**Дата поступления рукописи в редакцию: 01.06.2026 г.** DOI: 10.24412/2782-3830-2026-6-146-155
**Дата принятия рукописи в печать: 02.07.2026 г.**

***ТОЛСТОЛУЦКИЙ Владимир Юрьевич,***
*доктор медицинских наук, профессор,*
*Юридический факультет ННГУ им. Н.И. Лобачевского,*
*профессор кафедры уголовного права и процесса*
*юридического факультета ННГУ им. Н.И. Лобачевского,*
*e-mail: tolvlad@yandex.ru*

***ПОГОДИНА Татьяна Григорьевна,***
*доктор медицинских наук,*
*Юридический факультет ННГУ им. Н.И. Лобачевского,*
*профессор кафедры уголовного права и процесса*
*юридического факультета ННГУ им. Н.И. Лобачевского,*
*член-корреспондент Российской Академии Естествознания,*
*e-mail: tatiana.pogodina@mail.ru*

# *МЕТОД ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ НА ОСНОВЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДИНАМИКИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ*

**Аннотация.** ***Введение.*** *В судебно-психиатрической практике актуальна ретроспективная оценка способности лица понимать значение своих действий и руководить ими в момент юридически значимого события, особенно при наличии в анамнезе острого транзиторного психотического расстройства (F23 по МКБ-10).*

***Цель*** *– разработать и апробировать метод количественной оценки диагностических коэффициентов (ДК) на основе последовательного анализа Вальда применительно к каждому временному срезу (без кумулятивного суммирования) для ретроспективного заключения о дееспособности.*

***Материал и методы.*** *Проанализирован клинический случай Гоголевой Г.А. (69 лет), представлены 7 ключевых дат, отражающих динамику от полного психического здоровья через острую психотическую симптоматику к полной ремиссии. Для каждой даты на основе заданных экспертных вероятностей p(А) (гипотеза здоровья) и p(Б) (гипотеза расстройства) вычислен ДК = 10·lg(p(А)/p(Б)). Использованы пороги принятия решений α=β=0,05: А=+12,79 (принимается гипотеза здоровья), В=–12,79 (принимается гипотеза расстройства).*

***Результаты.*** *На момент составления оспариваемого завещания (08.12.2004) ДК составил +17,0, что достоверно превышает порог А и подтверждает полную дееспособность. В период острого психоза (25.10–09.11.2004) ДК опускался ниже –12,79 (минимальное значение –20,0), свидетельствуя о неспособности понимать значение своих действий. Разработанный подход позволяет визуализировать динамику состояния на графике (Рис. 1).*

***Обсуждение.*** *Предложенный метод исключает ошибку «накопления» диагностических коэффициентов, свойственную классическому последовательному анализу, и даёт корректную оценку на каждый момент времени.*

***Выводы.*** *Вероятностный метод с вычислением ДК на отдельные даты может быть рекомендован как вспомогательный инструмент при производстве судебно-психиатрических экспертиз в случаях временных психических расстройств. Требуется дальнейшая валидизация на репрезентативных выборках.*

**Ключевые слова:** *диагностические коэффициенты, последовательный анализ Вальда, судебно-психиатрическая экспертиза, транзиторное психотическое расстройство, дееспособность, ретроспективная оценка.*

***TOLSTOLUTSKY Vladimir Yuryevich,***
*Doctor of Medical Sciences, Professor,*
*Faculty of Law, N.I. Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod,*

*Professor of the Department of Criminal Law and Procedure,*
*Faculty of Law, N.I. Lobachevsky State University*
*of Nizhny Novgorod*

***POGODINA Tatyana Grigoryevna,***
*Doctor of Medical Sciences,*
*Faculty of Law, N.I. Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod,*
*Professor of the Department of Criminal Law and Procedure,*
*Faculty of Law, N.I. Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod,*
*Corresponding Member of the Russian Academy of Natural Sciences*

# *A METHOD OF POST-MORTUM FORENSIC ASSESSMENT OF LEGAL CAPACITY BASED ON A RETROSPECTIVE STUDY OF THE DYNAMICS OF DIAGNOSTIC COEFFICIENTS*

**Annotation.** ***Introduction.*** *In forensic psychiatric practice, a retrospective assessment of a person's ability to understand the meaning of their actions and control them at the time of a legally significant event is relevant, especially in cases with a history of acute transient psychotic disorder (ICD-10 F23).*

