresie wolnej woli, co nie pozwalało na swobodne podejmowania decyzji”. Ale kolejne stwierdzenie było następujące: „Ograniczenie i zniesienie możliwości psychicznych typu świadomość, wolna wola, swoboda decyzji są tożsame... Za każdym razem, gdy występuje ograniczenie do swobodnego podjęcia decyzji jest równoznaczne z wyłączeniem, tzn. brakiem swobody podjęcia decyzji”.

Mimo wewnętrznych sprzeczności we wszystkich wyżej przedstawionych opiniach sąd na podstawie art. 945 kc uznał testament pani Haliny za nieważny stwierdzając, że z mocy ustawy spadek dziedziczy jej bratanica. Od tego postanowienia wnuczka koleżanki pani Haliny założyła rewizję, wskazując na całkowitą świadomość testatorki w czasie sporządzania testamentu, „a gdyby prawdą było to co stwierdzili biegli, to zmarła mogła mieć *lucida intervalla* powodujące jej pełną zdolność testowania w takim okresie”.

Sąd wyższej instancji uchylił zaskarżone postanowienie, uzasadniając tym, że wszystkie trzy dotychczasowe opinie biegłych nie mówiły, że stan psychiczny spadkodawczyni w okresie testowania wyłączał swobodne po-

wzięcie decyzji i wyrażenie woli, dopiero odmienna opinia została przedstawiona ustnie z uzasadnieniem, że zaszła pomyłka w trakcie przepisywania opinii, zaś sąd niższej instancji nie wyjaśnił rozbieżności między opinią ustną a pisemną.

O czwartą opinię sąd zwrócił się do innej instytucji naukowej, stawiając biegłym podstawowe pytania związane z oceną ważności testamentu, a ponadto jeszcze następujące.

- Czy ograniczenie zdolności do swobodnego podjęcia decyzji jest równoznaczne z wyłączeniem zdolności do swobodnego podjęcia decyzji?
- Polecenie odpowiedzi na pytania pełnomocnika wnioskodawczyni: czy każda osoba, która ma zaburzenia świadomości, bez względu na stopień zaburzeń, nie jest zdolna do podjęcia świadomej decyzji?
- Czy zaburzenia woli zawsze są równoznaczne z brakiem zdolności do swobodnego podejmowania decyzji, czy zawsze tą zdolność znoszą, czy też mogą ją tylko ograniczać?
- Czy zawsze uzależnienie od narkotyków powoduje niemożność podjęcia decyzji w sprawach nie związanych bezpośrednio z potrzebą zażywania tych środków?

Pełnomocnik uzasadnił konieczność wyjaśnienia tych kwestii tym, że jeżeli ograniczenie i zniesienie świadomości, wolnej woli, swobody decyzji nie są tożsame oraz że nie zawsze ograniczenie swobody decyzji jest równoznaczne z wyłączeniem tej swobody, „to wartość dowodowa opinii uzupełniającej... byłaby wątpliwa, gdyż wnioski z tej opinii wypływałyby z błędnego utożsamiania ograniczenia i wyłączenia swobody podejmowania decyzji. Jeżeli rzeczywiście każde ograniczenie swobodnego powzięcia decyzji było równoznaczne z wyłączeniem swobody powzięcia decyzji, to straciłyby wszelki sens przepisy prawa cywilnego (a także karnego), rozróżniające te dwa stany i przewidujące zupełnie inne skutki prawne w zależności od tego, czy czynność prawna podjęta była w warunkach ograniczenia czy też wyłączenia swobody podejmowania decyzji”.

Czwarty zespół biegłych psychiatrów bardzo szczegółowo przeanalizował cały zabrany w sprawie materiał, na podstawie którego przyjął poprzednie oceny stanu fizycznego testatorki, lecz doszedł do odmiennych wniosków w ocenach stanu psychicznego i jego wpływu na świadome i swobodne podejmowanie decyzji i wyrażenie woli.

