

Sygn. akt VIII Ca 451/14

POSTANOWIENIE

Dnia 5 listopada 2014 r.

Sąd Okręgowy w Toruniu VIII Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Hanna Matuszewska (spr.)
Sędziowie:	SSO Małgorzata Kończal SSO Rafał Krawczyk
Protokolant:	st. sekr. sąd. Izabela Bagińska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 5 listopada 2014 r.

sprawy z wniosku M. C.

z udziałem **M. C. (1)**

o stwierdzenie nabycia praw do spadku po B. P.

na skutek apelacji uczestnika postępowania

od postanowienia Sądu Rejonowego w Brodnicy

z dnia 11 marca 2014 r.

sygn. akt I Ns 28/11

p o s t a n a w i a :

- 1. oddalić apelację;**
- 2. ustalić, że każdy z uczestników postępowania ponosi koszty związane ze swym udziałem w sprawie w postępowaniu odwoławczym.**

Sygn. akt VIII Ca 451/14

UZASADNIENIE

Postanowieniem z dnia 11 marca 2014 r. Sąd Rejonowy w Brodnicy stwierdził, że spadek po B. P., zmarłej w dniu (...) w B., ostatnio stale zamieszkałej w K. gmina B., z mocy testamentu notarialnego z dnia 2 września 2010 r. otwartego i ogłoszonego w Sądzie Rejonowym w Brodnicy pod sygn. akt I Ns 8/11 nabyła jej córka M. C. w całości oraz ustalili, że wnioskodawczyni i uczestnik postępowania ponoszą koszty postępowania związane ze swym udziałem w sprawie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny: spadkodawczyni zawarła związek małżeński z A. C., z którym miała dwoje dzieci: wnioskodawczynię M. C. oraz uczestnika postępowania M. C. (1). Małżeństwo zostało rozwiązane przez rozwód. Nie miała dzieci pozamałżeńskich ani przysposobionych. Po rozwodzie wraz z dziećmi i ich babcią mieszkała w B. przy ul. (...) w wynajmowanym mieszkaniu. Uczestnik nadużywał alkoholu, brał narkotyki, w związku z czym miały miejsce interwencje policji. Zdarzało się, że podbierał pieniądze matce, siostrze i babci, a także zabierał cenne przedmioty, które sprzedawał, aby mieć pieniądze na używki. Często dochodziło do awantur, w trakcie których był agresywny, czasem pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Często miały miejsce interwencje Policji. Pod wpływem narkotyków kopał meble, rzucił na ziemię telewizor, zrywał tapety, wybił szybę w pokoju. Kiedy nie został wpuszczony do mieszkania, zniszczył drzwi balkonowe. Zdarzyło się, że okradł matkę. Wyprowadził się od matki w sierpniu 2003 r. po próbie samobójczej. Został skierowany na leczenie odwykowe przeciwalkoholowe i antynarkotykowe, gdzie przebywał 6 miesięcy. Po leczeniu mieszkał u matki, później wyjechał do A.. Spadkodawczyni zbudowała dom w K. przy ul. (...), w którym wraz z córką zamieszkała w październiku 2003r. Mieszkanie przy ul. (...) zamieniła na inne mniejsze, przy ul. (...) (w TBS) aby uczestnik miał miejsce zameldowania i miał gdzie mieszkać. Ponośliła opłaty związane z tym mieszkaniem do czasu jego powrotu z A.. Uczestnik odwiedzał matkę, utrzymywał kontakt telefoniczny. Spadkodawczyni nie chciała, aby syn mieszkał razem z nią i córką, gdyż bała się awantur. Po powrocie z zagranicy uczestnik zamieszkał w mieszkaniu otrzymanym od matki. Zdarzyło mu się pić alkohol i odwiedzać w takim stanie matkę, czasem dochodziło do awantur. Z powodu zadłużenia utracił mieszkanie na rzecz TBS.

Spadkodawczyni chciała za życia przepisać dom położony przy ul. (...) w K. na córkę, co wielokrotnie podkreślała w rozmowach z rodziną i znajomymi. W lipcu 2010 r. została zwolniona z pracy. Wtedy zaczęła spożywać alkohol w nadmiernych ilościach.

W dniu 26 sierpnia 2010r. została przewieziona do szpitala, jednak po przeprowadzeniu badań na własne życzenie została wypisana do domu. Następnego dnia tj. 27 sierpnia 2010r. z powodu marskości wątroby karetka zabrała ją do szpitala w B.. Na izbie przyjęć badała ją lekarz J. M.. Spadkodawczyni była wtedy w pełnym kontakcie logicznym. Przed zabraniem do szpitala była słaba, leżała w łóżku. Przebywała w szpitalu od 27 sierpnia do 23 września 2010r. na Oddziale Wewnętrznym. Wnioskodawczyni odwiedzała ją codziennie. Nie poinformowała brata o hospitalizacji matki. Uczestnik dowiedział się o tym od M. T. - siostry swojej babci. Przyszedł do matki w dniu 3 września 2010r.

Od dnia 27 sierpnia 2010r. spadkodawczyni otrzymywała kroplówki. Do toalety chodziła przy pomocy córki lub była zawożona na wózkach. Była świadoma, czuła się psychicznie dobrze i chciała uporządkować sprawy dotyczące swojego majątku, gdyż wystraszyła się, że może umrzeć. W dniu 27 sierpnia 2010r. upoważniła córkę do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jej śmierci. Nadto podczas pobytu w szpitalu poprosiła córkę o pójście do notariusza M. S. z prośbą o sporządzenie umowy darowizny nieruchomości. Poprosiła ją także, aby udała się do Banku (...) S.A., w którym miała rachunek, gdyż chciała udzielić pełnomocnictwa do rachunku bankowego. Wnioskodawczyni udała się do notariusza i do banku zgodnie z prośbą matki. Kierownik Banku wyraził zgodę, aby pracownik banku J. B. w ramach obowiązków służbowych przygotowała dokument pełnomocnictwa i poszła do szpitala porozmawiać ze spadkodawczynią i ewentualnie załatwić sprawy pełnomocnictwa. J. B. skontaktowała się telefonicznie ze spadkodawczynią, na której prośbę przysłała do szpitala następnego dnia tj. 1 września 2010r. Spadkodawczyni rozpoznała ją jako panią A. z banku. Wówczas J. B. jeszcze raz powiedziała w jakim celu przysłała, przeczytała dokumenty pełnomocnictwa i spytała czy chodziło o pełnomocnictwo bez ograniczeń czy z ograniczeniami (miała przygotowane oba wzory, które odczytała). Spadkodawczyni wybrała dokument bez ograniczeń i sama go podpisała.