***Objective:*** *Develop and test a method for quantitatively assessing diagnostic coefficients (DC) based on sequential Wald analysis for each time point (without cumulative summation) for the purpose of making a retrospective determination of legal capacity.*

***Material and methods.*** *The clinical case of G.A. Gogoleva (69 years old) was analyzed, presenting seven key dates reflecting the dynamics from full mental health through acute psychotic symptoms to complete remission. For each date, based on the specified expert probabilities p(A) (health hypothesis) and p(B) (disorder hypothesis), the DC = 10•lg(p(A)/p(B)) was calculated. Decision thresholds α=β=0.05 were used: A=+12.79 (health hypothesis accepted), B=–12.79 (disorder hypothesis accepted).*

***Results.*** *At the time of drawing up the contested will (December 8, 2004), the DC was +17.0, which reliably exceeds threshold A and confirms full legal capacity. During the period of acute psychosis (October 25–November 9, 2004), the diagnostic coefficient dropped below -12.79 (minimum value -20.0), indicating an inability to understand the meaning of one's actions. The developed approach allows for visualization of the dynamics of the condition on a graph (Fig. 1).*

***Discussion.*** *The proposed method eliminates the "accumulation" error of diagnostic coefficients, inherent in classical sequential analysis, and provides an accurate assessment for each point in time.*

***Conclusions.*** *The probabilistic method with the calculation of the diagnostic coefficients for individual dates can be recommended as an auxiliary tool in forensic psychiatric examinations of transient mental disorders. Further validation on representative samples is required.*

**Key words:** *diagnostic coefficients, Wald sequential analysis, forensic psychiatric examination, transient psychotic disorder, legal capacity, retrospective assessment.*

**Введение**

Проблема установления способности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими при удостоверении завещания является одной из наиболее дискуссионных в современной нотариальной, экспертной и судебной практике. При возникновении вопроса о дееспособности завещателя на этапе судебного решения, оценка его психического состояния проводится на основании результатов двух предшествующих этапов: при удостоверении сделки нотариусом и при проведении судебно-психиатрической экспертизы, принципиально различных как п используемым методам, так и по правовым последствиям.

Известно, что в соответствии со статьями 43 и 57 Основ законодательства о Российской Федерации о нотариате, нотариус обязан проверять дееспособность граждан, обратившихся за совершением нотариального действия, и может удостоверить завещание только дееспособного лица. Однако сам закон не содержит детального описания процедуры проверки, предоставляя нотариусу значительную свободу усмотрения. «Методические рекомендации по удостоверению завещаний и наследственных договоров» (утв. решением Правления ФНП от 02.03.2021, протокол N 03/21) содержат пункт 1.7.1., в котором указывается, что «способность завещателя понимать значение своих действий или руководить

ими проверяется путем проведения нотариусом беседы с обратившимся лицом. В ходе беседы нотариус анализирует адекватность поведения и ответов на задаваемые вопросы и делает вывод о способности гражданина понимать сущность и значение совершаемых им действий, руководить ими и осознавать их правовые последствия» [11].

Таким образом, единственный инструмент нотариуса — беседа, во время которой он оценивает адекватность ответов, связность речи, логику рассуждений, но эти критерии носят субъективный и относительно поверхностный характер. Он может фиксировать состояние только во время визита, выполняя точечную оценку психического состояния в ходе наблюдения длительностью 15–20 минут. Полученные сведения ограничиваются оценкой бытовой ориентированности и не могут содержать анализ когнитивных сторон познавательной деятельности в виде понимания юридического значения выполняемого действия.

При этом нотариус вынужден действовать в режиме правовой презумпции дееспособности, и его отказ возможен только при наличии очевидных, грубых отклонений, которые не вызывают сомнений даже у неспециалиста.

Вторая фундаментальная проблема первого этапа — невозможность оценить динамику психического состояния завещателя. Нотариус фиксирует только состояние в момент подписания завещания, не имея доступа к истории болезни, предшествующим эпизодам или прогнозу. Как справедливо отмечает Н.А. Тришин, нотариус проводит визуальную и вербальную оценку, которая по определению не может заменить ретроспективного анализа, проводимого в рамках посмертной судебно-психиатрической экспертизы. В связи с чем, Т.В. Ярошенко предлагает расширить набор средств и методов определения состояния гражданина для нотариусов, через внедрение стандартизированных опросников. Самих опросников автор не предлагает.

Следует отметить, что в практике психиатрии и нейропсихологии диагноз никогда не ставится на основе одного визита, если это не острый психоз. Используется динамическое наблюдение, позволяющее отметить, как менялось состояние за месяцы и годы; исследуется анамнез жизни и болезни. Неоднократное нейропсихологическое исследование позволяет выявить темп изменения когнитивных функций.

