



## THE USEFULNESS OF THE WAIS-R SCALE IN THE CASE LAW EVALUATION OF AN EXPERT CLINICAL PSYCHOLOGIST

Elżbieta ORMEZOWSKA

*Department of Neurosurgery, Medical University of Lodz, Łódź, Poland*

### Abstract

The aim of the study is to present an effective method of neuropsychological evaluation allowing for credible and reliable assessment of cognitive and intellectual functioning of patients after a head injury. We present the neuropsychological diagnostic tool i.e. Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R) and the principles for evaluating the results of its use. The presentation of WAIS-R includes specific examples of its use. The potential application of WAIS-R research and particularly difficult cases of patients claiming compensation after head injury and poly-trauma is also presented.

### Key words

Neuropsychology; WAIS-R; Diagnostic process; Trauma.

*Received 3 October 2014; accepted 12 December 2014*

### 1. Introduction

The praxis of a forensic expert in the field of clinical psychology encompasses a wide range of diagnostic issues (Jurek, Świątek, 2006). It is usually the case that an expert has to evaluate the psychical health of the examined and the possible damage to their health. While the evaluation of mental health may concern the present condition, it often encompasses past periods, unavailable for direct evaluation. Diagnostic difficulties of this kind are often exacerbated by ambiguous terminology and the lack of clearly defined definitions of key notions, such as e.g. “mental health” (Pużyński, 2007). As far as mental health is concerned, the term “damage” might apply to two kinds of dysfunctions (Jurek, Świątek, 2006). The first group of mental disorders includes those that are the result of an unpleasant, traumatic experience connected with experiencing very strong and negative emotions resulting in the disturbance (transient or permanent) of mental balance.

Disorders of the other kind are connected with damage to the central nervous system (CNS) and manifest themselves in the form of observable disorders in higher mental functions. These undergo evaluation in the course of neuropsychological examination. The further part of the article deals with the possibility of applying the chosen diagnostic method – the WAIS-R Scale – as a useful tool in the evaluation of CNS damage.

### 2. Evaluation of CNS damage

Evaluating the mental health of a person who has suffered a head injury or a multi-organ injury requires an astute neuropsychological examination looking into the potential CNS damage resulting in observable disorders in cognitive and executive functions and emotional problems. Such disorders are frequently reported by the victims themselves or their families, and

they manifest themselves in various forms of memory difficulties, concentration problems, or control of emotions. Since the majority of such cases are compensation cases, the utmost caution should obviously be exercised in evaluating health exclusively on the basis of people directly interested in gaining compensation (Walsh, 2001). Data from the *American textbook on medical diagnostics and statistics (DSM-IV*; Pobocha, 2010) show that the possibility that pretence should be taken into account at the stage when the person is sent for examination by lawyers. The diagnostic methods applied in such cases need to be selected in such a way that they will enable us to conduct the most objective evaluation possible of the functioning level of the person being examined in relation to a control group of people with a similar level of education and age. The Wechsler Intelligence Scale – WAIS-R, widely applied in clinical psychology – is one such diagnostic tool.

### 3. WAIS-R Scale

The WAIS-R Scale (Brzeziński, Gaul, Hornowska, Machowski, Zakrzewska, 1996; Brzeziński, Hornowska, 1993; Walsh, 2001) is a recognised and widely used tool in psychological and neuropsychological diagnostics. It consists of 11 tests including six verbal subtests, mainly focusing on language functions, and five non-verbal, both constructive and visual. The psychometric interpretation of the test boils down to converting raw data into values in a standardized measurement scale. This procedure allows us to compare results between various groups of examinees. The scale of converted results is a scale with the mean within the range of 8–12 points. After summing up the results from each scale: Verbal (V). Performance (P) and Full (F), three values from the scale of Intelligence Quotient (*IQ*) are calculated; respectively: *IQV* – Verbal Intelligence Quotient, *IQP* – Performance Intelligence Quotient, *IQF* – Full Intelligence Quotient.

In order to extensively interpret the results from the WAIS-R Scale, apart from quantitative interpretation which provides numerical data bearing information about the result obtained and its relations to analogous results obtained in the control group, clinical (qualitative) interpretation is used. This is based on the analysis of the observed diagnostic indicators during the examination.

### 4. General characteristics of tests in WAIS-R Scale

The interpretation of particular diagnostic indicators requires knowledge of what particular tests measure. Despite difficulties resulting from the lack of definite uniformity in interpretation, most researchers agree that particular tests evaluate various mental functions and the results obtained in the examination allow us to evaluate particular manifestations of cognitive and performance functioning in the examinee. Below are the characteristic features of particular tests.

- Digit Span Test (DS) measures the capacity of direct memory, attention and concentration;
- Digit Symbol Test (DSY) measures the ability to concentrate, to learn, and psychomotor skills;
- Information Test (I) measures the amount of knowledge acquired;
- Similarities Test (S) measures the capability of abstract thinking;
- Vocabulary Test (V) measures the ability to define terms and the ability to order the knowledge acquired;
- Picture Completion Test (PC) measures visual perception and the ability to differentiate essential elements of a situation;
- Arithmetic Test (A) measures the ability to concentrate, memory and the ability to solve arithmetic problems;
- Comprehension Test (C) measures the social knowledge acquired and the ability to use it;
- Block Design Test (BD) measures the capability of analysis and synthesis of the stimuli perceived;
- Picture Arrangement Test (PA), measures the visual perception, social intelligence and the ability to plan;
- Object Assembly Test (OA) measures the capability of synthesising the stimuli perceived;

Two groups of variables influence the performance level in these tests and the functions examined by them:

1. External variables, i.e. such factors as education (level and quality of education), culture and environment, standard of living and the correctness of the testing procedure applied;
2. Internal variables, i.e. features and abilities of the person examined, motivational factors and illness. The latter are subject to clinical interpretation.