Kolejno Sąd Rejonowy ustalił, że notariusz M. S. i spadkodawczyni znały się, gdyż kancelaria notarialna mieściła się dawniej w budynku, w którym pracowała spadkodawczyni. Niejednokrotnie spadkodawczyni mówiła notariuszowi podczas prywatnych rozmów, iż planuje przepisać swój majątek córce, gdyż syn trwonił pieniądze i miała przez niego dużo zmartwień. Wnioskodawczyni przekazała pracownikom kancelarii prośbę matki. Na podstawie rozmowy z wnioskodawczynią notariusz ustaliła, że stan zdrowia B. P. był bardzo poważny i poinformowała, że jeżeli matka jest tak ciężko chora, to przyjmuje zapewne leki, które uśmierzają ból, co może ograniczać świadomość. W dniu 2

września notariusz poszła do szpitala, żeby osobiście porozmawiać ze spadkodawczynią. Po wejściu na salę poprosiła rodzinę spadkodawczyni (córkę i siostrę) o wyjście z sali i w miarę możliwości zamknięcie drzwi – nie było możliwości, aby pozostali chorzy opuścili salę szpitalną. Stwierdziła, że spadkodawczyni jest świadoma. Zapytała ją czy to jest prawda, że prosiła o jej przyjście, co spadkodawczyni potwierdziła. Następnie spytała czy chce sporządzić umowę darowizny na córkę, bo tak jej powiedziano. Spadkodawczyni szczegółowo odpowiadała na pytania notariusz, a nadto powiedziała, że wszystko chce zapisać córce i nie chce żeby cokolwiek dostał jej syn. Następnie notariusz wyjaśniła na czym polega umowa darowizny, na czym polega testament z wydziedziczeniem, gdyż z treści rozmowy wynikało, że tego chciała spadkodawczyni. Notariusz wyjaśniła, jakie mogą być konsekwencje sporządzenia aktu notarialnego w szpitalu w takiej sytuacji. Rozmawiały o ewentualnych powodach wydziedziczenia. Spadkodawczyni zdecydowała, że sporządzi testament, gdyż do sporządzenia umowy darowizny były potrzebne dokumenty, których nie miała w szpitalu. Notariusz ponadto wyjaśniła na czym polega wydziedziczenie, jakie są powody ustawowe wydziedziczenia i pytała co takiego zrobił syn by go wydziedziczyć. Spadkodawczyni opisała jakie było zachowanie syna przez lata. Notariusz upewniła się czy spadkodawczyni chce wydziedziczyć syna, czy nie mogłaby przebaczyć mu określonych zachowań, czemu ta stanowczo zaprzeczyła. Wskazała te przyczyny, które są zawarte w testamencie - była mowa o awanturach w domu, o nadużywaniu przez syna alkoholu, o tym że syn w jej obecności, gdy już była chora i leżała, wyrzucał odwiedzających ją członków rodziny, ubliżał jej, jej córce i bliskim członkom rodziny. Notariusz zauważyła wtedy, że spadkodawczyni słabo pisze. Po uzyskaniu niezbędnych informacji wróciła do kancelarii i sporządziła testament. Następnie z pracownikiem kancelarii I. P. wróciła do spadkodawczyni, która rozpoznała notariusz i potwierdziła, że chce sporządzić taki testament, o jakim była mowa. Wówczas notariusz głośno odczytała w całości przygotowany testament. Pytała czy wszystko jest zrozumiałe i czy tak może zostać. Poinformowała jaki będzie skutek testamentu, że syn nie będzie mógł dochodzić zachowku i zapytała czy to jest zgodne z wolą spadkodawczyni, która wszystko potwierdziła. W czasie rozmowy z notariuszem spadkodawczyni była trochę słabsza fizycznie niż poprzednio, nie była w stanie podpisać testamentu. Wówczas notariusz wyjaśniła, że istnieje możliwość złożenia odcisku palca. Poprosiła na salę swoją sekretarkę I. P., która czekała na korytarzu, i miała przygotowaną poduszkę tuszową. Spadkodawczyni rozpoznała ją, gdyż znała ją z widzenia - pracowały w tym samym budynku. Następnie notariusz przystąpiła do odbioru odcisku palca. Spadkodawczyni włożyła rękę, ale sam odcisk palca wymagał uczestnictwa notariusza, gdyż trzeba było podać dokumenty na twardej podkładce i ucisnąć palec. I. P. od razu w szpitalu obok odcisku palca spadkodawczyni wypisała jej imię i nazwisko, następnie sama złożyła swój podpis, a notariusz wypisała ręcznie, dlatego testatorka aktu nie podpisała i złożyła swój podpis w szpitalu. Spadkodawczyni zgodziła się, żeby wypis testamentu w jej imieniu odebrała z kancelarii córka. Przed sporządzeniem testamentu notariusz nie rozmawiała z lekarzem. W dniu sporządzenia testamentu spadkodawczyni czuła się dobrze, była świadoma.

W dniu 3 września 2010r. spadkodawczyni wyraziła świadomie zgodę na punkcję jamy brzusznej pomimo że nie mogła się podpisać. Była świadoma. Po sporządzeniu testamentu, w ciągu kilku kolejnych dni czuła się coraz gorzej, była słaba. Pomimo tego mówiła swojemu bratu Z. P., że był u niej notariusz i że sporządziła testament „na córkę”. Powiedziała o tym fakcie również swojemu byłemu pracodawcy J. Ł., który odwiedził ją w szpitalu w dniu 3 września 2010r. Od dnia 4 września 2010r. zakładano jej pampersy. Przystawała rozpoznawać osoby, zapominała przeszłość, bywało, że zwracała się do syna i córki jak do małych dzieci. Leżała w łóżku bezwładnie. Syn przychodził do niej od dnia 3 września 2010r. przez tydzień, później w miarę możliwości. Zdarzało się, że spadkodawczyni nie umiała określić miejsca ani czasu. Jednakże we wrześniu 2010r. stan jej zdrowia zaczął się stabilizować i poprawiać. W dniu 23 września 2010r. została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Po wyjściu ze szpitala przebywała w swoim domu pod opieką córki i siostr. Od dnia 18 października 2010r. do dnia śmierci tj. (...) a przebywała w Zakładzie (...) w B..

