

Sygn. akt I Ca 442/16

POSTANOWIENIE

Dnia 29 marca 2017 roku

Sąd Okręgowy w Sieradzu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Joanna Składowska

Sędziowie: SSO Elżbieta Zalewska - Statuch

SSR Izabela Matusiak (del)

Protokolant st. sekr. sąd. Elwira Kosieniak

po rozpoznaniu w dniu 15 marca 2017 roku w Sieradzu

na rozprawie

sprawy z wniosku W. S. (1)

z udziałem S. S., M. Z. (1) i A. J.

o stwierdzenie nabycia spadku po T. S.

na skutek apelacji wnioskodawcy

od postanowienia Sądu Rejonowego w Wieluniu

z dnia 17 sierpnia 2016 roku, sygn.. akt I Ns 794/12

postanawia:

I. zmienić zaskarżone postanowienie w całości na następujące:

„1. stwierdzić, że spadek po T. S., synu S. i B., zmarłym w dniu 27 stycznia 2012 roku w W., ostatnio stale zamieszkałym w S., na podstawie testamentu, sporządzonego przed notariuszem D. K. w dniu 23 stycznia 2012 roku w W., za numerem aktu Rep.(...), otworzonego i ogłoszonego przed tym samym notariuszem w dniu 23 maja 2012 roku za numerem aktu Rep. (...), dla którego w Sądzie Rejonowym w Wieluniu prowadzone są akta I Ns 472/12, nabył W. S. (1), syn S. i B. w całości;

2. nakazać pobrać od uczestniczki M. Z. (1) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Wieluniu 4 373,09 (cztery tysiące trzysta siedemdziesiąt trzy 09/100) złotych tytułem zwrotu wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa;

3. zasądzić od uczestniczki M. Z. (1) na rzecz wnioskodawcy W. S. (1) 427 (czteryście dwadzieścia siedem) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania, w tym 377 (trzysta siedemdziesiąt siedem) złotych tytułem kosztów zastępstwa prawnego”;

II. zasądzić od uczestniczki M. Z. (1) na rzecz wnioskodawcy W. S. (1) 806,82 (osiemset sześć 82/100) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym 360 (trzysta sześćdziesiąt) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

UZASADNIENIE

Zaskarżonym postanowieniem z dnia 8 sierpnia 2016 roku Sąd Rejonowy w Wieluniu w sprawie o sygn. akt I Ns 794/12 z wniosku W. S. (1) z udziałem S. S., M. Z. (1) i A. J. stwierdził, że spadek po T. S., zmarłym w dniu 27 stycznia 2012 roku w W., ostatnio stale zamieszkałym w S., na podstawie ustawy nabyli bracia spadkodawcy W. S. (1), syn S. i B. i S. S. syn S. i B. po 2/6 części oraz siostrzeńcy spadkodawcy M. Z. (2) z domu J., córka E. i U. i A. J. syn E. i U. po 1/6 części.

Rozstrzygając o kosztach Sąd nakazał pobrać od wnioskodawcy W. S. (1) na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Wieluniu kwotę 4 413,09 zł tytułem wydatków i zniósł wzajemnie między uczestnikami koszty postępowania w pozostałym zakresie.

Rozstrzygnięcie Sądu zostało podjęte w oparciu o następujące ustalenia i wnioski:

T. S. zmarł w dniu 27 stycznia 2012 r. w W. w szpitalu; spadkodawca na stałe zamieszkiwał w S., gdzie przebywał w Domu Pomocy Społecznej. Był bezdzietnym kawalerem, jego rodzice zmarli przed nim - matka B. S. z domu G. 07 września 1967 r., ojciec S. S. w dniu 10 czerwca 1970 r. T. S. miał troje rodzeństwa W. S. (1), S. S. i U. J. (1) z domu S., która zmarła w dniu 01 września 1995 r., pozostawiając dwoje dzieci - A. J. i M. Z. (1).

Przebywając w Domu Pomocy Społecznej w S. T. S. rzadko nawiązywał rozmowę w własnej inicjatywy, chyba że ktoś z personelu o coś zapytał. Wyjeżdżał na wycieczki i turnusy rehabilitacyjne. W rozmowach z psychologiem skupiony był na swoich dolegliwościach somatycznych, przekazywał informacje o samopoczuciu i funkcjonowaniu. Spadkodawca czytał gazety i słuchał radia. Za pieniądze, które pozostawały z spadkodawcy po uregulowaniu odpłatności za pobyt w (...) kupował zazwyczaj papierosy.

W dniu 23 stycznia 2012 r. T. S. sporządził w szpitalu w W. testament przed notariuszem D. K., w którym do całości spadku powołał W. S. (1). Przybycie do szpitala w celu sporządzenia testamentu ustalił z notariuszem telefonicznie W. S. (1). Notariusz poinformowała T. S., iż przyjście do szpitala ustaliła z jego braćmi i zapytała, czy jest zainteresowany sporządzeniem testamentu. Po twierdzącej odpowiedzi testatora notariusz ręcznie sporządziła testament, w którym T. S. jako spadkobiercę wskazał W. S. (1). Notariusz D. K. nie wiedziała, na jaką chorobę cierpi T. S..

T. S. chorował na schizofrenię rezydualną, której udokumentowany przebieg sięga 1964 roku; od 1965 roku spadkodawca otrzymywał rentę, a od 1974 roku przebywał nieprzerwanie w szpitalach lub w Domu Pomocy Społecznej. Hospitalizacja spadkodawcy na oddziale psychiatrycznym trwała 23 lata i była przerywana krótkimi pobytami na oddziale laryngologicznym i na oddziale chorób wewnętrznych. W dokumentacji medycznej od 1971 roku opisywano, oprócz objawów wytwórczych, jak omamy słuchowe i urojenia prześladowcze, również dziwaczne zachowanie, brak dążenia do kontaktu z otoczeniem, kontakt formalny, brak krytycyzmu wobec własnego stanu psychicznego. Schizofrenię rezydualną rozpoznano u spadkodawcy w 1971 roku, co świadczy o wyraźnej przewadze negatywnych objawów procesu schizofrenicznego, które dotyczą nie tylko zaburzeń sfery emocjonalnej - bladeść afektu, stopień uczuciowe i ambiwalencja emocjonalna, zaburzeń sfery myślenia - formalne zaburzenia myślenia i ambisentencja oraz zaburzeń sfery wolicjonalnej - ambitendencja, zubożenie zainteresowań, obniżenie aktywności złożonej i redukcja aktywności do zaspokajania potrzeb popędowych, jak również zaburzeń relacji pomiędzy poszczególnymi sferami psychiki - niedostosowanie afektywne i nieprzewidywalne zachowania oraz pomiędzy chorym a otoczeniem - autyzm i derizm. W latach 1977 - 1987 zaobserwowano u spadkodawcy zaostrzenie choroby z objawami psychotycznymi i znaczną agresją, opisując go w dokumentacji medycznej jako dziwaczego, autystycznego, mało samodzielniego, stroniącego od kontaktów z otoczeniem, bladego afektywnie. W kolejnych latach 1987 -1997 u spadkodawcy występowały wielokrotnie

pogorszenia stanu psychicznego z agresją, nie nawiązywał samorzutnie kontaktu, nie przejawiał zainteresowań, słuchał radia, niekiedy czytał prasę. W latach 1997 - 2000 obserwowano u spadkodawcy zaburzenia rytmów dobowych - był beczynny, bez zainteresowań, dziwaczny, bezkrytyczny, autystyczny. Od 2000 roku spadkodawca przebywał w Domu Pomocy Społecznej w S.. Podczas pobytu w szpitalu w 2003 roku nie opisano ostrych objawów psychotycznych, spadkodawca nadal był dziwaczny

w zachowaniu i posiadał osobowość i krytycyzm chorobowo zmienione. W trakcie ostatniej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym spadkodawca wykazywał tylko bardzo ogólną orientację w swojej sytuacji rodzinnej i przebiegu leczenia psychiatrycznego, był całkowicie bezkrytyczny wobec objawów choroby psychicznej, miał szczątkową wiedzę na temat stanu zdrowia somatycznego i stosowanego leczenia. Opisano u spadkodawcy osłabioną pamięć, spowolnienie, zubożenie chorobowo zmienionej osobowości, zniedołężnienie, małą aktywność, brak istotnych zainteresowań, autyzm, bladeść afektywną. Stan psychiczny spadkodawcy opisywany w dokumentacji Domu Pomocy Społecznej w S. wskazuje na występowanie objawów negatywnych procesu schizofrenicznego o znacznym nasileniu. Odnotowywano okresowo pogorszenia stanu psychicznego związane z występowaniem objawów wytwórczych; w związku z nasilonym autyzmem i utrudnionym kontaktem rzeczowym trudno było ocenić ich występowanie - przeważnie opisywano jedynie nasilenie dziwacznych zachowań, drażliwość i zaburzenia rytmów dobowych i odmowę przyjmowania leków doustnych. U spadkodawcy występowały podczas pobytu w (...) objawy negatywne - zmieniona, zubożała osobowość, dereizm, autyzm, paralogia, afekt niedostosowany, brak poczucia choroby, bladeść afektu, spowolnienie, zubożenie, brak krytycyzmu, stępienie emocje.

