



FEAR OF IMPENDING DEATH AS A SPECIAL ISSUE IN LEGAL OPINIONS

Elżbieta SKUPIEŃ, Małgorzata KOWANETZ

Institute of Forensic Research, Kraków, Poland

Abstract

The report presents problems that are faced by experts appointed to prepare an opinion in order to establish the validity of an oral will. Such problems to a great degree result from the ambiguous set of legal opinions, addressing the issue of whether fear of impending death needs to be justified by an objective existing health condition or else whether the subjective belief of a testator is sufficient. The discussion also focuses on qualifications that should be possessed by an expert assessing fear of impending death. The authors quote examples originating from their opinion-giving practice that illustrate the problem. As it follows from the analysis of the presented cases, when experts of various specialties are appointed both by the court and by participants in inheritance proceedings, a comprehensive opinion is of the highest value.

Key words

Oral will; Fear of impending death; Competence of experts.

Received 26 June 2011; accepted 14 September 2011

1. Introduction

Socio-economic changes that have occurred in Poland over the past 20 years have had effects that are also visible from the perspective of an expert witness. Such consequences are, for example, apparent in civil proceedings relating to inheritance. The group of individuals who have at their disposal a significant estate is increasing and at the same time, there is no tradition of preparing a last will and testament among Polish citizens. A testament is perceived as a statement of “last will” produced immediately before death. The initial reaction of someone to a proposal to prepare a testament is often the statement: “I am not dying yet”. If no testament has been drawn up, the inheritance passes to individuals who inherit by force of law. At the same time, the family situation and emotional ties of the testator are sometimes complicated and both the expectations of potential inheritors and the plans

of the testator concerning disposition of his/her estate among the inheritors differ from principles contained in statutory regulations.

In cases where the testator is elderly or is afflicted by diseases, which inevitably lead to death, but the disease process and the resulting progressive deterioration of health extend over a longer period, the testator has the possibility of expressing his last will in the form of a holographic or notarial testament. However, the threat of death may appear suddenly. Such situations may include, for example, the occurrence of extensive myocardial infarction (heart attack) in an individual that hitherto had not experienced any symptoms, or suffering severe injuries in a road traffic accident. In such cases, the testament may be expressed in the form of an oral will, which is termed an “emergency” or “informal will”. This is one of the possible forms of declaring a testament that is permitted by the Civil Code. This form is particularly controversial and vir-

tually unknown in the legal systems of the majority of countries. In Poland, it is rooted in the traditions of the nobility, when the senior of the family on his deathbed, surrounded by numerous members of his family, pronounced his last will. All the individuals present in the room could hear the testament and – regardless of whether the disposition of property was “just” or “unjust” – the last will was binding. At present, in keeping with Article 952 of the Civil Code, legal regulations state that: “should there be a concern that the testator may die shortly, or should special circumstances prevent or markedly hinder the drawing up of the standard form of testament, the testator may declare his/her will orally in the presence of at least three witnesses”.

An oral will becomes invalid six months after resolution of the circumstances that prevented the drawing up of a testament in the standard form. If the testator dies within this period, then the oral will remains the expression of his last will. If the oral will is written down by one of the witnesses immediately after it has been declared orally, and is signed by the testator, it is easier for the remaining inheritors to accept. If, however, the testament does not bear the signature of the testator or the appearance of the said signature differs from the previously known signature, it is not surprising that such a testament evokes strong emotions among statutory heirs, who strive to revoke it.

Most commonly, when an interested party reveals such a testament, the very fact of its drawing up is contested. When a professional legal representative is hired, another argument is raised, namely the health status of the testator, including his/her lack of fear of imminent death. At times, in parallel with the above argument, the objection is raised that at the time when the fear of imminent death became real, the testator was unconscious and the analysis of medical records performed by an expert indicates that the validity of such statements is hard to deny. Thus, for an oral will to be deemed valid, the court-appointed expert should determine whether the health of the testator was so grave as to evoke concerns that s/he may soon die, and at the same time, that his/her health was sufficiently good to allow for conscious decision-making and free expression of will [12].

Analysis of the cases in which the present authors were summoned as expert witnesses indicates that the fundamental task of experts was to assess whether there was fear of imminent death and possibly whether such fear had an objective or only subjective character and what the grounds for such fear were. At times, the question arose as to whether the testator’s state of health her from drawing up a testament in the standard form. Questions focusing on the testator’s state of con-

sciousness and whether or not the testator was able to bequeath freely were submitted only exceptionally.

2. Case presentation

The analysis encompassed 29 expert opinions issued by the authors on court orders in the years 2002–2010. As it follows from the analysis, in 2/3 of cases, oral wills were declared by males and in 1/3 of cases, by females. All the females were single and childless and the beneficiaries were their current caregivers. The males had children born from various partners, and the contested testaments named as a beneficiary either the youngest child born from the current partner or the partner. The age of the testators fell within the broad range of 38 to 96 years, with the age group of 60–70 years being the most numerous.

In the majority of instances (20 cases), the site where the last will was expressed orally was the testator’s place of residence, in six cases – a hospital, and in the remaining cases: a shop, a senior citizen’s centre and a neighbour’s flat. The time interval between declaring the last will and the testator’s death ranged from several hours to six months, most frequently being several days. Only one of these testaments was written down in the presence of the testator and signed by him; in one case, the testator typed the last will himself on a typewriter in the presence of witnesses, using one finger of the left hand (his right hand was paralyzed following a cerebral stroke). In the remaining cases, the witnesses testified they were not aware of the fact that the testament had to be written down or else they did not expect that the testator would die so soon and it was only after the funeral that they realized the individual named as the inheritor needed to be notified. Significantly, only in two of the opined cases were the witnesses to oral last wills individuals who were accidentally present at the testator’s place of residence. All the other witnesses testified that the testators had arranged the meetings themselves, informing the said witnesses that they had “something important” to tell them, or else they had visited the testator at the request of the future beneficiary.

At times, the circumstances in which the oral last will was to be declared were so ambiguous that they already raised doubts at the onset. To give an example, a case may be quoted in which, over the course of six years, expert opinions were prepared by four different research institutes. The testator was a divorced 56-year old man, a father of two adult children. Following his sudden death, in the motion initiating inheritance proceedings, his common law wife stated that the testa-

tor had suddenly collapsed while driving a car, after which he was driven to the nearest hospital. There, in the admission room, in the presence of medical staff, he declared his last will, appointing her the inheritor of the entire inheritance and depriving his children of the right to their lawful share. The common law wife undertook to supply the names of witnesses as soon as they were established. When the hospital provided the court with the medical records of the testator, it turned out he had been brought to the admission room unconscious, in hemorrhagic shock. He died two hours later, without regaining consciousness. At the court hearing, the movant gave a completely different version of the circumstances of declaration of the oral last will. She reported that the testator had had a premonition of impending death and therefore, two days before his trip, he had invited three neighbours to his apartment, in the presence of whom he had declared his last will. This statement was not written down. Both the movant and the participants in the inheritance proceedings hired professional legal representatives, none of whom sought to explain the reasons for the discrepancy between the written motion and the movant's testimony. Successive opinions focused solely on establishing whether at the moment of declaration of the last will, there was fear of imminent death.

The first of the appointed expert teams included two specialists – a medical examiner and a pulmonologist – who stated that Edmund T. had been suffering for years from chronic obstructive lung disease, with highly advanced pathological lesions; respiratory failure could have been expected to occur at any time, which justified the statement that on the day in question, there was a genuine fear of imminent death. The attorney of the statutory heirs raised an objection to the above opinion, stating that on the day of his death, the testator had driven his own car more than 600 km, and thus it was difficult to conclude that he feared imminent death.