## 5. Clinical diagnostic indicators

1. DS. This test measures memory capacity. Reaching high scores in the test requires an ability to concentrate and resistance to distractors. Organic damage to the CNS is a significant factor lowering the scores in this test, which has a diagnostic value. The greatest problems in this group of patients occur in the second part of the test with the backward repetition. Low scores in the DS test might also be connected with anxiety experienced by the person examined or with emotional tension resulting from the examination situation. Characteristic of such people is the fact that they underperform in initial, relatively easy tasks. Sometimes low scores, especially in the second part of the test, might also suggest reluctance to undertake a mental effort. The DS test also yields lower scores due to noise, tiredness and other distractors. It is assumed that a high score in the DS test suggests a large adaptive ability in the person examined.
2. DSY Test, the completion of which is connected with psychomotor agility, visual-motor coordination, ability to learn, resistance to distraction, and perseverance. It goes without saying that DSY scores become lower with age, although there is no unequivocal interpretation of this fact. The scores also tend to be lower in people with CNS damage. Lower scores in the test might be ambiguous, as the reason for them might be general sluggishness in the person examined, learning difficulties, disability of the dominant limb, a low level of motivation, fatigue, or acute anxiety. The author's own experience testifies to the fact that a valuable observation enhancing the diagnostic value of the DSY test is not the decrease in the scores itself but the occurrence of certain characteristic difficulties during the performance of the test. Errors such as automatic noting down subsequent symbols under subsequent digits (1, 2, 3 etc.) and variations of this situation pointing at inertial indolence and the difficulty in switching from one sequence of symbols to another are a strong indicator of organic disorders in the CNS.
3. I. This test is considered relatively immune to potential pathological factors (with the exception of damage to the dominant hemisphere which severely impedes the possibility of verbal communication), hence it is often applied to evaluate intellectual functioning of the person examined prior to the occurrence of illness factors. The test measures the range and the depth of general knowledge acquired by the examinee. Scoring in the test might also be influenced by long-term memory, motivation, and anxiety.
4. S. This test allows to determine mental maturity of the person examined and their level of intellectual functioning. Since there are two types of answers to test questions, concrete (marked lower) and abstract (marked higher), the final score does not provide a full picture of the intellectual abilities of the examinee. High scores in the test are obtained by creative, imaginative people, whereas people who think superficially with low flexibility in mental processes obtain low scores. People with organic damages to the CNS often provide answers negating any similarity between the given objects or concentrating on the description of differences between objects despite originally providing the right answer e.g. "an apple and a pear are similar because both have pips but an apple is round and red, while a pear is oblong and yellow".
5. V. This test belongs to the group of tests whose scores do not decrease due to pathological factors, thus it is possible to determine the level of functioning of the person before the onset of an illness on the basis of the score. Two groups of patients, however, are exceptions – those with Alzheimer's disease, and those with damage to the dominant brain hemisphere resulting in massive dysphasia. People with a rich amount of information and the ability to present the knowledge acquired synthetically obtain high scores in the V test.
6. PC. This test examines perceptive abilities in the scope of visual modality, the ability to differentiate essential details from non-essential ones, and the ability to concentrate. Lower scores in the test might primarily result from perception difficulties (the simplest reason being the lack of appropriate glasses), a high level of anxiety, paying too much attention to non-essential details, or negativism (nothing is missing). These two last factors often occur in people with damage to the CNS, as the author's experience testifies.
7. A. This test reveals the abilities of the examinee with regard to concentration, logical thinking, and resistance to distractors. As high scores in the test are closely connected to the person's occupation, this factor should be taken into consideration while interpreting its results. The correct solution of the test, apart from the ability to perform simple arithmetical operations, requires the person examined to display the ability to memorize an aural text. One may assume that the A. test is partially a memory test, although not a direct one. People who try to exaggerate their memory difficulties and their

scores in DS are very low can quite efficiently repeat the content of the task in Test A (even if they do not provide the correct answer), not realizing that in this way they reveal their true potential in the scope of memory functions.

8. C. Routinely, this test is treated as an indicator of the capability of social learning and understanding typical daily habits. The test is strongly correlated with the ability to use language in a concise manner. The score is slightly lowered due to the majority of types of damage to the CNS, with the exception, of course, of those disabilities which affect speech ability (in this case the deterioration of the results is significant). The literature on the subject underlines considerable ambiguity in this test, which might lead to interpretation errors. In case of damage to the CNS there are diagnostic difficulties with the interpretation of proverbs and the description of appropriate behaviour in certain situation (the cinema, a forest).
9. BD. This test measures the capacity for spatial organization, visual-motor coordination and the ability to plan. People with organic damage to the CNS usually have problems with the completion of this test. The reasons for this vary, as the specific nature of the construction difficulties is partially related to the location of the damage. In the group of people with frontal damage to the CNS we observe difficulties resulting from following the pattern caused by dysfunction in the scope of a planned action. Those people with damage to the rear areas of the brain (from the central sulcus to the rear) mainly manifest perception problems connected with analysis disorders and disorders in the synthesis of visual stimuli, as well as spatial disorders which preclude an efficient transposition of a pattern onto a plane.
10. PA. The successful completion of this test calls for many abilities but despite its interpretative complexity it is mainly treated as a measurement of the ability to plan and anticipate. Low scores in this test are obtained by people with concentration problems, those who are impulsive and manifest difficulties in the scope of cause and effect thinking and are unable to plan ahead. For this reason, lower scores in this test are obtained by people with CNS damage. These patients exhibit various symptoms of dysfunction, from randomly adjusting graphic elements of pictures to inability to understand context situations.
11. OA. This test measures the capability to synthesise visual stimuli and mental flexibility and, partially, the ability to plan. Damage to the CNS, a high level