W 2009 roku odnotowano kontakt intelektualny dość łatwy, pełną orientację co do siebie i swojej sytuacji, typowe objawy sztywności afektywnej, stan defektu schizofrenicznego; proponowano aktywizację psychosocjalną. Pozostałe notatki z 2009 roku zawierają informacje o znacznym pogorszeniu stanu psychicznego między innymi z pobudzeniem, agresją, odmową przyjmowania leków. W opisie z 2010 roku ograniczono się jedynie do oceny rytmów dobowych, występowania objawów wytwórczych, przyjmowania leków i posiłków. W 2011 roku odnotowano osłabienie, bierność, apatyczność w okresie po leczeniu kardiologicznym, regularne przyjmowanie leków, zadawalającą jakość snu, senność, częste przebywanie w łóżku. Notatki z rozmów z psychologiem są nieliczne i zawierają zdawkowe wzmianki o stanie psychicznym, niepoparte szerszym opisem: nie ma przyjaciół, jest typem samotnika, norma psychologiczna, introwertyczny, urojeniowy, skupiony na sobie, zamknięty w sobie, skupiony na wewnętrznych doznaniach, autystyczny; w 2008 roku odnotowano, iż znajduje się w dobrej formie psychicznej.

W ocenie Sądu informacje zawarte w dokumentacji medycznej leczenia psychiatrycznego spadkodawcy wskazują na znaczne zaawansowanie objawów negatywnych schizofrenii powodujących niezdolność do samodzielnego funkcjonowania, konieczność stałego nadzoru nad leczeniem ze względu na autyzm, dereizm, brak krytycyzmu, w tym brak poczucia choroby psychicznej. Wskutek leczenia uzyskiwano poprawę w zakresie objawów wytwórczych - omamów i urojeń, jednak objawy negatywne ulegały stopniowemu nasileniu.

Sąd wskazał, że dokumentacja medyczna dotycząca leczenia chorób somatycznych zawiera informacje o stopniowo pogarszającym się stanie zdrowia spadkodawcy. W 1997 roku rozpoznano u spadkodawcy cukrzycę, stosowano leki obniżające ciśnienie tętnicze, rozszerzające naczynia wieńcowe i rozszerzające oskrzela. W 2001 roku rozpoznano astmę oskrzelową, w 2002 roku chorobę niedokrwienną serca, w 2003 roku zwyrodnienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, przewlekłe zapalenie oskrzeli, nadciśnienie tętnicze, żyłaki kończyn dolnych, podejrzewano zaburzenia krążenia mózgowego. Odnotowano utrudniony kontakt logiczny. W 2008 roku stwierdzono przemijające niedokrwienie mózgu, odnotowano trudności w zebraniu wywiadu od pacjenta. W 2008 roku spadkodawca hospitalizowany był z powodu zawału mięśnia sercowego; odnotowano utrudniony kontakt, a pacjenta opisywano jako dementywnego, okresowo bardzo niespokojnego, bez logicznego kontaktu. W maju 2011 roku spadkodawca był hospitalizowany z powodu zawału mięśnia sercowego, wykonano angioplastykę, w warunkach szpitalnych nastąpiło migotanie komór, wstrząs kardiogeny, stosowano kontrapulsację wewnątrzaoortalną, wlew amin biogennych, respiratoroterapię. T. S. przez 11 dni był w stanie śpiączki; wypisany został we względnie stabilnym stanie ogólnym. W październiku 2011 roku spadkodawca ponownie był hospitalizowany z rozpoznaniem obrzęku

płuc, dekompensacji kardiomiopatii niedokrwiennej po zawałach mięśnia sercowego, niedokrwistości, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Odnotowano - ograniczony kontakt logiczny, zniedołężnienie, pacjent leżący z dusznością spoczynkową, wymagający pielęgnacji w obrębie łóżka. T. S. palił dużą ilość papierosów; lekarz sprawujący opiekę nad pacjentami w (...) w S. i jednocześnie pracujący na oddziale wewnętrznym w czasie pobytu spadkodawcy w styczniu 2012 roku

w SPZOZ z W. R. P. zwracał spadkodawcy uwagę na wpływ palenia papierosów na obturacyjną chorobę płuc z niewydolnością oddechową.

W okresie od 01 stycznia 2012 r. do 27 stycznia 2012 r. T. S. przebywał na oddziale internistycznym SPZOZ w W.; przyjęty został z powodu zastoinowej niewydolności krążenia i zaostrzenia przewlekłej choroby płuc pod postacią zapalenia płuc, zatrzymania diurezy. Przy przyjęciu opisano pacjenta jako przytomnego z zachowanym kontaktem logicznym. Przyjęto pisemną zgodę w formie podpisu na przyjęcie i leczenie oraz upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej; wywiad epidemiologiczny nie został podpisany przez pacjenta. W notatkach lekarza odnotowywano niezmiennie stan ogólny ciężki, nie różnicując go w poszczególnych zapisach. Informacje dotyczące kontaktu

z pacjentem są zdawkowe i nie zawierają szczegółów umożliwiających ocenę jakości kontaktu słownego. Pacjent wymagał pielęgnacji i obserwacji ze strony personelu, miał duszność, wymagał stałej tlenoterapii, w wyniku której nie uzyskano jednak zmniejszenia duszności. Stosowane leczenie diuretykami, metyloksantynami, antybiotykami nie przyniosło efektu i konieczne stało się włączenie amin presyjnych. Od 19 stycznia 2012 r. stan pacjenta opisywano jako bardzo ciężki. W dniu 22 stycznia 2012 r. odnotowano, iż pacjent jest niespokojny, krzyczący, z utrzymującą się dusznością, pod stałym dopływem tlenu. Leczenie spadkodawcy było kontynuowane, jednak bez możliwości modyfikacji i wzmocnienia terapii. Kontakt z pacjentem dla personelu medycznego był utrudniony i nie był to pełen kontakt logiczny; spadkodawca odpowiadał na proste pytania.

Sąd wyjaśnił, że przewlekła niewydolność krążenia i oddychania przejawiająca się dusznością jest stanem, w którym występuje deficyt tlenu na poziomie komórkowym. Niewydolność oddechowa oznacza upośledzenie sprawności układu oddechowego, który nie jest w stanie dostarczyć odpowiedniej ilości tlenu do organizmu i wydalić z niego dwutlenku węgla. Dochodzi w konsekwencji do niedoboru tlenu i nadmiaru dwutlenku węgla w organizmie, a następnie do kwaśnicy oddechowej. Pojawia się hipoksemiczne niedotlenienie mózgu, które wynika z zaburzeń pracy układów: oddechowego, krwionośnego lub nerwowego. Powiązanie funkcji tych układów sprawia, że ustanie lub chociażby krótkotrwała dysfunkcja jednego z nich powoduje w krótkim czasie ustanie lub dysfunkcję dwóch pozostałych. Niedotlenienie mózgu objawia się zaburzeniami pamięci i myślenia, dezorientacją, halucynacjami, wzmoczoną aktywnością, pobudzeniem. Kontakt z pacjentem

w takim stanie, o ile jest możliwy pozostaje stricte formalny, chory wypowiada pojedyncze słowa, odpowiada twierdząco lub negująco na pytania, z reguły bez świadomości ich znaczenia.

Choroby, na które cierpiał spadkodawca wpływają, zdaniem biegłego psychiatry W. D., w sposób decydujący na zdolność do świadomego podejmowania decyzji.