The second team consisted of two experts in forensic medicine and was appointed to prepare a “verifying opinion”; the experts stated that although the testator had suffered from highly advanced pathological lesions of the respiratory tract, he had died due to sudden haemorrhage of the gastrointestinal tract. His medical records did not show that he had ever complained of gastric ailments, and thus he could not have expected a haemorrhage. In their conclusions, the experts stated that there was no fear of impending death.

In view of the two contrary opinions, the court appointed a third team consisting of specialists in pulmonology, gastrology and psychiatry, who acknowledged that although Edmund T.'s state of health justified

accepting that there was objective fear of imminent death, the behaviour of the testator and his lifestyle indicated his not having experienced subjective fear. The present authors, formulating their opinion as the fourth appointed team, shared this viewpoint.

In the above-described example, seeking the opinions of successive experts may be justified, since conclusions formulated in the opinions differed. However, it is not known what guided the court in another case where it had four concurring expert opinions stating that there was both objective and subjective fear of imminent death resulting from recent myocardial infarction, and yet a fifth opinion was admitted on the motion of a statutory heir.

Some cases included information that supported the invalidity of the will for procedural reasons. In one case, the time interval between the declaration of the oral will and the death of the testator was three years; in that period, the testator was successfully rehabilitated following cerebral stroke and led an active life, and thus was capable of drawing up a testament in another form. In another case, an individual who had an interest in the inheritance wrote down the testament with himself as the beneficiary; in yet another, witnesses testified they were present when an oral testament was declared, but two days later, the testator's daughter presented them with a written document, which differed from the will they had heard, but which they, nevertheless, signed “out of politeness”. Commissioning expert opinions in such cases seems to be a misunderstanding.

Both in the literature on the subject [1, 6, 8] and in legal opinions, a distinction is made between objective and subjective fear of imminent death. Thus, it seemed worthwhile to analyze the opined cases to determine whether and how often there was only one type of fear present.

Among the 29 analyzed opinions, the most numerous group, consisting of seven cases, was made up of oral last wills declared by individuals with terminal cancer. The next most numerous group included five testators with chronic circulatory failure that had been diagnosed many years previously. The next groups, of three cases each, involved respectively “the elderly” (above 90 years of age) and individuals affected by cerebral stroke or sudden gastrointestinal haemorrhage. In two cases, soon after declaration of the oral testament, the testators suffered cerebro-cranial injuries, which led to death. There were also three cases of death from unknown causes.

As transpires from the above presentation, the most common cause of declaring an oral testament was chronic diseases. In such cases, individuals interested

in invalidation of oral wills claimed that although the testator had been ill, s/he had been aware of his/her disease for several months and there were no grounds for accepting that on the day in question, there was a greater degree of fear of imminent death compared to the preceding weeks. In turn, the testamentary inheritor or his/her attorney argued that the testator had felt particularly poorly on that very day, or else that s/he had previously believed in his/her recovery, but subsequently lost all hope. Any verification of such a testimony based on objective evidence is possible only in exceptional cases.

Ailments that accompany myocardial infarction or gastrointestinal bleeding are so severe and characteristic that they justify assuming both objective and subjectively perceived fear in cases where declaration of a last will followed the onset of such symptoms. In situations where the testator fell ill several hours after declaring his/her last will, one might consider whether s/he might have had a “premonition”, as was described by witnesses. It is, however, hard to accept fear of imminent death, both subjective and objective, that was experienced several or more than ten days prior to the onset of a disease.

In cases where the testator suffered a stroke at various times after last will declaration, it is also difficult to conclude unambiguously as to objective fear of impending death. Clinicians usually state that arterial hypertension or persistent atrial fibrillations with arrhythmia represent conditions in which life-threatening complications may be expected to develop at any time. In turn, specialists in forensic medicine or other physicians mostly involved in expert witnessing believe that the diagnosis alone cannot pre-determine conclusions in the opinion; it is necessary that a symptom or a situation occurs that significantly increases the danger. Determining whether the testator – despite the fact that s/he had led an active life and had not recently sought medical assistance – might or might not have experienced subjective fear of death remains a question that needs to be answered by assessing the reliability of testimonies of witnesses.

In the opinion of the authors, an individualized approach is also required in each case involving an elderly individual. Among the analyzed cases, eight testators were above 80 years of age, including three individuals above 90 years of age. At the time of last will declaration, none of them presented with signs of imminent threat to life; however, such signs appeared from one day to six weeks later. The state of health and mode of functioning of the above individuals as described by witnesses differed significantly, depending on the party that had summoned the given witness.

Of particular interest were testimonies of family physicians who had cared for these patients. Some categorically stated that in the case of a patient at such an advanced age, death could have been expected at any time, and so fear of death was ever-present. Others considered that “bearing in mind the age of the patient”, his/her health was quite good and nothing suggested imminent death. Similar extreme views were presented by expert physicians in their opinions. It seems that the differences may be explained by some experts equating the notion of “fear of death” with “fear of imminent death” [1, 3]. Inasmuch as in assessing objective fear of imminent death, medical documentation may be helpful and at times decisive, assessment of subjective fear in the majority of such cases may be performed solely based on testimonies of witnesses.

As the term is popularly understood, “imminent death” is sometimes equated with “sudden death” and the fact that the testator died within a short time following declaration of an oral will is considered evidence of fear of impending death. From the legal point of view, however, these terms are entirely different. Sudden death occurs as a consequence of an external factor, which could not have been foreseen. By the same token, an oral testament declared by an individual who perished in a traffic road accident soon afterwards – or was accidentally poisoned with carbon monoxide – is invalid, since the testator could not have foreseen such an event. One might consider the validity of such a testament in cases of suicidal death. Such deliberation would, however, be solely of a theoretical character, since to date, neither in their practice nor in the medical and psychological literature, have the authors encountered an oral testament that preceded a suicide attempt. It unambiguously follows from legal interpretation [8] that suicidal intent only creates a state of hypothetical threat to life in the unforeseeable future and thus does not meet prerequisites for recognizing an oral will as valid.

3. Competence of experts

There is a common belief that issuing expert opinions on the ability to make decisions consciously and freely and express will requires some “special knowledge”. However, establishing which specialist possesses the special knowledge that is necessary to prepare an opinion in a particular case is not always easy. The issue of competence of expert physicians to give opinions on a testator’s state of health is the subject of debate and even conflict. The majority of psychiatrists

are of the opinion that the only specialist entitled to pronounce on state of consciousness is a psychiatrist [4]. In practice, however, legal representatives of both parties strive to obtain an opinion that is as specialist as possible, i.e. an opinion that is closely linked with the disease entity that afflicted the testator [9]. Striving to obtain an opinion prepared by a psychologist is also increasingly common, since assessment of whether freedom of decision-making and expression of will have been preserved is a problem from the realm of psychology rather than medicine [7]. The situation is similar when one attempts to discriminate between objective and subjective fear of imminent death. An expert physician may assess whether there was objective fear and whether the disease symptoms were of the kind to evoke concern in the testator, including fear of a threat to life. Assessment of the possibility of subjective fear of impending death where objective justification is lacking is the competence of an expert psychologist.

In cases where the subject of an expert opinion is determining whether, at the time of last will declaration, there was fear of imminent death, the problem of selecting medical experts of appropriate specialties is particularly difficult [1]. As is follows from the analysis of cases carried out by the present authors, parties that were dissatisfied with an opinion most frequently petitioned the court to summon experts from amongst clinical specialists, at times very specific ones. The authors even came across a motion to summon a “radiologist-oncologist” to re-assess the evaluation of a chest X-ray, since the original assessment performed by a pulmonologist, who found numerous metastatic lesions on the X-ray, was questioned.