of anxiety and low perseverance lower scores in this test. People with damage to the CNS frequently do not undertake a holistic approach to the task limiting themselves to adjusting two random elements of the puzzle.

The above review of WAIS-R Scale tests in the context of their sensitivity to detect pathological factors reveals a multitude and diversity of variables obtained during examination. In view of this complexity of the issues under discussion, at the stage of final interpretation the results of particular tests should be treated as a set of working hypotheses. Only a comprehensive and astute analysis of these working hypotheses can lead to a final interpretation. This analysis requires a qualitative evaluation of the tests based on registering individual errors committed by the patient. This analysis will answer the question as to what the most probable cause is that the person obtained a given score in a given test or whether the level of performance in particular tests is consistent. During the final interpretation of results of patients with damage to the CNS, it is essential to include such factors as: potential, initial level of functioning, extension and location of the damage, the type of lateralization (e.g. a right- or left-handed person), cause of the damage, age and gender of the patient, duration of the illness, and the physical and mental condition of the patient, as all these factors affect the performance in WAIS-R Scale tests.

A qualitative interpretation appears indispensable both in the case of the examination of patients with damage to the CNS and in the case of severe neurotic disorders and pretence. In the case of the last group, the WAIS-R Scale is especially useful as it enables us to examine many functions indirectly. Within the group of people trying to underperform in relation to their real capabilities, an examination using the WAIS-R Scale might be especially useful because it is detailed and encompasses many aspects of mental and emotional functioning of the person examined. Suspicion that the results obtained by someone in the test do not reflect their real capabilities is raised by all kinds of unusual and incoherent reactions. Those simulating memory disorders are often able to memorize instructions to a task after one presentation. Moreover, very importantly, such people stop underperforming when they are tired of mental work, which is a rule with people with damage to the CNS.

People with a high level of anxiety often solve initial tasks poorly, but when they become accustomed to the situation their performance level improves.

## 6. Examples

### 6.1 Case 1

#### 6.1.1 Case description

A female patient, aged 45, sustained a head injury without loss of consciousness; the examination was carried out 3 years after the accident. She was not working at the time of the accident, having a disability pension. The results obtained from the WAIS-R amounted to: V – quotient 94, P – quotient 74, F – quotient 82.

The results obtained in the majority of tests were below those obtained by healthy people of a similar age. Only in three verbal tests: I, C and V did the patient obtain slightly higher scores than those in the control group. She obtained the lowest scores in two tests: DS and DSY. The results of both these subtests are described in the literature as having the tendency to deteriorate due to organic damage to the CNS; however, the lowering of scores itself, without qualitative analysis, does not constitute a diagnostic value, as the examples presented below prove.

#### 6.1.2 DS Test – analysis of performance

The test itself is based on direct repetition by the patient of a sequence of digits spoken by the examiner. In the first part forwards, in the second backwards. The number of digits increases in each subsequent trial. Attention should be paid to the way in which the patient performed in the DS Test. In the first part (forwards), the patient painstakingly and painfully slowly tried to repeat the digits. The first try in each series was unsuccessful. There were, respectively, three, four and five digits in a series. Such behaviour on the part of the patient might suggest considerable difficulties in memorizing and/or concentration, or, alternatively, a high level of anxiety, had it not been for the fact that in another task (A) also checking direct aural memory, although in a “hidden” way, she was able to memorize at least six elements (words) without much difficulty after the first exposition. It is not possible that memory disorders reflecting organic difficulties with concentration or dysfunctions connected with high anxiety might disappear during the examination. Such disorders, if they occur, are present throughout the examination – they may even be exacerbated due to fatigue (in the case of organic disorders) or weaken (in the case of anxiety disorders) due to the patient’s becoming accustomed to the situation, but they are present nonetheless. In the second part of the DS Test (rep-

etition backwards) the examined provided “correct” answers with a gap in the sequence of digits, e.g. repeating backward the sequence 15286 she said: “682, I don’t know what and 1”, which, in reality, seems to be more difficult than the repetition of the whole sequence backward and suggests at least a correct capacity of direct memory and a correct ability to concentrate. Such situations as described above may raise serious doubts as to the willingness to cooperate on the part of the person examined.

#### 6.1.3 DSY Test – analysis of performance

The DSY Test is another diagnostic tool to examine damage to the CNS. In this test the patient scored only 2 points against an average of 7.8 for the control group. The test is based on writing in appropriate symbols in boxes under the digits. The score is directly connected with the number of symbols written in the time allotted. The patient wrote the symbols very slowly, which, taking into consideration her previous graph-motor examinations, in which she had exhibited a pace of work which was not fast but decisively faster than in this task, might raise doubts as to her willingness to fully cooperate with the examiner. This assumption may be supported by the fact that people who achieve such low scores in the DSY due to considerable psychomotor slowdown and inertia usually commit characteristic errors which this patient avoided.