U spadkodawcy występowała przewlekła choroba psychiczna schizofrenia rezydualna trwale upośledzająca jego funkcjonowanie społeczne i relacje z otoczeniem, rozumienie

i zainteresowanie zjawiskami zachodzącymi w otoczeniu, powodująca oderwanie od rzeczywistości i skupienie na przeżyciach wewnętrznych. U spadkodawcy występowała paralogia, co oznacza, iż myślenie nie było oparte na zasadach logiki; w wypadku paralogii granice pomiędzy pojęciami ulegają zatarciu, pacjent nadaje własne znaczenie powszechnie znanym pojęciom lub tworzy własne. W dokumentacji medycznej dotyczącej spadkodawcy opisywano autyzm, czyli skupienie się na własnych przeżyciach oraz dereizm, czyli oderwanie się od zjawisk zachodzących w otoczeniu i lekceważenie przejawów rzeczywistości. Kluczową cechą osoby chorej na schizofrenię jest ambiwalencja, która przejawia się tym, iż osoba chora uznaje za rzeczywiste i prawdziwe stwierdzenia, które są wzajemnie sprzeczne; podobnie ambiwalencja przejawia się w zakresie życia uczuciowego

i działania. Spadkodawca, przy tak długim okresie choroby przebiegającej w sposób opisany w dokumentacji medycznej, nie miał realnego związku z rzeczywistością; jego myślenie

i przeżywanie było całkowicie oderwane od rzeczywistości. U spadkodawcy od 1974 roku występowały narastające objawy defektu schizofrenicznego, czyli objawów negatywnych schizofrenii. Spadkodawca nie był w stanie samodzielnie funkcjonować, nie odpowiadał za żadne sprawy dotyczące jego osoby, nie przejawiał żadnych konkretnych zainteresowań, był osobą wycofującą się i izolującą. Skutkiem niezdolności do samodzielnego funkcjonowania było nieprzerwane przebywanie w szpitalu i w Domu Pomocy Społecznej, przerywane krótkimi pobytami na oddziałach somatycznych.

Sąd podniósł, że występowanie ostrych objawów wytwórczych jak omamy i urojenia nie jest koniecznym warunkiem niezdolności do czynności prawnych u osoby chorej na schizofrenię. Notariusz, która przybyła do szpitala do spadkodawcy w celu sporządzenia testamentu nie przeprowadziła rozmowy z lekarzem prowadzącym ani z ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych; notariusz nie była w stanie sama ocenić stanu psychicznego spadkodawcy. W końcowym okresie życia spadkodawca cierpiał na ciężkie choroby somatyczne i znajdował się w ciężkim stanie ogólnym. Informacje zawarte

w dokumentacji medycznej budzą uzasadnione podejrzenie występowania u spadkodawcy zaburzeń świadomości w dniu 23 stycznia 2012 r.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy uznał, że w chwili sporządzenia testamentu T. S. z uwagi na stan zdrowia psychicznego nie był w stanie świadomie podjąć decyzji i wyrazić woli oraz nie rozumiał znaczenia podjętej czynności prawnej sporządzenia testamentu.

Dodatkowo Sąd wskazał, że choroba psychiczna trwająca u spadkodawcy kilkadziesiąt lat doprowadziła, zdaniem biegłego geriatry W. M., do defektu schizofrenicznego. W ostatnim okresie życia nie występowały u spadkodawcy objawy wytwórcze. Brak objawów wytwórczych nie może być jedynym kryterium do stwierdzenia,

że spadkodawca był w stanie rozumieć znaczenie podejmowanej czynności prawnej. Kluczowe byłoby przeprowadzenie badania neuropsychologicznego, które pozwoliłoby na ocenę deficytów poznawczych. Defekt schizofreniczny przejawiający się u osób w podeszłym wieku często manifestuje się otępieniem i deficytami poznawczymi. Prawdopodobieństwo wystąpienia takich zaburzeń wzrasta z powodu konwergencji różnych procesów chorobowych typowych dla podeszłego wieku. U T. S. rozpoznano insulinozależną cukrzycę, chorobę naczyniową mózgu - przebyte przemijające niedokrwienie mózgu, nikotynizm, miażdżycę, stan jedenastodniowej nieprzytomności podczas pobytu

w OIOM, zawał serca, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Nie przeprowadzono badań pozwalających ocenić sprawność intelektualną spadkodawcy. W tej sytuacji, w ocenie biegłego geriatry W. M., dyskusyjne pozostaje w opiniach psychiatrów formułowanie wniosków o zdolności spadkodawcy do rozpoznawania znaczenia

i świadomego składania oświadczeń woli; z punktu widzenia psychogeriatry najbardziej prawdopodobne i trafne jest natomiast wnioskowanie biegłego lekarza psychiatry W. D.. Wiele ze schorzeń stwierdzonych u spadkodawcy skutkować może obecnością deficytów poznawczych, a prawdopodobieństwo ich obecności jest bardzo duże. Z uwagi na brak konkretnych badań neuropsychologicznych i nieprzeprowadzenie odpowiednich testów biegły specjalista geriatra we wnioskach swojej opinii nie przedstawił rozpoznania

u spadkodawcy otępienia. Zdaniem biegłego geriatry W. M. przebieg hospitalizacji spadkodawcy w oddziale wewnętrznym w SPZOZ w W. zakończony zgonem jednoznacznie wskazuje na to, iż stan agonii, a bez wątpienia ciężkiego niedotlenienia mózgu trwał przynajmniej od 19 stycznia 2012 r. Towarzyszące temu stanowi objawy, jak zaburzenia myślenia i pamięci, dezorientacja, zaburzenia uwagi, halucynacje są podstawą do sformułowania wniosku, iż spadkodawca znajdujący się w tym stanie nie mógł świadomie podejmować decyzji i wyrazić woli i nie mógł rozumieć znaczenia podejmowanych czynności prawnych. Biegły W. M. zwrócił w swojej opinii uwagę, iż sporządzająca testament notariusz nie wiedziała, na jaką chorobę cierpi T. S. i nie dysponowała informacją o stanie zdrowia spadkodawcy pochodzącą od lekarza prowadzącego z oddziału wewnętrznego.

RTakże ten biegły potwierdził, że stan zdrowia T. S. w dniu sporządzenia testamentu 23 stycznia 2012 r. uniemożliwił spadkodawcy świadome

i swobodne wyrażenie woli i rozumienie znaczenia podejmowanych czynności prawnych

w kwestii rozporządzenia swoim majątkiem.

Ponieważ wyniki opinii biegłego geriatry W. M., który ocenił stan zdrowia spadkodawcy z punktu widzenia psychogeriatry, uwzględniając jednocześnie ciężki stan zdrowia spadkodawcy w dniu 23 stycznia 2012 r. spowodowany chorobami somatycznymi, są zbieżne z wynikami opinii biegłego sądowego lekarza medycyny specjalisty psychiatrii W. D., oceniającego stan zdrowia psychicznego spadkodawcy, Sąd nie wziął pod uwagę wyników dwóch pozostałych opinii dotyczących stanu zdrowia psychicznego spadkodawcy, w których biegli stwierdzili, iż spadkodawca znajdował się w dniu 23 stycznia 2012 r. w stanie pozwalającym na swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli.

Sąd zaznaczył, że biegli w opinii sporządzonej w Instytucie im. prof. dr J. S. w K. podnieśli, iż zgodnie ze stanowiskiem współczesnej psychiatrii oraz zgodnie z praktyką orzecniczą, sama choroba psychiczna, nawet o wieloletnim przebiegu, nie powoduje braku zdolności do czynności prawnych. Biegli stwierdzili, iż rodzaj i stopień nasilenia objawów schizofrenii pozwalał T. S. na świadome podejmowanie decyzji w sprawach związanych z dysponowaniem swoim majątkiem. W tej kwestii biegli byli zgodni ze stanowiskiem biegłego psychiatry J. K. (1), która w swojej opinii pisemnej oraz ustnej uzupełniającej podniosła, iż spadkodawca był zdolny do rozumienia znaczenia czynności prawnych i mógł świadomie podjąć decyzję i wyrazić wolę. Biegła w swojej opinii stwierdziła, iż jedynie osoba znajdująca się w okresie ostrych objawów psychotycznych, występujących w chwili dokonywania czynności prawnej, jest pozbawiona psychicznej zdolności do złożenia ważnego oświadczenia woli.