Wnioskodawczyni nie odrzuciła spadku po zmarłej ani nie zrzekła się dziedziczenia. Nikt nie został uznany za niegodnego dziedziczenia. Nie został sporządzony akt poświadczenia dziedziczenia.

Spadkodawczyni pozostawiła jeden testament notarialny, sporządzony w Szpitalu Miejskim w B. na Oddziale Wewnętrznym przez notariusza M. S., prowadzącą Kancelarię Notarialną w B., przy ulicy (...), z dnia 2 września 2010

r., otwarty i ogłoszony w Sądzie Rejonowym w Brodnicy w dniu 12 stycznia 2011r., sygn. akt I Ns 8/11, w którym powołała do dziedziczenia swoją córkę M. C.i wydziedziczyła swojego syna M. C. (1).

Sąd Rejonowy powołał biegłych w celu ustalenia stanu świadomości spadkodawczyni w dniu 2 września 2010r. oraz jej psychicznej zdolności do swobodnego i świadomego sporządzenia testamentu. Z opinii biegłego psychologa klinicznego D. K. i biegłego lekarza psychiatry E. S. z dnia 18 września 2012r. wynikało, że w obserwacjach lekarskich zawartych w historii choroby w dacie 30 sierpnia 2010r. - czyli na trzy dni przed sporządzeniem aktu notarialnego - jak również w dacie 5 września 2010r. - czyli trzy dni po sporządzeniu aktu notarialnego znajdują się informacje, iż u B. P. utrzymują się zaburzenia świadomości i poznawcze. Biegłe więc przyjęły, że także w dniu 2 września 2010r. występowały u niej zaburzenia świadomości. Jej stan somatyczny, będący podłożem zaburzeń świadomości, był zdaniem biegłych na tyle zły, iż nie była ona w stanie złożyć w tym dniu podpisu. Biegłe w opinii podniosły, że z zeznań świadków również wynika, iż testatorka w czasie hospitalizacji miała takie chwile, kiedy logiczny kontakt z nią być niemożliwy. Analizując całość dokumentacji medycznej, zawarte w niej obserwacje lekarskie oraz zeznania świadków biegłe przyjęły, iż w okresie sporządzania testamentu w formie aktu notarialnego w dniu 2 września 2010r. z powodu występujących zaburzeń świadomości B. P. nie była w stanie w sposób świadomy i swobodny wyrazić swojej woli. W opinii ustnej biegłe podtrzymały swoje stanowisko; wyjaśniły, że ostatni podpis został złożony przez testatorkę w dniu 27 sierpnia 2010 r. Na następnych dokumentach brakuje już podpisu i ten brak podpisu może wynikać z przyczyn somatycznych, może też być wyrazem zaburzeń poznawczych, innymi słowy jeżeli testatorka nie była w stanie złożyć podpisu, to istnieją przesłanki, aby przyjąć, że jej funkcjonowanie poznawcze było zaburzone. Biegłe wskazały, że w udostępnionej dokumentacji medycznej jest mało obiektywnych danych, na podstawie których można określić funkcjonowanie poznawcze w dniu 2 września 2010 roku. W opinii uzupełniającej biegłe, uwzględniając dalsze dowody, podtrzymały swoje stanowisko i stwierdziły, że analizując całość dokumentacji medycznej, zawarte w niej obserwacje lekarskie oraz zeznania świadków należy przyjąć iż w okresie sporządzania testamentu spadkodawczyni nie była w stanie w sposób świadomy i swobodny wyrazić swojej woli z powodu występujących zaburzeń świadomości.

Uznając tę opinię za nieprzekonującą, Sąd I instancji dopuścił dowód z opinii biegłych z (...) Ośrodka (...)w G.. Z opinii sporządzonej przez psychologa mgr A. K. oraz specjalistę psychiatrę dr. n. med. R. W. wynika, że zebrany materiał dowodowy nie pozwala jednoznacznie wypowiedzieć się co do zdolności spadkodawczyni do świadomego i swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia swojej woli w dniu testowania. Możliwe jest jedynie wydanie opinii alternatywnej, tj. jeżeli uwzględni się dokumentację medyczną, to jej świadomość i swoboda wyrażenia swojej woli w dniu 2 września 2010r. budzi wątpliwości. Jeżeli natomiast uwzględnione zostaną zeznania licznych świadków z dwoma wyjątkami (J. K. i M. C. - której wskazanie zamiast M. C. (1) trzeba uznać z oczywistą omyłką pisarską biegłych), to miała ona zachowaną świadomość i swobodę podejmowania decyzji i wyrażenia swojej woli.

Biegli szczegółowo omówili dokumentację medyczną spadkodawczyni, wskazując, że co do zasady dokumentacja taka jest cennym źródłem wiedzy o zdrowiu spadkodawcy, z drugiej strony zeznania licznych świadków wskazują, że spadkodawczyni była w dniu spisania testamentu osobą świadomą, postępującą z rozeznaniem. Sąd Rejonowy uznał tę opinię za pełną, jasną i nie budzącą wątpliwości.

Sąd Rejonowy oparł swe rozstrzygnięcie głównie o zeznania notariusza M. S. i pracownika banku J. B., które w związku z podejmowanymi czynnościami oceniały stan świadomości spadkodawczyni; zaznaczył że nie są spokrewnione ani nie pozostają w bliskich relacjach z żadną ze stron postępowania. Ponadto ich zeznania dotyczące stanu świadomości B. P. pokrywają się z zeznaniami świadków - członków rodziny spadkodawczyni oraz znajomych, którzy w dniach 1,2 i 3 września 2010r. u niej byli i z nią rozmawiali. Oceniając całokształt zebranych dowodów z punktu widzenia art. 945 k.c. Sąd Rejonowy doszedł do przekonania, że brak jest podstaw do zakwestionowania ważności testamentu z dnia 2 września 2010 r.

