

# הערכה קלינית כמותית ועכשווית של כשירות לעריכת צוואה: רקע, בסיס מושגי ומצב נוכחי



פרופ' (בדימוס) ירמיהו הייניק<sup>1</sup>, בעז קראוס, עו"ד<sup>2</sup>

<sup>1</sup>הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב; <sup>2</sup>משרד עורכי דין, מומחה לירושה.

להתכתבות: heinik@tauex.tau.ac.il

רופאים מסוגי מומחיות אחדים ופסיכולוגים נדרשים לעיתים לחוות דעתם בשאלת הכשרות העכשווית לצוות (להלן כ"ל") (Testamentary Capacity) של אדם. כ"ל היא מונח משפטי אשר הקריטריונים לקיומה נקבעו על ידי השופט האנגלי קוקבורן (Cockburn) – במקרה של Goodfellow v M-1870 – לא השתנו מאז במשפט האנגלו-אמריקאי, ונמצאים בשימוש גם במערכות משפט נוספות. בתי משפט בישראל אימצו כלי הערכה אלה, תוך התמקדותם בפרמטרים מרכזיים אחדים. המלצות/הנחיות להערכה קלינית של הכ"ל הופיעו ברמות פירוט שונות בספרות המקצועית. לא ברורה מידת אימוצן של האחרונות, בחלקן או במלואן על ידי רופאים. נאמר שהן כלליות ותיאורטיות מידי, נעדרות סטנדרטיזציה, קשות ליישום, ומכאן סובייקטיביות ונתונות לפרשנות, ועם שיעור הסכמה נמוך בין בודקים שונים. רופאים, בהערכת הכ"ל, ממשיכים להתבסס ולבצע את אשר למדו: לתאר סימפטומים, להעביר סולמות הערכה קוגניטיביים קצרים, ולאבחן, גם אם הדבר אינו עולה בקנה אחד עם המטרה המשפטית הספציפית. לאחרונה פורסמו כלי הערכה מכומתים אחדים להערכה עכשווית של הכ"ל. במאמר זה מתוארים הרקע, הבסיס הרעיוני לפיתוחם והסטטוס הנוכחי (מטרה, תיאור, תכונות פסיכומטריות, יישום) של העיקריים שבהם: Testamentary Definition Scale (TDS); Testamentary Capacity Assessment Tool (TCAT); Testamentary Capacity Interview (TCI). הדיון עוסק בתכונות הנדרשות מכלי הערכה מכומת לכ"ל, מה ניתן ללמוד מהממצאים האמפיריים שהתקבלו בעזרתם, מגבלותיהם הקונצפטואליות, השימוש בהם במצבי חולי שונים, והפרקטיקה הנהוגה בישראל. השימוש בכלים אלה, גם בשלב ההתפתחותי המוקדם שבו הם מצויים, כחלק וכתוספת להערכה הקלינית של הכ"ל, ידייק את יכולת ההערכה בסוגיית הכ"ל ויוסיף לאחרונה ממדים של בקרה, פרוצדורה ואובייקטיביות, החסרים כעת.

**מילות מפתח:** צוואה, כשרות לצוות, עכשווית, הערכה, מכומתת.

## רקע

כשרות לצוות (כ"ל) היא מונח משפטי המתייחס ליכולת המנטלית ההכרחית לה נדרש המצווה (עורך הצוואה) כדי להיחשב כשיר לצוות בעיני החוק (Haq et al., 2018; Bennett., 2016). יכולת זו הוגדרה במשפט האנגלו-אמריקאי ובמקומות נוספים, באמצעות קריטריונים שנקבעו על ידי השופט האנגלי קוקבורן (Cockburn) במקרה של *Banks v Goodfellow* מ-1870 (Frost et al., 2015) (ראו לוח 1) ומאז לא השתנו (Shulman et al., 2017). בתי המשפט בישראל אימצו כלים אלה בפרשנות של "להבחין בטיבה של צוואה" (תחת "כשרות לצוות", סעיף 26, חוק הירושה, תשכ"ה – 1965), תוך התמקדותם בפרמטרים מרכזיים אחדים (ראו לוח 1 כנ"ל). רופאים מסוגי מומחיות אחדים ופסיכולוגים נדרשים לעיתים לחוות דעתם בשאלת הכ"ל של אדם, בשני מצבים: (1) בדיקת המוריש החי (הערכה עכשווית או פרוספקטיבית) (Shulman et al., 2009; Zago & Bolognini, 2022). הערכת הכ"ל של מנוח במועד מסוים בעבר (הערכה רטרוספקטיבית, אוטופסיה או פוסט מורטם פסיכולוגי) (Zago & Bolognini, 2022; al., 2021). היוזמה להערכה עכשווית מגיעה מהמצווה עצמו או מקרובי משפחה, עורכי דין, ועוד, שהם, לרוב, הצד המבקש להגן מפני טענות עתידיות של אי-כשרות (Shulman et al., 2009), וזאת עקב: (1) נסיבות מחשירות – צוואות מרובות עם שינויי תוכן ניכרים וסימני שאלה באשר לסיבות השינוי או השינוי התכוף; (2) קיומן אצל המצווה של מחלה נפשית, הפרעה קוגניטיבית, בעיה גופנית קשה, שימוש רב בתרופות או בסמים, העלולים להשפיע על שיפוטו של בעל הצוואה; (3) היתכנות לתקיפת הצוואה על ידי יורשים מאוכזבים; (4) גיל מתקדם מאוד.

עדיפות ההערכה העכשווית על פני הרטרוספקטיבית נדונה רבות (הייניק 2009; Shulman; et al., 2009). צ'מפין (Champine, 2006) הדגישה את חשיבות ההערכה בחיים אשר כמעט תמיד גוברת במשפט האמריקאי במקרים של סכסוכי ירושה. במשפט האנגלי, מודגש "כלל הזהב", לפיו במקרים כאשר המצווה זקן או סובל ממחלה קשה "... עשיית הצוואה על ידי מוריש שכזה צריכה להיות בנוכחות או באישור רופא אשר מתרשם בנוגע לכשירות ולהבנה של המצווה ורושם את בדיקתו וממצאיו" (Jacoby & Steer, 2007). בעוד שהערכה עכשווית מאפשרת בחינה בלתי אמצעית של מצבו הקוגניטיבי-נפשי של עושה הצוואה בעת עשייתה, והמרכיבים הספציפיים לצוואה ותוכנם, הערכה רטרוספקטיבית מבוססת על סקירת מסמכים רפואיים ולא-רפואיים בהתאם לגישה המשפטית הרווחת, אינטרפרטציה של הערכות קלינאים אחרים ואקסטרפולציה של ראיות לא ישירות (Shulman et al., 2021; Zago & Bolognini, 2022). גם בישראל, להערכת הכ"ל בזמן אמת משקל מהותי ועדיפות על פני הערכה רטרוספקטיבית

(תמ"ש 44431-05-11, תמ"ש 17541-10-11). לעיתים, מורישים בפוטנציה פונים מיוזמתם או בהמלצה משפטית לקבל אישור רפואי לכ"ל טרם עשייתה. שיעור הנעזרים באפיק זה אינו ידוע. סכסוכי ירושה, המתגלגלים לפתחו של בית המשפט, מהווים פחות מ-1% מכלל ההליכים לבקשת צו ירושה וצו קיום צוואה (הקר, 2015). במקרים אלה, תקפותה של צוואה מטעמים של חוסר כ"ל נבחנת לאחר פטירת המצווה ונקבעת על ידי בית המשפט. האחרון עשוי להיעזר בחוות דעת רטרוספקטיבית הנערכת על ידי מומחה רפואי ניטרלי מטעמו, החשוף למסמכים רפואיים אובייקטיביים וגולמיים שנערכו במהלך חייו של המצווה (ב-ע"מ 8412/14 פלוני נ' פלונית, ב-רמ"ש 27474-12-14 נ"י). במשפט בישראל, בניגוד למשפט האנגלו-אמריקאי (Peisah et al., 2009), אין הרופא נדרש להתייחס ישירות ל"השפעה בלתי הוגנת" (תחת "אונס, איום, וכו'", סעיף 30) (חוק הירושה, תשכ"ה - 1965), הואיל ומקובל כי אין לרופא את הכלים המתאימים, שלא לומר מקור סמכות, לקביעתה.

הנחיות לבדיקת הכ"ל של המוריש החי מופיעות בספרי לימוד, במאמרים ובניירות עמדה של ארגונים מקצועיים ובין-תחומיים ברפואה, בפסיכולוגיה ובמשפט (לדוגמה, הייניק, 2009; ; Haq et al., 2018; Frost et al., 2015; Shulman et al., 2009), ניתן להבחין בהמלצות מקדמיות (התנהלות מול עורכי דין, המשפחה, המצווה עצמו), גרעיניות (העוסקות באופן ניהול הבדיקה הקלינית עם התייחסות למרכיבים המשפטיים, תוך היעזרות במבחנים קוגניטיביים וקביעת אבחנה, אף אם זמנית) (Shulman et al., 2009), ומסכמות באשר לעריכת חוות הדעת (Haq et al., 2018). שימוש שבשגרה בסוללות של מבחנים נירופסיכולוגיים אינו מומלץ (Shulman et al., 2009). הדגש המשפטי מושם על הבנת המצווה את מרכיבי Banks v Goodfellow. ג'קובי וסטיר (Jacoby & Steer, 2007), בכוונם לרופאי משפחה, המליצו לבצע הערכה סטנדרטית לדמנציה (הגורם השכיח ביותר בזיקנה לאי-כשירות) ולבדוק את הבנת הנבדק את מרכיבי Banks v Goodfellow תוך כדי קבלת מידע שבעובדה מעורך הדין, וניהול תרשומת מדויקת. שולמן ושותפיו (Shulman et al., 2009), בקבוצת משימה מטעם איגוד הפסיכוגריאטריה הבינלאומי, המליצו בחלק הגרעיני: (1) לקבל, טרם בדיקה, את הצוואה (צוואות) הרלוונטית, רשימה של נכסי המצווה ממקור מהימן, חומר רפואי ואחר (סוציאלי, ועוד); (2) שהבדיקה תכלול את האנמנזה הפסיכיאטרית וסטטוס מנטלי רחב עם התמקדות על ההיבט הקוגניטיבי, כולל מבחני עזר קוגניטיביים; (3) בדיקת הכ"ל בהסתמך על מרכיבי Banks v Goodfellow וקישורה לממצאים הקליניים. בנייר עמדה ישראלי של ועדה שמונתה ב-1995, מטעם איגוד הפסיכיאטריה והחברה לפסיכיאטריה משפטית, הומלצו, בין היתר, בדיקת סטטוס נפשי מקיפה תוך התמקדות במצב הקוגניטיבי והיעזרות במבחנים קוגניטיביים מובנים, יחד עם התייחסות למרכיבי Banks v Goodfellow שהוטמעו בפסיקה בישראל (הייניק, 2009).