Таким образом, у нотариуса, на первом этапе, выполняющим функцию основного первичного фильтра, могут отсеиваться лишь очевидные случаи (выраженное опьянение, агрессивное поведение, явная спутанность сознания). На втором – проводится углубленное исследование психического состояния с использованием специальных знаний специалистами, проводящими судебно-психиатрическую экспертизу.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (ПСПЭ) исследует медицинские документы за длительный период — амбулаторная карта, истории госпитализаций, заключения невролога, психиатра, гериатра, результаты МРТ/ЭЭГ, лекарственные назначения. Оцениваются показания свидетелей — родственники, сиделки, сослуживцы описывают, как человек менялся с течением времени, например, указывают, что «за последний год стал забывать имена, путать даты, терять вещи».

Отметим, что подход, основанный на анализе динамики психического состояния, безусловно, является методологически более информативным, чем точечная оценка. Однако, до сих пор не предложено к использованию доступных формализованных методик, позволяющих в процессе проведения судебно-психиатрической экспертизы объективно принимать решения о том, мог ли в действительности завещатель понимать значение своих действий и руководить ими.

Суды, принимая окончательное решение, в качестве доказательств рассматривают как те сведения, которые были получены без использования специальных знаний в области психиатрии (опрос родственников и соседей, проводившиеся адвокатами), так и результаты КППЭ, в процессе которой эксперты не только выявляют психопатологические признаки, но и реконструируют психическое состояния завещателя.

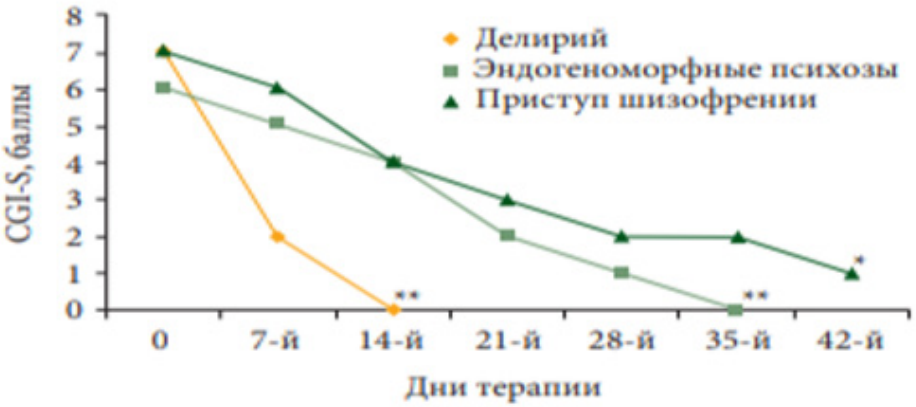
С нашей точки зрения, для каждого этапа целесообразно предложить объективные методики оценки психического состояния наследодателя. При этом, особенностью методики для первого этапа является, то, что с одной стороны, она должна быть научно обоснована, а с другой – не должна включать специальные знания в области психиатрии. Вторая – должна быть предназначена для экспертов, компетентных в области психиатрии. При этом они должны иметь единую логику принятия решений и первый метод должен непосредственно раскрываться на основе специальных знаний при использовании второго метода.

**Цель исследования:** разработать и клинически апробировать метод ретроспективной оценки способности понимать значение своих действий с использованием диагностических коэффициентов, вычисляемых для отдельных временных точек (без накопления), и продемонстрировать его на примере конкретного судебно-психиатрического случая.

**Методы исследования**

В случае отсутствия возможности использования специальных знаний для оценки состояния пациента в литературе предлагается метод клинической оценки по шкале тяжести (Clinical Global Impressions-Severity, CGI-S). Данная шкала отражает субъективное мнение, основанное на наблюдаемых и сообщаемых пациентом симптомах, поведении и уровне функционирования. Использование метода CGIS представляет собой комплекс ответов на вопросы, ориентируясь на субъективную оценку тяжести пациента в данный момент. Шкала представлена 7-ю оценками: 0 = не оценивалось; 1 = в норме, здоров; 2 = пограничное состояние; 3 = легкое недомогание; 4 = умеренное недомогание; 5 = выраженное недомогание; 6 = тяжелое недомогание; 7 = крайне тяжелое состояние.