W apelacji od powyższego postanowienia uczestnik zarzucił:

1. naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez nieprzedstawienie jednoznacznego kryterium ani argumentacji, dla których opinia biegłego psychologa klinicznego D. K. i biegłego lekarza psychiatry E. S. z 18 września 2012 r., uzupełniona na

rozprawie w dniu 21 stycznia 2013 r. oraz opinia z 6 czerwca 2013 r. zostały uznane za niewiarygodne, podczas gdy opinia biegłych z (...) Ośrodka (...) w G. z dnia 31 października 2013 r. za wiarygodną,

2. naruszenie art. 286 k.p.c. poprzez zażądanie dodatkowej opinii biegłych oprócz opinii już sporządzonej, podczas gdy pierwsza opinia, co do której biegli złożyli ustne wyjaśnienia podczas rozprawy, zawierała jednoznaczne stanowisko co do zdolności B. P. do świadomego i swobodnego wyrażenia woli w dniu 2 września 2010 r., które zostało w sposób wyczerpujący i logiczny uzasadnione,

3. dokonanie ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią materiału dowodowego przez przyjęcie, że w dniu 2 września 2010 r. B. P. opowiedziała notariuszowi o większej części swojego życia w sposób bogaty i przy użyciu dat co do opisu zdarzeń, podczas gdy z zeznań tego świadka nic takiego nie wynika,

4. dokonanie ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią materiału dowodowego przez przyjęcie, że z zeznań O. B. będącego lekarzem prowadzącym spadkodawczyni podczas jej pobytu w szpitalu wynika że w tym czasie była ona świadoma, podczas gdy świadek ten zeznał, że pacjentki takiej sobie nie przypomina,

5. naruszenie art. 233 k.p.c. przez nieuwzględnienie dowodu z dokumentacji medycznej B. P. w zakresie w jaki wynika z niej, że podczas pobytu w szpitalu miała ona stosowany lek o nazwie Haloperitol, stosowany u pacjentów z zaburzeniami świadomości,

6. naruszenie art. 233 k.p.c. przez nieuwzględnienie dowodu z dokumentacji medycznej B. P., w zakresie w jakim wynika z niej, że w dniach 30 sierpnia i 5 września 2010 r. stwierdzono u niej utrzymujące się zaburzenia świadomości i zaburzenia poznawcze,

7. dokonanie ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią materiału dowodowego przez przyjęcie, że w dniu 2 września 2010 r. przy sporządzaniu testamentu stan świadomości B. P. był zachowany podczas gdy z dokumentacji medycznej wynika, że w okresie pobytu w szpitalu w tym dniu sporządzenia testamentu przyjmowała ona lek Haloperidol, stosowany u pacjentów z zaburzeniami świadomości oraz że w czasie badań stwierdzano u niej utrzymujące się zaburzenia świadomości,

8. dokonanie ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią materiału dowodowego przez przyjęcie, że w okresie pobytu w szpitalu stan zdrowia spadkodawczyni uległ poprawie, podczas gdy z dokumentacji medycznej wynika, że w dniu 30 sierpnia 2010 r. jest stan został określony jako średni, a w dniu 5 września 2010 r. jako ciężki.

Wniósł o zmianę postanowienia przez stwierdzenie, że spadek po B. P. zmarłej w dniu (...) w B. nabyli na podstawie ustawy córka M. C. i syn M. C. (1) po 1/2 części.

Wnioskodawczyni wniosła o oddalenie apelacji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja była nieuzasadniona i jako taka podlegała oddaleniu.

Ustalenia faktyczne Sądu I instancji są prawidłowe i znajdują odzwierciedlenie w przeprowadzanych dowodach ocenionych w sposób logiczny, spójny i zgodny z zasadami doświadczenia życiowego, bez przekroczenia granic swobody sędziowskiej wynikającej z art. 233 § 1 k.p.c.. Zgodnie z ugruntowanym poglądem judykatury do naruszenia tego przepisu mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (tak np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2005 r., III CK 314/05, Lex nr 172176). Kwestionowanie dokonanej przez sąd oceny dowodów nie może polegać jedynie na zaprezentowaniu własnych, zadowalających dla skarżącego ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, korzystnej dla niego oceny materiału dowodowego (np. postanowienie SN z 10 stycznia 2002 r. II CKN 572/99, Lex nr 53136). Jeśli tylko z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to

ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne. Jedynie wówczas, gdy brak jest logiki w wysnuwaniu wniosków ze zgromadzonego materiału dowodowego lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza reguły logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 28 maja 2013 r., VI ACa 1466/12, Lex nr 1342419). Tymczasem skarżący nie wykazał, by tok wnioskowania Sądu Rejonowego, naruszał reguły logiki czy zasady doświadczenia życiowego. Sąd Rejonowy w sposób niewątpliwie wszechstronny i wręcz drobiazgowy ocenił materiał dowodowy sprawy, którą to ocenę i poczynione na jej tle ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznaje za swoje i czyni podstawą własnego rozstrzygnięcia.

W odniesieniu do zarzutów dotyczących dowodów osobowych należy podkreślić, że Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił przebieg rozmowy między testatorką a notariuszem M. S. w dniu 2 września 2010 r. bezpośrednio przed sporządzeniem testamentu. Notariusz jednoznacznie zeznała, że spadkodawczyni dokładnie i obszernie opisała jej zachowaną syna, które stały się podstawą wydziedziczenia, mianowicie awantury, nadużywanie alkoholu, wyrzucanie z domu bliskich członków rodziny, ubliżanie spadkodawczyni, jej córce i innym członkom rodziny (k. 28). Istotnie świadek ta nie zeznała wprost, aby spadkodawczyni w rozmowie z nią operowała konkretnymi datami, jednakże co umyka skarżącemu, takie ustalenie nie znalazło się też w części faktograficznej uzasadnienia. Wbrew zarzutowi apelacji Sąd I instancji nie dokonał też ustaleń sprzecznych z zeznaniami świadka O. B. (lekarza prowadzącego spadkodawczyni). Świadek ten rzeczywiście nie przypominał sobie by spadkodawczyni była jego pacjentką w szpitalu, jednak na podstawie okazanej mu dokumentacji medycznej stwierdził, że podawane jej leki nie wyłączają świadomości pacjenta (k. 110). W tym stanie rzeczy wysnuty przez Sąd a quo wniosek, że B. P. przez okres pobytu w szpitalu była świadoma, można uznać za uzasadniony.