There are no legal regulations defining what kind of specialist is competent to assess whether in a given case there was fear of imminent death. It is known that the summoned expert should possess “special knowledge”, but the question of the specific area of such knowledge remains open. In the opinion of the authors, in particularly difficult cases, where the evidence is ambiguous or contradictory, it would be worthwhile obtaining an opinion prepared by a team of experts. In addition to the commonly appointed psychiatrist and physician of the appropriate specialty dealing with the primary disease of the testator – usually an internal medicine specialist – the team should, above all, include a psychologist. In such an opinion, it would be possible to assess both objectively present and subjective fear of imminent death.

The role of the psychologist would be to analyse the testator’s psychological situation and assess the degree to which so-called subjective fear might be present.

Clinical experience and studies on human functioning during illness indicate that battling a disease may be analyzed in the category of functioning under stress or in a difficult situation. Reactions to disease are diversified; they depend on one’s personal situation, individual traits, the type of disease and health state [5]. Of importance here are: the intensity of symptoms, the course of the disease, the patient’s knowledge regarding his/her illness and the prognosis. Usually just being informed about a serious disease, especially when incurable, evokes negative emotional states, such as anxiety, a sense of danger and helplessness, a sense of injustice, apathy, low spirits, loss of life goals. Sometimes informing a patient that they have a serious disease may constitute such a strong stressor that it leads to shock and afterwards they are unable to cope with this difficult situation and sink into a depressive state of varying intensity. Other reactions that may develop result from denial as a defence mechanism.

When preparing a psychological opinion, one needs to take into consideration the fact that strategies of coping with a disease are highly individualized and the patients reveal their emotions in an individualized manner. Thus, an expert in his/her opinion may not adopt a single model of functioning that would be typical for a given disease, though such are often the expectations of the party that has commissioned the opinion.

It transpires from psychological studies carried out, for example, among patients with diagnosed leukaemia that 1/3 of them, to ward off anxiety, went through denial, suppression and displacement [14]. Among sufferers from cardiovascular disease, anxiety occurred in 24–31% and when symptoms were intensified, it was a typical phenomenon. In turn, in investigations carried out in a group of females with breast and ovarian cancer, the patients were found to present various types of coping mechanisms [6], among which were cognitive methods (active and creative processing of information changing the meaning of the situation), emotional methods (distancing oneself from the experienced emotions) and behavioural methods (seeking and making use of social support).

Taking into consideration medical and psychological knowledge on coping with a disease in relation to assessment of “subjective fear of imminent death” in a forensic expert opinion, one should emphasize the limited possibilities of acquiring objective information in the majority of analyzed cases. As a rule, experts do not have at their disposal medical records that would reflect both the somatic and mental state of the testator on the day of declaring an oral testament. Usually the only evidence is the testimonies of witnesses. Addi-

tional information on the testator's functioning may be obtained through conducting psychological interviews with individuals close to the testator, yet in each case, the court needs to grant formal permission. The reliability of information reported *ex post* by an individual that has an interest in a given conclusion formulated in the opinion is an altogether different matter.

Assessing the reliability of witness testimony is a fundamental issue when recreating the mental state of the testator. This assessment falls within the court's cognizance, yet at the same time, the expert in his/her opinion refers to testimonies of witnesses and participants in inheritance proceedings without any possibilities of verifying such testimonies. Hence, there may occur situations where the expert is unable to formulate unambiguous conclusions and presents only alternative hypotheses.

An example of a comprehensive opinion can be found in a case where the court summoned expert psychologists, requesting an assessment of the "subjective fear of imminent death" on the part of testator Adam Z., who had declared an oral testament benefitting his partner three days before his death. The testament was contested by the testator's family (a sister and nephews). Having analyzed the material from the case files, the expert psychologists suggested preparing a joint opinion, with a contribution from an expert-physician, which was accepted by the court. It transpired from data included in the files (medical records, testimonies of witnesses) that, a day before declaring his last will, Adam Z. aged 69, had been taken to hospital by an ambulance due to sudden abdominal pain. Food poisoning was diagnosed. After treatment, on the following day, the patient left hospital. In spite of continuing complaints, he did not want to stay there, since he "was not fond of hospitals" and did not trust hospital doctors. On the next day, he intended to visit his physician, from whom he was receiving regular treatment due to cardiological problems (dyspnoea, palpitations, and suspected cardiomyopathy). On that day, in the presence of his friends, he orally left his estate to his partner. According to witnesses, Adam Z. was weak and jittery and revealed that he was afraid that he might suffer a heart attack. On the following day, he went to see his doctor, who referred him to a hospital specialist in urology; at the same time, having been given an injection, Adam Z. felt better and returning home, he drove his car himself. He was planning to go to hospital on the following day. However, in the evening, due to intense pain, he agreed to an ambulance being called. He died the same day. The cause of death was circulatory failure; a post-mortem examination revealed recent myocardial infarction. Based on

analysis of collected information, the experts stated that Adam Z. might have experienced subjective fear of impending death at the time of declaring his oral last will. The basis for such a conclusion was the testator's experiencing fear due to somatic complaints and pain. Additional arguments in favour included the testator's traits, as described in the testimonies of witnesses, his views on disposal of his property and the need to provide for his partner, with whom he had strong emotional ties. The testator did not trust physicians, showed unwillingness to be treated, at times and downplayed the fact he was not feeling well. His behaviour following discharge from hospital was interpreted as acting under the influence of defence mechanisms (suppression, displacement, denial, rationalization) and so-called perceptual defensiveness. On the one hand, these mechanisms reduced his fear in a stressful situation, while on the other, they decreased his ability to act constructively.

The fact that the majority of oral testaments are declared at the testator's place of residence does not facilitate the drawing up of an expert opinion. Nevertheless, even in the nine cases from the present series where the testator was in hospital, the evidentiary value of medical records was low. In the analyzed cases, only in two instances was the ward physician present when the last will was declared and in both cases unambiguously testified that there was fear of imminent death and at the same time, the testator was aware of this and was conscious. Most commonly, medical staff avoid participating in such activities [11]. In two cases, the files included testimonies made by hospice directors, who testified that they had given written orders prohibiting their staff from being present during declaring of testaments, since staff were at risk of later being in conflict with families of patients and being required to testify in court, which resulted in frequent absences from work.

The doubtful usefulness of the testator's medical records when drawing up medico-legal opinions on the validity of testaments was indicated by Dubrzyński [2]. Of 25 testaments declared in hospitals analysed by him, only in seven cases did medical records include information that allowed for unambiguous conclusions. In spite of the fact that more than 20 years have passed since Dubrzyński described his observations, the situation has not improved [10, 13]. The mental state of the patient and/or emotions s/he experiences are still not reflected in physician's notes. Such information can be more frequently found in nurses' notes.

No problems in drawing up expert opinions are seen in cases where medical records unambiguously indicate a sudden occurrence of objective fear of death

and at the same time, the type of symptoms accompanying the disease or injury and the mental state of the testator indicate that s/he was aware of the seriousness of his/her situation. If, however, data made available to the expert point to one type of fear only – either objective or subjectively perceived – then preparing conclusions may be difficult. Data from the literature indicate that to date, there is no uniform position either among experts or judges on whether objective or subjective fear of imminent death is the decisive factor.

Among lawyers, one may find proponents of the idea that subjective fear of impending death should be recognized as decisive. Expert opinions are, however, not so uniform; contrary rulings of the Supreme Court are also known. Most likely, it will be a long time before unification of these views occurs, since successive cases are only seemingly similar.

In the opinion of the present authors, although a person's subjective feelings and emotions determine their actions to a significant extent, the prerequisite of fear of imminent death would be met if the subjective feeling of the testator was based on circumstances that justify such a feeling. In cases where evidentiary material indicates that on the day the last will was declared, fear of imminent death was solely subjective and on subsequent days, the testator was physically and mentally sound, and could have visited a public notary or written a testament on his own, it is not surprising that statutory heirs contest not only the content of the oral will, but even the very fact of its declaration.