## הערכה כמותית של הכ"ל העכשווית – הבסיס הרעיוני

למרות ההנחיות שהוזכרו, רופאי משפחה נוטים שלא ליטול חלק בהערכה של כ"ל (Frost et al., 2015). הנחיות למומחים נתפסו תיאורטיות וכלליות מידי, נעדרות סטנדרטיזציה ובחלקן לא ישימות לדוגמה, המלצה כי ההערכה הקלינית תכלול היסטוריה משפחתית, אישית, רפואית ופסיכיאטרית, תזהה ערכים ואמונות קודמות של המוריש באשר לצוואה, בו-זמנית עם ההמלצה כי הערכה תבוצע בססיה אחת בלבד (Shulman et al., 2009), ולכן מפורשות סובייקטיבית, ומהימנות (מידת ההסכמה בין בודקים שונים) נמוכה (Moye et al., 2013; Shulman et al., 2009). רופאים המשיכו, בהערכת הכ"ל, לתאר סימפטומים, להעביר מבחני סינון קוגניטיביים, כגון Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE), מבחני ציור שעון (Nasreddine) Montreal Cognitive Assessment (MoCA), ו-Frontal Assessment Battery (FAB) (et al., 2005), ולאבחן.

לקראת סוף המאה הקודמת גבר העניין בחקר ובפיתוח כלי הערכה פורנזיים (Forensic Assessment Instruments – FAI) בנושאי משפט אזרחיים, כמתן הסכמה מדעת, כשרות פיננסית, ועוד (Grisso, 1986; Grisso et al., 1997; Moye et al., 2013), מה שהשליך, תחילה באופן מצומצם, גם על נושא הכ"ל. מרלו (Marlowe, 1994) וספאר ושותפיו (Spar et al., 1995) טענו, כי למונחי חוק אחדים, ביניהם הכ"ל, אין מקבילים קליניים-מדעיים ממשיים, וקיים צורך לתרגם לשפה קלינית ולהגדירם תפעולית. מרגע שהמונחים ניתנים לצפייה, להגדרה ולמדידה, ניתן לשרטט מבנה ועליו לבנות כלי הערכה כמותיים לכ"ל (Marson et al., 2004) (ראו תרשים 2). המודל הראשון – מודל קוגניטיבי (נוירו) פסיכולוגי למרכיבי המשפטים של הכ"ל הוצג על ידי מרסון ושותפיו (Marson et al., 2004). כ"ל הוגדרה כמידת היכולת המנטלית (דהיינו, ניתנת למדידה), המספקת בעיני החוק לעשיית צוואה. הוצע מודל תיאורטי, שבו מרכיבי Banks v Goodfellow "מתורגמים" לארבעה מבחנים שונים, עם הגדרות תפעוליות נפרדות, וביסודם תפקודים קוגניטיביים משוערים שונים: (1) תפקודים קוגניטיביים הקשורים להבנת טיבה של צוואה: זיכרון סמנטי (בנוגע למונחים כמוות, רכוש, ירושה), הפשטה מילולית והבנה, יכולת שפתית מספקת להביע את אשר המצווה הבין; (2) תפקודים קוגניטיביים הקשורים לידיעת טיבו והיקפו של הרכוש: זיכרון סמנטי באשר לנכסים ובעלות, זיכרון היסטורי ביחס לנכסים שנרכשו מזמן וערכם, זיכרון קצר-טווח באשר לנכסים שנרכשו לאחרונה וערכם; (3) תפקודים קוגניטיביים הקשורים לידיעת הנהנים מהצוואה (יורשים): זיכרון היסטורי של ה"יורשים הטבעיים" או אחרים היכולים להעלות טענות הגיוניות באשר לרכוש וכן את טיב הקשר שבין המצווה לבינם. ובנוסף, זיכרון

קצר-טווח אפיזודי אישי בנוגע לאלה שהמצווה הכיר לאחרונה; (4) תפקודים קוגניטיביים הקשורים לתוכנית להסדרת (חלוקת) נכסים: תפקודים אקזקוטיביים האחראים לאינטגרציה של היכולות הקודמות והיכולת לצפות קדימה כיצד תיעשה בעתיד החלוקה. קריטריון Banks v Goodfellow, הכורך בין הפרעה נפשית ספציפית וחוסר כ"ל, אינו נכלל במודל זה, הואיל והשפעתו נדונה בנפרד במערכות משפט אמריקניות (Marson et al., 2004), וזאת בשונה ממקומות אחרים כולל בישראל (ראו לוח 1). על בסיס מודל קוגניטיבי-ניורופסיכולוגי זה הוחל בגיבוש ה-Testamentary Capacity Instrument (TCI), כלי מדידה מובנה פסיכומטרי לבדיקה ישירה של ארבעת המרכיבים המתורגמים ומתופעלים של הכ"ל, ואשר, באותה עת, נעצר בשלב האב-טיפוס (Marson et al., 2004). במקביל, צ'מפין (Champine, 2006), בתחום המשפטי, הדגישה את החשיבות שבפיתוח Forensic Assessment Instrument (FAI) ספציפי לכ"ל, כאשר ה-MacArthur Treatment Competence Study (ה-MacArthur Treatment Competence Study-gold standard) לפיתוחו (Grisso et al., 1997). מדובר בכלי הערכה אשר תיקופו יבטיח בקרה ממשית (בהיותו כולל את אותם מרכיבי קוגניציה קליניים-משפטיים הרלוונטיים לכ"ל), וישקף את ההיבט הפרוצדורלי של ההערכה. משתמע מכך ציון ב-FAI הספציפי לכ"ל אשר יחד עם הפריטים הנשאלים מהווים מדדים קשיחים המחזקים את ההיבט האובייקטיבי של ההערכה. כולם (ציון כללי, יחד עם הפריטים הנשאלים, התשובות להם, וניקודם) ניתנים לשימוש עכשווי אך גם עתידי באם תידרש אינטרפרטציה רטרוספקטיבית.

## הערכה כמותית עכשווית של הכשרות לצוות – הסטטוס הנוכחי

סקירת מקיפה (Aravind et al., 2024) של שיטות/כלים להערכה כמותית של הכ"ל מצאה לאחרונה שלושה מבחנים מכומתים בלבד, המשיקים לתווך שבין תפקודים קוגניטיביים גרידא למבחנים המשפטיים של הכ"ל, ואשר גילו תכונות פסיכומטריות טובות (Heinik et al., 1999; Martin et al., 2022; Papageorgiou et al., 2018), והם נדונים להלן.

### Testament Definition Scale (TDS): הייניק ושותפיו (Heinik et al.)

1999) סברו כי מנקודת ראות קלינית-משפטית, מידת ידיעתו של נבדק את המושג "צוואה" הינה אלמנטרית, עומדת בבסיס הכ"ל וחיונית להערכתה. מכאן ה-TDS, שהוא סולם הערכה קצר, נוח להעברה ולניקוד, בן שישה פריטים הלקוחים מהגדרה אנציקלופדית לצוואה: (1) מסמך; (2) נעשה על ידי אדם; (3) בהיותו בחיים; (4) מתייחס לרכוש; (5) מתייחס ליורש (מקבל) או ליורשים; (6) מבוצע לאחר המוות. תשובה נכונה, דהיינו, הופעת כל אחד מהפריטים הנ"ל בתשובה,

או מילים נרדפות, מזכה בנקודה. טווח הניקוד הוא 0-6. המבחן אובייקטיבי ואינו דורש קבלת מידע ממקור קולטרלי.

31 חולי דמנציה בדרגות חומרה שונות נתבקשו להגדיר באופן מיטבי מהי "צוואה" במסגרת אבחון רב-מקצועי במרפאה לפסיכוגריאטריה. לא גויסה קבוצת ביקורת של נבדקים שמורים קוגניטיבית. המבחנים הקוגניטיביים כללו את הגרסאות בעברית של MMSE (Werner et al., 1999) ושל Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) (Heinik et al., 1999). הבקשה להגדיר מהי צוואה מוקמה בחלק ה-CAMCOG, הבודק שפה אקספרסיבית מיד לאחר השאלה שבה הנבדק מתבקש להגדיר "דעה". הודרו נבדקים עם פסיכופתולוגיה משמעותית. הציון הקבוצתי הממוצע ב-MMSE היה 18.6 (טווח 7-28) וב-CAMCOG 57.3 (טווח 18-98). הציון הממוצע של TDS היה 2.4 (טעות תקן=0.44). נמצא מתאם גבוה בין TDS ל-MMSE (0.71) ו-CAMCOG (0.72), שנותר גם לאחר התאמה לגיל, מין והשכלה. בנקודת החיתוך 0-2 מול +3, הקליברציה 78.9% עם positive prediction rate של 93.8% ו-8.3% false positives. ממוצע TDS בקרב נבדקים עם MMSE 30-24 היה 3.9 מול 1.6 בקרב MMSE 23-0 ( $p=0.001$ ). TDS נמצא מהימן (בין בודקים שונים, בעל קונסיסטנטיות פנימית). 58% מהנבדקים ידעו לומר כי מדובר באדם, 45% ציינו לאחר המוות, 39% הזכירו רכוש, 32% מקבל (יורשים), ו-29% מסמך, ונעשה בחיים.

לאחרונה, גרמנייה ושותפיה (Gramegna et al., 2024) הצגו נורמות איטלקיות ל-TDS בקבוצה בת 341 נבדקים בריאים (ללא בעיות נוירולוגיות או פסיכיאטריות, ועם ערכי MoCA ו-FAB מעל לנקודת חיתוך לירידה קוגניטיבית על פי נורמות איטלקיות), בטווח גילים והשכלה רחב (גילי 30-92, שנות לימוד 1-20). השכלה בלבד נמצאה מנבאת של הציון ב-TDS. פרוטוקול ההעברה והניקוד של TDS שונה במידת מה מזה המקורי של הייניק ושותפיו (1999) ומציג גישה מקלה ולפיה גם הבעה דיבורית מתאימה נחשבת לתשובה נכונה (לדוגמה, "לרשום על נייר את רצוני" במקום מסמך) וכך גם כאשר ניתן להסיקה מתוך הנאמר (לדוגמה, "כאשר אני הולך לעורך דין...") משתמע בחיים). לציון ב-TDS במחקר הנורמות מתאם חלש יחסית אך משמעותי ( $p<0.001$ ) עם MoCA ו-FAB (0.17 ו-0.27). ממוצע הציון הגלמי של TDS היה 3.57 (ס"ת 1.17) ו-0.6 הציונים הגלמיים מותאמים להשכלה ומוצגים על פי שיטת Equivalent Scores (ES) (Capitani & Laiacona, 1997) ולפיהם  $ES=0$  אבנורמלי, מתחת לאחוזון חמש,  $ES=1$  גבולי,  $ES=2$  נורמלי נמוך,  $ES=3$  נורמלי,  $ES=4$  נורמלי גבוה, 50% ומעלה. במחקר נבדקה גם קבוצת משתתפים קטנה ( $n=6$ ) עם דמנציה במחלת אלצהיימר או דמנציה וסקולרית. אצל שלושה מהם נמצאה דיסוציאציה בין הציון ב-TDS לציון ב-MMSE ו-FAB. כך שציון ב-TDS עשוי להימצא

בטווח פתולוגי במבחן הקוגניטיבי, אך בטווח תקין ב-TDS. המחברים סוברים, כי הגדרת צוואה מהווה יכולת הנשענת על הלקסיקון המנטלי, דהיינו המאגר של יצוגים סמנטיים-לקסיקליים ורעיוניים, ומציעים כי TDS יכול לשמש גם ככלי משלים בהערכה נירופסיכולוגית קונבנציונלית.