Так, например, в работе Д.Е. Выборных с соавторами на рисунке показана динамика психического состояния при применении психотропных препаратов у больных с соматогенными психозами, оцениваемая при помощи шкалы общего клинического впечатления [10, с. 43].




Достоверность различий от начального значения:
* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

***Рисунок. Динамика психического состояния при применении психотропных препаратов у больных с соматогенными психозами***

Рисунок 1.

По оси ординат указаны Баллы CGI-S, по оси абсцисс – дни терапии. График показывает, что состояние пациента при делирии первоначально оценивается на уровне 7 баллов и линейно снижается до нуля на 14 день. Эндогеноморфные психозы представлены линейной зависимостью от 7 баллов в начале и нормой на 42 день, приступ шизофрении – характеризовался 6 баллами в начале терапии и нормой на 35 день.

Оценивая данную публикацию в контексте нашего исследования, полагаем, что авторы используют субъективную (и очень обобщенную, доступную для использования оценки психического состояния лицами, не обладающими специальными знаниями в области психологи и психиатрии. Например, соседями, коллегами. А также следователями (нотариусами) и судьями, от которых требуется принятия решения о состоянии завещателя. Эти сведения могут быть представлены в материалах дела, переданных экспертам, «на входе» экспертного исследования. Они позволяют оценить динамику психического состояния без использования специальных знаний.

Использование специальных знаний может углубить уже полученные ранее данные. Дополнением к данной шкале может служить диагностический коэффициент (ДК) Кульбака, который позволяет принять решение при необходимости выбора одной из альтернативных гипотез.

В судебной психиатрии для оценки вероятности наличия психического расстройства традиционно используются клинико-катамнестический метод и структурированное клиническое интервью (SCID) [4]. Однако эти инструменты ориентированы на текущее или прижизненное обследование, но не на ретроспективную оценку с интервалом в несколько месяцев. За рубежом применяются методы «оценки компетенции»

(competence assessment), такие как MacArthur Competence Assessment Tool [5], однако они требуют личного интервью с лицом.

Математические методы в судебной психиатрии представлены, главным образом, логистической регрессией для прогнозирования общественной опасности [6], но не для ретроспективного определения дееспособности.

В связи с этим актуальной является разработка вероятностного метода, позволяющего рассчитывать диагностические коэффициенты (ДК) для каждого временного среза с использованием последовательного анализа Вальда [3], но с модификацией, исключающей кумулятивное накопление признаков

Последовательный анализ Вальда, предложенный для решения диагностических задач при бинарном выборе (наличие/отсутствие расстройства), использовался в психиатрии ограниченно [7]. Традиционно он предполагает накопление ДК по мере поступления признаков до пересечения порога. Однако при ретроспективной оценке временных расстройств признаки из разных периодов не должны суммироваться, так как состояние может радикально меняться (например, психоз – ремиссия). Это принципиальное ограничение классического подхода требует его модификации.

В предлагаемой статье мы впервые применяем **модифицированный последовательный анализ** без кумулятивного суммирования, когда на каждую интересующую дату вычисляется собственный ДК на основе признаков, непосредственно характеризующих состояние именно в этот момент. Применение методики расчёта ДК для изолированных дат на основе экспертно определённых вероятностей р(А) и р(Б) и демонстрируется на клиническом примере.

Материал исследования

Необходимо отметить, что в практике судебной психиатрии одной из наиболее сложных задач при производстве посмертной психолого-психиатрической экспертизы является ретроспективная оценка психического состояния лица в момент совершения юридически значимого действия (составление завещания). Сложность возрастает, когда в анамнезе завещателя имеются указания на временное психическое расстройство. Классическим примером служат острые транзиторные психотические состояния (F23 по МКБ-10), которые могут полностью редуцироваться с восстановлением критических способностей [1; 2]. Эксперту необходимо определить, страдало ли лицо расстройством, исключающим способность понимать значение своих действий и руководить ими, именно в интересующий юридический момент.

В качестве примера приводится распространенная ситуация, в которой ретроспективная оценка психического состояния завещателя потребовала анализа механизма развития психотического состояния и его связь с соматической патологией. Хотя оба состояния — F23 и соматогенный делирий — клинически проявляются психотической симптоматикой (бред, возбуждение), есть принципиальные отличия. Установление соматогенного делирия указывает на наличие четких временных рамок, что позволило обосновать вывод экспертов о полном восстановлении дееспособности к моменту завещания. Этот вывод явился краеугольным камнем в обосновании полного психического здоровья на момент составления завещания (08.12.2004).