Ponadto Sąd Rejonowy, wbrew zarzutom apelacji, uwzględnił i szczegółowo przeanalizował całość dokumentacji szpitalnej spadkodawczyni, a wynikające z niej okoliczności nie zostały uznane za niezgodne z rzeczywistością ani jako nieoddające stanu B. P. na chwilę zamieszczenia konkretnych zapisów w tej dokumentacji. Jednocześnie, zważywszy że dokumentacja ta była dość lapidarna o czym będzie mowa poniżej, nie mogła więc stanowić wyłącznej podstawy ustaleń faktycznych jak chce tego skarżący.

Kolejne zarzuty apelacji koncentrują się wokół zasadności dopuszczenia kolejnego dowodu z opinii biegłych na okoliczność stanu świadomości B. P. w dniu 2 września 2010 r. oraz jej psychicznej zdolności do swobodnego i świadomego sporządzenia testamentu.

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. Brak swobody może wynikać też z ciężkiej choroby, prowadzącej do wyczerpania organizmu i siły woli do tego stopnia, że pomimo zachowanej świadomości nie jest zdolny do przeciwstawienia się zewnętrznym naciskom, w tym osób, bez opieki których nie może funkcjonować (tak m.in. postanowienie SN z dnia 14 grudnia 2011 r. I CSK 115/2011 Biuletyn SN 2012/2). Rozstrzygając kwestię działania testatora w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, należy uwzględnić okoliczności towarzyszące takiej czynności. Trzeba mieć przy tym na uwadze, że choroba psychiczna nieubezwłasnowolnionego spadkodawcy, czy nawet przebywanie na leczeniu w szpitalu psychiatrycznym nie są same przez się przesłankami wystarczającymi do uznania testamentu sporządzonego w tym czasie za nieważny. Istotne jest bowiem **ustalenie stanu psychicznego testatora w chwili podejmowania decyzji i wyrażania woli** (postanowienie SN z dnia 30 kwietnia 1976 r., III CRN 25/76, OSP 1977, Nr 4, poz. 78).

W opinii sporządzonej dnia 11 września 2012 r. biegły psychiatra E. S. i psycholog D. K., na podstawie danych zawartych w aktach sprawy i dokumentacji szpitalnej spadkodawczyni, sformułowały konkluzję, że w okresie

sporządzenia testamentu B. P., z powodu występujących u niej zaburzeń świadomości, nie była w stanie w sposób świadomy i swobodny wyrazić swej woli. W ustnej opinii uzupełniającej biegłe podtrzymały w całości swoje stanowisko i podkreśliły, że u testatorki w dniu 2 września 2010 r. występowały zaburzenia świadomości wynikające z jej poważnego stanu somatycznego w postaci ilościowych zaburzeń świadomości. Jak wynika z treści opinii, biegłe stawiając tę tezę kierowały się faktem, iż ostatni podpis spadkodawczyni w dokumentacji medycznej pochodził z daty 27 sierpnia 2010 r., a skoro na kolejnych dokumentach brak już jej podpisu, to może on wynikać z przyczyn somatycznych a może też być wyrazem zaburzeń poznawczych. Biegłe uznały, że jeżeli w tym dniu testatorka nie była w stanie złożyć podpisu, to istnieją przesłanki do przyjęcia, że jej funkcjonowanie poznawcze było zaburzone, bo umiejętność pisania wymaga odpowiedniego poziomu funkcjonowania różnych funkcji poznawczych. Jednocześnie biegłe stwierdziły, że w dokumentacji medycznej mało jest obiektywnych danych by ocenić funkcjonowanie spadkodawczyni poznawcze w dniu testowania, podkreśliły przy tym, że w dniach 30 sierpnia 2010 r. i 5 września 2010 r. istnieją zapisy o zaburzeniach i utrzymywaniu się zaburzeń, a zeznania świadków są w rozbieżne.

W opinii uzupełniającej, wydanej po przesłuchaniu kolejnych świadków mających osobistą styczność ze spadkodawczynią bezpośrednio przed i po sporządzeniu testamentu (J. B., K. G. J. Ł. i D. W.) biegłe stanowczo podtrzymały dotychczasową opinię, stwierdzając, że ocena ww. świadków co do stanu świadomości testatorki „jest niezgodna z rozpoznaniem lekarza prowadzącego”, który w dniu 30 sierpnia 2010 r. wpisał w historii choroby „zaburzenia świadomości utrzymują się” oraz w dniu 5 września 2010 r. „zaburzenia poznawcze i świadomości utrzymują się”. Zaznaczyły, że dokumentacja medyczna jest dla nich bardziej wiarygodna niż ocena osób nie mających wiedzy specjalistycznej (k. 249).

Powyższe stanowisko biegłych budziło zasadnicze wątpliwości, a jego ujemna ocena przez Sąd a quo była w pełni uprawniona. Biegłe E. S. i D. K. w istocie bowiem poprzestały na przytoczeniu we wnioskach opinii lakonicznego sformułowania o zaburzeniach świadomości, nie podjęły natomiast próby wyjaśnienia, czy zaburzenia te sięgały stopnia, który uniemożliwiał swobodne i świadome wyrażenia woli. Tymczasem dokumentacja medyczna była, co zresztą przyznali wszyscy biegli, dość pobieżna, zapisy do których odwoływały się biegłe dotyczyły dwóch dni (3 dni sprzed i 3 dni po sporządzeniu testamentu), nie wskazywały na stopień nasilenia zaburzeń świadomości ani nie zawierały dokładniejszej oceny stanu świadomości spadkodawczyni. W sytuacji zaś gdy dokumentacja medyczna jest lakoniczna, wartościowym źródłem dowodowym umożliwiającym odtworzenie stanu świadomości testatora mogą być właśnie osobowe źródła dowodowe – w tym zeznania personelu medycznego (zwłaszcza co do rzeczywistego znaczenia zapisów w dokumentacji medycznej oraz wpływu przyjmowanych leków na świadomość pacjenta) a także osób postronnych, nie będących beneficjentami testamentu, a mających bezpośrednią styczność ze spadkodawcą w czasie sporządzania testamentu.