הייניק (בהכנה) בדק באופן רטרוספקטיבי את הביצוע ב-TDS ואת הקשר בין הציון הכולל ב-TDS למשתנים סוציו-דמוגרפיים ולמדדים קוגניטיביים ונירופסיכולוגיים בקבוצה בת 94 משתתפים בגילי 60 ומעלה שמורים קוגניטיבית. שיטות ההערכה, המבחנים הקוגניטיביים והנירופסיכולוגיים ומאפייני הקבוצה תוארו במקום אחר (Heinik, 2024). ממוצע TDS היה 4.47 (96). טווח 2-6. פיזור הניקוד נמצא כדלקמן: ניקוד 0 – 1, 1.1% – 2, 11.7% – 3, 45.7% – 4, 22.3% – 5, 19.1% – 6, 0% – 0.0% של 6-4 ב-TDS הינו נורמלי (מעל לאחוזון עשירי), ניקוד 3 הינו גבולי (בין אחוזון חמישי לעשירי), וניקוד 0-2, פתולוגי. TDS נמצא בעל מתאם שלילי משמעותי עם הגיל בעת העלייה לישראל (-0.22,  $p < .001$ ). וחלש אך משמעותי עם הגיל הכרונולוגי ( $p = .031$ ), אך לא עם מין והשכלה. כמו כן, נמצא בעל מתאם חיובי גבוה עם תת-מבחן השפה מתוך CAMCOG (69.  $p < .001$ ) ומבחן שטף מילולי סמנטי (הסך הכולל בדקה של בעלי חיים / ירקות – פירות / כלי רכב) ( $p < .001$ , 61). במבחן רגרסיות לינארי, תת-מבחן השפה ומבחן שטף מילולי סמנטי ניבאו 53% משונותו של TDS. ראוי לציון, כי במחקר בריטי בקבוצה בת 74 חולי אלצהיימר, רגרסיה לינארית העלתה, כי הציון הכוללני ב-CAMCOG הצליח לנבא כ"ל בקרב 87% מהמדגם (בהתבססה על הנחיות בריטיות להערכתה). מבין תת-המבחנים של CAMCOG המנבא המדויק ביותר לכ"ל היה תת-מבחן השפה (84% Roked & Patel, 2008). TDS קשור איפא לתפקודי שפה של המצווה (Gramegna et al., 2024), ונושק למרכיב הראשון של הכ"ל (ראו לוח 1). מעשית, TDS בשל לשימוש קליני. על הקלינאי לבחור באחת משתי גרסאות ההעברה והניקוד שתוארו או אפילו בשתייהן (גרסה בעברית והנחיות להעברה מופיעים ב-supplementary materials).

**Testamentary Capacity Assessment Tool (TCAT):** מטרתם של פאפאג'ורג'יו ושותפיו (Papageorgiou et al., 2018) הייתה לפתח כלי נירופסיכולוגי קצר (15 דקות העברה), נוח להעברה ולניקוד, הבוחן ספציפית את היסודות הקוגניטיביים-קליניים של הכ"ל. יש צורך אפרוירי בקבלת פרטים אישיים אחדים הקלים להשגה, אך אין צורך בקבלת מידע קולטרלי באשר לתוכן הצוואה, ומכאן שהכלי אובייקטיבי. תקן הזהב (gold standard) לכ"ל במחקרם היוותה בדיקה עיוורת על ידי מומחה לפסיכיאטריה משפטית, בהסתמך על קריטריוני Banks v Goodfellow, כפי שמוטמעים בקוד האזרחי ביוון

(Vasou et al., 2018). TCAT בודק: (1) זיכרון: התמצאות בזמן ובמקום, זיכרון למידה וזיכרון אוטוביוגרפי (לדוגמה, פרטי משפחה וקרובים, תאריכי אירועים משמעותיים, ועוד). קיימים נוסחים אחדים לבדיקת הזיכרון האוטוביוגרפי בהתאם להרכב המשפחתי הנוכחי, והניקוד הכולל של חלק זה משתנה: ניקוד מקסימלי – 25 נקודות כאשר יש גם ילדים וגם אחים/אחיות; 22 נקודות כאשר יש אחד מהשניים, ילדים או אחים/אחיות, 19 נקודות כאשר אין לא ילדים ולא אחים/אחיות. פריט זה מרמז על הידע שיש למצוה בנוגע ליורשים העשויים לגלות עניין בצוואתו; (2) פסיכופתולוגיה נצפית, כמחשבות שווא, אי-שיתוף פעולה, ועוד. חלק זה אינו מנוקד; (3) ידע של פרמטרים פיננסיים, כגון הערכה גסה (בטווחים) של ערך מוצרי יום-יום וחשבונות לתשלום, וערכם של נכסים. פריט זה מרמז על תפיסה מציאותית של היקף הרכוש; (4) שיפוט (שאלות המתבססות על ויגנטות עם תרחישים היפותטיים, וציור – כפאראדיגמה של Theory of Mind). הפריט מרמז על יכולת קבלת החלטות הגיוניות (במובן של כוונה, רצון) כאשר לצוואה. הציון המקסימלי הכולל של TCAT משתנה על פי הציון המתקבל מהרכב המשפחה: 42, 45, 48 נקודות בהתאם.

TCAT על שלושת הגרסאות הועבר במסגרת מרפאה להפרעות קוגניטיביות/דמנציה לקבוצות חולים – פילוט בן 20 משתתפים, ל-64 חולי דמנציה ולקבוצת ביקורת שכללה 30 בריאים. בשלב הפיילוט של פיתוח TCAT הועברו 20 ראיונות מוקלטים, שנעשו על ידי אחד החוקרים, לידי שופט בכיר אשר התבקש לקבוע כשיר/לא כשיר. מידת ההסכמה בין החוקר לבין השופט הבכיר הייתה כמעט מוחלטת. בקבוצת החולים נכללו משתתפים עם אבחנה קלינית של דמנציה קלה או בינונית על פי סולם ה-Clinical Dementia Rating (CDR) (Morris, 1993); 86% מהם היו חולי אלצהיימר, והנותרים עם דמנציה ואסקולרית או מעורבת, 61% מהחולים היו עם דמנציה קלה (CDR 1) ו-39% עם דמנציה בינונית (CDR 2). לא נכללו נבדקים עם דמנציה קשה ועם פסיכופתולוגיה משמעותית. בקבוצת הביקורת היו משתתפים ללא היסטוריה של מחלות נוירולוגיות ופסיכיאטריות. ממוצע MMSE בקבוצת החולים היה 21.8 (4.3).

פסיכיאטר משפטי, עיוור לביצועי החולים (במבחנים הקוגניטיביים, וב-TCAT), בדק את 64 המשתתפים בקבוצת החולים וקבע כ"ל או אי-כ"ל. כל בדיקה ארכה כשעה, בדומה לנעשה במציאות הקלינית. קרוב משפחה מסר מידע קולטרי רלוונטי. החלטות המומחה מהוות את תקן הזהב במחקר זה. מתוך 64 חולי דמנציה, 39 (61%) נמצאו בעלי כ"ל, בעוד ש-25 (39%) נמצאו חסרי כ"ל. הואיל ושלוש גרסאות ה-TCAT (42, 45, 48) נמצאו בעלות תכונות פסיכומטריות דומות, אנו מתמקדים בתאורה של גרסת ה-TCAT-42 הקצרה, הנוחה להעברה והמומלצת על ידי החוקרים (Papageorgiou et al., 2018). נקודת החיתוך

26/27 השיגה בגרסה זו את השילוב המיטבי בין רגישות (זיהוי אי-כ"ל) – 84% ובין סגוליות (זיהוי כ"ל) – 100%.  $AUC=0.943$ . Area Under Curve (AUC) בכחינת יעילות ה-TCAT-42 על פי דרגות חומרה, ב-1 CDR השילוב המיטבי בין רגישות (100%) וסגוליות (85.1%) הושג בנקודת-חיתוך 31/32, עם  $AUC=0.962$ . ב-2 CDR השילוב הטוב ביותר בין רגישות (88.2%) וסגוליות (100%) הושג בנקודת חיתוך 26/27,  $AUC=0.901$ . באופן דומה, לגבי משתתפים עם שש שנות לימוד ומטה, השילוב המיטבי בין רגישות (94.6%) וסגוליות (100%) היה בנקודת חיתוך 26/27, עם  $AUC=0.947$ . מבחן ה-MMSE, בנקודת החיתוך המקובלת לירידה קוגניטיבית 23/24, הציג יכולת חלשה בהרבה: רגישות (80%) וסגוליות (58.3%), עם  $AUC=0.794$ .

הממצאים מורים כי TCAT-42 הינו כלי מהימן, תקף ורגיש להערכה של כ"ל בדמנציה ובעל יתרון ברור על פני מבחן MMSE, TCAT-42 יכול לנבא את חוות הדעת של מומחה באשר לכ"ל של חולה בגלותו רמה מספקת של רגישות וסגוליות. הכלי יעיל באופן דומה באנשים עם דמנציה קלה ודמנציה בינונית, ובעל תכונות פסיכומטריות מספקות גם באנשים בעלי השכלה של שש שנות לימוד ומטה.