В качестве модели использованы материалы судебного дела Гоголевой Г.А. (все данные деперсонализированы) [12]. Фабула дела. Третьякова Т.А. обратилась в городской суд г. Лесного Свердловской области с иском к Семеновой Л.П. о признании недействительным завещания, составленного 08.12.2004 их матерью Гоголевой Г.А. (15.03.1936 г.р.) в пользу Семеновой Л.П. на 1/2 долю в праве собственности на квартиру. Истица и ответчица являются сводными сестрами (общая мать — Гоголева Г.А., разные отцы). Ранее, 14.06.2000, Гоголева Г.А. завещала спорную долю внуку Семенову А.И. (сыну ответчицы). 28.05.2004 она составила новое завещание в пользу истицы Третьяковой Т.А.

После смерти отца истицы (Гоголев А.П., умер 14.11.2003) здоровье матери ухудшилось. 24.10.2004 Гоголева Г.А. была госпитализирована с крупноочаговым инфарктом миокарда. В период лечения у неё возникли психические нарушения: дезориентация, двигательное возбуждение, бессонница, она не узнавала родных. 09.11.2004 по настоянию врачей её перевели в психиатрическое отделение, откуда 11.11.2004 ответчица забрала её через 3 дня. После выписки Гоголева Г.А. проживала одна, вела хозяйство, общалась со знакомыми, узнавала их. 08.12.2004 Гоголева Г.А. составила новое завещание в пользу ответчицы Семеновой Л.П., отменив предыдущее. 07.03.2005 Гоголева Г.А. умерла.

Истица полагала, что ответчица, злоупотребив состоянием здоровья матери, путём обмана и из-за имущественного спора настроила мать против истицы, что привело к изменению завещания. Суд, допросив свидетелей, исследовав медицинские карты и заключение судебно-психиатрической экспертизы, установил, что после выписки из психиатрического отделения у Гоголевой Г.А. произошло обратное развитие психотической симптоматики без необратимых нарушений интеллектуально-волевой сферы. Эксперты при-

шли к выводу, что на 08.12.2004, а также в последующее время, Гоголева Г.А. могла отдавать отчёт в своих действиях и руководить ими. Соблюдение нотариальной формы завещания подтверждено. Суд не нашёл оснований для признания завещания недействительным и отказал в удовлетворении иска.

**Использование метода**

Для достижения цели ретроспективной оценки способности понимать значение своих действий в юридически значимый период необходимо решить следующие **задачи:**

1. Формализовать альтернативные гипотезы А (психическое здоровье, способность) и Б (психическое расстройство, неспособность).
2. Для каждой ключевой даты на основе имеющихся клинических и свидетельских данных определить экспертные вероятности p(А) и p(Б).
3. Рассчитать диагностический коэффициент ДК = 10·lg(p(А)/p(Б)).
4. Установить пороги принятия решений при ошибках первого и второго рода α=β=0,05.
5. Построить график динамики ДК и интерпретировать результат применительно к дате составления завещания.

В представленной фабуле выделены 7 временных точек, репрезентирующих динамику состояния (Таблица 1). Для каждой даты экспертами в ходе обсуждения определены условные вероятности:

- p(А) – вероятность того, что лицо находится в состоянии психического здоровья и способно понимать значение своих действий и руководить ими (гипотеза А)
- p(Б) – вероятность того, что лицо находится в психотическом состоянии и не способно понимать значение своих действий и руководить ими (гипотеза Б).

Оценка вероятностей осуществляется на основе шкал вербальных оценок вероятности [13]. рассчитывались диагностические коэффициенты ДК = 10·lg(p(А)/p(Б)), где p(А) – вероятность здоровья, p(Б) – вероятность расстройства. Положительные ДК свидетельствуют в пользу здоровья, отрицательные – в пользу расстройства.

**Пороги принятия решений.** Для α = β = 0,05 (вероятность ошибки первого и второго рода 5%) вычислены границы: A_порог = 10·lg((1-β)/α) = 10·lg(0,95/0,05) = 10·lg(19) ≈ +12,79; B_порог = 10·lg(β/(1-α)) = 10·lg(0,05/0,95) = –12,79. Если ДК ≥ +12,79 – принимается гипотеза А (здоровье). Если ДК ≤ –12,79 – принимается гипотеза Б (расстройство). При промежуточных значениях – зона неопределённости.

**Процедура расчёта.** Для каждой даты значение ДК вычисляется независимо от предыдущих дат. Это ключевое отличие от классического последовательного анализа Вальда. Такой подход позволяет корректно отразить динамику состояния, включая исчезновение симптоматики.