Mając na uwadze, iż żadna z dwóch opinii, w których biegli pozytywnie ocenili zdolność spadkodawcy do podejmowania czynności prawnej sporządzenia testamentu w dniu 23 stycznia 2012 r., nie odnosi się do ciężkiego stanu somatycznego spadkodawcy i jego wpływu na zdolność do świadomego podjęcia decyzji i wyrażenia woli oraz rozumienia znaczenia czynności prawnych, Sąd nie uwzględnił wyników tych opinii.

Ze względu na zakres i wyniki opinii biegłego geriatry W. M. odnoszącej się do ogólnego stanu zdrowia spadkodawcy i uwzględniającej wszelkie schorzenia somatyczne, w ocenie Sądu Rejonowego bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy pozostają również opinie biegłych J. M. i M. D., którzy z punktu widzenia neurologii i kardiologii ocenili zdolność spadkodawcy do podjęcia czynności sporządzenia testamentu.

Sąd wskazał, że zeznania notariusza D. K. na okoliczność zagubienia dowodu osobistego T. S. w (...) w S., które rzekomo uniemożliwiło wcześniejsze sporządzenie testamentu, nie znalazły potwierdzenia w materiale dowodowym w niniejszej sprawie.

W tych okolicznościach Sąd Rejonowy z powołaniem na treść art. 926 § 1 k.c. art. 945 § 1 pkt 1 k.c. stwierdził nabycie spadku po zmarłym spadkodawcy w oparciu o ustawę.

Sąd na podstawie opinii biegłego psychiatry lekarza (...) oraz z opinii biegłego geriatry W. M. uznał, iż spadkodawca T. S. w dniu 23 stycznia 2012 r. z uwagi na stan zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego nie był zdolny do zrozumienia znaczenia czynności prawnej polegającej na sporządzeniu testamentu.

Spadkodawca - w opinii biegłych - znajdował się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. T. S., jak podkreśla biegły psychiatra W. D. oraz biegły geriatra W. M., przez kilkadziesiąt lat chorował na schizofrenię rezydualną, która w ostatnim zwłaszcza okresie życia spadkodawcy manifestowała się objawami negatywnymi.

U spadkodawcy nie występowały wprawdzie objawy wytwórcze, jak omamy i urojenia, jednak biegły W. D. podnosi, iż występowanie ostrych objawów wytwórczych, jak omamy i urojenia, nie jest koniecznym warunkiem niezdolności do czynności prawnych

u osoby chorej na schizofrenię. Spadkodawca od kilkudziesięciu lat nie był w stanie samodzielnie funkcjonować, nie był odpowiedzialny za żadne sprawy dotyczące jego osoby.

Przy tak długim okresie choroby, przebiegającej w sposób opisany w dokumentacji medycznej – spadkodawca - zdaniem biegłego psychiatry W. D., nie miał realnego związku z rzeczywistością; jego myślenie i przeżywanie było całkowicie oderwane od rzeczywistości, a skutkiem niezdolności do samodzielnego funkcjonowania było nieprzerwane przebywanie w szpitalu i w Domu Pomocy Społecznej, przerywane krótkimi pobytami na oddziałach somatycznych.

Biegły geriatra W. M. z punktu widzenia psychogeriatry potwierdza wyniki opinii biegłego psychiatry W. D. podnosząc, iż choroba psychiczna trwająca u spadkodawcy kilkadziesiąt lat doprowadziła do defektu schizofrenicznego przejawiającego się często u osób w podeszłym wieku otępieniem i deficytami poznawczymi. Biegły podkreślił, iż prawdopodobieństwo wystąpienia takich zaburzeń wzrasta z powodu konwergencji różnych procesów chorobowych typowych dla podeszłego wieku, z których wiele rozpoznano u spadkodawcy. Wprawdzie biegły W. M. nie przedstawił rozpoznania otępienia u spadkodawcy z uwagi na brak za życia spadkodawcy badania neuropsychologicznego, pozwalającego na ocenę deficytów poznawczych, jednak jak podkreśla brak tego badania sprawia, iż dyskusyjne pozostają kategoriyczne stwierdzenia opinii psychiatrycznych o zdolności spadkodawcy do rozumienia znaczenia czynności prawnych i zdolności do świadomego i swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli.

Sąd podkreślił, iż istotną dla rozstrzygnięcia kwestii zdolności spadkodawcy do podjęcia czynności sporządzenia testamentu w dniu 23 stycznia 2012 r. jest opinia biegłego geriatry W. M. o stanie zdrowia fizycznego T. S.. Biegły bowiem stwierdza po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej, iż spadkodawca przynajmniej od 19 stycznia 2012 r. znajdował się w stanie agonii, a bez wątpienia w stanie ciężkiego niedotlenienia mózgu, który wywołuje zaburzenia myślenia i pamięci, dezorientację, zaburzenia uwagi i halucynacje wyłączające świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli.

Sąd podniósł, iż obydwaj biegli - psychiatra W. D. i geriatra W. M. podkreślili, iż notariusz przybyła do szpitala w celu sporządzenia testamentu T. S. nie była zorientowana, jak wynika z zeznań notariusza, co do stanu zdrowia testatora; notariusz nie przeprowadziła rozmowy z lekarzem prowadzącym ani z ordynatorem oddziału, na którym przebywał spadkodawca, a sama nie była w stanie ocenić w sposób właściwy stanu zdrowia T. S.. Ponadto zauważyć należy, iż notariusz przybyła do szpitala z inicjatywy wnioskodawcy W. S. (2), a nie samego testatora.

Mając na uwadze zgodne wyniki opinii biegłego psychiatry W. D. oraz biegłego geriatry W. M. Sąd ustalił, iż testament notarialny z dnia 23 stycznia 2012 r. sporządzony został przez T. S., który znajdował się, z uwagi na chorobę psychiczną w postaci schizofrenii rezydualnej z defektem schizofrenicznym oraz z uwagi na ciężką chorobę somatyczną i ciężkie niedotlenienie mózgu, w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli i nie rozumiał znaczenia podjętej czynności sporządzenia testamentu.

Stwierdzić należy wobec tego na podstawie art. 82 k.c., iż testament notarialny T. S. z dnia 23 stycznia 2012 r. jest nieważny i dlatego Sąd na podstawie art. 1025 § 1 zdanie pierwsze k.c., art. 932 § 3, 4 i 5 kc stwierdził nabycie spadku po T. S. przez spadkobierców ustawowych braci spadkodawcy W. S. (1) i S. S. oraz zstępnych siostry spadkodawcy U. J. (2), która nie dożyła otwarcia spadku, uczestników M. Z. (1) i A. J..

Wydatkami poniesionymi tymczasowo przez Skarb Państwa na wynagrodzenie biegłych, którzy sporządzili opinie w niniejszej sprawie w związku z zarzutem nieważności testamentu, Sąd na podstawie przepisu art. 520 § 2 k.c. obciążył wnioskodawcę W. S. (1) mając na uwadze, iż wniosek o stwierdzenie nabycia spadku na podstawie testamentu notarialnego sporządzonego na rzecz wnioskodawcy nie został uwzględniony.

Z rozstrzygnięciem Sądu nie zgodził się wnioskodawca, który zaskarżył je

w całości i zarzucił naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wydane w sprawie rozstrzygnięcie, to jest:

1. art. 233 § 1 kpc, art. 233 § 2 kpc poprzez błędną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz przekroczenie granic swobodnej i rzetelnej oceny dowodów - to jest sporządzanych w sprawie opinii i zeznań świadków w konsekwencji ocenienie tego materiału w sposób dowolny i wybiórczy skutkujący dokonaniem błędnych ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę orzekania;
2. art. 328 § 2 kpc poprzez brak wskazania przyczyn, dla których Sąd I instancji dokonał podzielenia mocy dowodowej przyjętych za podstawę faktyczną rozstrzygnięcia dowodów oraz braku odniesienia się do wszystkich zebranych w sprawie dowodów poprzez całkowite niczym nieuzasadnione pominięcie zeznań świadków D. K., J. K. (2), Z. T., M. C., H. D. oraz sporządzonych opinii Instytutu Ekspertyz Sądowych z dnia 14 października 2015 r., opinii biegłego M. D. z dnia 17 marca 2016 r.;
3. art. 279 kpc poprzez dopuszczenie dowodu z opinii nowego (drugiego) biegłego psychiatry po wysłuchaniu stanowiska jedynie jednej strony postępowania, czym doszło do naruszenia naczelnej zasady postępowania cywilnego, to jest zasady równości stron postępowania;
4. art. 278 § 1 kpc oraz 233 § 1 kpc poprzez uznanie opinii wydanej przez Instytut Ekspertyz Sądowych za nieprzydatną w oparciu o samodzielne ustalenia Sądu poczynione na podstawie opinii biegłego, nieposiadającego wiedzy specjalistycznej z zakresu psychiatrii, a tym samym bez dysponowania przez Sąd wymagającym wiedzy specjalistycznej wyjaśnieniem pojawiających się w sprawie rozbieżności;
5. art. 278 § 1 kpc poprzez niedopuszczenie opinii uzupełniającej dla wyjaśnienia pojawiających się w sprawie sprzeczności w opiniach biegłych, to jest wyjaśnienia stanu psychicznego i somatycznego spadkodawcy w sytuacji dysponowania rozbieżnymi wnioskami w opinii Instytutu Ekspertyz Sądowych z dnia 14 października 2015 r. oraz opinii biegłego kardiologa - specjalisty chorób wewnętrznych z dnia 17 marca 2016 r. z jednej strony, a z drugiej opinii biegłego geriatry z dnia 18 czerwca 2016 r.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego postanowienia poprzez stwierdzenie przez Sąd, iż do nabycia spadku doszło na podstawie testamentu z dnia 23 stycznia 2012 r. oraz o zasądzenie na rzecz wnioskodawcy kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych; ewentualnie o uchylenie zaskarżonego postanowienia i skierowanie sprawy do Sądu I Instancji do ponownego rozpoznania w celu dopuszczenia przez Sąd uzupełniającej opinii biegłego – opinii Instytutu powołanego z zespołu biegłych: z zakresu psychiatrii, psychologii, kardiologii oraz lekarza medycyny sądowej dla usunięcia rozbieżności pojawiających się w sporządzonych w sprawie opiniach na okoliczność: czy stan zdrowia T. S. w chwili sporządzenia testamentu z dnia 23.01.2012 r. - w świetle zgromadzonego materiału dowodowego -pozwalał na świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli oraz rozumienie czynności prawnej polegającej na złożeniu oświadczenia o powołaniu do spadku brata W. S. (1).

Skarżący wniósł także o zasądzenie na rzecz wnioskodawcy kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uczestniczka A. Z. wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Rozpoznając apelację Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna i skutkuje zmianą zaskarżonego orzeczenia w kierunku postulowanym przez skarżącego.

Przede wszystkim wskazać należy, że postępowanie apelacyjne oparte jest na apelacji pełnej - cum beneficio novorum, której istota polega na tym, że sąd drugiej instancji zachowując pełną swobodę jurysdykcyjną, ograniczoną jedynie

granicami zaskarżenia, ma obowiązek merytorycznie rozpoznać sprawę, nie ograniczając się tylko do skontrolowania legalności orzeczenia wydanego przez sąd pierwszej instancji. Rozpoznając sprawę Sąd Okręgowy kontynuuje postępowanie rozpoczęte w sądzie pierwszej instancji. Jest również sądem, który przeprowadza - jeśli zachodzi konieczność - własne postępowanie dowodowe, w którym istnieje możliwość powtórzenia i uzupełnienia dowodów przeprowadzonych

w sądzie pierwszej instancji oraz uwzględnienia nowych faktów i dowodów.

Realizując powyższe obowiązki Sąd Okręgowy po rozważeniu na nowo całego zebranego w sprawie materiału dokonał jego własnej, samodzielnej i swobodnej oceny, w konsekwencji czego uznał, że rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego nie jest trafne.

Przede wszystkim należy przypomnieć, że rolą dowodu z opinii biegłego jest to, że ma ona na celu ułatwienie sądowi dokonanie należytej oceny zebranego w sprawie materiału wtedy, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne, a przy ocenie tego dowodu - według reguł wynikających z art. 233 k.p.c. - istotne jest pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienie, dlaczego pogląd biegłego trafił lub nie do przekonania sądu.

Z jednej strony, konieczna jest zatem kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej — istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego.

Sąd Rejonowy zgromadził w sprawie sześć opinii biegłych a oceny zdolności testowania spadkodawcy dokonane przez poszczególnych biegłych z zakresu psychiatrii, neurologii, kardiologii i geriatrici różniły się od siebie.

Z tej przyczyny należy przypomnieć sposób argumentowania i wnioskowania poszczególnych biegłych.

Biegła z zakresu psychiatrii J. K. (1) (k. 261, 271-273) w swej opinii akcentowała brak w dokumentacji medycznej (...) informacji

o występowaniu u spadkodawcy objawów psychotycznych, o trudnościach w kontaktowaniu się z personelem, o braku współpracy w leczeniu, czy też niepodporządkowanie się zaleceniom lekarskim. Wskazywała, że choroby somatyczne miały wpływ jedynie

na pogorszenie funkcjonowania spadkodawcy, okresowo występował u niego niepokój, nie gorączkował. Wskazywała także na to, że również w zeznaniach świadków brak jest informacji na temat występowania u niego zaburzeń psychicznych – urojeń, omamów, natomiast sam fakt występowania choroby psychicznej w postaci schizofrenii rezydualnej, która charakteryzuje się objawami negatywnymi, czyli błądzącością afektu (tj. odległym kontaktem emocjonalnym, niemożnością wyrażania emocji, zaburzeniem uczuciowości wyższej) i rozkładem osobowości nie powoduje niezdolności do wyrażenia woli, swobodnego podjęcia decyzji. Wyjaśniła, że w przypadku schizofrenii nie można mówić o wyleczeniu, ale jedynie o okresach remisji, tj. osiągnięciu stanu w którym nie występują ostre objawy psychotyczne i który umożliwia prawidłowe funkcjonowanie społeczne. Podała, że osoba chora na schizofrenię ma zachowaną zdolność do abstrakcyjnego myślenia, przewidywania

i wnioskowania, co jest konieczne do wyrażenia woli. Akcentowała, że choć długotrwałe zatrzymanie akcji serca może powodować objawy otępienne to w aktach nie ma informacji

o zatrzymaniu u spadkodawcy akcji serca powyżej 5 minut. Ponadto podawane mu leki miały przynieść poprawę funkcjonowania i nie miały wpływu na jego osobowość. Mógł być spowolniony, bardziej śpiący, ale leki nie wpływały na poziom jego intelektu.

W konkluzji podkreśliła, że T. S. był w stanie świadomie podjąć decyzję i wyrazić wolę, rozumiał również znaczenie podejmowanej czynności prawnej.

Kolejny biegły z zakresu psychiatrii W. D. w swej opinii wskazał, że w dacie sporządzenia testamentu T. S. znajdował się w stanie nie pozwalającym na świadome powzięcie decyzji spisania testamentu. Okoliczność związana z brakiem w dokumentacji medycznej informacji na temat zaburzeń psychotycznych czy trudności

w kontaktowaniu się spadkodawcy z personelem nie została uznana przez biegłego za istotną, gdyż w jego ocenie to, że u pacjenta występowała przewlekła choroba psychiczna, upośledzająca funkcjonowanie społeczne i reakcje z otoczeniem, a także to, że w dacie testowania znajdował się w ciężkim stanie ogólnym i występowała u niego spoczynkowa duszność na skutek niewydolności krążeniowo – oddechowej już samo w sobie stanowi wystarczającą podstawę do poddania w wątpliwość jego zdolności do świadomego podjęcia decyzji i wyrażenia woli, gdyż wysoce prawdopodobnym jest występowanie u niego z tej przyczyny zaburzeń świadomości, co najmniej typu przymglenia (k. 321).