The definition in the current Civil Code does not make the validity of an oral testament dependent on inability to draw up a last will in a standard form. As it follows from Article 952 of the Civil Code, what is required is fear of imminent death on the part of the testator or the occurrence of special circumstances that make drawing up of the standard form of testament impossible or highly difficult. Thus, each of the above premises may occur independently and just one of them is sufficient for an oral testament to be valid.

Historically speaking, discussions among lawyers on this subject have been going on for years. The Decree of October 8, 1946, on inheritance law, though seemingly very similar (to the above mentioned Article) in its content, was interpreted differently. Article 82 of the Decree stated that “if as a consequence of special circumstances, such as interruption of communications, epidemics, war operations, illness or an unfortunate accident involving the testator – which justify fear of his/her imminent death – the drawing up of a standard last will is impossible or greatly hindered, then the testator may declare an oral testament through declaring his/her will in the simultaneous presence of

three witnesses”. Thus, for the oral testament to be valid, it was necessary for the two premises to be concomitantly present.

Some authors are of the opinion that further preservation of the oral form of the last will in Polish legislation is not justified. However, such testaments continue to be disclosed in inheritance proceedings and not always at the first stage of such proceedings.

References

1. Domański M., Rzecki Z., Domański M., Testament szczególny, pojęcie rychłej śmierci, przedstawienie przypadków, *Badania nad Schizofrenią* 2006, 7, 50–56.
2. Dubrzyński A., Nowicki Z., Wartość dowodowa dokumentacji lekarskiej w opiniach sądowo-lekarskich w postępowaniu spadkowym, *Wiadomości Lekarskie* 1987, 23, 1651–1655.
3. Gałakan-Halicka A., Stwierdzenie treści testamentu ustnego, *Monitor Prawniczy* 2004, 16.
4. Hajdukiewicz D., Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
5. Heszen I., Sęk H., Psychologia zdrowia, PWN, Warszawa 2007.
6. Izdebski P., Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007.
7. Kowanetz M., Skupień E., The remit of psychologists and psychiatrists in the assessment of awareness and freedom of declaration of will, *Problems of Forensic Sciences* 2005, 61, 80–90.
8. Niemczyk S., Łazarska A., Prawno-medyczna wykładnia „obawy rychłej śmierci” jako przesłanka ważności testamentu ustnego, *Prawo i Medycyna* 2007, 2, 86–100.
9. Marcinkowski J. T., Klimberg A., Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Charakterystyka materiału badawczego. Charakterystyka testatorów, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, 57, 34–41.
10. Marcinkowski J. T., Klimberg A., Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Wnioski końcowe opinii. Jakość dokumentacji lekarskiej. Ocena zeznań świadków, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, 57, 42–48.
11. Perzyński J., Zeznania lekarzy i pielęgniarek jako materiał dowodowy w sprawach testamentowych – typowe przykłady. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2009, 9, supl. 1, 73–78.
12. Skupień E., Opiniowanie w sprawach o unieważnienie testamentu lub umowy darowizny, *Prawo i Medycyna* 2005, 2, 111–121.

13. Teresiński G., Mądro R., Rola dokumentacji medycznej w opiniowaniu sądowo-lekarskim, *Prokuratura i Prawo* 2002, 11, 17–42.
14. Wrońska-Polańska H., Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie, [w:] *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. [red.], Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.

Corresponding author

Dr Elżbieta Skupień
Instytut Ekspertyz Sądowych
ul. Westerplatte 9
PL 31-033 Kraków
e-mail: eskupien@ies.krakow.pl

OBAWA RYCHŁEJ ŚMIERCI JAKO ZAGADNIENIE SZCZEGÓLNE W OPINIOWANIU

1. Wstęp

Przemiany społeczno-ekonomiczne, jakie dokonały się w Polsce w ciągu minionych dwudziestu lat, spowodowały skutki widoczne także z perspektywy biegłego sądowego. Skutki te są zauważalne np. w postępowaniu cywilnym dotyczącym stwierdzenia nabycia spadku. Stale powiększa się grupa osób, które dysponują znacznym majątkiem, jednocześnie w społeczeństwie polskim nie ma tradycji sporządzania testamentu. Jest on postrzegany jako wyraz „ostatniej woli” wypowiedzianej w przededniu śmierci. Pierwszą reakcją na propozycję sporządzenia testamentu jest czasem stwierdzenie „jeszcze nie umieram”. W przypadku braku testamentu spadek dziedziczą osoby powołane do tego na mocy ustawy. Jednocześnie zdarza się, że sytuacja rodzinna i więzi emocjonalne spadkodawcy są skomplikowane i nie tylko oczekiwania potencjalnych spadkobierców, ale także jego plany podziału majątku pomiędzy spadkobierców różnią się od zasad zawartych w regulacji ustawowej.

W tych przypadkach, w których spadkodawca jest w podeszłym wieku czy też jest dotknięty schorzeniami, które nieuchronnie prowadzą do zgonu, ale proces chorobowy i wynikające z niego postępujące pogorszenie stanu zdrowia trwa przez pewien czas, ma on możliwość wyrażenia swojej ostatniej woli w formie testamentu własnoręcznego czy też notarialnego. Zdarza się jednak, że zagrożenie śmiercią pojawia się nagle. Do takich sytuacji można zaliczyć np. wystąpienie rozległego zawału mięśnia serca u osoby dotychczas nieodczuwającej żadnych dolegliwości czy też doznanie poważnych obrażeń w wypadku komunikacyjnym. Wówczas możliwe jest wyrażenie ostatniej woli w formie testamentu ustnego. Określany jest on mianem testamentu szczególnego. Jest to jedna z dopuszczonych przez kodeks cywilny możliwości sporządzenia testamentu. Forma ta jest szczególnie kontrowersyjna i nieznaną w systemach prawnych większości państw. Jej korzenie sięgają tradycji szlacheckiej, kiedy to senior rodu na łożu śmierci, otoczony liczną rodziną, wypowiadał swoją ostatnią wolę. Wszyscy obecni słyszeli jej treść i niezależnie od tego, czy podział majątku był „sprawiedliwy”, czy też „niesprawiedliwy”, był obowiązujący. Obecne regulacje prawne określają, zgodnie z art. 952 kodeksu cywilnego, że: „jeżeli istnieje obawa rychłej śmierci spadkodawcy albo jeżeli wskutek szczególnych okoliczności zachowanie zwykłej formy testamentu jest niemożliwe albo bardzo utrudnione, spadkodawca może oświadczyć swoją wolę ustnie przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech świadków”.

Testament szczególny traci ważność po upływie 6 miesięcy od ustania okoliczności, które uniemożliwiły sporządzenie testamentu w zwykłej formie. Jeśli w tym czasie nastąpi zgon spadkodawcy, to testament szczególny pozostaje przejawem jego ostatniej woli. Jeśli testament szczególny został spisany przez jednego ze świadków bezpośrednio po jego wygłoszeniu i podpisany przez spadkodawcę, pozostałym spadkobiercom łatwiej go zaakceptować. Jeśli jednak pozbawiony jest podpisu spadkodawcy lub też wygląd podpisu odbiega od wcześniej znanego, trudno się dziwić, że taki dokument budzi szczególne emocje spadkobierców ustawowych, którzy dążą do jego unieważnienia.

Najczęściej po ujawnieniu przez osobę zainteresowaną takiego testamentu kwestionowany jest sam fakt jego sporządzenia. Po włączeniu się do sprawy fachowego pełnomocnika pojawia się kolejny argument – stan zdrowia spadkodawcy, w tym – brak obawy rychłej śmierci. Niekiedy równoległe z tym argumentem pojawia się twierdzenie, że w momencie, kiedy obawa rychłej śmierci stała się realna, spadkodawca był pozbawiony świadomości, a analiza dokumentacji lekarskiej dokonana przez biegłego wskazuje na to, że twierdzeniom tym trudno odmówić słuszności. A zatem dla przyjęcia ważności testamentu szczególnego, powołany przez sąd biegły powinien ocenić, czy stan zdrowia spadkodawcy był tak poważny, że budził obawę rychłej śmierci, a jednocześnie – na tyle dobry, że pozwalał na świadome podejmowanie decyzji i swobodne wyrażanie woli [12].