**Статистическая обработка** не проводилась, т.к. исследование представляет описание единичного случая.

**Результаты исследования**

В *Таблице 1* представлены рассчитанные диагностические коэффициенты для каждой из семи хронологических точек.

**Таблица 1. Диагностические коэффициенты (ДК) и принятые решения на ключевые даты**

| Дата | Событие / состояние | p(А) (здоровье) | p(Б) (расстройство) | ДК = 10·lg(pA/pБ) | Решение |
|---|---|---|---|---|---|
| 28.05.2004 | Первое завещание (полное здоровье) | 0,98 | 0,02 | +16,90 | Гипотеза А (здоровье) |
| 24.10.2004 | Инфаркт, госпитализация на фоне психического здоровья | 0,80 | 0,20 | +6,02 | Неопределённость |
| 25.10.2004 | Начало острого психоза, обусловленного инфарктом миокарда (дезориентация, возбуждение) | 0,03 | 0,97 | –15,00 | Гипотеза Б (расстройство) |

| Дата | Событие / состояние | p(А) (здоровье) | p(Б) (расстройство) | ДК = 10·lg(pA/pБ) | Решение |
|---|---|---|---|---|---|
| 09.11.2004 | Перевод в психиатрическое отделение (пик симптоматики) | 0,01 | 0,99 | –20,00 | Гипотеза Б |
| 11.11.2004 | Выписка, (нормализация психики, без рекомендаций по психиатрическому лечению) | 0,91 | 0,09 | +10,00 | Неопределённость |
| 14.11.2004 | Полное восстановление (проживание одной, ведение хозяйства, общение с соседями) | 0,96 | 0,04 | +14,00 | Гипотеза А |
| 08.12.2004 | Составление нового завещания (оспариваемого) | 0,98 | 0,02 | +17,00 | Гипотеза А |

Примечание: p(А) и p(Б) установлены экспертами при оценке материалов дела.

**График динамики ДК** представлен на *Рисунке 1.*

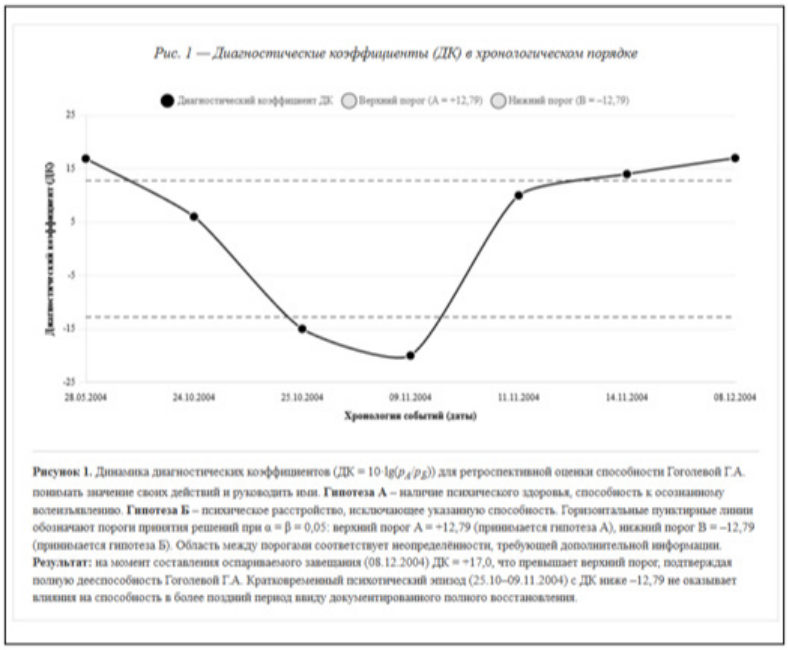



Рисунок 1. Динамика диагностических коэффициентов (ДК) для Гоголевой Г.А. Горизонтальные пунктирные линии – пороги принятия решений (+12,79 и –12,79). Положительные ДК – в пользу здоровья, отрицательные – в пользу расстройства.

Описание графического представления динамики психического состояния Гоголевой Г.А.

Как видно из графика, траектория ДК демонстрирует переход из «зелёной зоны» (психическая норма на 28.05.2004 и 24.10.2004) в «красную зону» (расстройство на 25.10 и 09.11.2004), затем возврат в «зелёную зону» начиная с 14.11.2004 и устойчивое психическая норма

на дату завещания 08.12.2004. Важно, что на момент выписки (11.11.2004) ДК = +10,0 находится в зоне неопределённости, что отражает начавшуюся, но ещё не завершённую ремиссию.