Zdaniem tych biegłych „już same rozpoznania internistyczne w połączeniu z wiekiem testatorki pozwalają na podejrzewanie istnienia u niej w ostatnich latach życia zespołu psychoorganicznego o przynajmniej umiarkowanie nasilonych objawach. Podłożem tego zespołu był więc zarówno wiek opiniowanej, któremu towarzyszą mniej lub bardziej zaawansowane zmiany starcze (inwolucyjne, zanikowe, wsteczne) oraz miażdżycza naczyń (również mózgowych)”. „Dla postronnych osób zaburzenia psychopatologiczne nie dominowały, gdyż były zapamiętane przez narastające dolegliwości bólowe”. Biegli podkreślili, że testatorka brała środki przeciwbólowe dla zniesienia lub złagodzenia bólów, a nie dla efektów odurzających, dlatego krytykują poprzednich biegłych, którzy porównali ją do narkomanki „co jest pewnym przejawskrawieniem, jak również niesmacznym i niefortunnym sformułowaniem”.

Następnie biegli definiowali terminy „świadomość” i „przytomność”, odwołując się do zeznań świadków, „z których mogłoby wynikać, że testatorka znajdowała się w stanie zachowanej świadomości” i tak ocenili to poprzedni biegli, ale czwarty zespół tego stanowiska nie podziela. Ich zdaniem poprzedni biegli utożsamili pojęcie „świadomości” z pojęciem „przytomności”, co nie jest prawidłowe i dla tych biegłych wywód poprzednich „nie jest prawdziwy, gdyż nie oddaje pełni stanu faktycznego opisującego zdrowie psychiczne opiniowanej”. Ich zdaniem „mimo licznych wypowiedzi świadków sygnalizujących występowanie dość typowych zaburzeń przytomności” poprzedni biegli się do tego nie odnieśli. Dlatego ci biegli wbrew poprzednikom uważają „że zdolność świadomego podjęcia decyzji i wyrażenia woli

była u opiniowanej ograniczona w tak dalekim stopniu, że stan ten graniczył z całkowitym zniesieniem (wyłączeniem) tej zdolności”. „W opinii biegłych zmiany otępienne – którym towarzyszyło nadużywanie i uzależnienie od środków narkotycznych – prowadziły do tak dalece idących zmian w psychice testatorki, że możliwość w pełni świadomego podjęcia przez nią decyzji i wyrażenia woli była zniesiona”. Zdaniem biegłych u testatorki wystąpiły jeszcze objawy zespołu depresyjnego, które z powodu objawów bólowych były bagatelizowane, ale mogły one pogarszać jej zdolność do świadomego podejmowania decyzji. Ponadto uważają, że dotychczasowi biegli „próbowali na podstawie mało wiarygodnych konstrukcji myślowych dowieść, że testatorka była podatna na sugestie i wpływy”. Biegli nie dopatrzyli się u niej „zaburzeń osobowości w zakresie woli” i uważają „że jeżeli nawet u opiniowanej doszło do ograniczenia swobody w podejmowaniu decyzji i wyrażaniu woli, to ograniczenie to było niewielkie”. W podsumowaniu dodali, że dolegliwości i schorzenia testatorki „miały takie nasilenie, że prowadziły do znaczącego ograniczenia zdolności testowania, które było tak znaczne i głębokie, że graniczyło ze stanem (lub było mu tożsame) wyłączenia zdolności podejmowania decyzji do czynności prawnych”. Odmiennie jednak, niż w poprzednich opiniach, łączą zniesienie zdolności testowania nie z wyłączeniem swobody, ale zasadniczo z „wyłączeniem świadomości”.