W opinii Instytutu Ekspertyz Sądowych im. prof. dr J. S. w K. (k.432-438) wyrażono opinię, iż T. S. w dacie testowania był w stanie świadomie

i swobodnie wyrazić wolę i rozumiał znaczenie podejmowanej czynności prawnej. Podkreślono, że dla wniosków podstawowe znaczenie ma historia choroby testatora

z oddziału internistycznego w okresie od 1 do 27 stycznia 2012 roku z której wynika, że przy przyjęciu pacjenta - pomimo ciężkiego stanu ogólnego - kontakt logiczny był z nim zachowany, otrzymywał on głównie leki poprawiające wydolność układu oddechowego oraz układu krążenia. Natomiast zgodnie ze stanowiskiem współczesnej psychiatrii, a także zgodnie z praktyką orzeczniczą - sama choroba psychiczna, nawet o wieloletnim przebiegu nie powoduje braku zdolności do czynności prawnych. Biegli wskazywali, iż po 2005 roku stan psychiczny spadkodawcy był stabilny. Dominowały u niego objawy negatywne schizofrenii, z izolowaniem się od otoczenia i brakiem aktywności, ale przy inicjatywie ze strony otoczenia spadkodawca nawiązywał logiczny kontakt słowny, a leki które otrzymywał w 2011 roku i w styczniu 2012 roku miały na celu utrzymanie tego stabilnego stanu i przeciwdziałanie pojawieniu się objawów wytwórczych. Ich wpływ na stan świadomości mógł być jedynie pozytywny.

Biegły neurolog J. M. (k.471-474) uznał, że spadkodawca z dolegliwości neurologicznej został wyleczony, a zatem był w stanie świadomie i swobodnie podjąć decyzję i wyrazić wolę oraz rozumiał znaczenie podejmowanej czynności prawnej, jednakże - wspierając się definicją zawartą w Encyklopedycznym Słowniku Psychiatrii - opiniujący powziął duże wątpliwości dotyczące poprawności oceny stanu psychicznego i zdolności logicznego rozumowania wynikające z opinii Instytutu im. (...) i biegłej J. K. (1), żądając ponownego wydania opinii sądowo - psychiatrycznej przez innych biegłych, wskazując, iż defekt psychiczny często przyjmuje postać jak w typowym otępieniu umysłowym.

Opiniujący w sprawie biegły kardiolog M. D. z kolei w swej opinii (k. 484-487) wskazał, że stan zdrowia fizycznego spadkodawcy w dniu 23 stycznia 2012 roku nie uniemożliwił świadomego i swobodnego podejmowania decyzji i wyrażenia woli, ani nie uniemożliwił rozumienia znaczenia podejmowanej czynności polegającej na sporządzeniu testamentu. Wskazał, że niewydolność oddechowa, choć może być powodem wystąpienia ciężkiego stanu ogólnego i doprowadzić do zgonu, nie musi powodować utraty lub zaburzeń świadomości. Zaznaczył, że w tej sprawie adnotacje lekarskie i pielęgniarskie nic nie mówią o występowaniu splatania, halucynacji lub innych zaburzeń psychotycznych, natomiast odnotowywane jest utrzymywanie kontaktu słowno-logicznego z pacjentem, w tym także w dniu 23 stycznia 2012 roku. Wskazał, że rozpoznany w 2008 roku incydent przemijającego niedokrwienia mózgu nie spowodował żadnego trwałego uszkodzenia mózgu. Podobnie - poważniejszy incydent z 2011 roku – w postaci zawału ściany dolnej mięśnia serca

z uniesieniem ST - wskutek którego doszło do wystąpienia wstrząsu kardiogennego, po którym pacjent przez 11 dni był nieprzytomny, także nie przelożył się na uszkodzenie mózgu, gdyż od 21 maja 2011 roku odnotowano powrót kontaktu słowno – logicznego i wydolnego krążenia. Pacjent został wypisany bez objawów istotnego uszkodzenia mózgu. Biegły ocenił, że schorzenia organiczne, które stały się przyczyną zgonu nie spowodowały w dniu 23 stycznia 2012 roku wystąpienia zaburzeń świadomości lub objawów psychotycznych.

Natomiast biegły z dziedziny geriatry W. M. (k. 520 -525) podniósł, że brak objawów psychotycznych (objawów wytwórczych) nie jest przesłanką pozwalającą na stwierdzenie, że testator był w stanie świadomie wyrazić wolę rozporządzenia majątkiem, gdyż kluczowe byłoby przeprowadzenie badania neuropsychologicznego, które pozwoliłoby na ocenę deficytów poznawczych, co wyklucza formułowanie kategorię wniosków

o poczytalności. Jednakże wskazał, że u T. S. obecna była zaawansowana przewlekła obturacyjna choroba płuc w dużej mierze spowodowana przewlekłym nikotynizmem, miażdżycą, która klinicznie objawiła się ciężkim zawałem serca, powikłanym wstrząsem kardiogenym. Podniósł, że fakt pozostawania przez 11 dni w stanie nieprzytomności według anesteziologicznych doniesień naukowych oddziałują negatywnie na ośrodkowy układ nerwowy, co klinicznie może manifestować się zaburzeniami poznawczymi. Natomiast kolejna hospitalizacja spowodowana obrzękiem płuc była zwiastunem pogłębiającej się, nieodwracalnej niewydolności serca, która współwystępowała z przewlekłą niewydolnością oddechową, a klinicznym ekwiwalentem tych dwóch jednostek chorobowych jest duszność, czyli stan w którym występuje deficyt tlenu na poziomie komórkowym, prowadzący do hipoksemicznego niedotlenienia mózgu a niedotlenienie mózgu objawia się zaburzeniami pamięci i myślenia, dezorientacją, halucynacjami, wzmożoną aktywnością, pobudzeniem. W ocenie biegłego objawy towarzyszące stanowi agonii w postaci zaburzenia myślenia i pamięci, dezorientacja, zaburzenia uwagi, halucynacje są podstawą do sformułowania wniosku, że doszło do sytuacji uniemożliwiającej świadome podejmowanie decyzji a taki stan agonii trwał u spadkodawcy przynajmniej od 19 stycznia 2012 roku.

Sąd Rejonowy swe orzeczenie oparł ostatecznie na ocenie dokonanej przez biegłego geriatrę W. M. i psychiatrę W. D., argumentując, że są one ze sobą zbieżne i z tej przyczyny nie wziął pod uwagę dwóch pozostałych opinii dotyczących zdrowia psychicznego spadkodawcy, gdyż nie odnosiły się one do ciężkiego stanu somatycznego T. S. i jego wpływu na zdolność testowania, jednocześnie uznając za nieprzydatne do rozstrzygnięcia opinie biegłych z zakresu kardiologii M. D.

i biegłego neurologa J. M..

Rację należy więc przyznać skarżącemu, iż taki sposób argumentacji zawiera w sobie wewnętrzną sprzeczność. Jeżeli bowiem weźmie się pod uwagę, że ciężki stan somatyczny wynikał z niewydolności krążeniowo – oddechowej a biegły kardiolog wykluczył wpływ tego schorzenia na stan psychiczny zmarłego to wnioski biegłego geriatry – niebędącego specjalistą w zakresie psychiatrii nie powinny zostać uznane za arbitralne. Podobnie opinia biegłego psychiatry W. D., która abstrahuje od zapisów w dokumentacji medycznej - w której brak jest potwierdzenia dla wysuwanych przez niego tez także nie jest przekonująca. Czym innym jest bowiem hipotetyczna możliwość występowania określonych objawów książkowych, które mogą być związane z daną jednostką chorobową, a czym innym udowodnienie, że takie objawy faktycznie wystąpiły, mając wpływ na ocenę zdolności testowania zmarłego.

Zgodzić się należy ze skarżącym, że świadomość powzięcia i wyrażenia woli oraz rozumienia czynności prawnej zależna jest ściśle i bezpośrednio od stanu psychicznego,

w jakim znajdował się spadkodawca - nawet ciężki stan zdrowia somatycznego nie może całkowicie wykluczać możliwości świadomego i swobodnego podjęcia decyzji. Kluczowym bowiem dla oceny stanu świadomości spadkodawcy powinien być stan jego zdrowia psychicznego, a jedynie pośrednio stan zdrowia somatycznego. Z uzasadnienia Sądu wynika, iż opinie biegłego neurologa i kardiologa w ogóle nie zostały przez Sąd wzięte pod uwagę mimo, iż Sąd nie wyjaśnił w sposób racjonalny dlaczego ich treść (poza ogólnikowym wskazaniem, iż są one we wnioskach rozbieżne z opinią geriatry) nie powinna mieć żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy.

Wobec takich wniosków biegłych i konieczności oceny podniesionych w apelacji zarzutów dotyczących stanu świadomości spadkodawcy w dacie sporządzenia testamentu, Sąd Okręgowy dopuścił dowód z uzupełniającej opinii Instytutu Ekspertyz Sądowych im. prof.dr J. S. w K. w celu wskazania - czy niezależnie od choroby psychicznej, na którą cierpiał testator, jego stan somatyczny w dniu sporządzenia testamentu nie powodował tego rodzaju zaburzeń psychicznych, które wykluczały świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli.