בולוניני ושותפיה (Bolognini et al., 2022) הציגו נורמות איטלקיות ל-TCAT על שלוש הגרסאות ובדקו את תקיפותו הקונברגנטית מול MMSE, MoCA, FAB, Beck Depression Inventory – מבחן הערכה-עצמית לדיכאון – II ו-TDS. במחקרם נכללו 323 משתתפים בריאים מבחינה נוירולוגית ופסיכיאטרית (גברים 123, נשים 200), בטווח גילים 31-92 ובעלי השכלה בטווח של 4-25 שנות לימוד. אנו מתמקדים, ככל הניתן, ב-TCAT-42. להלן נתוני ממוצע, סטיית תקן (בסוגריים), וטווח למבחנים שבהם נעשה שימוש: TCAT-42 ממוצע 35.89 (2.43), טווח 27-42, MMSE ממוצע 28.79 (1.47), טווח 21-30, MoCA ממוצע 24.68 (3.74), טווח 13-30, FAB ממוצע 15.77 (2.19), טווח 9-18, במבחן הדיכאון ממוצע 8.07 (7.1), טווח 0-37, TDS ממוצע 3.63 (1.18), טווח 1-6. נמצא מתאם שלילי בינוני-נמוך אך משמעותי בין TCAT-42 לגיל ( $p<.001$ , 0.25), וחיוכי להשכלה ( $p<.001$ , 0.25). הניקוד היה גבוה משמעותית בגברים בהשוואה לנשים ( $p=.004$ ,  $t(321)=2.91$ ). ב-TCAT 48 נמצא מתאם בינוני, משמעותי, עם MMSE ו-MoCA (בשניהם  $p<.001$ , 0.33), בינוני-חלש עם TDS ו-FAB (בשניהם  $p<.001$ ), וחלש עם דיכאון. לגבי TCAT-42 מצוין כי נמצאה אותה תבנית של קורלציות משמעותיות בדומה ל-TCAT-48 ( $p<.002$ ) למעט דיכאון עימו לא הייתה קורלציה משמעותית. גיל והשכלה נמצאו מנבאים משמעותית את הניקוד ב-TCAT-42. ציוני TCAT הגלמיים, לאחר התאמה לגיל ולהשכלה, מוצגים בשיטת ES (Capitani & Laiacona, 1997).

בעדכון רצנטי (Vascou et al., 2023) דווח, כי ביצועי TCAT בירידה קוגניטיבית קלה נמצאו ללא הבדל בהשוואה לבריאים. כמו כן, נמצא מתאם גבוה בין הערכת מומחה לכ"ל והפרמטרים הפיננסיים של הכלי. בנוסף, הכלי הועבר ל-62 נבדקים שעברו אירוע מוחי חריף לראשונה בחייהם, בשלב שבו היו מועמדים לשיקום (Tsiakiri et al., 2024). בתחום הקוגניטיבי נמצא מתאם חיובי חזק עם הציון הכללי ב-III Addenbrooke's Cognitive Examination (838), ועם כל תתי התחומים של המבחן אך בעיקר עם זיכרון (800) וקשב/ התמצאות (756), בכלים ( $p < .001$ ) וכן עם MMSE (659,  $p < .001$ ). מעשית, עד אשר יתוקף בישראל, ניתן להיעזר בשאלות המופיעות בכלי ובודקות זיכרון אוטוביוגרפי, זיכרון למידה, ידע פיננסי, שיפוט ו-theory of mind. ניתן להעביר את המבחן ולנקדו (את הגרסה בעברית עם ההנחיות להעברה וניקוד ניתן לקבל אצל פרופ' הייניק).

**Testamentary Capacity Interview (TCI):** פורסם כשני עשורים לאחר הצגת האב-טיפוס (Marson et al., 2004) בשני מאמרים עוקבים (Gerstenecker et al., 2022; Martin et al., 2022). מדובר בריאיון סטנדרטי מכומת, להערכת הכ"ל העכשווית. מחבריו כיוונו למכנה משותף רחב לכ"ל, לפחות בארה"ב. התשובות לשאלות הן באופנים אחדים: פתוחות (הגדרה או דקלרציה), תשובות נכון/לא נכון, או תשובות רבות-ברירה. שתי האחרונות כדי לאפשר בדיקה של הבנה בנבדקים עם פגיעה בתפקודי שפה. TCI בוחן ישירות ארבעה מרכיבי כ"ל, מתורגמים ומתופעלים לקליניקה. מדובר בארבעה מבחנים נפרדים הבודקים: (1) מטרה; (2) נכסים; (3) יורשים; (4) תוכנית (להגדרות ראו לוח 3). לבדיקת המרכיבים 2 ו-3 יש צורך במידע קולטרלי ממוסר מידע מהימן. השאלות והניקוד פורסמו בחלקן. השימוש הנוכחי הינו למטרות מחקר. משך הריאיון עדיין לא פורסם, אך אינו קצר (Aravind et al., 2024).

מרטין ושותפיו (Martin et al., 2022) בדקו את מהימנות ותקיפות הכלי בקבוצת נבדקים קטנה (22 בריאים, 20 חולי אלצהיימר). המשתתפים גויסו ממחקר אורך בנושא אלצהיימר, שנערך במסגרת קלינית/מחקרית, ועברו הערכה מדוקדקת לקביעה/שלילה של מחלת אלצהיימר. קבוצת הביקורת עברה הערכה זהה לקבוצת החולים. מקבוצת החולים הודרו נבדקים עם MMSE מתחת ל-10 נקודות, וכן נבדקים עם פסיכופתולוגיה ובעיות גופניות משמעותיות. קבוצת הביקורת כללה רק נבדקים עם CDR 0 וניקוד ב-MMSE וב-Dementia Rating (DRS-2) Scale -2 בתחום הנורמה. המשתתפים התבקשו לנקוב בשמו של אדם קרוב, המכיר את רכושם ויורשים פוטנציאליים שלהם, כמקור מידע קולטרלי. להלן שאלות הנדלות מהמאמרים שפורסמו (Gerstenecker et al., 2022; Martin et al., 2022) מהן ניתן ללמוד על רוחב היריעה של הריאיון:

1. **מטרה:** המשתתף (להלן נעשה שימוש במונח "מְצוּוה" בתיאור השאלון) נשאל תחילה האם יש או אין לו צוואה (התשובה אינה מנוקדת) ולאחר מכן נבדקת ידיעתו מהי צוואה ומה משמעותה. המצווה מתבקש להגדיר צוואה, ולאחר מכן להשיב נכון/לא נכון בנוגע להצהרות הבאות: צוואה הינה מסמך חוקי, קובעת אנשים המקבלים החלטות רפואיות, תוכנית לטיפול בנכסים ובמטלטלים, נכנסת לתוקף רק לאחר מות המצווה, קובעת באופן חוקי את פטירת המצווה (תעודת פטירה), צריכה להיות כתובה כדי לחייב משפטית, ניתן לעשותה או לשנותה באמצעות הטלפון, יכולה לחלק את הרכוש לפני המוות. לאחר מכן, המצווה מתבקש לתאר את הצעדים הנדרשים לעשיית הצוואה, ומה קורה לרכוש המופיע בצוואה. לשני האחרונים יש גם תשובות רב-ברירה.
2. **נכסים:** בפני המְצוּוה מוצגים 20 סוגי רכוש שונים (בית, מכוננית, חשבון חיסכון, חפצי אומנות, ועוד) והוא מתבקש לציין האם נמצאים ברשותו (נכון/לא נכון) ולהעריך (בטווח של מחירים) את שוויים (כאמור, המידע הנחוץ להשוואה וניקוד כבר נמצא בידי הבודק). לאחר מכן המשתתף מתבקש למסור באופן ספונטני רשימה של נכסים שבבעלותו ועשויים להיכלל בצוואה. ולבסוף, המצווה מתבקש לנקוב בשם שלושה נכסים אישיים שהוא מתכוון לכלול בצוואתו. השאלה האחרונה נועדה לבדיקת זיכרון קצר-טווח וחוזרים עליה בהמשך הריאיון.
3. **יורשים:** המצווה מתבקש לנקוב בשמות קרובי משפחה העשויים להעלות תביעות משפטיות בנוגע לרכושו לאחר מותו, וכן שמות חברים, שותפים, בעלי חיים אהובים ומוסדות צדקה אשר המצווה עשוי לרצות לכלול בצוואתו. לאחר מכן המצווה מתבקש להשיב על ארבעה קובצי שאלות: (א) האם הוא נשוי או היה נשוי, ולמסור מידע בנוגע לבן/בת הזוג, כגון שם, גיל, והאם בחיים או נפטר; (ב) האם יש לו ילדים, ומתבקש לנקוב בשם, מקום המגורים, גיל, והאם בחיים; (ג) האם יש בני משפחה קרובים אחרים, כולל נכדים, אחים/אחיות, ולנקוב בשמם, מקום מגוריהם, האם בחיים (המידע המדויק כבר בידי הבודק); (ד) המצווה מתבקש באופן עצמאי לנקוב בשם שלושה יורשים אשר מתכוון לכלול בצוואה (כולל קבוצות וארגונים) ולתאר את טיב ומשך הקשרים איתם (היורשים למעשה אינם חייבים להיות בני זוג, בני משפחה וקרובים אחרים שהוזכרו בשאלות א-ג).
4. **תוכנית:** המְצוּוה מתבקש להשיב על חמש שאלות: (א) לתאר את תוכניתו לחלוקת רכושו ליורשים נבחרים לאחר מותו; (ב) האם זוכר את שלושת הנכסים האישיים שאותם ציין ב"נכסים" (כאמור שאלה לבדיקת זיכרון קצר

טווח); (ג-ה) המצווה מתבקש לנקוב בשם שלושה יורשים מיועדים ואת החלק שאותו כל אחד מהם אמור לקבל, וכן את הסיבה לחלוקה זו ולאותו אדם.

במחקר לא נמצאו הבדלים דמוגרפיים (גיל, מין, השכלה, גזע) משמעותיים בין הבריאים לחולי האלצהיימר. מאידך ממוצע MMSE בבריאים היה 29.2 (ס"ת 1, טווח 26-30), ובחולים 22.4, (ס"ת 4.6, טווח 13-28), דהיינו נמוך משמעותית בחולים (0.001). כך גם ממוצע ה-DRS-2 בבריאים 139.9 (ס"ת 3, טווח 132-144) ובחולים 113.6 (ס"ת 14.6, טווח 82-134), שהיה נמוך משמעותית בחולים (0.001). לא נמצאו הבדלים בעלי משמעות סטטיסטית בשיעור הדיכאון בין שתי הקבוצות. הביצועים ב-TCI בקבוצת הביקורת היו משמעותית טובים מאשר בקבוצת האלצהיימר, בכל ארבעת מרכיבי הכ"ל (ראו לוח 3), ובמרבית הפריטים. ממצא ראשוני זה מרמז על ה-construct validity של המבחן. ליקויים בקרב חולי האלצהיימר לא היו הומוגניים. TCI גילה דרגה מספקת של internal consistency במרכיבים "מטרה" ו"תוכנית". לא ניתן להשיג את האחרונות באשר ל"נכסים" ו"רכוש" היות וניקוד בפריטים האינדיבידואליים שונה אינהרנטית ובצורה רחבה ממשותפת למשתתף. שיעור ההסכמה בין בודקים שונים היה טוב בכל ארבעת המרכיבים. ממצאי התקיפות יחד עם effect sizes של למעלה מ-1.2 מציעים כי ל-TCI יש content and construct validity.