Tymczasem z opinii biegłych E. S. i D. K. wynika, że a priori odrzuciły możliwość skonfrontowania dokumentacji medycznej ze sposobami świadków, uznając je za mniej wiarygodne, a także rozbieżne. Tymczasem to właśnie w ich świetle, zwłaszcza wobec zdawkowości dokumentacji szpitalnej należało odpowiedzieć na pytanie o stan świadomości B. P. w dniu 2 września 2010 r. i jej psychiczną zdolność do swobodnego i świadomego sporządzenia testamentu. Opinia biegłego w tego typu sprawach z istoty musi przyjmować podstawę faktyczną i dopiero na jej tle możliwe jest wyrażenie oceny z punktu widzenia posiadanej przez biegłego wiedzy specjalnej. Nie oznacza to oczywiście powierzenia biegłemu funkcji ustalenia stanu faktycznego orzeczenia, która jest zastrzeżona dla sądu orzekającego. Jednak opinia, dla której punktem odniesienia powinny być określone okoliczności faktyczne, uznająca z góry istotną część materiału dowodowego za bezwartościowy, nie może się ostać.

W świetle tych okoliczności opinia biegłych E. S. i D. K. wraz z opiniami uzupełniającymi nie mogła zostać uznana za miarodajną. Decyzja procesowa Sądu Rejonowego w przedmiocie dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych była prawidłowa. Na marginesie wypada zauważyć, że Sąd I instancji wyczerpująco omówił przyczyny, dla jakich uznał opinię wskazanych biegłych za nieprzekonującą, a przeciwne twierdzenia apelacji są niezrozumiałe.

Natomiast opinia biegłych z Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w G. specjalisty psychiatry R. W. i psychologa A. K. zawierała wieloaspektową ocenę materiału faktycznego sprawy. Biegli ci w pierwszej kolejności dokonali

szczegółowej analizy dokumentacji szpitalnej spadkodawczyni. Wynika z niej, że istotnie w dniu 30 sierpnia 2010 r. lekarz prowadzący zanotował, iż zaburzenia świadomości utrzymują się; analogiczny zapis widnieje pod datą 5 września 2010 r. Z kart zleceń lekarskich wynika, że od 30 sierpnia do 4 września 2010 r. w dniu sporządzenia testamentu otrzymywała lek o działaniu psychiatrycznym Haloperidol 3 x dziennie po 1 tabletkę. Biegli wskazali, że lek ten jest stosowany szeroko w psychiatrii, w szczególności w stanach pobudzenia psychoruchowego i w stanach zaburzenia świadomości. W przypadku B. P. nie występowała ta pierwsza przesłanka terapeutyczna – pacjentka była osłabiona i miała trudności z wykonywaniem nawet prostych czynności, zatem nie przejawiała stanów pobudzenia psychoruchowego. W takiej sytuacji biegli przyjęli, że powodem włączenia leczenia tym lekiem były zaburzenia świadomości. Podawanie leku 3 x dziennie sugeruje, że zaburzenia świadomości występowały przez cały czas a nie tylko okresowo np. w godzinach rannych czy nocnych. Od 4 września 2010 r. kontynuowano leczenie Haloperidolem w mniejszej dawce tj. 2 x dziennie, co mogło wynikać z mniejszego nasilenia zaburzeń świadomości lub złej tolerancji przez pacjentkę. Biegli wyraźnie zaznaczyli, że ocena lekarza wskazywała na występowanie zaburzeń świadomości u B. P.. Wskazali także, że podstawowymi wyznacznikami zaburzonej świadomości są braki w pełnym rozeznaniu co do własnej osoby - imię, nazwisko, wiek, data urodzenia (orientacja autopsychiczna) i braki w zakresie wiedzy co do sytuacji zewnętrznej - miejsca, czasu i otoczenia (orientacja allopsychiczna). Zdaniem biegłych, stwierdzenie występowania zaburzeń świadomości w dniach 30 sierpnia i 5 września przy kontynuowaniu leczenia Haloperidolem **może** świadczyć o tym, że także w dniu 2 września 2010 r. cierpiała na te zaburzenia, a tym samym jej zdolność testowania budzi wątpliwości. Otwarcie jednak przyznali, że wątpliwości tych nie można rozwiązać z uwagi na ubóstwo i powierzchowność zapisów w dokumentacji szpitalnej. Jednocześnie zwrócili uwagę, że zeznania licznych świadków – wśród których nie wymienili J. K. wskazują, że w dniu spisania testamentu była osobą świadomą, postępującą z rozeznaniem, na co wskazuje powołanie do dziedziczenia M. C., jako zgodne ze składanymi od wielu lat deklaracjami. Biegli zasygnalizowali także, że w dniu 3 września 2010 r. pacjentka, choć nie mogła się własnoręcznie podpisać, to wyraziła zgodę na wykonanie punkcji jamy brzusznej. Zgoda ta nie była kwestionowana, w związku z czym należy uznać ją za wyrażoną w sposób świadomy.

Ostatecznie biegli R. W. i A. K. sformułowali konkluzję swojej opinii alternatywnie, mianowicie na tle dokumentacji medycznej przyjęli, że świadomość i swoboda wyrażenia zgody przez spadkodawczynię budzi wątpliwości, jednak na gruncie zeznań świadków miała ona zachowaną świadomość i swobodę podejmowania decyzji.

Sąd Okręgowy podziela ocenę Sądu a quo, iż w świetle całokształtu materiału dowodowego sprawy za miarodajny należy uznać ten wariant opinii, który wiąże świadomość B. P. i jej zdolność do sporządzenia testamentu z ustaleniami wynikającymi zeznań świadków (a także korelujących z nimi zeznań wnioskodawczyni). Podkreślić trzeba, że nie pozostają one w sprzeczności z ustaleniami opartymi na dokumentacji szpitalnej. Analiza zgromadzonych dowodów nie pozwala na przyjęcie, choćby z wysokim prawdopodobieństwem, że w czasie sporządzenia testamentu zaburzenia świadomości B. P. miały charakter permanentny i występowały w takim nasileniu, które wykluczało świadome i swobodne wyrażenie woli.