To sum up, we may assume that the qualitative analysis of the examination results did not provide the basis for the interpretation that the examined had received organic damage to the CNS despite obtaining low scores.

### 6.2 Case 2

The patient, aged 48, suffered a head injury with a short-term loss of consciousness two years prior to the examination. He had not worked since the accident. He was diagnosed with post-traumatic cerebrastrhenia.

The following results were obtained by means of WAIS-R Scale: V – quotient 100, P – quotient 94, F – quotient 94, which are equivalent to average results in the control group. In many tests the patients could have obtained higher scores but he came across as a person weakly motivated to undertake mental effort, which affected the results in many tests (PC, B, DSY, A, V), as he sometimes refused to answer or worked very slowly. Despite this attitude, only in two tests (especially sensitive to the damage to CNS; DSY and DS) were the patient’s scores lower than those in the con-

trol group. It is important, however, that this lowering of scores was not accompanied by the lowering of scores in other tests evaluating similar functions, e.g. in A. Moreover, the qualitative analysis of the working manner of the individual examined did not reveal specific behaviour which would suggest damage to the CNS. The patient did not reveal any difficulties in understanding the instructions for particular tests, absorbing them after only one presentation. He did not become stuck while solving the tasks, he did not repeat stereotypes, and used appropriate strategies for particular kinds of tasks.

Moreover, the patient was able to cope with relatively difficult tasks requiring a complex analysis and synthesis of visual stimuli (PA), conceptual thinking (S), operational memory (A) and long-term memory (I). We should underline the fact that the tasks engaging memory functions in a similar way (DS, A) were completed by the patient on two different levels: very poor (DS; 4), and comparable to the average score in the control group (A; 10). In the last test the score could have been higher but the examined refused to do four tasks. One may assume that in this case, motivational factors rather than real difficulties resulting from post-traumatic cerebrasthenia caused the lowering of results in some tests.

### 6.3 Case 3

A female patient, aged 40, was diagnosed with mental impairment. She needed the opinion in order to obtain a disability pension. The results of the examination using the WAIS-R Scale were the following: V – quotient 45, P – quotient 55, F – quotient 45.

In Test I the patient did not answer even the simplest questions, e.g. “what is the capital of Poland”, “what colour is the Polish flag” – here the answer was “white and green”. In the literature of the subject, such answers to questions in Test I are treated as an attempt at simulating mental impairment. The patient stated that she cannot differentiate colours, but when she was shown two markers and asked to show which is green and which is red, she responded correctly.

In the PC Test the patient noticed the lack of a tennis racquet in one of the players’ hands and the lack of a pantograph in a drawing of a tram. She did not name the missing elements but she recognized the situational context, conducted a correct analysis and synthesis of visual stimuli and exhibited an unexpected level of knowledge and vocabulary range (for a person with  $IQ = 45$ ) pointing at pantograph and saying “what is lacking is the thing through which the electric current flows”. In the same test she identified a frog as a toad,

which might suggest that her vocabulary range is not as limited as had been assumed after the evaluation of Tests V, I, and C.

In test DSY she automatically (without being instructed) correctly named digits 7, 4 and 2, despite the fact that she had previously said that she did know numbers. In the same test, she exhibited considerable graph-motor skills: she held the marker correctly, using it without any difficulty, exactly writing in the symbols in the allotted boxes on the answer sheet. In this case it was assumed that the low scores in the test did not reflect the true abilities of the patient.

## 7. Summary

The paper has presented the issue of neuropsychological diagnostics in the context of detecting symptoms of damage to the CNS in people after head injuries, as well as the problem of possible exaggeration of the disorders by those examined. The WAIS-R Scale was also presented, together with the possibility of clinical interpretation of results, which makes it a useful tool in the cases described.

The attempts made by the patients examined to reveal their mental abilities as being worse than in reality tend to be difficult to verify objectively, even more so as the examiner does not know their level of functioning prior to the accident. As it is, the WAIS-R Scale as a diagnostic tool enables us to evaluate the genuine abilities of patients in an astute and objective way.

The advantages of the WAIS-R Scale include:

- the option to relate the results obtained from the patient to the results obtained by a healthy population;
- complexity, its multifarious nature and the duration of the examination make it difficult for the patient to falsify the symptoms;
- the interpretation of results obtained using the WAIS-R Scale encompassing both the scores and the evaluation of the performance of the person examined in particular tests practically precludes a credible pretence of pathological symptoms.

The WAIS-R Scale is an effective tool for neuropsychological diagnostics, enabling the observer to formulate a credible and accurate evaluation of the mental functioning of the patient. It may be especially useful in problematic court cases concerning compensation.