Analiza spraw, w których powoływano autorki tego artykułu jako biegłych, wskazuje na to, że podstawowym zadaniem była ocena, czy zachodziła obawa rychłej śmierci, ewentualnie czy była to obawa obiektywna, czy jedynie subiektywna i z czego wynikała. Niekiedy pojawiało się pytanie, czy stan zdrowia spadkodawcy uniemożliwiał bądź utrudniał sporządzenie testamentu w zwykłej formie. Pytania o stan świadomości testatora i swobodę testowania należały do wyjątków.

2. Omówienie przypadków

Przedmiotem analizy było 29 opinii opracowanych przez autorki na zlecenie sądów w latach 2002–2010. Z analizy tej wynika, że testament szczególny w 2/3 przypadków był sporządzony przez mężczyzn, w 1/3 przez kobiety. Wszystkie kobiety były samotne i bezdziejne, a osobą powołaną do dziedziczenia była osoba aktualnie sprawująca nad nimi opiekę. Mężczyźni posiadali dzieci z różnych związków, a kwestionowany testament spo-

rzządzany był bądź na rzecz najmłodszego dziecka z aktualnego związku, bądź też na rzecz konkubiny. Wiek spadkodawców mieścił się w szerokim przedziale od 38 do 96 lat, przy czym najliczniejsza była grupa w wieku 60–70 lat.

Miejszem ogłoszenia testamentu w zdecydowanej większości (20 przypadków) był dom spadkodawcy, w sześciu sprawach szpital, pozostałe miejsca to sklep, klub seniora czy mieszkanie sąsiadów. Czas od sporządzenia testamentu do śmierci spadkodawcy wynosił od kilku godzin do sześciu miesięcy, najczęściej kilka dni. Tylko jeden z tych testamentów został spisany w obecności spadkodawcy i przez niego podpisany, w jednym przypadku sam spadkodawca pisał testament w obecności świadków na maszynie jednym palcem lewej ręki (prawa była bezwładna po udarze mózgu). W pozostałych przypadkach świadkowie zeznawali, że nie wiedzieli, że trzeba to spisać bądź też nie przypuszczali, że spadkodawca tak szybko umrze i dopiero po pogrzebie pomyśleli, iż trzeba zawiadomić osobę powołaną do dziedziczenia. Znamienne jest, że tylko w dwóch z opiniowanych przypadków świadkami testamentu szczególnego były osoby przypadkowo obecne w miejscu pobytu spadkodawcy. Pozostali świadkowie zeznawali, że spadkodawca sam ich umawiał, informując, że ma do powiedzenia „coś ważnego” lub też przychodzili na prośbę osoby, która miała być powołana do dziedziczenia.

Niekiedy okoliczności, w jakich miał zostać sporządzony testament szczególny, były tak niejednoznaczne, że już na wstępie musiały budzić wątpliwości. Przykładem może być sprawa, w której na przestrzeni sześciu lat opracowane zostały opinie czterech różnych instytutów naukowych. Testatorem miał być mężczyzna 56-letni, rozwiedziony, ojciec dwojga dorosłych dzieci. Po jego nagłej śmierci we wniosku rozpoczynającym postępowanie spadkowe konkubina podała, że spadkodawca zasłabł nagle, prowadząc samochód, po czym został przewieziony do najbliższego szpitala, gdzie na izbie przyjęć, w obecności personelu medycznego, oświadczył swoją ostatnią wolę, powołując konkubinę do całości spadku i pozbawiając swoje dzieci prawa do zachowku. Nazwiska świadków zobowiązała się podać po ich ustaleniu. Po nadesłaniu przez szpital dokumentacji testatora okazało się, że został on dowieziony na izbę przyjęć nieprzytomny, w stanie wstrząsu krwotocznego. Zmarł w dwie godziny później, nie odzyskując przytomności. Na rozprawie wnioskodawczyni zupełnie zmieniła okoliczności powstania testamentu szczególnego. Podała, że testator przeczuwał, że niedługo umrze, w związku z czym na dwa dni przed udaniem się w podróż poprosił do swojego mieszkania trzech sąsiadów, którym oświadczył swoją ostatnią wolę. Oświadczenie to nie zostało spisane. Zarówno wnioskodawczyni, jak i uczestnicy postępowania dysponowali profesjonalnymi pełnomocnikami, z których żaden nie dążył do wyjaśnienia przyczyn roz-

bieżności pomiędzy pisemnym wnioskiem a treścią zeznań wnioskodawczyni. Przedmiotem kolejnych opinii było wyłącznie dążenie do ustalenia, czy w momencie oświadczenia ostatniej woli występowała obawa rychłej śmierci.

Pierwszy z powołanych zespołów biegłych, złożony ze specjalistów: medyka sądowego i pulmonologa stwierdził, że Edmund T. od lat cierpiał z powodu przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, zmiany chorobowe były bardzo zaawansowane, w każdym momencie można było oczekiwać wystąpienia niewydolności oddechowej, co uzasadnia twierdzenie, że występowała w tym dniu realna obawa rychłej śmierci. Jako zarzut do tej opinii pełnomocnik spadkobierców ustawowych podniósł, że w dniu śmierci spadkodawca podróżował jako kierowca własnym samochodem, przejeżdżając ponad 600 km, zatem trudno uznać, że obawiał się rychłej śmierci.

Drugi z zespołów, złożony z dwóch biegłych z dziedziny medycyny sądowej, powołanych do opracowania „opinii sprawdzającej” uznał, że wprawdzie spadkodawca cierpiał na zaawansowane zmiany układu oddechowego, ale zmarł z powodu nagłego krwotoku do przewodu pokarmowego. Z jego dokumentacji medycznej nie wynikało, aby kiedykolwiek odczuwał dolegliwości gastryczne, a zatem nie mógł się spodziewać wystąpienia krwotoku. W konkluzji przyjęto, że nie występowała obawa rychłej śmierci.

Wobec dwóch sprzecznych opinii powołany został trzeci zespół złożony ze specjalistów: pulmonologa, gastrologa i psychiatry, którzy uznali, że wprawdzie stan zdrowia Edmunda T. uzasadniał przyjęcie, że występowała obiektywna obawa rychłej śmierci, ale zachowanie się spadkodawcy i prowadzony przez niego tryb życia wskazują na to, że nie odczuwał on subiektywnej obawy. Opiniując, jako czwarty kolejny zespół, autorki tego artykułu podzieliły to stanowisko.

W przytoczonym przykładzie zasięganie opinii kolejnych biegłych może być uzasadnione, bowiem wnioski opinii były różne. Nie wiadomo jednak, czym kierował się w innej sprawie sąd, który dysponował czterema zgodnymi opiniami biegłych, uznających, że występowała zarówno obiektywna, jak i subiektywna obawa rychłej śmierci wynikająca ze świeżego zawału mięśnia serca, dopuszczając na wniosek spadkobiercy ustawowego piątą opinię.

W niektórych sprawach zawarte były takie informacje, które przemawiały za nieważnością testamentu z przyczyn proceduralnych. W jednym przypadku od sporządzenia testamentu szczególnego do śmierci spadkodawcy minęły 3 lata, w czasie których przebył on rehabilitację po udarze mózgu i prowadził aktywny tryb życia, a zatem mógł sporządzić testament w innej formie. W kolejnej sprawie testament na swoją rzecz spisała sama osoba zainteresowana spadkiem, w jeszcze innej świadkowie zeznali, że byli obecni przy sporządzaniu

testamentu ustnego, ale dwa dni później córka spadkodawcy przyniosła im już spisany dokument, który różnił się od tego, co słyszeli, jednak podpisali „z grzeczności”. Zasięganie w takich przypadkach opinii biegłych wydaje się być nieporozumieniem.