Na poparcie tej decyzji procesowej warto przypomnieć pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z dnia 16 stycznia 2014 r. wydanym w sprawie IV CSK 219/13 (LEX 146980), że w sytuacji, gdy według oceny sądu opinia biegłego opiera się na błędnych założeniach metodologicznych, sprzecznych z mającymi zastosowanie do jej wydania przepisami prawa, niekompletnych bądź wadliwych założeniach faktycznych, jest niespójna, bądź zawiera błędy

logiczne, względnie zawiera niepoddające się ocenie wnioski, co prowadzi do konkluzji, że opinia ta jest nieprzydatna dla rozstrzygnięcia sprawy, Sąd powinien dopuścić dowód z opinii innego biegłego.

Uzupełniając w ten sposób postępowanie dowodowe Sąd Okręgowy uzyskał materiał z którego wynika jednoznaczne i kategoryczne podtrzymanie przez biegłych Instytutu wniosków z pierwotnej opinii (k. 612-615).

W warstwie argumentacyjnej biegli wskazali, iż tylko zawarte w dokumentacji lekarskiej przesłanki sugerujące możliwość występowania zaburzeń świadomości, wynikających ze stanu somatycznego, mogłyby stanowić podstawę do wnioskowania o braku swobody testowania przez T. S.. Takich informacji dokumentacja jednak nie zawiera, a zatem nie ma żadnych danych wskazujących na to, że u testatora występowały tego rodzaju zaburzenia, które wykluczałyby świadome i swobodne podjęcie przez niego decyzji i wyrażenie woli. Podnieśli, że w opiniowaniu sądowo – psychiatrycznym w sprawach dotyczących oceny możliwości świadomego i swobodnego podejmowania decyzji i wyrażania woli przedmiotem analizy biegłych są trzy grupy informacji: dokumentacja lekarska i inne dokumenty znajdujące się w aktach, zeznania stron i świadków opisujące stan zdrowia i sposób funkcjonowania danej osoby w czasie najbliższym dacie sporządzenia testamentu oraz sam testament, jego forma i treść. Jeżeli informacje z tych trzech grup są zgodne, to wnioski opinii mogą być jednoznaczne. Tak też było w opiniowanym przypadku.

Analizując powyższe Sąd Okręgowy wskazuje, iż ograniczenia zdolności testowania należą do domeny psychiatrii i muszą wynikać z zaburzeń świadomości. Do ich rozpoznania wymagana jest zatem specjalistyczna wiedza z dziedziny psychiatrii i powinność wskazania argumentów pozwalających na odniesienie ich do obiektywnych, sprawdzalnych okoliczności.

Jeśli zatem biegli psychiatrzy zgodnie wskazują, iż występowania zaburzeń świadomości w konkretnym czasie nie można domniemywać, to strona kwestionująca ważność testamentu winna - zgodnie z regułą wynikającą z art. 6 kc przedstawić dowody pozwalające na przyjęcie ich rzeczywistego występowania.

Brak takich danych – zwłaszcza w przypadku pacjenta poddanego leczeniu szpitalnemu, który pozostawał pod stałą obserwacją, z której sporządzano zapisy, a więc prowadzono odpowiednią dla niego dokumentację medyczną, z której nie wynika, aby leczący go lekarze stwierdzili u niego zaburzenia świadomości spowodowane chorobą – w sposób kategoryczny wyklucza ich istnienie.

Brak jest też racjonalnych podstaw do wnioskowania, iż dokumentacja prowadzona była nierzetelnie, gdyż z nieznanymi przyczyn celowo pomijano takie informacje.

Z powyższego względu Sąd Okręgowy uznał opinię biegłego W. D., opartą wyłącznie na wnioskowaniu, iż to, że pacjent od wielu lat ma przewlekłą chorobę psychiczną, upośledzającą funkcjonowanie społeczne i realcje z otoczeniem, a także to, że w dacie testowania znajdował się w ciężkim stanie ogólnym i występowała u niego spoczynkowa duszność na skutek niewydolności krążeniowo – oddechowej już samo w sobie stanowi wystarczającą podstawę do poddania w wątpliwość jego zdolności do świadomego podjęcia decyzji i wyrażenia woli za niepoddającą się ocenie. Brak jest dowodów na to, że zmarłemu kiedykolwiek zaprzestano podawania leków eliminujących występowanie ostrych objawów psychiatrycznych, które umożliwiały mu prawidłowe funkcjonowanie społeczne. Biegły nie negował również zdolności osób chorych na schizofrenię do abstrakcyjnego myślenia, przewidywania i wnioskowania, co jest konieczne do wyrażenia woli. Nie wskazał również co ma świadczyć o faktycznym wystąpieniu u zmarłego zaburzeń świadomości, co najmniej typu przymglenia. Z doświadczenia życiowego mamy wiedzę, iż stan zdrowia może ulegać nagłym zmianom w krótkich odstępach czasu a niewydolność oddechowa może a nie musi powodować zaburzeń lub utraty świadomości.

Sąd drugiej instancji nie dał więc wiary wnioskowi przedstawionemu w opinii przez biegłych W. D. i W. M.. W ocenie Sądu Okręgowego ich opinie nie odnosiły się do analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej, zostały oparte przede wszystkim na ogólnikowych rozważaniach teoretycznych, przejawiających się głównie trybem przypuszczającym.

Wnioski wyciągane przez biegłych były zbyt daleko idące, mając na uwadze podstawy, na których je oparto i nie dawały podstaw do stanowczego wnioskowania o rzeczywistym istnieniu skutków schorzeń psychicznych spadkodawcy w dacie testowania.

Po wyeliminowaniu powyższych opinii wnioski pozostałych biegłych co do zdolności zmarłego do testowania są ze sobą kompatybilne. Ostateczne wątpliwości związane z uchyleniem się przez biegłych psychiatrów od oceny wpływu stanu somatycznego na zdolność zmarłego do sporządzenia ważnego testamentu została potwierdzona przez Instytut Ekspertyz Sądowych. Niezależnie od wiedzy i doświadczenia osób, które zostaną wyznaczone przez instytut do wydania opinii mają one możliwość prowadzenia konsultacji w szerszym gronie specjalistów zgromadzonych w danej jednostce, co daje gwarancje dokładniejszego zbadania sprawy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 14 stycznia 2014 r., I ACa 873/13). Ponadto w wyroku z dnia 28 sierpnia 2008 r. (III CSK 98/08) Sąd Najwyższy wskazał na wyższą rangę dowodu z opinii instytutu wynikającą między innymi z tego, iż jako opinia powstała kolegiálně w instytucie naukowym korzysta z autorytetu naukowego tego instytutu. Wymagania prawne dowodu z opinii instytutu kształtują jego pozycję, jako kwalifikowanego dowodu z opinii biegłego, wykorzystywanego wyjątkowo gdy rozpoznawany problem wymaga wyjaśnienia przez specjalistów prezentujących najwyższy profesjonalny poziom wiedzy w określonej dziedzinie.

Podzielić należy także zarzut skarżącego odnoszący się oceny zeznań świadków. Wskazać należy, iż sąd nie odmówił wiarygodności żadnemu przesłuchiwanemu w sprawie świadkowi, a mimo to całkowicie pominął w swej ocenie zeznania notariusz D. K., która przesłuchiwana na rozprawie w dniu 24 października 2012 r. wskazała „Był Pan T. S. i jakaś pani, sądzę że z rodziny ale nie znam nazwiska. Rozmawiali ze sobą. [...] Siedział na łóżku [...]. Kontakt ze spadkodawcą nie był utrudniony” (dowód: protokół z rozprawy z dnia 24.10.2012 r. k 38-39 akt sprawy). Notariusz była

u spadkodawcy w dniu testowania i w trakcie spotkania nie miała wątpliwości do co komunikatywności i samodzielności decyzyjnej testatora, który potwierdził wolę dokonania czynności, rozumiał pytania zadawane przez notariusza i logicznie na nie odpowiadał

Należy w tym miejscu zauważyć, że notariusz nie mogłaby dokonać czynności w razie wątpliwości co do stanu testatora. Zgodnie z art. 86 ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. (t.j. Dz.U. 2014 poz. 164) Prawo o notariacie, notariuszowi nie wolno dokonywać czynności notarialnej, jeżeli poweźmie wątpliwość, czy strona czynności notarialnej ma zdolność do czynności prawnych. Nie chodzi przy tym o zdolność do czynności prawnych w rozumieniu art. 11 k.c., lecz o sytuacje uzasadniające przypuszczenie o zaistnieniu wady oświadczenia woli. Notariusz zatem powinien odmówić dokonania czynności notarialnej nie tylko wówczas, gdy strona czynności jest formalnie ubezwłasnowolniona, ale także wtedy, gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy taka strona działa w stanie dostatecznej świadomości i swobody.