## References

1. Brzeziński, J., Gaul, M., Hornowska, E., Machowski, A., Zakrzewska, M. (1996). *Skala Inteligencji D. Wechslera dla Dorosłych. Wersja zrewidowana. WAIS-R(PL). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
2. Brzeziński, J., Hornowska, E. (ed.), (1993). *Skala inteligencji D. Wechslera WAIS-R*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Jurek, T., Świątek, B. (2006). Rozstrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminalistyki*, 61, 209–215.
4. Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
5. Pobocha, J. (2010). Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności. *Orzecznictwo Lekarskie*, 7(1), 50–60.
6. Pużyński, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska* 41(3), 299–308.
7. Walsh, K. (2001). *Jak rozumieć uszkodzenia mózgu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

---

### Corresponding author

Dr Elżbieta Ormezowska  
Uniwersytet Medyczny  
Katedra Neurochirurgii, Klinika Neurochirurgii  
i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego  
ul. Kopcińskiego 22  
PL 90-153 Łódź  
e-mail: elzbieta.ormezowska@umed.lodz.pl

---

## PRZYDATNOŚĆ SKALI WAIS-R W DIAGNOSTYCE ORZECZNICZEJ BIEGŁEGO PSYCHOLOGA KLINICZNEGO

### 1. Wstęp

Praktyka biegłego sądowego z dziedziny psychologii klinicznej obejmuje szeroki zakres zagadnień diagnostycznych (Jurek, Świątek, 2006). Biegły najczęściej ma za zadanie ocenić stan zdrowia psychicznego osoby badanej oraz jej ewentualny uszczerbek na zdrowiu. Ocena zdrowia psychicznego może dotyczyć aktualnego stanu, ale też często obejmować okres miniony, niedostępny badaniu w sposób bezpośredni. Trudności diagnostyczne w tego typu przypadkach potęgowane są także niejednoznacznością terminologiczną i brakiem ustalonych definicji kluczowych pojęć takich, jak np. „zdrowie psychiczne” (Pużyński, 2007). W odniesieniu do zagadnień zdrowia psychicznego zazwyczaj przyjmuje się, że termin „uszczerbek” dotyczyć może dwojakiego rodzaju dysfunkcji (Jurek, Świątek, 2006). Pierwszą grupę zaburzeń zdrowia psychicznego stanowią te, które są następstwem przykrego, traumatycznego doświadczenia związanego z przeżywaniem bardzo silnych i negatywnych emocji, skutkującego zakłóceniem (przejściowym lub trwałym) równowagi psychicznej. Zaburzenia drugiego rodzaju są związane z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i przejawiają się pod postacią obserwowalnych zaburzeń tzw. wyższych funkcji psychicznych. Podlegają one ocenie w trakcie badania neuropsychologicznego. Dalsza część artykułu dotyczy możliwości zastosowania wybranej metody diagnostyki neuropsychologicznej – Skali WAIS-R – jako narzędzia użytecznego do oceny uszkodzeń OUN.

### 2. Diagnostyka uszkodzeń OUN

Ocena stanu zdrowia psychicznego osoby, która przeżyła uraz głowy lub uraz wielonarządowy, wymaga wnikliwej diagnostyki neuropsychologicznej pod kątem ewentualnego uszkodzenia OUN skutkującego obserwowalnymi zaburzeniami funkcji poznawczych i wykonawczych oraz problemami emocjonalnymi. Zaburzenia takie są często zgłaszane przez samego poszkodowanego lub jego rodzinę, przyjmując formę rozmaitych trudności pamięciowych, problemów z koncentracją uwagi czy kontrolą emocji. Ponieważ jednak zdecydowana większość spraw tego typu to sprawy odszkodowawcze, należy, co oczywiste, zachować daleko posuniętą ostrożność w orzekaniu o stanie zdrowia wyłącznie na podstawie relacji osób bezpośrednio zainteresowanych otrzymaniem odszkodowania (Walsh, 2001). Przytaczane z *Amerykańskiego podręcznika diagnostyki i statystyki*

*ki medycznej (DSM-IV)* dane (Pobocho, 2010), pokazują, że należy brać pod uwagę możliwość symulacji zaburzeń już wtedy, gdy osoba ta została skierowana na badanie przez adwokata. Metody diagnostyki stosowane w takich przypadkach powinny być tak dobrane, aby umożliwiać dokonywanie maksymalnie zobiektywizowanej oceny poziomu funkcjonowania osoby badanej z odniesieniem do grupy porównawczej osób o podobnym wykształceniu i wieku. Do takich narzędzi diagnostycznych należy szeroko stosowana w psychologii klinicznej Skala Inteligencji Wechslera – WAIS-R.

### 3. Skala WAIS-R

Skala WAIS-R (Brzeziński, Gaul, Hornowska, Machowski, Zakrzewska, 1996; Brzeziński, Hornowska, 1993; Walsh, 2001) jest uznanym i powszechnie stosowanym narzędziem do diagnostyki psychologicznej i neuropsychologicznej. Składa się z 11 testów, w tym sześciu werbalnych, czyli badających głównie funkcje językowe i pięciu niewerbalnych – konstrukcyjnych, wzrokowych. Interpretacja psychometryczna testu sprowadza się do przeliczenia wyników surowych na wartości w standaryzowanej skali pomiarowej. Ta procedura umożliwia dokonywanie porównania uzyskanych wyników pomiędzy różnymi grupami badanych. Skala wyników przeliczonych jest skalą ze średnią w przedziale od 8–12 punktów. Po zsumowaniu wyników dla każdej ze skal: Słownej (V), Bezsłownej (P) i Pełnej (F) wylicza się trzy wartości w skali ilorazów inteligencji (IQ), analogicznie: *IQV* – iloraz inteligencji słownej, *IQP* – iloraz inteligencji bezsłownej, *IQF* – iloraz inteligencji pełny.

Do wyczerpującej interpretacji wyników badania Skalą WAIS-R, oprócz ilościowej interpretacji, która dostarcza danych liczbowych niosących informację o uzyskanym wyniku i jego relacji do analogicznych wyników uzyskanych w grupie porównawczej, stosuje się tzw. kliniczną (jakościową) interpretację. Bazuje ona na analizie zaobserwowanych w trakcie badania wskaźników diagnostycznych.