Zarówno w literaturze przedmiotu [1, 6, 8], jak i w orzecznictwie, pojawia się rozróżnienie obawy rychłej śmierci obiektywnie istniejącej i subiektywnej. Wydawało się zatem celowe przeprowadzenie analizy opiniowanych przypadków w aspekcie tego, czy istotnie i jak często występował tylko jeden rodzaj obawy.

Wśród rozważanych 29 opinii najliczniejsza grupa, składająca się z siedmiu przypadków, to testamenty szczególnie sporządzone przez osoby znajdujące się w schyłkowej fazie choroby nowotworowej. Kolejna grupa obejmowała pięciu testatorów ze zdiagnozowaną od wielu lat przewlekłą niewydolnością krążenia. Kolejno po trzy przypadki dotyczyły osób „w podeszłym wieku” (powyżej 90 lat) oraz osób, które doznały udaru mózgu lub nagłego krwotoku z przewodu pokarmowego. W dwóch przypadkach w krótkim czasie po sporządzeniu testamentu szczególnego spadkodawca doznał urazu czaszkowo-mózgowego skutkującego zgonem. Były także 3 przypadki, w których doszło do nagłego zgonu z nieznaną przyczyną.

Jak wynika z powyższego omówienia, najczęstszą przyczynę sporządzenia testamentu szczególnego stanowiły schorzenia ze swej natury przewlekłe. W takich przypadkach osoby zainteresowane nieważnością testamentu szczególnego twierdziły, że wprawdzie spadkodawca chorował, ale o swojej chorobie wiedział od kilku miesięcy i nie ma uzasadnienia do przyjęcia, że w tym właśnie dniu występowała obawa rychłej śmierci w stopniu większym niż w tygodniach poprzedzających. Z kolei spadkobierca testamentowy lub jego pełnomocnik podnosili, że spadkodawca w tym właśnie dniu poczuł się szczególnie źle lub też, że wcześniej wierzył w wyzdrowienie, ale stracił nadzieję. Weryfikacja tych zeznań w oparciu o materiał obiektywny możliwa jest tylko wyjątkowo.

Dolegliwości towarzyszące zawałowi mięśnia serca czy też krwotokowi z przewodu pokarmowego są tak silne i charakterystyczne, że uzasadniają przyjęcie zarówno obiektywnie istniejącej, jak i subiektywnie odczuwanej obawy w tych przypadkach, kiedy wypowiedzenie ostatniej woli nastąpiło po ujawnieniu się tych objawów. W sytuacjach, w których do zachorowania doszło w kilka godzin po sporządzeniu testamentu, można rozważać, czy spadkodawca mógł mieć „przecucie”, o którym mówili świadkowie. Trudno natomiast przyjąć istnienie obawy rychłej śmierci, zarówno subiektywnej, jak i obiektywnej, na kilka czy kilkanaście dni przed zachorowaniem.

Także w tych przypadkach, w których w różnym czasie po sporządzeniu testamentu doszło do udaru mózgu, zwykle trudno o jednoznaczny wniosek dotyczący obiek-

tywnej obawy rychłej śmierci. Klinicyści zwykle stoją na stanowisku, że wysokie wartości ciśnienia tętniczego czy też utrwalone migotanie przedsionków z zaburzeniem rytmu serca są stanami, w których w każdym momencie można spodziewać się powikłań zagrażających życiu. Z kolei medycy sądowi czy też inni lekarze zajmujący się głównie orzecznictwem uważają, że samo rozpoznanie nie może przesądzać o wnioskach opinii, konieczne jest wystąpienie objawu bądź sytuacji w sposób istotny zwiększających zagrożenie. Rozstrzygnięcie zaś, czy spadkodawca, mimo iż prowadził aktywny tryb życia i nie korzystał w ostatnim okresie z pomocy lekarskiej, mógł odczuwać subiektywną obawę śmierci, czy też nie, najczęściej pozostaje pytaniem, na które odpowiedź wymaga oceny wiarygodności zeznań świadków.

Zdaniem autorek indywidualnego podejścia wymaga także każdy przypadek dotyczący osoby w podeszłym wieku. Wśród analizowanych spraw ośmiu spadkodawców przekroczyło 80. rok życia, w tym trzy osoby miały powyżej 90 lat. Żadna z nich w momencie sporządzania testamentu nie wykazywała objawów bezpośredniego zagrożenia życia, natomiast objawy takie pojawiły się od jednego dnia do sześciu tygodni później. Stan zdrowia i sposób funkcjonowania tych osób opisywany przez świadków różnił się zdecydowanie w zależności od tego, która ze stron procesowych powołała tego świadka. Szczególnie interesująco przedstawiały się zeznania lekarzy rodzinnych opiekujących się tymi pacjentami. Jedni z nich w sposób kategoryczny twierdzili, że w przypadku pacjenta w tak podeszłym wieku śmierci należy spodziewać się w każdej chwili, a zatem obawa śmierci istnieje cały czas. Inni uważali, że „zważywszy na wiek tego pacjenta” jego stan zdrowia przedstawiał się zupełnie dobrze i nic nie zapowiadało szybkiej śmierci. Podobnie skrajne stanowiska reprezentowali w swoich opiniach biegli lekarze. Wydaje się, że różnice te można tłumaczyć utożsamianiem przez niektórych biegłych pojęcia „obawy śmierci” z „obawą rychłej śmierci” [1, 3]. O ile w ocenie obiektywnie istniejącej obawy rychłej śmierci pomocna, a niekiedy rozstrzygająca może być dokumentacja lekarska, o tyle ocena obawy subiektywnej w większości tych przypadków może być dokonana jedynie w oparciu o treść zeznań świadków.

W potocznym rozumieniu „rychła śmierć” bywa niekiedy utożsamiana ze śmiercią nagłą, a fakt, że spadkodawca zmarł w krótkim czasie po sporządzeniu testamentu szczególnego, traktowany jest jako dowód na to, że istniała obawa rychłej śmierci. W aspekcie prawnym są to jednak pojęcia zupełnie różne. Śmierć nagła występuje w przypadku zadziałania czynnika zewnętrznego, którego nie można było wcześniej przewidzieć. Tym samym testament szczególnie sporządzony przez osobę, która w krótki czas po tej czynności zginęła w wypadku komunikacyjnym czy też uległa przypadkowemu zatruciu tlenkiem węgla, jest nieważny, bowiem takiego zdarze-

nia nie mogła ona przewidzieć. Można się zastanawiać nad ważnością takiego testamentu w przypadkach śmierci samobójczej. Byłyby to jednak wyłącznie rozważania teoretyczne, bowiem ani w dotychczasowej praktyce, ani też w piśmiennictwie medycznym i psychologicznym autorki nie spotkały się z przypadkiem testamentu ustnego poprzedzającego próbę samobójczą. Z interpretacji prawnej [8] wynikałoby w sposób jednoznaczny, że zamiar samobójczy stwarza jedynie stan hipotetycznego zagrożenia dla życia w niedającej się przewidzieć przyszłości, a zatem nie spełnia przesłanek wymaganych do ważności testamentu szczególnego.