גרסטנקר ושותפיו (Gerstenecker et al., 2022) בדקו שכיחות הפגיעות ומתאמים קוגניטיביים של הכ"ל בחולי אלצהיימר ובריאים, בנפרד וביחד. TCI מהווה במחקר זה proxy קליני של הכ"ל. מדובר באותה קבוצת נבדקים אשר מאפיניה הדמוגרפיים וכן הביצועים ב-TCI תוארו במחקר הקודם (Martin et al., 2022). במחקר זה נבדקו גם ביצועי המשתתפים במבחנים קוגניטיביים/ניורופסיכולוגיים המכסים קשת של תפקודים קוגניטיביים: קוגניציה כללית: MMSE; קשב: מבחן הספרות – Digit Span; תת-מבחן מתוך מבחן וכסלר למבוגרים – מהדורה שלישית, הבודקת חזרה על ספרות קדימה ואחורה; שפה אקספרסיבית: שטף מילולי סמנטי נבדק באצעות אמירת שמות בעלי חיים בדקה; מבחן שיום בוסטון, הגרסה בת 30 ציורים הבודקת שיום בקונפרונטציה וזיכרון סמנטי; זיכרון: California Verbal Learning Test – II (CVLT-II) מדד של למידה מילולית וזיכרון שבו הנבדקים לומדים 16 מילים בחמש נסיונות – מבחן זיכרון מיידי (CVLT-II immediate) וזכירה חופשית לאחר 20 דקות – מבחן זיכרון מושהה (CVLT-II long delay); תפקוד אקסקוטיבי: מבחן מסלולים ב' הבודק set-shifting באמצעות מספר השניות הנדרשות לחיבור בקו 25 מספרים ואותיות לסירוגין, ו-Digit Symbol Coding (DSC), תת-מבחן מתוך מבחן וכסלר למבוגרים – מהדורה שלישית – מדד של מהירות ידע וקשב-מחולק, שבו המשתתף נדרש להתאים מספרים ספציפיים לסמלים בהתאם למפתח הנמצא

בראש העמוד, וכל זה משך 120 שניות; מהירות עיבוד: מבחן מסלולים א', בחן של מהירות ידע ויזואל-מוטורי הנבדק באמצעות מספר השניות הנדרשות לחיבור בקו של 25 מספרים בסדר עולה (עיקר הממצאים מובאים בלוח 3).

הציון במרכיבי המבחן ובציון הכללי היו נמוכים משמעותית בחולי האלצהיימר. נתוני הטווחים מעידים על מקרים של חפיפה בין בריאים לחולים בכל המרכיבים (למעט תוכנית) ובציון הכללי. TCI ומרכיבו נמצאו בחולי אלצהיימר פגועים קשה ובשיעורים שונים, פחות במטרה, ויותר בתוכנית. ב-5% מחולי האלצהיימר הציון הכללי נמצא תקין. במדגם הכללי (42 משתתפים) נמצא מתאם משמעותי, בדרגה משתנה, בין כל ארבעת מרכיבי הכ"ל ובמבחנים נירופסיכולוגיים. האחרונים עם טווחי מתאם הגבוהים ביותר מופיעים בלוח 3. מתאם משמעותי נמצא למעשה גם בין הציון הכללי ומרכיבי הכ"ל לבין יתר המבחנים הנירופסיכולוגיים, למעט מבחן הספרות. ברגרסיה לינארית המנבאת את הציון הכללי ב-TCI נמצא  $R^2=0.71$ , והמסבירים הבאים בסדר גודל יורד: מסלולים ב', מבחן שיום בוסטון, מבחן זיכרון מושהה, מבחן זיכרון מיידי, ומבחן DSC. ברגרסיה לוגיסטית (כאשר סטיית תקן 1.5 – מבדילה בין פגועים בכ"ל וללא-פגועים) נמצא  $R^2=0.82$ , והמסבירים הבאים בסדר גודל יורד: מבחן זיכרון מיידי, מבחן זיכרון מושהה, מסלולים ב', מבחן DSC ומבחן שיום בוסטון. לא הוצגו בשלב זה נקודות חיתוך ונורמות, להערכה מכומתת של הכ"ל.

מעשית, עד אשר יפורסמו ממצאים נוספים באשר לביצועי הכלי, ניתן להיעזר במידע העשיר שמספק ללמידה של שאלות שרצוי לשאול בעת ההערכה, לבחור אחדות מהן ולבצע רישום קבוע של התשובות להן, מה שמהווה סטנדרדיזציה וראיה לביצועי המצווה באותה עת.

## דיון

המאמר עוסק בהערכה קלינית מכומתת של הכ"ל העכשווית. לאחר סקירה תמציתית של הנעשה בהערכה קלינית מסורתית, לא-מכומתת, של פעולה משפטית זו, תואר הבסיס הרעיוני לפיתוח כלי הערכה מכומתים לכ"ל, ונסקרו שלושת הכלים המכומתים היחידים הקיימים כיום, העשויים להיות לעזר בהערכה הקלינית של הכשרות עכשוויות לצוות. הדיון שלפנינו יעסוק בסוגיות מרכזיות העולות/נגזרות מהנאמר עד כה:

הדרישות מכלי הערכה מכומתת לכ"ל: על כלי זה להיות: (1) ספציפי לנושא הכ"ל; (2) מהימן ותקף; (3) בעל נורמות בבריאים; (4) ישים, לא ארוך מדי, נוח להעברה במסגרת קלינית, לא רק מחקרית; (5) אובייקטיבי, עדיף ללא הזדקקות למידע קולטרלי באשר לתוכן הצוואה; (6) השאלות הנשאלות הן בעלות משמעות לנבדק (Brenkel et al., 2018; Champine, 2006). שלושת הכלים

## מגבלות קונצפטואליות החלות על המסקנות מהנתונים האמפיריים

בשונה ממבחנים קוגניטיביים הנבחנים בהיבטיהם הפסיכומטריים מול תקן זהב כאבחנה/ממצאי הדמיה/פתולוגיה, למבחנים שנסקרו אין תקן זהב משפטי. החלטות שיפוטיות מתבססות על תצהירים, עדויות, חוות דעת אחרות ותקדימים משפטיים. משקל חוות הדעת הקליניות בהחלטה השיפוטית משתנה ממקרה למקרה (Shulman et al., 2009) והן בלתי ניתנות לצפייה מראש (Jacubek, 2025). TCI עשוי לשמש בעתיד בתור תקן זהב לפיתוח כלי הערכה מכומתים קצרים יותר לכ"ל העכשווית, בדומה לתפקיד אותו מילא MacCAT-T (Grisso et al., 1997) בסוגי כשרות אחרים.

המבחנים הקליניים שלפנינו ("קריטריוני proxy") מתייחסים במידה משתנה (מוגבלת ב-TDS רחבה יותר ב-TCI) למבחנים המשפטיים של הכ"ל (ראו לוח 4) שהם רחבים יותר, מגוונים ונתונים לפרשנות, ואינם חופפים להם באופן מלא (Martin et al., 2022).

המבחנים המכומתים לכ"ל שסקרנו נחקרו בדמנציה התחלתית-קלה-בינונית, בעיקר מסוג אלצהיימר ו/או וסקולרית. הם לא נבדקו במצבים פסיכופתולוגיים נוספים העלולים לפגוע בכ"ל בין אם מדובר בתסמונת כדליריום, מצבים פסיכיאטריים משמעותיים (פסיכוזות, דיכאון קשה, מניה), דמנציה מלווה בהפרעות התנהגותיות, או מחלות proper כדמנציה פרונטו-טמפורלית, דמנציה עם גופיפי לווי, ועוד (Purser & Lonie, 2019). לכל אחד ממצבי חולי אלה מהלך שונה (לדוגמה, המהלך התנודתי בדליריום עם הסתמנות של מצבי רגיעה יחסית – lucid intervals – בהם ייתכן שתתבקש הערכת כ"ל), והסתמנות משתנה במהלכן (לדוגמה, "ליקוי" עם תסמינים שליליים בסכיזופרניה כרונית). כך שהכלים המכומתים שתוארו עשויים להיבחן במגוון רחב של הפרעות נפשיות. המודל הנוירו-קוגניטיבי הינו בסיסי ותקף לגבי כל סוג של פסיכופתולוגיה בהיותו משיק לקריטריונים קוגניטיביים שהם ליבת המבחן המשפטי של הכ"ל, אך גם עקב היות תחומים קוגניטיביים ממלאים תפקיד משמעותי גם בהפרעות נפשיות קשות, שבהן הסימפטומים הלא-קוגניטיביים נמצאים אומנם בקדמת הבמה, כגון סכיזופרניה, דיכאון קשה, מניה, אך לאלה הקוגניטיביים תפקיד משפיע על המהלך, הצפי, ההגבה לטיפול, ועוד, כבסכיזופרניה (Bergman-Levy et al., 2014).

בישראל, הערכה קלינית של הכ"ל העכשווית מבוצעת במסגרת הפרקטיקה הפרטית. באין הנחיות מקצועיות עדכניות כיצד לבצע, הרופא נסמך על ידע מקצועי אישי. הומלץ כי הערכת הכ"ל העכשווית תהיה תהליך בן מפגשים אחדים (דורון והייניק, 2015). לקבלת מידע קולטרלי מהימן באשר להיסטוריה הרפואית של המצווה, יחסיו עם אחרים, והצוואה ותוכנה יש חשיבות רבה. בעוד

שבישראל המצווה/קרוביו מופנים אפריורי לקבל "אישור" או "תעודה" שהמצווה "צלול/כשיר", במשפט האנגלו-אמריקאי מקובל מוסד מכתב ההנחיות (letter of instruction) (Forest et al., 2015). מדובר במכתב מעורך הדין עורך הצוואה לרופא הבודק כ"ל, שבו ציון נקודות חיוניות לצוואה שעל הפרק ובין היתר פרטי רכושו של המצווה (היקף, שווי, והאם פשוט או מורכב), מיהם המוטבים המצופים (מי נכלל, מי מודר, מהן הסיבות להדרה), צוואה קודמת אם קיימת וצוואה נוכחית עם הסבריו של עורך הדין בנוגע לחלוקה. יש משפטנים המבקשים בנוסף לדעת האם המצווה סובל מהפרעה נפשית או מבעיה גופנית עם הסתמנות נפשית הפוגעת ביכולותיו הקוגניטיביות; מהי מהות המחלה וחומריתה; האם נפגעות גם יכולות תפקוד יום-יומיות (כתפקוד פיננסי); כיצד הפגיעות הקוגניטיביות פוגעות בכל אחד מהמרכיבים של מבחן הכ"ל והאם יש ההסתמנות נפשית, לא קוגניטיבית, כיצד היא משפיעה ספציפית על הכ"ל (Bennett, 2016). בדיקת הכ"ל היא בדיקת חתך-רוחב קוגניטיבית – נפשית, איכותנית, לא-מובנית ברובה, עם שאלות המכוונות ישירות לעמידת המצווה במבחני הכ"ל (Lonie & Purser, 2017). המבחנים המכומתים לכ"ל יועברו יחד עם המבחנים הקוגניטיביים ויפורשו באופן דומה למבחנים קוגניטיביים. דהיינו, מביאים בחשבון השפעה אפשרית על הניקוד המתקבל של משתנים סוציו-דמוגרפיים (גיל, מין, שנות לימוד, גיל עלייה, תרבות, ועוד), מצבים פסיכופתולוגיים (כמחשבות שווא בין אם ספציפיות לתוכן הצוואה ואז האחרונה עלולה להתבטל ובין אם לאו, דיכאון, התנהגות בעת הבדיקה) ומצבים רפואיים נוספים (כמחלות גופניות קשות, שימוש בתרופות, עייפות, שמיעה/ראייה, ועוד). הממצאים במבחני ה-TCAT וה-TDS מפורשים בדומה לממצאים ב-MMSE, למשל. ככולם בסופו של הליך נדרש השיקול הקליני.