Biegli zamieszczają krytykę poprzednich opinii: „Nie tyle błędem, co niefachowością w dotychczasowych opiniach było zastosowanie sformułowań procesowych: zdolność do swobodnego powzięcia decyzji była zaburzona”, w innej opinii „ograniczona”. Między innymi krytykowali błędy poprzedników, które sami za nimi powtarzali (choćby to o znacznym ograniczeniu). Ostatecznie biegli stwierdzili, że w chwili sporządzania testamentu opiniowana „nie mogła w sposób swobodny, a zwłaszcza świadomy podjąć decyzji i wyrazić swojej woli”, „zatem miała zniesioną zdolność do czynności prawnych”.

Na rozprawie sądowej na pytanie sądu o podstawę przyjęcia rozpoznania otępienia u testatorki powtórzyli, że testatorka miała 65 lat, cierpiała na miażdżycę i nadciśnienie. Uważali, że ich oceny są zgodne z ocenami poprzednich biegłych, „ale nasza opinia sformułowana jest w sposób stanowczy i podaliśmy do tematu od innej strony”.

Pełnomocnik wnioskodawczyni wystąpił o kolejny zespół biegłych psychiatrów, uzasadniając to dwoma rozbieżnymi opiniami, gdyż ostatni zespół przyjął brak świadomości, a nie jak poprzedni biegli brak swobody w podejmowaniu decyzji.

Piątym zespołem opiniującym byli biegli z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN. Podzielili się oceny zawarte w pierwszych trzech opiniach biegłych, że zebrany materiał nie wskazuje, by w okresie testowania pani Halina przejawiała objawy choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zakłóceń czynności psychicznych (w tym otępienia umysłowego lub przejściowych zaburzeń świadomości).

Poza uczestniczką postępowania i dwoma świadkami wszyscy pozostali zawsze nawiązywali z panią Haliną kontakt słowny, przedstawiała im swoje dolegliwości i problemy rodzinne, nie zauważyli w jej wypowiedziach lub zachowaniu treści lub zachowań odbiegających od normy. Nawet kwestionujący testament brat testatorki nie sugerował zaburzeń psychicznych, lecz twierdził, że treść testamentu jest wynikiem „bezmyślności siostry, przyjmującej leki narkotyczne”. Zdanie przeciwne wypowiadała świadek sąsiadka, ale „dziwne” zachowanie testatorki lokalizowała miesiąc przed jej śmiercią. Drugi świadek uważał, że choć zawsze nawiązywał z nią kontakt, to jednak testatorka „nie myślała zdrowym umysłem”, nie precyzując tego. Podobnie uczestniczka nie wskazała, jakiego rodzaju zaburzenia obserwowała u swej ciotki.

Testatorka rozpoczęła leczenie, gdy miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych była już znacznie zaawansowana (uniemożliwiała jej chodzenie) i nadal pogłębiały się zaburzenia, wzrastały dolegliwości bólowe, z powodu

których prowadzono leczenie przeciwbólowe (ambulatoryjnie środki narkotyczne stosowano jej około półtora roku przed śmiercią). Trudno powiedzieć, czy w okresie testowania istniało u testatorki uzależnienie od środków narkotycznych. Konieczność stopniowego podnoszenia dawek była spowodowana przede wszystkim nasileniem się dolegliwości bólowych w wyniku rozszerzania się obszarów niedokrwienia kończyn i martwicy.