3. Problem kompetencji biegłych

Przekonanie, że opiniowanie o zdolności do świadomego i swobodnego podejmowania decyzji i wyrażania woli wymaga „wiadomości specjalnych”, jest powszechne. Jednak ustalenie, jaki specjalista legitymuje się wiadomościami specjalnymi koniecznymi do opracowania opinii w konkretnym przypadku, nie zawsze bywa proste. Problem kompetencji biegłych lekarzy w opiniowaniu o stanie zdrowia spadkodawcy jest przedmiotem dyskusji, a nawet sporów. Większość psychiatrów wyraża pogląd, że jedynym specjalistą, który ma prawo wypowiadać się o stanie świadomości, jest psychiatra [4]. W praktyce jednak pełnomocnicy stron dążą do pozyskania opinii jak najbardziej specjalistycznej, ściśle związanej z jednostką chorobową spadkodawcy [9]. Coraz powszechniejsze jest także dążenie do uzyskania opinii psychologa, ponieważ ocena, czy zachowana była swoboda podejmowania decyzji i wyrażania woli, jest problemem psychologicznym, a nie medycznym [7]. Podobnie jest przy rozgraniczeniu pomiędzy obiektywnie istniejącą a subiektywnie odczuwaną obawą rychłej śmierci. Biegły lekarz może dokonać oceny, czy istniała obiektywna obawa, a także, czy objawy choroby były tego rodzaju, że mogły budzić niepokój spadkodawcy z lękiem o zagrożenie życia włącznie. Ocena możliwości wystąpienia subiektywnej obawy rychłej śmierci przy braku obiektywnego uzasadnienia należy do kompetencji biegłego psychologa.

W przypadku, kiedy przedmiotem opinii ma być stwierdzenie, czy w chwili sporządzania testamentu istniała obawa rychłej śmierci, problem doboru specjalności biegłych lekarzy jest szczególnie trudny [1]. Jak wynika z przeprowadzonej przez autorki tego artykułu analizy przypadków, strona niezadowolona z treści opinii najczęściej wnioskowała o powołanie biegłych spośród specjalistów klinicznych, niekiedy bardzo specyficznych. Autorki spotkały się nawet z wnioskiem o powołanie „radiologa-onkologa” do oceny badania radiogramu klatki piersiowej, bowiem ocena pulmonologa, który stwierdził

na kliszy obecność mnogich przerzutów nowotworowych, została zakwestionowana.

Nie ma regulacji prawnych określających, jaki specjalista jest kompetentny do oceny, czy w konkretnym opiniowanym przypadku występowała obawa rychłej śmierci. Wiadomo, że powołany biegły powinien posiadać „wiadomości specjalne”, ale pytanie, z jakiej dziedziny, pozostaje otwarte. Zdaniem auterek, w przypadkach szczególnie trudnych, w których materiał dowodowy jest niejednoznaczny lub sprzeczny, celowe byłoby uzyskanie opinii zespołowej. W skład zespołu, oprócz zwykle powoływanych: psychiatry i specjalisty właściwego dla głównego schorzenia spadkodawcy, przede wszystkim internisty, powinien wchodzić psycholog. W takiej opinii możliwe byłoby dokonanie zarówno obiektywnie występującej, jak i subiektywnej oceny obawy rychłej śmierci.

Rolą psychologa byłaby analiza sytuacji psychologicznej testatora i ocena, w jakim stopniu mogła wystąpić tzw. obawa subiektywna. Doświadczenie kliniczne i badania dotyczące funkcjonowania człowieka w trakcie choroby wskazują, że zmaganie się z chorobą można analizować w kategoriach działania w stresie lub sytuacji trudnej. Reakcje na chorobę bywają zróżnicowane, zależą od sytuacji życiowej, cech indywidualnych, rodzaju choroby i stanu zdrowia [5]. Znaczenie ma nasilenie objawów, przebieg choroby, wiedza pacjenta na jej temat i prognozy. Zwykle już sama wiadomość o poważnej chorobie, zwłaszcza nieuleczalnej, wywołuje negatywne stany emocjonalne, jak lęk, poczucie zagrożenia i bezradności, poczucie krzywdy, apatię, przygnębienie, utratę celów życiowych. Zdarza się, że podanie pacjentowi informacji wskazującej na poważną chorobę stanowi tak silny stres, że wywołuje szok, po czym chorzy nie są w stanie uporać się z tą trudną sytuacją i popadają w stan depresyjny o różnym nasileniu. Inne reakcje, jakie mogą się pojawić, wynikają z zaprzeczania jako mechanizmu obronnego.

W opiniowaniu psychologicznym trzeba uwzględnić fakt, że strategie radzenia sobie z chorobą są wysoce zindywidualizowane, a chorzy w indywidualny sposób okazują swoje emocje. Nie można zatem w opinii przyjąć jednego modelu funkcjonowania, typowego dla konkretnej choroby, a takie oczekiwania często wyraża zleceniodawca opinii.

Z badań psychologicznych prowadzonych np. wśród pacjentów z rozpoznaniem białaczki wynika, że 1/3 z nich, broniąc się przed lękiem, stosowało zaprzeczanie, tłumienie i wypieranie [14]. Wśród pacjentów cierpiących na choroby sercowo-naczyniowe lęk występuje u 24–31%, a w sytuacji nasilonych objawów lęk jest zjawiskiem typowym. Z kolei w badaniach prowadzonych w grupie kobiet chorych na nowotwory piersi i jajników stwierdzono, że pacjentki prezentowały różne style radzenia sobie z tą sytuacją [6]. Wyróżniono metody po-

znawcze (aktywne i twórcze przetwarzanie informacji zmieniające znaczenie sytuacji), metody emocjonalne (dystansowanie się od przeżywanych emocji) i metody behawioralne (poszukiwanie i wykorzystywanie wsparcia społecznego).

Uwzględniając wiedzę medyczną i psychologiczną na temat radzenia sobie z chorobą w odniesieniu do przedmiotu ekspertyzy sądowej, jakim jest ocena „subiektywnej obawy rychłej śmierci”, należy zwrócić uwagę na niewielkie możliwości zdobycia obiektywnych informacji w większości opiniowanych przypadków. Z reguły bowiem biegli nie dysponują dokumentacją medyczną odzwierciedlającą stan zarówno somatyczny, jak i psychiczny testatora w dniu sporządzenia testamentu ustnego. Zazwyczaj jedynym materiałem dowodowym są zeznania świadków. Istnieje możliwość zdobycia dodatkowych informacji na temat funkcjonowania testatora poprzez przeprowadzenie wywiadów psychologicznych z osobami bliskimi, jednak w każdym przypadku wymagana jest na to formalna zgoda sądu. Wiarygodność takich informacji, podawanych *ex post* przez osobę zainteresowaną konkretnym wnioskiem opinii, jest sprawą odrębną.

Kwestia oceny wiarygodności zeznań świadków jest podstawowym problemem podczas odtwarzania stanu psychicznego testatora. Ocena ta leży w gestii sądu, jednocześnie jednak biegły w swojej opinii odwołuje się do zeznań świadków i uczestników procesu, bez możliwości weryfikacji tych zeznań. Stąd też zdarzają się sytuacje, gdy biegły nie jest w stanie opracować jednoznacznych wniosków, podając jedynie hipotezy alternatywne.