מקרים שבהם נעשה שימוש במבחנים מכומתים להערכה הכ"ל העכשווית יגיעו בסופו של דבר לפתחו ולהכרעתו של בית המשפט. מדובר בתהליך צורך זמן. להשוואה ניעזר בתהליכים שעבר מבחן ה-MMSE בהקשר זה. בעוד שלפני עשורים אחדים מבחן זה כלל לא הוזכר בפסקי דין, כיום, על אף מגבלותיו בכל הקשור להערכת הכ"ל, הוא מצוטט ונדרש בפסקי דין בעולם (Lonie & Purser, 2017) ובארץ (לדוגמה, פש"ר 33167-10-17 פלונית נ' פלוני). רק העתיד יוכיח מה תהיה מידת המקובלות והקבילות המשפטית של המבחנים המכומתים להערכה קלינית עכשווית של הכ"ל.

לסיכום: נושא כלי הערכה מכומתים לכ"ל העכשווית נמצא בשלב התפתחותי מוקדם, ברם ניתן לעשות שימוש קליני חלקי בהם כבר כעת. השילוב של TDS ו-TCAT הינו בשלב זה המבטיח ביותר בהיותו מתייחס הן למרכיב הראשון הבסיסי ביותר של הכ"ל (TDS) והן במשולב לתחומים קוגניטיביים עיקריים שביסוד כל מרכיבי הכ"ל. השימוש בכלי הערכה שסקרנו על נתוניהם הקשיחים,

שנסקרו עומדים בכך חלקית. לכל אחד נקודות חוזק וחולשה (Aravind et al., 2024). נפרט:

1. TCI הינו היחיד הבוחן את מרבית מרכיביה הקליניים של הכ"ל (מטרה, נכסים, יורשים, תוכנית). TDS מתייחס למרכיב הראשון בלבד (מטרה), בעוד ש-TCAT אינו מתייחס למרכיבי הכ"ל, אלא בוחן את יסודותיהם הנוירו-קוגניטיביים בלבד (התמצאות, זיכרון אוטוביוגרפי, זיכרון למידה, ידע פיננסי, שיפוט ו-theory of mind). אף לא אחד מהם נוגע בהיבטים הנפשיים שביסוד אי-כשרות לצוות. אומנם ב-TCAT קיים פריט לפסיכופתולוגיה, אך הוא כללי מידי, ואינו מנוקד. בכל שלושת הכלים מצבים פסיכופתולוגיים משמעותיים היוו אינדיקציה לאי-הכללה במחקר התיקוף.
2. TDS ו-TCAT נמצאו מהימנים ותקפים. TCI מצא מהימנות טובה והנתונים ההתחלתיים מגלים גם תקיפות מספקת.
3. נורמות המביאות בחשבון גיל, מין והשכלה מאפשרות התייחסות מדויקת יותר לציונים גולמיים. את הנורמות יש לבדוק בשפות ובתרבויות שונות לאחר שהכלי תורגם והותאם לשפה מסוימת. ל-TDS קיימות נורמות איטלקיות בלבד, אך הוצגו ממצאי ביצוע במסגרת קלינית בקבוצת השמורה קוגניטיבית. גם ל-TCAT, נכון לעכשיו, נורמות איטלקיות בלבד. TCI, כאמור, נחשף באופן חלקי. חשוב להדגיש, כי חלק נכבד מהמבחנים הקוגניטיביים שבשימוש קליני שגרתי, על אף שתורגמו והותאמו, הם חסרי נורמות בשפות מסוימות. לדוגמה, ל-MMSE ו-MoCA אין נורמות בעברית, והקלינאים נעזרים בנורמות משפות אחרות.
4. TDS ו-TCAT הם קצרים (דקות אחדות ו-15 דקות, בהתאמה) ונוחים להעברה גם במסגרות קליניות. TCI כריאיון יהיה ארוך יותר להעברה וכרגע מיועד לצורכי מחקר בלבד (Aravind et al., 2024).
5. TDS הינו אובייקטיבי לחלוטין ואינו דורש קבלת מידע קולטרלי. TCAT אינו דורש קבלת מידע קולטרלי באשר לתוכן הצוואה אך נדרש מידע באשר לפרטים דמוגרפיים וביוגרפיים נוחים להשגה. מידע פיננסי (נכסים, יורשים) הוא מקור לבעייתיות בתהליך הערכת הכ"ל, באשר לגביו מתקיימים חשדנות, חוסר נכונות לשתף אדם זר במידע אישי רגיש וחשש להטיות ולא-דיוקים. TCI מסתמך על מידע קולטרלי במרכיבים של נכסים ויורשים.
6. שלושת הכלים הועברו במסגרות רפואיות שבהן המחקרים נערכו. המשתתפים הגיעו אליהן למטרות אבחון וטיפול ולא למטרות הערכת כשרות. לא ברורה משמעות השאלות לנבחנים במסגרות ובמצבים אלה.

### מהנתונים האמפיריים שהוצגו משתמע כי :

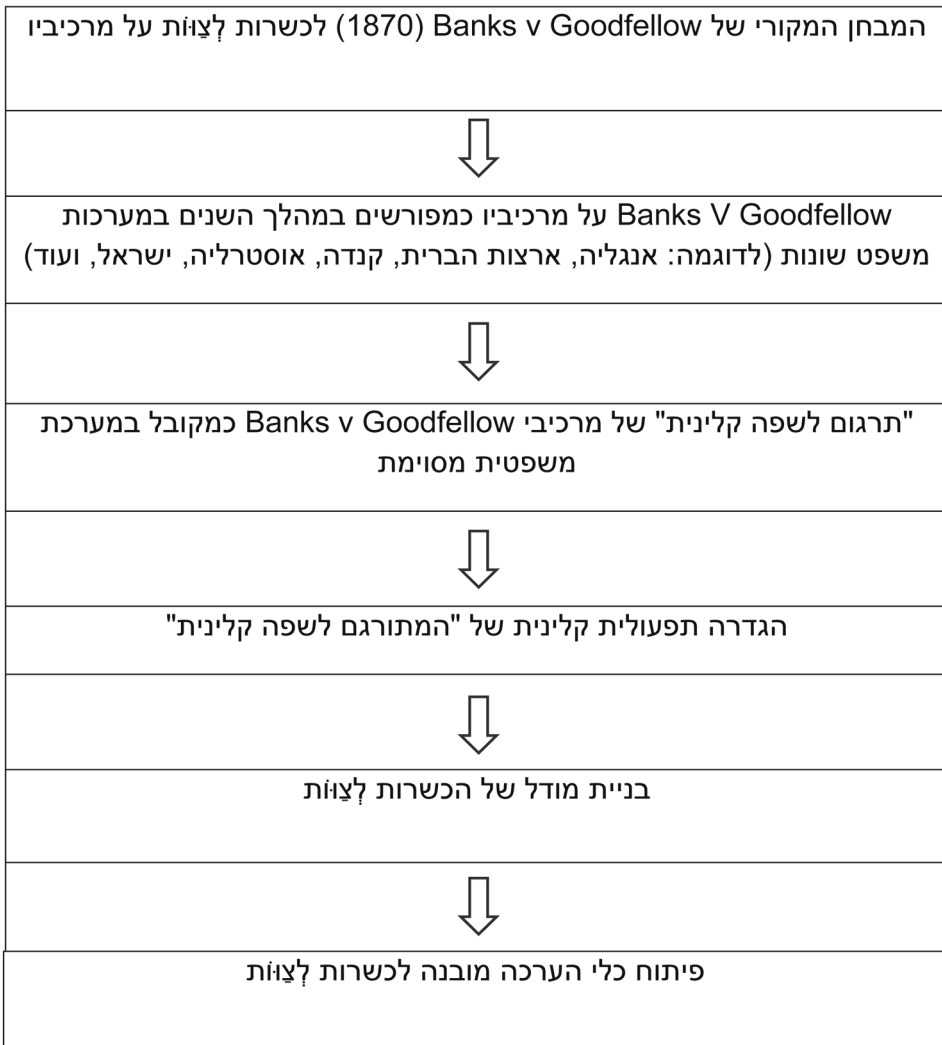
1. כ"ל על מרכיביה הינה מבנה משפטי מתווך-קוגניטיבי. מצד אחד, הדרישות הקוגניטיביות של Banks v Goodfellow ומאידך, המרכזיות של התפקוד הקוגניטיבי הנדרש (Lonie & Purser, 2017). המודל הנוירו-קוגניטיבי אשר הוצג על ידי מרסון ושותפיו ומרטין ושותפיו (Marson et al., 2004; Martin et al., 2022) מגשר על הפער שבין השניים, מאפשר הסבר קאוזלי (דהיינו, כיצד פגיעה בפונקציה קוגניטיבית תורמת לפגיעה במרכיב משפטי), מיקום של המבחנים במודל ההיררכי (ראו לוח 4) והמשך מחקר ופיתוח של כלי הערכה מתאימים. כלי ההערכה המכומתים שתוארו הם בגדר מבחנים קוגניטיביים סגוליים לכ"ל. כיום תסמונת הדמנציה, הנמנית על ההפרעות הנוירו-קוגניטיביות (APA, 2022) מהווה את הדגם הנפוץ, המתאים למחקר (Purser & Lonie, 2019), בשונה מ-Banks v Goodfellow, שבו ההסתמנות הייתה של פסיכוזה פרנואידלית כרונית.
2. הממצאים האמפיריים מעניקים תוקף כמותי לידוע מזה שנים: אבחנה ו/או ציון במבחן קוגניטיבי אינם שווי-ערך לכ"ל או שלילתה. על כל אחד מהם להיות מוערך בנפרד (Shulman et al., 2009).
3. התפקודים הקוגניטיביים המרכזיים העומדים ביסוד הכ"ל הם זיכרון, תפקוד אקסקוטיבי ויידע (שפה) סמנטי (Lonie & Gerstenecker et al., 2022; Purser, 2007), אף כי בשיעור שונה בכל אחד מהמרכיבים: כוונה, רכוש, יורשים, תוכנית. ברם, תפקודים קוגניטיביים אלה אינם רשימה סגורה, ומוצעים תחומים נוספים, כידע של פרמטרים פיננסיים ושיפוט (Papageorgiou, et al., 2018), תובנה, שליטה על דחפים, ועוד (Purser & Lonie, 2019). מסתמן מודל קוגניטיבי רב-ממדי לסכום הכולל של מרכיבי הכ"ל (Gerstenecker et al., 2022).
4. השימוש בכלי הערכה מכומתים לכ"ל, יחד עם מבחנים סגוליים מוסכמים לתחומים הקוגניטיביים שביסודה, כדוגמת התחומים הנוירו-קוגניטיביים ב-DSM-5 (הייניק 2022), עדיף על מבחנים נפוצים של קוגניציה כללית, כגון MMSE (כלי ההערכה הקוגניטיבי הנדון ביותר בהליכים משפטיים של כ"ל). כאשר השימוש בכלי הערכה לקוגניציה כללית הינו בלתי נמנע ישנה עדיפות לאלה הבודקים גם תפקודים אקזקוטיביים כ- CAMCOG, MoCA, FAB ו-DRS-2, שבהם נעשה שימוש במחקרים שסקרנו.