Таким образом, разработанный метод позволил количественно обосновать вывод о **полной дееспособности Гоголевой Г.А.** при составлении оспариваемого завещания 08.12.2004, несмотря на перенесённый за месяц до этого острый транзиторный психоз.

**Обсуждение результатов**

Ключевым для настоящего исследования является положение о том, что **делирий можно рассматривать как преходящее психическое расстройство**, отражающее острую недостаточность мозга вследствие различных патологических состояний. Обобщая данные литературы, можно констатировать, что острый инфаркт миокарда и другие критические состояния являются доказанным этиологическим фактором развития кратковременных (транзиторных) психотических расстройств – соматогенных делириев. Эти расстройства характеризуются полной обратимостью при условии стабилизации соматического статуса. Именно эта особенность – временный, преходящий характер – создаёт серьёзные трудности для судебно-психиатрической оценки: лицо может быть психически здоровым до и после психотического эпизода, но в острый период болезни страдать расстройством, исключающим способность понимать значение своих действий. Следовательно, для ретроспективного анализа необходимы формализованные количественные методы, позволяющие независимо для каждой временной точки (например, даты составления завещания) определить вероятность наличия или отсутствия психотического расстройства.

Настоящее исследование впервые предлагает формализованный вероятностный подход к ретроспективной оценке дееспособности при временных психотических состояниях с использованием диагностических коэффициентов в виде временной последовательности. Ключевым преимуществом метода является отказ от кумулятивного суммирования, которое недопустимо при динамически меняющемся состоянии. Если бы мы использовали классический последовательный анализ Вальда с накоплением ДК, то положительные значения от предыдущих здоровых периодов «затушевали» бы последующее ухудшение или, наоборот, отрицательные ДК психоза не позволили бы вернуться в зону здоровья после выздоровления. Предлагаемый подход позволяет полностью избежать этого эффекта.

В литературе известны попытки применения математических методов в судебной психиатрии, но они касаются в основном оценки риска повторных правонарушений или прогнозирования течения болезни [8]. Ретроспективная диагностика временных состояний остаётся слабо формализованной. Предлагаемый метод может служить полезным вспомогательным инструментом для эксперта, особенно при необходимости представить суду количественные аргументы.

В клиническом примере отчётливо видно, что даже при документированном тяжёлом психотическом эпизоде, потребовавшем госпитализации в психиатрический стационар, полное восстановление критических способностей в течение нескольких дней (к 14.11.2004) приводит к тому, что юридическое действие, совершённое через 3,5 недели после выписки, является осознанным. Это согласуется с позицией Высшего суда и психиатрической доктриной, согласно которой наличие в прошлом психотического расстройства само по себе не является основанием для признания лица недееспособным в более поздний период [9].

**Ограничения исследования**

1. Метод требует экспертного определения вероятностей p(А) и p(Б), что вносит элемент субъективизма. Для стандартизации необходима разработка нормативных таблиц частот признаков.
2. Исследование выполнено на одном клиническом случае, что не позволяет оценить чувствительность и специфичность метода.
3. Метод применим только при наличии временной привязки симптомов и чёткой хронологии.
4. Не учитываются возможные латентные или продромальные периоды.

**Выводы**

1. Разработан и апробирован метод количественной оценки способности понимать значение своих действий и руководить ими для ретроспективных юридических ситуаций, основанный на вычислении диагностических коэффициентов для отдельных дат без кумулятивного накопления.
2. На примере случая Гоголевой Г.А. показано, что ДК на дату составления завещания 08.12.2004 составил +17,0, что превышает порог принятия гипотезы психического здоровья (+12,79) и подтверждает дееспособность.
3. Метод позволяет наглядно визуализировать динамику состояния – переход из зоны здоровья в зону расстройства и обратно – что согласуется с клиническими данными и реконструированным временным интервалом.

4. Предлагаемый подход может быть рекомендован для включения в экспертный инструментарий как дополнительный формализованный критерий, повышающий обоснованность судебно-психиатрических заключений.