Przykładem opinii kompleksowej jest przypadek, w którym sąd zwrócił się do biegłych psychologów w celu oceny „subiektywnej obawy rychłej śmierci” u testatora Adama Z., który trzy dni przed śmiercią sporządził testament ustny na rzecz swojej partnerki. Testament ten był kwestionowany przez rodzinę (siostry i siostrzeńcy). Po zapoznaniu się z materiałem zawartym w aktach biegli psychologowie zaproponowali opracowanie opinii kompleksowej z udziałem biegłego lekarza, na co sąd wyraził zgodę. Z danych zawartych w aktach (dokumentacja medyczna, zeznania świadków) wynikało, że Adam Z. w wieku 69 lat, dzień przed sporządzeniem testamentu, z powodu nagłych dolegliwości bólowych jamy brzusznej został odwieziony karetką pogotowia do szpitala. Stwierdzono u niego zatrucie pokarmowe. Po zastosowanym leczeniu następnego dnia opuścił szpital. Mimo złego samopoczucia nie chciał tam pozostać, gdyż „nie lubił szpitali” i nie miał zaufania do tamtejszych lekarzy. Zamierzał się udać następnego dnia do lekarza, u którego stale się leczył z powodu dolegliwości kardiologicznych (duszności, kołatanie serca, podejrzewano kardiomiopatię). W tym dniu ustnie, w obecności znajomych, rozporządził swoim majątkiem na rzecz konkubiny. Według relacji świadków był osłabiony, roztrzęsiony, ujawniał lęk,

że może dostać zawału serca. Następnego dnia udał się do lekarza i otrzymał skierowanie do specjalisty urologa w szpitalu; jednocześnie po zaaplikowanym zastrzyku poczuł się lepiej, wracając do domu sam prowadził samochód. Zamierzał jechać do szpitala następnego dnia. Jednak wieczorem z powodu nasilonych dolegliwości bólowych zgodził się na wezwanie karetki pogotowia. Zmarł w tym samym dniu. Przyczyną śmierci była niewydolność krążenia; badaniem pośmiertnym stwierdzono świeży zawał mięśnia sercowego. Na podstawie analizy zebranych informacji biegli stwierdzili, że Adam Z. mógł odczuwać subiektywną obawę rychłej śmierci w chwili sporządzania testamentu ustnego. Podstawą do takiego wniosku było wystąpienie u testatora lęku z powodu dolegliwości somatycznych i odczuwanego bólu. Dodatkowymi argumentami były cechy testatora, jakie, według relacji świadków, prezentował, jego poglądy na temat rozporządzania majątkiem oraz potrzeba zabezpieczenia partnerki, z którą był związany emocjonalnie. Testator nie miał zaufania do lekarzy, ujawniał niechęć do leczenia, czasem bagatelizował objawy złego samopoczucia. Jego zachowanie po wyjściu ze szpitala zostało zinterpretowane jako działanie pod wpływem mechanizmów obronnych (tłumienie, wypieranie, zaprzeczanie, racjonalizacja) i tzw. obronności percepcyjnej. Mechanizmy te z jednej strony redukowały jego lęk w sytuacji stresu, z drugiej strony obniżały zdolność do podejmowania konstruktywnych działań.

Fakt, że większość testamentów szczególnych bywa sporządzana w domu, nie ułatwia opiniowania. Jednakże nawet w tych dziewięciu przypadkach, w których spadkodawca znajdował się w szpitalu, wartość dowodowa dokumentacji lekarskiej była niewielka. W analizowanych przez autorki przypadkach tylko dwa razy lekarz oddziału był obecny przy sporządzaniu testamentu i w sposób jednoznaczny zeznał, że występowała obawa rychłej śmierci, a jednocześnie spadkodawca miał wiedzę o tym i miał zachowaną świadomość. Najczęściej personel medyczny unika udziału w takich czynnościach [11]. W dwóch przypadkach w aktach znajdowały się zeznania dyrektorów hospicjum, którzy podali, że wydali pracownikom pisemny zakaz obecności przy sporządzaniu testamentów, bowiem są oni przez to narażeni na konflikty z rodziną pacjenta i konieczność zeznawania przed sądem, co powoduje częste nieobecności w pracy.

Na wątpliwą przydatność dokumentacji lekarskiej spadkodawcy przy opiniowaniu sądowo-lekarskim o ważności testamentu wskazywał już Dubrzyński [2]. Spośród analizowanych przez niego 25 testamentów sporządzonych w szpitalu tylko w 7 przypadkach dokumentacja zawierała informacje pozwalające na jednoznaczne wnioskowanie. Mimo ponad 20 lat, które upłynęły od czasu jego spostrzeżeń, sytuacja nie uległa poprawie [10, 13]. Nadal stan psychiczny pacjenta czy przeżywane przez niego emocje nie znajdują odzwierciedlenia w ad-

notacjach lekarzy. Częściej takie informacje można znaleźć w dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki.

Nie ma problemów opiniodawczych w tych przypadkach, w których dokumentacja medyczna jednoznacznie wskazuje na nagłe pojawienie się obiektywnej obawy śmierci, a jednocześnie rodzaj objawów towarzyszących zachorowaniu lub urazowi i stan psychiczny testatora wskazują na to, że zdawał on sobie sprawę z powagi sytuacji. Jeżeli jednak dane udostępnione biegłemu wskazują na występowanie tylko jednego rodzaju obawy – obiektywnie występującej lub subiektywnie odczuwanej – to opracowanie wniosków może być trudne. Dane z piśmiennictwa wskazują na to, że nie istnieje dotychczas jednoznaczne stanowisko zarówno wśród biegłych, jak i wśród sędziów orzekających na temat tego, czy decydujące jest występowanie obiektywnej, czy też subiektywnej obawy rychłej śmierci.

Wśród prawników można spotkać się z poglądem, że subiektywna obawa rychłej śmierci powinna być decydująca. Stanowisko orzecznicze nie jest jednak jednolite, spotyka się także przeciwstawne orzeczenia Sądu Najwyższego. Prawdopodobnie długo jeszcze nie nastąpi ujednoczenie tych stanowisk, bowiem kolejne przypadki tylko pozornie są podobne.

Zdaniem auterek, wprawdzie subiektywne odczucia i emocje człowieka w istotnym stopniu determinują jego działania, jednak przesłanka obawy rychłej śmierci byłaby spełniona, gdyby subiektywne odczucie spadkodawcy było oparte na uzasadniających je okolicznościach. W przypadkach, w których materiał dowodowy wskazuje na to, że obawa rychłej śmierci w dniu sporządzenia testamentu była wyłącznie subiektywna, a w kolejnych dniach spadkodawca był fizycznie i psychicznie sprawny, mógł udać się do notariusza czy też spisać własnoręcznie testament, to trudno dziwić się ustawowym spadkobiercom, że kwestionują nie tylko treść testamentu szczególnego, ale nawet sam fakt jego sporządzenia.

Definicja zawarta w obowiązującym obecnie kodeksie cywilnym nie uzależnia ważności testamentu szczególnego od niemożności sporządzenia go w zwykłej formie. Z treści art. 952 k.c. wynika bowiem, że wymagana jest obawa rychłej śmierci spadkodawcy albo występowanie szczególnych okoliczności, przesądzających o tym, że zachowanie zwykłej formy testamentu jest niemożliwe albo bardzo utrudnione. A zatem każda z wymienionych przesłanek może występować samodzielnie i dla ważności testamentu szczególnego jedna z nich jest wystarczająca.

Historycznie ujmując problem, dyskusje wśród prawników trwają już od wielu lat. Dekret z dnia 8.10.1946 r. o prawie spadkowym, pozornie brzmiący bardzo podobnie, w interpretacji był odmienny. Art. 82 tego dekretu precyzował, że: „jeżeli wskutek szczególnych okoliczności, jak to: przerwania komunikacji, epidemii, działań wojennych, choroby spadkodawcy albo jego nie-

szczęśliwego wypadku, uzasadniających obawę rychłej jego śmierci, sporządzenie testamentu zwykłego byłoby niemożliwe lub bardzo utrudnione, spadkodawca może sporządzić testament ustny przez podanie swej woli do wiadomości trzech równocześnie obecnych świadków”. A zatem dla ważności testamentu szczególnego konieczne było współistnienie obu przesłanek.

Niektórzy autorzy wyrażają opinię, że dalsze utrzymywanie w polskim ustawodawstwie formy testamentu szczególnego nie ma uzasadnienia. Nadal jednak testamenty takie ujawniane są w postępowaniu spadkowym i to nie zawsze w pierwszym etapie tego postępowania.