### 4. Ogólna charakterystyka testów Skali WAIS-R

Interpretacja poszczególnych wskaźników diagnostycznych wymaga wiedzy na temat tego, co badają poszczególne testy. Pomimo trudności wywołanych brakiem absolutnej jednoznaczności interpretacyjnej, większość badaczy jest zgodna, że poszczególne testy badają

różne funkcje psychiczne, a wyniki uzyskane w badaniu umożliwiają ocenę poszczególnych przejawów funkcjonowania poznawczego i wykonawczego badanych osób. Poniżej przedstawiono ogólną charakterystykę poszczególnych testów.

- Test Powtarzania Cyfr (PC) bada pojemność pamięci bezpośredniej, uwagę i koncentrację;
- Test Symbole Cyfr (SC) bada zdolność do koncentracji, uczenia się i umiejętności psychomotoryczne;
- Test Wiadomości (W) bada zasób posiadanej wiedzy.
- Test Podobieństwa (P) bada zdolność do abstrakcji;
- Test Słownik (S) bada zdolność definiowania pojęć i umiejętność porządkowania posiadanej wiedzy;
- Test Braki w Obrazkach (BO) bada percepcję wzrokową oraz zdolność odróżniania istotnych elementów sytuacji;
- Test Arytmetyka (A) bada zdolność koncentracji, pamięć i umiejętność rozwiązywania problemów arytmetycznych;
- Test Rozumienie (R) bada posiadaną wiedzę społeczną i umiejętność jej stosowania;
- Test Klocki (K) bada zdolność analizy i syntezy spostrzeganych bodźców;
- Test Porządkowanie Obrazków (PO) bada percepcję wzrokową, inteligencję społeczną oraz zdolność planowania;
- Test Układanki (U) bada zdolność do syntezy spostrzeganych bodźców;

Na poziom wykonania wymienionych testów i badane przez nie funkcje wpływają dwie grupy zmiennych:

1. zmienne zewnętrzne, czyli takie czynniki, jak edukacja (poziom i jakość wykształcenia), kultura i środowisko, standard życia, poprawność zastosowanej procedury testowej;
2. zmienne wewnętrzne, czyli cechy i zdolności osoby badanej, czynniki motywacyjne i czynniki chorobowe. Te ostatnie podlegają interpretacji klinicznej.

## 5. Kliniczne wskaźniki diagnostyczne

1. PC. Test ten bada możliwości pamięciowe. Uzyskanie wysokich wyników w teście wymaga umiejętności skupienia uwagi i odpowiedniej odporności na dystraktory. Bardzo istotnym czynnikiem obniżającym wyniki w tym teście i mającym wartość diagnostyczną jest organiczne uszkodzenie OUN. Największe trudności w tej grupie pacjentów pojawiają się zwłaszcza w części drugiej testu, przy powtarzaniu wspak. Słabe wyniki w Teście PC mogą być także związane z aktualnie przeżywanym przez osobę badaną lękiem czy napięciem emocjonalnym wywołanym sytuacją badania. Charakterystyczne dla wyników takich osób jest słabe wykonanie pierwszych, relatywnie najłatwiejszych prób. Niekiedy ni-

skie wyniki zwłaszcza części drugiej testu mogą też wskazywać na niechęć do wysiłku umysłowego. Test PC obniża się także pod wpływem hałasu, zmęczenia i innych dystraktorów. Uważa się, że wysoki wynik w Teście PC świadczy o dużej zdolności adaptacyjnej osoby badanej.

2. SC. Test, którego wykonanie ma związek zarówno ze sprawnością psychomotoryczną, koordynacją wzrokowo-ruchową, jak i umiejętnością uczenia się, odpornością na dystrakcję i wytrwałością. Wiadomo, że wraz z wiekiem obniżają się wyniki w Teście SC, choć brak jednoznacznej interpretacji tego faktu. Wyniki obniżają się także u osób z uszkodzeniem OUN. Samo obniżenie wyników w teście może być wieloznaczne, ponieważ jego przyczyną mogą stać się: ogólne spowolnienie osoby badanej, trudności w uczeniu się, niesprawność kończyny dominującej, niska motywacja, zmęczenie, silny lęk. Z doświadczeń własnych autorki wynika, że niezwykle cenną obserwacją podnoszącą wartość diagnostyczną Testu SC jest nie tyle samo obniżenie wyników, a wystąpienie pewnych charakterystycznych trudności w wykonaniu testu. Błędy polegające na automatycznym wpisywaniu kolejnych symboli występujących pod kolejnymi cyframi (1, 2, 3 itd.) i warianty tej sytuacji wskazujące na inercyjny bezwład i trudność w przedstawieniu się z jednego ciągu znaków na drugi są silnym wskaźnikiem zaburzeń organicznych OUN.
3. W. Jest testem uważanym za stosunkowo mało podatny na działanie ewentualnych czynników patologicznych (oczywiście z wyłączeniem uszkodzeń półkuli dominującej znacznie upośledzających możliwości słownego porozumiewania się), stąd często jest wykorzystywany do oceny funkcjonowania intelektualnego osoby badanej przed zadziałaniem czynników chorobowych. Test mierzy zakres i głębokość opanowanej przez osobę badaną tzw. wiedzy ogólnej. Na wynik testu mogą wpływać także: pamięć długotrwała, motywacja czy lęk.
4. P. Test ten pozwala określić dojrzałość umysłową osoby badanej i poziom jej funkcjonowania intelektualnego. Ponieważ dopuszczalne są dwa rodzaje odpowiedzi na pytania testowe, te konkretne (niżej punktowane) i odwołujące się do kategorii abstrakcyjnych (punktowane wyżej); sama ocena punktowa nie daje pełnego obrazu możliwości intelektualnych osoby badanej. Wysokie wyniki w teście uzyskują osoby twórcze o dużej wyobraźni, niskie zaś osoby myślące powierzchownie, o niskiej plastyczności procesów psychicznych. U osób z organicznym uszkodzeniem OUN częste są odpowiedzi negujące jakiegokolwiek podobieństwo podanych obiektów czy koncentrujące się na opisie różnic między obiektami nawet przy podaniu pierwotnie prawidłowej odpowiedzi, np.: „jabłko i gruszka są podobne, bo mają ogonki i pestki, ale