Doszliśmy do wniosku, że wyżej wymieniona przewlekła choroba z towarzyszącymi jej dolegliwościami bólowymi, niedosypianiem, wyniszczeniem organizmu spowodowała wystąpienie u testatorki *astenii psychicznej*. Termin astenia oznacza brak siły i wigoru. Stan taki charakteryzuje się uczuciem zmęczenia, osłabienia, wyczerpania, niewydolności fizycznej i psychicznej. Towarzyszą mu zaburzenia wegetatywne i snu. Charakterystyczną jej cechą jest chwiejność nastroju z przejawami dysforii, niekiedy apatii, zubożenia. Astenia występuje w przebiegu chorób somatycznych, infekcyjnych, zwłaszcza długotrwałych, jako wynik przeciążenia organizmu. U testatorki za takim stanem przemawiają następujące informacje od świadków: „bywała bardzo nerwowa”, niegrzeczna, nawet ordynarna wobec brata, pytana o zdrowie płakała, że ma bardzo duże bóle – pod koniec życia bóle były tak silne, że często siedziała w kucki (ta informacja wskazuje na charakterystyczną reakcję bólową, obserwowaną często u chorych z zarostową miażdżycą tętnic kończyn dolnych). Ból, zwłaszcza przewlekły, ma bardzo duży wpływ na stan psychiczny człowieka cierpiącego. Powoduje rozdrażnienie, okresami pobudzenie psychoruchowe, zubożenie zainteresowań, obniżenie nastroju, płaczliwość. U testatorki ból utrzymywał się przewlekłe, a nawet nasilał.

Doświadczenie wskazuje, że w takich stanach zmienia się stosunek osób chorych do najbliższej rodziny. Chorzy uważają, że członkowie rodziny nie poświęcają im odpowiednio dużo czasu, jakiego by oczekiwali, nie są im życzliwi, a nawet z nieufnością

odnoszą się do ich rad, wskazówek, działania. Powoduje to, że członkom rodziny choroby robią wymówki i zarzuty, zaś do osób z zewnątrz odnoszą się przyjaźnie i z większym zaufaniem niż do najbliższych. Wydaje się, że miało to miejsce w przypadku pani Haliny i jej brata i bratanicy. Brat wcześniej przeszedł na emeryturę, by zaopiekować się siostrą, z którą zamieszkał, do czasu gdy konieczna okazała się opieka kobieca. Wtedy przejęła opiekę jego córka, której testatorka zamierzała przepisać mieszkanie. Z chwilą rozpoczęcia odwiedzin „dobrej, starej koleżanki” testatorka zmieniła stosunek do rodziny i swoje wobec niej zamiary. „Na początku mówiła o bracie bardzo ciepło, potem najlepiej mówiła o koleżance. Miała do niej najserdeczniejsze uczucia, a do brata żal” – zeznanie świadka znajdującego testatorkę od 30 lat. Inni świadkowie zeznali, że skarżyła się na brak opieki ze strony rodziny, co nie znajdowało potwierdzenia w znanej im opiece ze strony brata i jego córki. Jednocześnie świadkowie zeznają, że nieporozumienia z bratem zawsze wynikały z tego, że namawiała ją do poddania się operacji amputacji nóg. Na podstawie powyższego doszliśmy do wniosku, że *objawy astenii psychicznej osłabiające jej krytycyzm i czyniące ją podatną na wpływy osób z otoczenia, nasilone działaniem środków narkotycznych, jakkolwiek nie wyłączały jej zdolności do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, to jednak wyłączały jej swobodę.*

Nie podzieliliśmy ocen czwartego zespołu biegłych, bo nie znaleźliśmy podstaw do rozpoznania zespołu psychoorganicznego typu otepiennego ani somatogennego zespołu depresyjnego. Biegli ci nie wymienili objawów otepiennych, jakie miałyby przejawiać testatorka, ograniczyli się do stwierdzenia, że wiek testatorki (65 lat w czasie testowania) w połączeniu ze schorzeniami, na które cierpiała (nadciśnienie tętnicze i uogólniona miażdżycza naczyń) stanowiły podłoże otepiennego zespołu psychoorganicznego. Uszło ich uwadze to, że sam wiek nigdy nie decyduje o stanie psychicznym człowieka. Proces

otepienny może rozpocząć się w 50 roku życia i wcześniej, a jednocześnie osoby 80-letnie i starsze mogą być bardzo sprawne umysłowo. To samo dotyczy przewlekłych schorzeń, na które cierpiała testatorka, które u jednych osób mogą przyczynić się do zaburzeń w sferze emocji lub/i intelektu, u innych osób zaburzenia takie nie występują. Jeśli występują, muszą przejawiać się charakterystycznymi dla tych zaburzeń objawami.