לוח 1 : מבדן Banks v Good fellow ומרכיבי במקור מול מרכיבי הכשרות לצוות במשפט בישראל

<p>פרשנות למרכיב הכשרות לצוות בפקינה בישראל          ע"א 88/53 פק"ל ואח' ל' וזנצנצו פ"ד ט 1296, ע"א 851/79, 160/80 בבדל ג' בבדל פ"ד חד (3) ע"א 101.</p>	<p>כשרות לצוות בפקינה בישראל          בכדי לומר כי למוריש היכולת לצוות יש לבחון את השאלות שלהלן: (פשי"ר 10-17-33167 פלנית ג' פלני).</p>	<p>מבחן Banks v Goodfellow (1870) לעשיית צוואת תקיפה חייגי כי יהיה במתן של המצווה:</p>
<p>משמעות המסמך היא הקניית זכויות לאחר פטירה. מעשית, לודא שהמצווה מבין את העובדה שהמסמך שהוא עורך מתייחס לתקופה שלאחר פטירתו כי יש למסמך זה השלכה מהותית על מי שירש אותו ומי שלא יירש.</p>	<p>א. האם המוריש מבין את טבעה של המצווה והשלכותיה.</p>	<p>להבין את טיבו של המעשה ותוצאותיו.</p>
<p>גם אדם כשיר לחלוטין לא בהכרח מכיר וזוכר את פרטי הרכוש, מיקום החשבונות, הסכומים שבחשבונות וכו'. לכן הדרושה מצטמצמת בדרך כלל לעיקר רכושו. ידעת על נכסים מהותיים כמו דירה או דירות וידעת כללית היכן הנכסים מצויים.</p>	<p>ב. מהי מודעות המוריש להיקף נכסיו.</p>	<p>ב. להבין את היקף הרכוש המסודר.</p>
<p>השפעת הוראות צוואתו על אלה המפורטים בה ועל יורשיו על פי ד"ו, שעשויים להיפגע מתוכן צוואתו, המוריש צריך להכיר את אלו שאמורים לרשת אותו בהיעדרה של צוואה. כשמדובר בקרובים מודרים, ממליצה הפסיקה לאזכר עניין זה בצוואה.</p>	<p>ג. ידעת המוריש בדבר האציפיות של קרוביו לצנות בנכסיו לאחר מותו.          ד. ידעת המוריש בדבר מי שהוא מדיר מצוואתו.</p>	<p>ג. להיות מסוגל לזכור ולזהר את רשתתו לרבות ב"ד"רש בכדי שהצוואה תהיה תקיפה.</p>
<p>מדובר בגבול משתנה התלוי בשילוב כלל הפרמטרים הנפשיים והקוגניטיביים. השאלה מתי שקול הדעת אובייקטיבית ועד כמה הוא משפיע ממחלה נפשית או מאישיית בייחתי או מנסבות יחיים. יש להבחין ברורה בין מצבים בהם מחשבות תחוא מופכות כלפי מי שאמור לרשת ושהודר בצוואה – שם למחשבות תחוא יש משקל מחותי בספילת כשרות, בשונה ממחשבות שואן שאין להן קשר ליורשים.</p>	<p>ה. האם דעתו של המצווה צלילה, והאם הוא משהורר מהפרעות נפשייות המשפיעות על רצונותיו.</p>	<p>ד. ללא הפרעה שכלית שחריגה את רגשותיו, תעוה את חוש הצדק שלו, או תמנע ממנו הפילת יכולותיו הטבעיות – ללא מחשבת שואן מטורפת (Insane delusion) שתשפיע על רצונו.</p>

כחלק וכתוספת להערכה הקלינית האיכותנית, לצד מבחנים סגוליים לתפקודים קוגניטיביים אשר ביסוד הכ"ל (מבחני זיכרון לסוגיו, תפקודים אקזקוטיביים למיניהם), ידייקן את יכולת הערכת הכ"ל העכשווית ויוסיפו ממדים של בקרה, פרוצדורה ואובייקטיביות החסרים כיום.

תרשים 2: שלבים רעיוניים בפיתוח כלי הערכה מכומת לכשרות לצוות  
(Marlowe, 1994; Spar et al., 1995; Marson et al., 2004)



**לוח 3: ממצאים אמפיריים הנובעים ממחקר (Gerstenecker et al., 2022; Martin et al., 2022)**

מתאם עם מבחנים ניורופסיכולוגיים <sup>4</sup> במדגם השלם (n=42)		שיעורי פגיעה <sup>2</sup> ב-TCI בקרב חולי אלצהיימר (n=20)		ציוני TCI : השוואה בין בריאים (n=22) לחולי אלצהיימר (n=20) (ממוצע, טווח)		TCI ומרכיביו (ציון מקסימלי)
$r^5$	p	פגוע קשה <sup>3</sup> %	לא פגוע <sup>3</sup> %	חולי אלצהיימר	בריאים	
.65 - .72	<.001	45	35	18.7 (8-25) ***	23.9 (19-28)	מטרה <sup>1</sup> (מק.ס. 28)
.54 - .62	<.001	55	15	31.8 (14-45) ***	39.0 (33-43)	נכסים <sup>1</sup> (מק.ס. 46)
.53 - .64	<.001	65	35	12.8 (1-16) ***	16.0 (15-16)	יורשים <sup>1</sup> (מק.ס. 16)
-.56 - .67	<.001	65	10	9.2 (1-13) ***	12.9 (11-14)	תכנית <sup>1</sup> (מק.ס. 14)
.67 - .79	<.001	95	5	72.5 (24-90) ***	91.8 (87-97)	ציון כללי (מק.ס. 104)

p<=.001 \*\*\*

TCI – Testamentary Capacity Interview

r – Pearson's moment product correlation

- 1 מטרה – ידיעת המצווה מהי צוואה, מטרתה ומשמעותה, נכסים – ידיעת המצווה את טיבם והיקפם של הנכסים העשויים לעבור בצוואה ליורשים שנקבעו, יורשים – ידיעת המצווה מיהם יורשיו, תוכנית – יכולתו של המצווה לתאר תוכנית בסיסית להסדרת רכושו ליורשים שנבחרו, לאחר מותו.
- 2 נקודת חיתוך לפגיעה נקבעה 1.5 סטיות תקן (ס"ת) מתחת לממוצע הקבוצה הנורמלי. מכאן: פגיעה קלה (שווה ומתחת ל-1.5 ס"ת), פגיעה בינונית (שווה ומתחת ל-2.0 ס"ת), פגיעה קשה (שווה ומתחת ל-2.5 ס"ת).
- 3 מוצגים האחוזים של לא פגוע מול פגיעה קשה המהווים את הרוב. לשיעור הפגיעות קל ובינוני ראו Gerstenecker et al., 2022.
- 4 ראו הטקסט לתיאור המבחנים הקוגניטיביים/ניורופסיכולוגיים שהועברו.
- 5 מוצגים טווחי המתאם החזקים ביותר שנמצאו עם הבאים: CVLT II delay, CVLT-II immediate, DSC, מבחן מסלולים ב', מבחן שיום בוסטון.

**לוח 4: מיקום המבחנים המכומתים במודל הנייר-קוגניטיבי להערכת הכ"ל (Brenkel et al., 2018; Gerstenecker et al., 2022; Gramegna et al., 2024; Martin et al., 2022; Purser & Lonie, 2019; Zago & Bolognini, 2022)**

ידעת בדבר מי שהוא מדיר מצוואתו	ידעת ציפיות של קרובים לזכות בנכסים לאחר המוות	מודעות להיקף הנכסים	הבנת טבעה של הצוואה והשלכותיה	כ"ל: מבחנים משפטיים בישראל
תוכנית	ירשים	רכוש	כוונה	כ"ל: מבחנים (proxy) קליניים
TCI	TCI	TCI	TDS TCI	מבחנים מכומתים לכ"ל
TCAT זיכרון אישי אפיזודי. זיכרון רצנטי ושל למידה. זיכרון עבודה. תפקוד אקזקוטיבי כולל תכנון, הנמקה, שיפוט.	TCAT זיכרון אישי אפיזודי. זיכרון רצנטי ושל למידה. זיכרון עבודה. תפקוד אקזקוטיבי כולל תכנון, הנמקה, שיפוט.	TCAT זיכרון ארוך טווח סמנטי ואוטוביוגרפי. זיכרון רצנטי אפיזודי ושל למידה. זיכרון עבודה.	שפה. ידע לקסיקלי-סמנטי ורעיוני. TDS	תחומים קוגניטיביים שבסיסד הכ"ל
הפרעות נייר-קוגניטיביות.	הפרעות נייר-קוגניטיביות.	הפרעות נייר-קוגניטיביות.	הפרעות נייר-קוגניטיביות.	הפרעות / מחלות

כ"ל – כשרות לצוות

TCAT – בודק התמצאות, זיכרון אוטוביוגרפי, זיכרון למידה, ידע פיננסי, שיפוט ו-theory of mind

TDS – Testament Definition Scale.