- jabłko jest okrągłe, czerwone, a gruszka podłużna i żółta”.
5. S. To test z grupy nieobniżających się pod wpływem działania czynników patologicznych, stąd możliwość określenia przedchorobowego poziomu funkcjonowania osoby badanej na podstawie jego wyników. Wyjątkiem są tu dwie grupy pacjentów: z chorobą Alzheimera i uszkodzeniem półkuli dominującej mózgu powodującym masywną dysfazję. Wysokie wyniki w Teście S osiągają osoby mające bogaty zasób informacji i umiejętność syntetycznego przedstawiania posiadanej wiedzy.
  6. BO. Test bada możliwości percepcyjne w zakresie modalności wzrokowej, zdolność odróżniania szczegółów istotnych od nieistotnych oraz umiejętność koncentracji. Obniżenie wyników w teście może wynikać przede wszystkim z trudności percepcyjnych (najprostsza przyczyna to brak właściwych okularów), także wysoki poziom lęku, przywiązanie wagi do szczegółów nieistotnych lub negatywizm (nie nie brakuje). Te dwa ostatnie czynniki często występują w grupie osób z uszkodzeniem OUN, jak wynika z doświadczeń własnych autorki.
  7. A. Test ten ujawnia możliwości osoby badanej w zakresie umiejętności skupienia uwagi, zdolności logicznego myślenia i odporności na dystraktory. Ponieważ wysokie wyniki w teście są silnie związane z wykonywanym przez osobę badaną zawodem, przy interpretacji wyników wskazane jest uwzględnienie tego czynnika. Prawidłowe rozwiązanie Testu A, oprócz umiejętności wykonywania prostych operacji rachunkowych, wymaga od osoby badanej sprawności w zakresie zapamiętywania tekstu słyszanego. Można przyjąć, że Test A jest po części także testem pamięci, przy czym jest to badanie nie wprost. Osoby próbujące wyolbrzymiać swoje trudności pamięciowe i uzyskujące np. bardzo niskie wyniki w Teście PC, w badaniu Testem A potrafią całkiem sprawnie powtórzyć treść zadania (nawet, jeśli nie podają prawidłowej odpowiedzi), nie mając świadomości, że w ten sposób ujawniają swoje rzeczywiste możliwości w zakresie funkcji pamięciowych.
  8. R. Zwykle test ten traktowany jest jako wskaźnik zdolności społecznego uczenia się oraz rozumienia typowych zwyczajów codziennych. Test silnie koreluje z umiejętnością zwięzłego posługiwania się językiem. Nieznacznie obniża się pod wpływem większości uszkodzeń OUN, oczywiście z wyjątkiem tych upośledzających zdolność posługiwania się mową (bo wtedy obniżenie jest znaczne). W literaturze tematu zwraca się uwagę na wieloznaczność tego testu mogącą być źródłem błędów interpretacyjnych. Przy uszkodzeniu OUN diagnostyczne są trudności z interpretacją przysłów oraz opisem właściwego zachowania się w niektórych sytuacjach (kino, las).
  9. K. Test mierzy zdolność organizacji przestrzennej, koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz umiejętności planowego działania. Osoby z organicznym uszkodzeniem OUN mają zazwyczaj problemy z wykonaniem tego testu. Powodów może być wiele, jako że specyfika trudności konstrukcyjnych po części wiąże się z umiejscowieniem uszkodzenia. W grupie osób z uszkodzeniami frontalnymi OUN obserwuje się trudności pod postacią podążania za wzorem wynikające z dysfunkcji w zakresie planowego działania. Z kolei badani z uszkodzeniami tylnych obszarów (do tyłu od bruzdy Rolanda) wykazują głównie problemy percepcyjne związane z zaburzeniami analizy i syntezy bodźców wzrokowych, a także zaburzenia przestrzenne dezorganizujące możliwość sprawnej transpozycji wzoru na płaszczyźnie.
  10. PO. Rozwiązanie tego testu wymaga wielu cech, ale mimo tej złożoności interpretacyjnej, test traktowany jest głównie jako pomiar zdolności planowania i antycypacji. Niskie wyniki uzyskują w tym teście osoby z zaburzeniami uwagi, impulsywne, wykazujące trudności w zakresie myślenia przyczynowo-skutkowego i zdolności planowania. Z tego powodu niskie wyniki w teście uzyskiwane są w grupie osób z uszkodzeniem OUN. U tych pacjentów napotyka się różne przejawy dysfunkcji, począwszy od prób bezplanowego dopasowywania graficznych elementów obrazków do nieumiejętnego odczytywania sytuacji kontekstowych.
  11. U. To test mierzący możliwości syntezy bodźców wzrokowych i elastyczności umysłowej, po części też umiejętność planowania. Uszkodzenie OUN, wysoki poziom lęku czy niska wytrwałość wpływają na obniżenie wyników tego testu. Osoby z uszkodzeniem OUN często nie podejmują prób całościowego podejścia do zadania, a poprzestają na bezowocnym przykładaniu do siebie dwóch przypadkowych elementów układanki.
- Przedstawiona powyżej krótka charakterystyka poszczególnych testów Skali WAIS-R w kontekście ich czułości na wykrywanie czynników patologicznych ukazuje mnogość i różnorodność zmiennych uzyskiwanych w badaniu. Wobec tak dużej złożoności omawianych zagadnień konieczne jest, przy dokonywaniu całościowej interpretacji, traktowanie wyników poszczególnych testów jako swego rodzaju zbioru hipotez roboczych. Dopiero całościowa, wnikliwa analiza tych hipotez cząstkowych pozwoli zbliżyć się do ostatecznej interpretacji. Do analizy takiej niezbędna jest właśnie ocena jakościowa wykonanych testów polegająca na rejestracji poszczególnych błędów popełnianych przez osobę badaną. Analiza taka pozwala na udzielenie odpowiedzi na pytanie, jaka jest najbardziej prawdopodobna przyczyna uzyskania przez osobę badaną konkretnych wyników w danym teście oraz czy poziom wykonania poszczególnych testów jest spój-