Naszym zdaniem objawy astenii psychicznej są tożsame z „organiczną chwiejnością afektywną”, zwaną również „astenią”, który to termin odpowiada dawnemu rozpoznaniu „neurastenicznej fazy zespołu psychoorganicznego” (a więc rozpoczynającego się). W organicznej chwiejności afektywnej dominują zaburzenia w sferze emocji pod postacią znacznego, trwałego nietrzymania emocji lub ich chwiejności (a więc zmienności, łatwego przechodzenia z nastroju pogodnego w depresyjny), a także męczliwości, nieprzyjemnych doznań somatycznych, dość często występujących w przebiegu chorób naczyń mózgowych lub nadciśnienia. Mogą im towarzyszyć łagodne zaburzenia procesów poznawczych (osłabienie pamięci, trudności koncentracji uwagi, osłabienie krytycyzmu), których łagodne nasilenie nie daje podstawy do oceny wyłączenia zdolności do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli. Przejawy chwiejności emocjonalnej zawierają w sobie objawy, które czwarty zespół biegłych podejrzewał, że mogą być somatogennym zespołem depresyjnym. Biegli ci okazali się niekonsekwentni w swoich ocenach, bo rozpoznając zespół otepienny, wyłączający świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli przez testatorkę, lecz tylko nieznacznie ograniczający swobodę jej decyzji, nie wyjaśnili jak to jest możliwe!

Na pytania sądu związane z formułowaniem przez biegłych wydających wcześniej opinie, w których użyli określenia o ograniczeniu swobody powzięcia decyzji, odpowiedzieliśmy czym powinni kierować się biegli psychiatrzy: „każdy wypadek sporządzenia testamentu musi być rozważany indywidualnie,

z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń psychicznych, ich nasilenia oraz wpływu na świadomość testatora, z uwzględnieniem okoliczności towarzyszących, mogących wpływać na swobodę powzięcia decyzji i wyrażenia woli”. Nawet rozpoznanie u testatora choroby psychicznej, np. schizofrenii urojeniowej, nie przesądza ocen dotyczących zdolności testatora do świadomego lub swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli. Oczywiście w okresie ostrych zaburzeń psychicznych (zwłaszcza z zaburzeniami treści myślenia i spostrzegania) uznamy, że miał on wyłączoną zdolność do świadomego i swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, ale jeśli sporządzi testament w okresie dobrej i dłuższej remisji, zdolności te mogą być zachowane.

Jeśli chodzi o takie zaburzenia psychiczne jak upośledzenie umysłowe (w kodeksie cywilnym określane dawnym terminem „niedorozwój umysłowy”) czy otępienie umysłowe, biegły musi określić na podstawie zawartych w aktach danych – czy zaburzenia te były słabo nasilone, czy ich nasilenie było znaczne, a zatem czy ich głębokość powodowała, że już miał wyłączoną zdolność świadomego lub swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, czy jeszcze miał tę zdolność zachowaną.

Przepis art. 82 kc dotyczy nie tylko trwałych czy przewlekłych zaburzeń psychicznych (jak choroba psychiczna czy upośledzenie umysłowe), ale także innych, nawet przemijających zaburzeń psychicznych. Takimi przemijającymi zaburzeniami psychicznymi są na przykład ilościowe lub jakościowe zaburzenia świadomości różnego pochodzenia, które wyłączają świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Nie może tu być mowy o żadnym ograniczeniu tych zdolności.

W przypadku testatorki pani Haliny stany polekowego zamroczenia odnotowywano na trzy miesiące przed jej śmiercią, nie było na to danych w okresie testowania.

Nasze ostateczne oceny były następujące.