Oczywiste jest, że zeznania notariusza dokonującego czynności notarialnej nie mają podwyższonej mocy dowodowej i podlegają ogólnym zasadom oceny dowodów (wyrok SN z dnia 23 lipca 1982 r., III CRN 159/82, OSN 1983, nr 4, poz. 57), zatem sam fakt, iż testament miał formę notarialną, nie przesądza o jego ważności.

Istotne jest jednak, że notariusz zobowiązany jest do szczególnej dbałości o poziom zaufania społecznego do tego urzędu i jako osoba postronna jest uwrażliwiony na istnienie okoliczności sugerujących brak świadomości czy swobody spadkodawców.

Zeznania notariusza zarówno z racji pełnionego zawodu zaufania publicznego oraz braku osobistego zaangażowania w rozstrzygnięcie sprawy należy zatem w tej sprawie oceniać jako bezstronne i w pełni wiarygodne, tym bardziej że korespondują one

z pozostałymi dowodami w sprawie, w tym z opiniami biegłych, uznających zdolność spadkodawcy do ważnego sporządzenia testamentu.

Sąd nie odmówił także wiarygodności zeznaniom pozostałych świadków, a mimo to przy rozstrzygnięciu sprawy zupełnie pominął ich treść. Na rozprawie w dniu 11 czerwca 2014 r.:

1. świadek J. K. (2) wskazała: „można było z T. S. porozmawiać, wyjeżdżał z nami na wycieczki i turnus rehabilitacyjny. Pan T. S. pobierał sam pieniądze, potrafił pójść do sklepu i zrobić sobie sam zakupy. [...] Sam rzadko nawiązywał rozmowę, ale jak się go zapytało można było porozmawiać. Bardzo lubił słuchać radia, które miał na swojej Sali z telewizji korzystał rzadziej. Myślę że T. S. mógł rozumieć znaczenie czynności prawnych. [...] Bracia odwiedzali pana S., był kontakt telefoniczny. Zawsze był zadowolony jak bracia przyjeżdżali" (K 402 akt sprawy)

2. świadek Z. T. zeznał „Przez ostatni okres do końca mojej pracy nie korzystał ze szpitala (psychiatrycznego - dopisek autora apelacji). [...] W późniejszym okresie, o ile pamiętam, mówił mi o odwiedzinach swoich braci. Ja byłem w stanie porozumieć się z T. S.. Mówiliśmy ze spadkodawcą o konkretach i o tym co się wydarzyło" (K403 akt sprawy)

3. świadek M. C. wskazała „Z pacjentem był zachowany kontakt logiczny. W ostatnim czasie przed śmiercią był w stabilniejszym stanie psychicznym, miał zmniejszone dawki leków psychotropowych i bardziej korzystał z opieki internistycznej z uwagi na swoje schorzenia internistyczne, somatyczne. On dużo słuchał muzyki, radia, interesował się polityką. [...] wyrażając swoje prywatne zdanie uważam, że był zdolny do takiego rozumowania. Był zdolny do swobodnego podejmowania decyzji" (k. 403-404 akt sprawy)

4. świadek H. D. wskazała: „30 % pozostałe z odpłatności pobierał sobie sam i sam dokonywał zakupów, może mu robili zakupy koledzy. Przez cały okres raczej można było się z Panem S. porozumieć. [...] wcześniej sam sobie dokonywał zakupów, znał się na nominalach pieniędzy. Wiedział jak pieniędzmi gospodarować, przeważnie kupował papierosy. Nie miałam problemów z porozumieniem się z T. S. w sprawach, w których musiałam się porozumieć." (k. 404 akt sprawy).

Podzielić należy również ocenę skarżącego, że osoby zeznające miały bezpośrednią styczność ze spadkodawcą oraz potwierdziły, że był z nim zachowany kontakt logiczny - potrafił on zająć się swoimi sprawami. Spadkodawca był osobą chorą, ale somatycznie, jego stan psychiczny uległ poprawie, a dawki leków psychotropowych zostały zmniejszone.

Wskazać także należy, iż Sąd w toku procedowania co do zasady naruszył także art. 278 § 1 oraz art. 279 kpc poprzez dopuszczenie dowodu z opinii drugiego biegłego psychiatry W. D. bez wymaganego prawem wysłuchania wszystkich stron postępowania. W treści apelacji nie wskazano jednak w jaki sposób to uchybienie przekłada się na wadliwość rozstrzygnięcia, co zwalnia Sąd Okręgowy z obowiązku szerszego ustosunkowywania się do tak sformułowanego zarzutu.

W zakresie oceny prawidłowości zastosowanego prawa materialnego Sąd Okręgowy wskazuje, iż w orzecznictwie wyjaśniono, że oświadczenie woli testatora jest świadome, jeżeli w czasie sporządzania testamentu nie występowały żadne zaburzenia świadomości,

a testator jasno i wyraźnie zdawał sobie sprawę z tego, że sporządza testament określonej treści. Oświadczenie jest natomiast swobodne, jeżeli spadkodawca nie kieruje się motywami intelektualnymi lub pobudkami uczuciowymi, mającymi charakter chorobowy, nie pozostaje pod dominującym wpływem czyjejkolwiek sugestii i zachowuje wewnętrzne poczucie swobody postępowania. Należy także podkreślić, że dla ważności testamentu zakres świadomości testatora nie musi być absolutnie niezakłócony, gdyż testament nie jest czynnością prawną o złożonym charakterze; jego konstrukcja jest znacznie prostsza niż np. przeciętnej umowy kredytowej. Musi on jednak bez wątplenia obejmować wiedzę testatora o osobie spadkodawcy, o znaczeniu dokonywanej czynności, jej przyczynach i skuteczności.

Ponadto nie bez znaczenia jest także to, że rozporządzenie majątkiem odzwierciedlało układ sytuacyjny, w którym spadkodawca funkcjonował i związki emocjonalne z osobami z otoczenia, spadkodawca nie był też izolowany społecznie. Oświadczenie woli nastąpiło w okresie pogorszenia stanu zdrowia spadkodawcy

a motywacja emocjonalna decyzji jest jasna i zrozumiała, zgodna z zasadami współżycia społecznego, sytuacją rodzinną i bliska dziedziczeniu ustawowemu.

Z tych względów zebrany w sprawie materiał dowodowy pozwolił Sądowi rozpoznającemu apelację na konstatację, że dokonane przez Sąd Rejonowy rozstrzygnięcie, jak i wnioski wywiedzione z przeprowadzonego postępowania dowodowego, prowadzące do wydania zaskarżonego postanowienia nie były prawidłowe. Z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu brak jest racjonalnych podstaw do kwestionowania zdolności spadkodawcy do testowania w dniu 23 stycznia 2012 roku, gdyż w chwili testowania nie zdradzał on symptomów choroby psychicznej, ani otępienia, powodujących wyłączenie możliwości swobodnego i świadomego powzięcia decyzji oraz wyrażenia woli związanej z testowaniem.

Dlatego też na podstawie art. 386 § 1 kpc w związku z art. 13 § 2 kpc Sąd Okręgowy zmienił zaskarżone postanowienie i stosownie do treści art. 926 § 1 k.c. w zw. z art. 949 § 1 k.c. stwierdził, że spadek po T. S., na podstawie testamentu notarialnego, opisanego w sentencji postanowienia nabył jego brat W. S. (1) w całości.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 520 § 2 kpc w związku z art. 391 § 2 kpc i art. 13 § 2 kpc

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał pobrać od uczestniczki M. Z. (1) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Wieluniu równowartość wyłożonych tymczasowo wydatków na opinie biegłych, w wysokościach wynikających z odpowiednich postanowień sądu, uznając iż tylko ona była aktywnym uczestnikiem postępowania, składającym liczne pisma, inicjujące czynności procesowe sądu, zaangażowaną w wykazanie nieważności testamentu.