Należy 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 wątpienia obejmować **wiedzę testatora o osobie spadkodawcy, o znaczeniu dokonywanej czynności, jej przyczynach i skuteczności**. Z tej perspektywy należy przede wszystkim zauważyć, że w ocenie wszystkich świadków (z wyjątkiem J. K. o których będzie mowa poniżej) B. P., choć osłabiona i wymagająca pomocy w podstawowych czynnościach, miała zachowany związek z rzeczywistością – w chwili przyjęcia do szpitala była świadoma, pozostawała w kontakcie logicznym z przyjmującym ją lekarzem (J. M.), dzień po przyjęciu pisemnie upoważniła córkę do uzyskiwania dokumentacji medycznej w dniu 27 sierpnia 2010 r. (k. 128), a w kolejnych dniach dokonywała szeregu racjonalnych czynności prawnych pozostających w zgodzie z jej wielokrotnymi wcześniejszymi deklaracjami. W tym miejscu warto raz jeszcze odwołać się do zeznań świadka J. K., które jako jedyne mogłyby podawać w wątpliwość stan świadomości B. P. w trakcie hospitalizacji. Świadek ten zeznał, że pierwszy raz spotkał spadkodawczynię w szpitalu, przy czym nie pamiętał czy przy przyjęciu było obecne któreś z jej dzieci, a jednocześnie był to jego jedyny kontakt ze spadkodawczynią. Ponadto świadek miał

pamiętać, że kontakt słowny ze spadkodawczynią był utrudniony i nie odpowiadała logicznie na pytania lekarza, z drugiej strony nie przypominał sobie który lekarz ją przyjmował, ani nawet czy była tym lekarzem kobieta czy mężczyzna. W naturalny sposób nasuwają się pytania skąd świadek w ogóle wiedział, że przyjmowana pacjentka jest matką jego kolegi (której nie znał i która nosiła inne nazwisko), a także jak jest możliwe, że zapamiętał brak możliwości nawiązania kontaktu z lekarzem, a jednocześnie nie przypominał sobie o jakiego lekarza chodziło, mimo że pracował w tym szpitalu jako sanitariusz, zatem lekarze nie byli dla niego osobami anonimowymi. Już tylko z tych przyczyn zeznania tego świadka należy potraktować jako niewiarygodne i pominąć przy dokonywaniu ustaleń faktycznych. Ponadto zeznania tego świadka pozostają w opozycji do zeznań świadka J. M. – lekarza przyjmującego spadkodawczynię do szpitala, według której pacjentka była w pełnym kontakcie logicznym (k. 79).

W pozostałym zakresie dowody osobowe (niezakwestionowane zresztą w apelacji) są zbieżne i nie tylko nie wskazują na brak świadomości ze strony spadkodawczyni, ale wręcz potwierdzają, że jej działania stanowiły zborny ciąg przyczynowo-skutkowy, miała zachowaną pełną orientację i nic nie ograniczało jej świadomości ani swobody przy podejmowanych czynnościach prawnych. Depozycje te mają dla sprawy kluczowe znaczenie, gdyż dotyczą odcinka czasu ograniczonego zapisami w dokumentacji medycznej o utrzymujących się zaburzeniach świadomości (30 sierpnia i 5 września 2010 r.), w którym spadkodawczyni przyjmowała lek Haloperidol, stosowany m.in. w zaburzeniach świadomości.

Nie przytaczając w tym miejscu obszernych rozważań Sądu a quo, należy zwrócić uwagę, że w istocie żadna z osób mających ze spadkodawczynią osobisty kontakt w omawianym okresie, nie potwierdziła by jej świadomość była zaburzona.

I tak, po ok. 2- 3 dniach od przyjęcia B. P. do szpitala, a więc 29-30 sierpnia 2010 r. odwiedziła ją koleżanka córki K. G., która zeznając w charakterze świadka potwierdziła, że spadkodawczyni była osłabiona, w złej formie fizycznej, jednak była świadoma a rozmowa z nią przebiegała naturalnie (k. 241-241v).

Idąc chronologicznie, dzień przed sporządzeniem testamentu, a więc 1 września 2010 r. do szpitala udała się pracownik banku J. B. w którym wnioskodawczyni miała rachunek, na prośbę przekazaną przez córkę a potwierdzoną telefonicznie przez samą spadkodawczynię. Przesłuchana w charakterze świadka (k. 240v-241) zeznała, że spadkodawczyni ją rozpoznała, potwierdziła wolę udzielenia córce pełnomocnictwa, dokonała wyboru spośród zaprezentowanych jej opcji pełnomocnictwa (z ograniczeniem lub bez) i podpisała ten dokument osobiście. W odbiorze tego świadka nie było wątpliwości co do pełnej orientacji spadkodawczyni o dokonywanej czynności, zachowania kontaktu z otoczeniem i pełnej decyzyjności. Nie bez znaczenia jest, że świadek znała B. P. osobiście, a więc jest logiczne że jakiegokolwiek zachowanie odbiegające od normy z pewnością zwróciłoby jej uwagę.

Identyczna co do stanu psychicznego spadkodawczyni była relacja M. S. - notariusza sporządzającego testament (k. 27v-28v). Notariusz była u spadkodawczyni w dniu testowania dwukrotnie, po raz pierwszy w celu uzyskania wiedzy co do zamierzonej czynności prawnej, a następnie już w celu podpisania przygotowanego aktu notarialnego. W trakcie żadnego ze spotkań nie miała wątpliwości co do pełnej komunikatywności i samodzielności decyzyjnej testatorki, która potwierdziła wolę dokonania czynności, rozumiała pytania zadawane przez notariusza i logicznie na nie odpowiadała, świadomie dokonała wyboru między darowizną a testamentem na rzecz córki, zrozumiała istotę instytucji wydziedziczenia, jego ustawowe przesłanki i szczegółowo przedstawiła okoliczności faktyczne, w których upatrywała wydziedziczenia syna.

Należy w tym miejscu zauważyć, że notariusz nie mogłaby dokonać czynności w razie wątpliwości co do stanu testatorki. 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 sytuację uzasadniającą 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. Oczywiście 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 M. S. znała B. P. od wielu lat, a tym samym zdecydowanie łatwiej niż osoba postronna wychwyliłaby okoliczności sugerujące brak świadomości czy swobody spadkodawczyni.

Z relacją notariusza korespondują zeznania świadka I. P. (k. 28v-29), która jako pracownik kancelarii notarialnej towarzyszyła notariuszowi w trakcie drugiej wizyty podczas której doszło do podpisania testamentu. Świadek ta, analogicznie jak notariusz, znała B. P. z racji tego, że w przeszłości pracowały w jednym budynku, i jednoznacznie potwierdziła, że spadkodawczyni rozpoznała ją w czasie wykonywania odcisku palca na testamencie i oceniła, że była ona „świadoma tego co robi”.