1) Nie znaleźliśmy podstaw do rozpoznania u testatorki objawów choroby psychicznej, upośledzenia (niedorozwoju) umysłowego

lub innych zaburzeń czynności psychicznych (w tym otępienia umysłowego), które by wyłączały świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli w dniu testowania.

2) W dniu testowania w wyniku przewlekłej miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych, przewlekłego bólu i stosowanych przewlekłe przeciwbólowych środków narkotycznych, wyniszczenia organizmu, testatorka znajdowała się w stanie astenii psychicznej, czyniącej ją podatną na wpływy otoczenia. Stan ten z przeważającą dozą prawdopodobieństwa wyłączał swobodę powzięcia decyzji i wyrażenia woli.

KOMENTARZ

Jakkolwiek ocena opinii biegłego leży w kompetencji sądu, to jednak dla celów szkoleniowych pozwolę sobie wskazać na zauważone we wszystkich czterech opiniach błędy.

1) Najliczniejsze wynikały z nieznamości unormowań prawnych dotyczących spraw testamentowych (głównie art. 82 kc i 945 kc). Wszyscy kolejni biegli posługiwali się określeniem „ograniczenia świadomego lub swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli”, mimo że żaden z wymienionych artykułów żadnego ograniczenia nie przewiduje i że opinia poprzedników była dla sądu niejasna właśnie z tego powodu (nie wyciągali więc wniosków z błędów poprzedników).

Przykre wrażenie czyni tłumaczenie biegłych na rozprawie, że błędne sformułowanie w opinii powstało z winy przepisującej ją sekretarki, choć w pierwszym zdaniu przed sądem biegły powtórzył ten sam błąd. A ponadto, czy można mówić sądowi, że „za każdym razem gdy jest mowa o ograniczeniu swobody powzięcia decyzji jest to równoznaczne z wyłączeniem lub brakiem swobody”?!)

2) Błąd ten powtarza również zespół czwarty, mimo że wobec opinii poprzedników przyjmuje postawy strofujące i pouczają-

ce, wskazując na ich niefachowość, co również należy do błędów, choć innego rodzaju. W zapale pouczania poprzedników zespół czwarty nie zauważył, że posługiwał się tymi samymi określeniami, a nawet w swych ocenach poszedł dalej: „...istnienie zespołu depresyjnego pogarszało zdolność do swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenie woli tak dalece, że możliwość świadomego podjęcia decyzji była zniesiona. Natomiast swoboda do podjęcia decyzji, jeżeli była ograniczona to w stopniu niewielkim. Nasilenie dolegliwości i schorzeń było tak duże, że prowadziło do znaczącego ograniczenia zdolności testowania, które graniczyło (lub było tożsame) z wyłączeniem zdolności podejmowania czynności prawnych”. Ci biegli nie wyjaśnili jakim sposobem przy wyłączonej świadomości testator mógł swobodnie podejmować decyzję!

3) Dalszym błędem czwartego zespołu biegłych było dowolne stawianie ocen, bez istotnych podstaw w materiale sprawy. Chodzi mi o rozpoznanie otępienia, bez podania jakiegokolwiek objawu, poza wiekiem pacjentki i przewlekłymi schorzeniami (co moim zdaniem nie wystarczy do tego rozpoznania).

Sprawa ta nie została zakończona, chociaż trwa już ponad dziesięć lat. Na żądanie jednej ze stron procesowych wezwano nas i czwarty zespół biegłych dla przeprowadzenia konfrontacji, ale tamci biegli nie zgłosili się do sądu. Czy zgłoszą się na kolejne wezwania, czas pokaże, choć to raczej wątpliwe. Zachęcam jednak wszystkich psychiatrów, którzy podjęli się obowiązków biegłego do lektury unormowań prawnych w sprawach testamentowych, do dokładnej analizy całego materiału sprawy i podejmowania ostrożnych, ale rzetelnych, dobrze przemyślanych ocen.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*