TCI – Testamentary Capacity Interview.

TCAT – Testamentary Capacity Assessment Tool.

## מקורות

- דורון, י', הייניק, י' (2015). היבטים משפטיים בפסיכוגריאטריה. בתוך י' הייניק, צ' דוולצקי (עורכים), *פסיכוגריאטריה: פרקים נבחרים* (עמ' 530-555). ג'וינט ישראל אשל.
- הייניק, י' (2009). כשירות לעריכת צוואה — היבטים פסיכיאטריים ומשפטיים. בתוך א' גרינשפון, י' מרגולין, א' ויצטום (עורכים), *פסיכיאטריה משפטית בישראל* (עמ' 273-286). אריה ניר הוצאה לאור בע"מ.
- הייניק י' (2022). תחומים קוגניטיביים בעידן DSM-5 ומבחנים לבדיקת קשישים עם ירידה קוגניטיבית. *הרפואה*, 161(8), 514-506.
- הקר, ד' (2015). מאפייניהם של סכסוכי ירושות בישראל — ממצאי מחקר אמפירי. *הון משפחתי*, א(3) (יולי), 79-100. חוק הירושה, תשכ"ה — 1965.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association.
- Aravind, H., Taylor, M., & Gill, N. (2024). 'Evaluation of testamentary capacity: A systematic review'. *International Journal of Law and Psychiatry*, 93, 101969.
- Bennett, H. (2016). Neurolaw and Banks v Goodfellow (1870): Guidance for the assessment of testamentary capacity today. *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), 289-290.
- Bergman-Levy, T., Heinik, J., & Melamed, Y. (2014). Testamentary capacity of the schizophrenic patient. *Israel Medical Association Journal*, 16(3), 142-146.
- Bolognini, N., Zago, S., Esposito, A., Gramegna, C. & Aiello, E. N. (2021). Strumenti specifici per la valutazione tecnica della capacita di testare: testament definition scale e testamentary capacity assessment tool. In: N. Bolognini, & S. Zago. *La capacita di disporre per testamento. Quadro giuridico e valutazione clinica*, Hogrefe Editore, pp. 111-114.
- Bolognini, N., Gramegna, C., Esposito, A., Aiello, E. N., Difonzo, T., & Zago, S. (2022). The Testamentary Capacity Assessment Tool (TCAT): Validation and normative data. *Neurological Sciences*, 43(4), 2831–2838.
- Brenkel, M., Whaley, K., Herrmann, N., Crawford, K., Hazan, E., Cardiff, L., Owen, A. M., & Shulman, K. (2018). A case for the standardized assessment of testamentary capacity. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ*, 21(1), 26-31.

- Capitani, E., & Laiacona, M. (1997). Composite neuropsychological batteries and demographic correction: standardization based on equivalent scores with a review of published data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *19*(6), 795-809.
- Champine, O. (2006). Expertise and instinct in the assessment of testamentary capacity. *Villanova Law Review*, *25*.
- Folstein, M. F., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical guide for the physician. *Journal of Psychiatry Research*, *12*, 189-198.
- Frost, M., Lawson, S., & Jacoby, R. (2015). *Testamentary capacity: Law, practice and medicine*. Oxford University Press.
- Gerstenecker, A., Martin, R. C., Hebert, K., Triebel, K., & Marson, D. C. (2022). Cognitive correlates of impaired testamentary capacity in Alzheimer's dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *37*(6), 1148-1157.
- Gramegna, C., Bari, V., Aiello, E. N., Difonzo, T., Zago, S., & Bolognini, N. (2024). The Testament Definition Scale (TDS): Normative data from the Italian population and clinical usability in neurodegenerative diseases. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 1-12.
- Grisso, T. (1986). *Evaluating Competencies: Forensic Assessments and Instruments*. Plenum.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services*, *48*(11), 1415-1419.
- Haq, Y., Anfang, S. A., & Liptzin, B. (2018). Capacity in the life course of the elder: Testamentary capacity, power of attorney and estate planning. In: J. C. Holtzer, R. Kohn, J. M. Ellison, & P. R. Recupero (Eds.), *Geriatric forensic psychiatry: Principles and practice* (pp. 83-90) Oxford University Press.
- Heinik, J. (2024). Relationship between actual intelligence & the CAMCOG-R in cognitively normal elders. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, *37* (4) ,179-191.

- Heinik, J., Werner, P., Mendel, A., Raikher, B., & Bleich, A. (1999). The Cambridge cognitive examination (CAMCOG): Validation of the Hebrew version in elderly demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1006-1013.
- Heinik, J., Werner, P., & Lin, R. (1999). How do cognitively impaired elderly patients define "testament": Reliability and validity of the testament definition scale. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 36(1), 23-28.
- Jacoby, R., & Steer, P. (2007). How to assess capacity to make a will. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7611), 155-157.
- Jacubek, A., Montag, T., Hull, I. M., & Shulman, K. (2025). The medico – legal approach to the assessment of testamentary capacity: A systematic review. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(5), 546-555.
- Lonie, J., & Purser, K. (2017). Assessing testamentary capacity from the medical perspective. *Australian Bar Review*, 44(3), 297.
- Marlowe, D. B. (1994). The *de facto* magistrate: Psychological decision making in clinical practice. In: H. Bluestone, S. Travin, & D. B. Marlowe (Eds.), *Psychiatric-legal decision making by the mental health practitioner: The clinician de facto magistrate*, Wiley.
- Marson, D. (2022). Topical issues in contemporaneous assessment of testamentary capacity. *Psychological Injury and Law*, 15(4), 357-366.
- Marson, D. C., Huthwaite, J. S., Hebert, K. (2004). Testamentary capacity and undue influence in the elderly. A jurisprudent therapy perspective. *Law & Psychology Review*, 2, 71.
- Martin, R. C., Gerstenecker, A., Hebert, K., Triebel, K., & Marson, D. (2022). Assessment of testamentary capacity in older adults: Description and initial validation of a standardized interview instrument. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 37(6), 1133-1147.
- Morris, J. C. (1993). The clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43(1), 2412-2414.
- Moye, J., Marson, D. C., & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *The American Psychologist*, 68(3), 158-171.

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirion, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Papageorgiou, S. G., Voskou, P., Economou, A., Beratis, I., & Douzenis, A. (2018). Testamentary Capacity Assessment Tool (TCAT): A brief instrument for patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 61(3), 985-994.
- Peisah, C., Finkel, S., Shulman, K., Melding, P., Luxemberg, J., Heinik, J., Jacoby, R..., & Bennett, H. (2009). The wills of older people: Risk factors for undue influence. *International Psychogeriatrics*, 21, 7-15.
- Purser, K., & Lonie, J. (2019). Mapping dementia and cognitive decline in testamentary capacity. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101450.
- Roked, F., & Patel, A. (2008). Which aspects of cognitive function are best associated with testamentary capacity in patients with Alzheimer's disease? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 552-553..
- Shulman, K. I., Peisah, C., Jacoby, R., Heinik, J., & Finkel, S. (2009). Contemporaneous assessment of testamentary capacity. *International Psychogeriatrics*, 21(3), 433-439.
- Shulman, K. I., Himel, S. G., Hull, I. M., Peisah, C., & Barnes, S. (2017). Banks v Goodfellow (1870): Time to update the test for testamentary capacity. *Canadian Bar Review*, 95, 251-267.
- Shulman, K. I., Herrmann, N., Peglar, H., Dochylo, D., Burns, C., & Peisah, C. (2021). The role of the medical expert in the retrospective assessment of testamentary capacity. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 66(3), 255-261
- Spar, E. J., Hankin, M., & Stodden, A. M. (1995). Assessing mental capacity and susceptibility to undue influence. *Behavioral Sciences & the Law*, 13, 391-403.
- Tsiakiri, A., Trypsiani, L., Christidi, F., Trypsianis, G., Bakirtzis, C., Vlotinou, P., Tsiptsios, D..., & Serdari, A. (2024). The testamentary capacity in acute stroke. A cross – sectional study. *Applied Neuropsychology. Adult*, 6, 1-11.

- Voskou, P., Douzenis, A., Economou, A., & Papageorgiou, S. G. (2023). Testamentary capacity Assessment Tool (TCAT): An update report. *Alzheimer`s & Dementia*, 19(55), e060914.
- Voskou, P., Douzenis, A., Economou, A., & Papageorgiou, S. G. (2018). Testamentary capacity assessment: legal, medical, and neuropsychological issues. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(1), 3–12.
- Werner, P., Heinik, J., Mendel, A., Raiker, B., & Bleich, A. (1999). Examining the reliability and validity of the Hebrew version of the Mini-Mental State Examination. *Aging, Clinical and Experimental Research*, 11, 329-334.
- Zago, S., & Bolognini, N. (2022). Neuropsychological autopsy of testamentary capacity: Methodology and issues in the elderly. *Applied Neuropsychology. Adult*, 29(4), 570-583.



## Contemporaneous Quantified Clinical Assessment of Testamentary Capacity: Background, Conceptual Base and Current Status

Prof. (retired) Jeremia Heinik<sup>1</sup> & Boaz Kraus, Attorney<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Israel; <sup>2</sup>Law Office, Specialist in Inheritance.

### Abstract

Various physicians and psychologists are sometimes required to submit clinical opinions regarding the contemporaneous Testamentary Capacity (TC) of an individual. TC is a legal term, with criteria established by the British Judge Cockburn in the *Banks v Goodfellow* case, 1870. The criteria remain unchanged in Anglo-American jurisprudence, and are used elsewhere, including in Israel. Recommendations / guidelines for clinical evaluations of TC are occasionally published in the professional literature. It is unclear whether or to what extent these recommendations are adopted and clinically implemented. The recommendations and consequent reports have been criticized for being too general, theoretical, lacking standardization, hard to apply, and consequently given to subjective interpretation and low rates of agreement between different assessors. Many physicians continue to rely on description of symptoms, administration of cognitive tests and determining diagnoses at the expense of the legal aims of the assessment. Recently several quantified assessment tools specific to various aspects of TC have been published. We describe the background, conceptual base and current state (objectives, description, psychometric properties, usage) of the three principals: Testament Definition Scale (TDS), Testamentary Capacity Assessment Tool (TCAT), Testamentary Capacity Interview (TCI). The discussion describes requirements for a quantified TC assessment tool, what can be learnt from empirical findings, their conceptual limitations, use in different psychopathologies and clinical practice in Israel. Using quantified assessment instruments for TC, even at this early developmental stage, adjunct to clinical evaluation, may enhance accuracy of assessment relevant to TC, and add necessary dimensions of control, procedure and objectivity.

**Keywords:** will, testamentary capacity, contemporaneous, assessment, quantified.