W dniu sporządzenia testamentu u B. P. była jej siostra B. M. (k. 71-71v), która również zeznała, że spadkodawczyni była tego dnia świadoma, rozpoznała zarówno ją, jak i innych odwiedzających ją tego dnia krewnych – córkę oraz brata W. z żoną.

Kolejnego dnia, tj. 2 września 2010 r. B. P. odwiedził jej były wieloletni pracodawca J. Ł. wraz z żoną, na którym zrobiła wrażenie osoby świadomej. Takie odczucie świadka było w pełni uzasadnione, skoro z jego zeznań wynika, że w trakcie wizyty B. P. zażartowała, a także rzeczowo rozmawiała na tematy zawodowe, pytając go o złożenie deklaracji do ZUS za jednego z pracowników, w związku z upływem terminu do dokonania tej czynności, a także mówiła, że poprzedniego dnia był u niej notariusz (k. 242).

O wizycie notariusza następnego dnia opowiedziała także bratu Z. P. (k. 71), który jednoznacznie zeznał, że spadkodawczyni przez cały okres pobytu w szpitalu była świadoma i zdawała sobie sprawę ze swojego stanu.

Rekapitulując, przywołane wypowiedzi świadków nie uprawdopodobniają nawet, aby u spadkodawczyni wystąpiły jakiegokolwiek objawy sugerujące zaburzenia świadomości mogące mieć wpływ na jej swobodę testowania. Fakt, że świadkowie ci nie mając wykształcenia medycznego mogli nie dostrzec symptomów świadczących o zaburzeniach w sferze psychiki, nie pozbawia ich spostrzeżeń wartości dowodowej. Trzeba podkreślić, że nawet akcentujące tę kwestię biegłe E. S. i D. K. nie wskazały jakie konkretnie czynniki, pozostające poza percepcją osób trzecich, mogłyby potwierdzać występowanie u testatorki zaburzeń świadomości w całym analizowanym okresie.

Nie były natomiast wiarygodne zeznania uczestnika postępowania M. C., z których wynikało, iż spadkodawczyni od dnia gdy ją po raz pierwszy odwiedził tj. 3 września 2010 r. całkowicie straciła orientację w czasoprzestrzeni. Nie mają wsparcia nie tylko w innych dowodach osobowych, ale też w dokumentacji medycznej. Uczestnik twierdził bowiem, iż matka była w takim stanie do końca hospitalizacji, podczas gdy z karty zleceń lekarskich wynika, że od 4 września 2010 r. zmniejszono jej dawkę Haloperidolu, a od 10 września 2010 r. lek ten został odstawiony (k. 146), co przeczy utrzymywaniu się u niej poważnych zaburzeń świadomości.

Teza, że spadkodawczyni sporządziła testament w sposób świadomy i swobodny, znajduje też pełne potwierdzenie w szerszym kontekście sytuacyjnym. Trzeba bowiem zauważyć, że jego treść odzwierciedla deklarowany od dawna zamiar spadkodawczyni przekazania domu (który de facto wyczerpuje spadek) właśnie córce, o którym mówiła też, że „buduje go dla córki”. W tym zakresie bezsprzecznie korespondują ze sobą zeznania K. G. (k. 241v), D. W. (k. 242), J. Ł. (k. 242), Z. P. (k. 70v), B. M. (k. 71) i I. S. (k. 72).

Inną okolicznością wpływającą na ocenę świadomości testatorki w chwili testowania jest fakt, że w dniu 3 września 2010 r. (a więc w przedziale czasowym w którym stwierdzano u niej zaburzenia świadomości i gdy przyjmowała Haloperidol) wyraziła zgodę na punkcję jamy brzusznej. Oznacza to, że w ocenie personelu szpitalnego jej stan pozwalał na nawiązanie logicznego kontaktu. Wypada tu zauważyć, że gdyby przyjąć punkt widzenia skarżącego i biegłych sporządzających pierwszą opinię, to w zasadzie udzielona przez spadkodawczynię w tym dniu zgoda na punkcję powinna być uznana za nieważną, a postępowanie lekarza działającego na jej podstawie za bezprawne.

Zachowanie spadkodawczyni w minimalnym stopniu nie odpowiadało wzorcowi zaburzeń świadomości opisanemu przez biegłych psychiatrę R. W. i psychologa A. K., w związku z którymi podano jej Haloperidol, ani w zakresie orientacji autopsychicznej, ani allopsychicznej. W tym miejscu należy raz jeszcze podkreślić, że spadkodawczyni w dniu sporządzenia testamentu, w dniach bezpośrednio poprzedzających i następujących po tej czynności w sposób spójny, konsekwentny i logiczny kontaktowała się tak z krewnymi jak i z osobami postronnymi, dokonywała racjonalnych czynności, które pozostawały w zgodzie z jej wieloletnimi deklaracjami na wypadek śmierci. W rezultacie ani wpisy w dokumentacji medycznej ani fakt leczenia Haloperidolem nie mogą automatycznie prowadzić do uznania, że B. P. nie miała swobody bądź świadomości w chwili testowania. Jednocześnie żadne przesłanki nie wskazują na to, by na jej zdolność testowania wpłynął jej stan somatyczny, początkowo opisany w dokumentacji lekarskiej jako średni, a kilka dni po sporządzeniu testamentu zakwalifikowany już jako poważny.

Przeciwna ocena oznaczałaby nic innego jak akceptację hipotezy, że skoro spadkodawczyni była dotknięta ciężką chorobą somatyczną, osłabiona fizycznie i odnotowano u niej zaburzenia świadomości, z związku z którymi przyjmowała leki, to utraciła tym samym zdolność testowania. Byłaby to jednak wyłącznie hipoteza, która nie może zastępować ustaleń opartych na szczegółowej i wnikliwej ocenie wszystkich dowodów. Te zaś w ocenie Sądu Okręgowego prowadzą do wniosku, że spadkodawczyni sporządziła testament w sposób ważny.

Mając na uwadze powyższe okoliczności Sąd Okręgowy postanowił jak w sentencji (art. 385 k.p.c. w zw. z art. 13 § 2 k.p.c. i art. 520 § 1 k.p.c.).