Дальнейшие направления исследований

1. Создание базы данных частот диагностических признаков (р(А) и р(Б)) для различных нозологических групп (транзиторные психозы, деменции, умственная отсталость) на основе репрезентативных выборок.
2. Валидизация метода в проспективных исследованиях с участием не менее 100 экспертных случаев.
3. Сравнительный анализ согласованности мнений экспертов при использовании традиционного клинического подхода и с применением расчёта ДК.
4. Разработка программного обеспечения для автоматизированного расчёта ДК по вводимым признакам.
5. Исследование возможности применения метода для динамической оценки дееспособности в гражданском процессе (например, при оспаривании сделок, совершённых в разное время).

***Конфликт интересов***

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, связанного с публикацией данной статьи.

***Финансирование:*** исследование выполнено без привлечения грантов или спонсорской поддержки.

***Информированное согласие:*** все данные деперсонализированы, что соответствует этическим нормам.

**Список литературы:**

[1] Всемирная организация здравоохранения. (1994). *МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств*. СПб.: Адис. 303 с.

[2] Marneros, A., Pillmann, F. (2004). Acute and Transient Psychoses. Cambridge University Press. 263 p.

[3] Wald, A. (1947). Sequential Analysis. John Wiley & Sons. 212 p.

[4] First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5*. American Psychiatric Association. 103 p.

[5] Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1998). MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment. Professional Resource Press. 231 p.

[6] Monahan, J., Steadman, H.J. (1994). Violence and Mental Disorder. University of Chicago Press. 343 p.

[7] Шостакович Б.В., Кузнецова А.С. (2010). Применение последовательного анализа в судебно-психиатрической диагностике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 110(4), С. 67-71.

[8] Fazel, S., Fiminska, Z., Cocks, C., Coid, J. (2016). Patient outcomes following psychiatric hospitalization: a systematic review. BMC Medicine, 14(1), P. 1-12.

[9] Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 9 от 29.05.2012 «О судебной практике по делам о наследовании» (ред. от 23.04.2019). // СПС КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130453/ (дата обращения: 05.05.2026).

[10] Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI). URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Pril10.pdf (дата обращения: 05.05.2026).

[11] «Методические рекомендации по удостоверению завещаний и наследственных договоров» (утв. решением Правления ФНП от 02.03.2021, протокол N 03/21). // СПС КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_414568/ (дата обращения: 05.05.2026).

[12] Зайцева Т.И. Судебная практика по наследственным делам // «Волтерс Клувер» - Сейчас.ру. URL: https://lawmix.ru/commlaw/905?page=18 (дата обращения: 05.05.2026).

[13] Witteman C.L., Renooij S., Koele P. Medicine in words and numbers: a cross-sectional survey comparing probability assessment scales. BMC Med Inform Decis Mak. 2007 Jun 11;7:13. 8 p.

**References:**

[1] World Health Organization. (1994). *ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders*. St. Petersburg: Adis. 303 p.

[2] Marneros, A., Pillmann, F. (2004). Acute and Transient Psychoses. Cambridge University Press. 263 p.

[3] Wald, A. (1947). Sequential Analysis. John Wiley & Sons. 212 p.

[4] First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5*. American Psychiatric Association. 103 p.

[5] Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1998). MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment. Professional Resource Press. 231 p.

[6] Monahan, J., Steadman, H.J. (1994). Violence and Mental Disorder. University of Chicago Press. 343 p.

[7] Shostakovich, B.V., Kuznetsova, A.S. (2010). Application of sequential analysis in forensic psychiatric diagnostics. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry, 110(4), pp. 67-71.

[8] Fazel, S., Fiminska, Z., Cocks, C., Coid, J. (2016). Patient outcomes following psychiatric hospitalization: a systematic review. BMC Medicine, 14(1), pp. 1-12.

[9] Resolution of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation No. 9 of May 29, 2012 "On judicial practice in inheritance cases" (as amended on April 23, 2019). // SPS ConsultantPlus. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130453/ (accessed: May 5, 2026).

[10] Clinical Global Impression Scale (CGI). URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Pril10.pdf (accessed: May 5, 2026).

[11] "Methodological recommendations for the certification of wills and inheritance contracts" (approved by the decision of the Board of the Federal Notary Chamber of 02.03.2021, protocol No. 03/21). // SPS ConsultantPlus. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_414568/ (date of access: 05.05.2026).

[12] Zaitseva T.I. Judicial practice in inheritance cases // "Wolters Kluwer" - Segodnya.ru. URL: https://lawmix.ru/commlaw/905?page=18 (date of access: 05.05.2026).

[13] Witteman C.L., Renooij S., Koele P. Medicine in words and numbers: a cross-sectional survey comparing probability assessment scales. BMC Med Inform Decis Mak. 2007 Jun 11;7:13. 8 p.