ny. Przy całościowej interpretacji wyników pacjentów z uszkodzeniem w obrębie OUN istotne jest uwzględnienie również takich czynników, jak: potencjalny wyjściowy poziom funkcjonowania, rozległość i umiejscowienie uszkodzenia, typ lateralizacji (np. osoba lewo- czy praworęczna), przyczyna uszkodzenia, wiek i płeć pacjenta, długość choroby, stan fizyczny i psychiczny pacjenta, gdyż mają one także wpływ na wykonanie testów Skali WAIS-R.

Interpretacja jakościowa jest nieodzowna zarówno w przypadku badania osób podejrzanych o uszkodzenie OUN, jak też silne zaburzenia nerwicowe czy symulację. W badaniach tej ostatniej grupy osób, Skala WAIS-R jest szczególnie użyteczna, ponieważ umożliwia badanie wielu funkcji „nie wprost”. W grupie osób próbujących wypaść gorzej niż na to pozwalają ich rzeczywiste możliwości, badanie Skalą WAIS-R może być szczególnie użyteczne choćby dlatego, że jest szczegółowe i obejmuje bardzo wiele aspektów funkcjonowania umysłowego i emocjonalnego osoby badanej. Podejrzenie, że wyniki uzyskane w teście przez osobę badaną nie odzwierciedlają jej rzeczywistych możliwości, budzą wszelkie nietypowe i niespójne reakcje. Często badani próbujący symulować zaburzenia pamięci potrafią całkiem sprawnie zapamiętać np. instrukcje do poszczególnych testów już po jednokrotnej ich prezentacji. Ponadto, co bardzo istotne, osoby takie nie wykazują obniżenia poziomu wykonania pod wpływem zmęczenia pracą umysłową, co zwykle jest regułą u osób z uszkodzeniem OUN.

Z kolei osoby o wysokim poziomie lęku często słabo rozwiązują początkowe zadania, by w trakcie trwania badania ośwoić się z sytuacją i poprawić poziom wykonania.

## 6. Przykłady

### 6.1 Przypadek 1

#### 6.1.1 Opis przypadku

Pacjentka, lat 45, doznała urazu głowy bez utraty przytomności; badanie wykonano 3 lata od chwili urazu. Nie pracowała zawodowo od chwili wypadku, przebywając na rencie. Wyniki badania Skalą WAIS-R wyniosły: V – iloraz 94, P – iloraz 74, F – iloraz 82.

Wyniki uzyskane w większości testów znalazły się poniżej rezultatów uzyskiwanych przez osoby zdrowe w podobnym, jak badana, wieku. Jedynie w trzech testach słownych: W., R. i S. badana uzyskała wyniki nieco wyższe od tych w grupie kontrolnej. Najniższe wyniki uzyskała w dwóch testach: PC i SC. Oba podtesty opisywane są w literaturze tematu jako obniżające się pod wpływem organicznych uszkodzeń OUN, jednak samo obniżenie, bez analizy jakościowej, nie stanowi wartości

diagnostycznej, o czym świadczyć mogą poniższe przykłady.

#### 6.1.2 Test PC – analiza wykonania

Sam test polega na bezpośrednim powtórzeniu przez badanego cyfr wypowiedzianych przez badającego. W pierwszej części badania wprost, w drugiej wspak. Liczba cyfr rośnie w każdej kolejnej próbie. Na szczególną uwagę zasługuje sposób wykonania testu PC. przez badaną. W pierwszej części (powtarzanie wprost) badana z ogromnym trudem i bardzo powoli starała się powtarzać cyfry. Pierwsza próba każdej serii była nieudana. Cyfr było kolejno: trzy, cztery i pięć w serii. Takie zachowanie badanej mogłoby wskazywać na znaczne trudności w zapamiętywaniu lub/i koncentracji, ewentualnie na silne nastawienie lękowe, gdyby nie fakt, że w innym zadaniu (A) badającym także bezpośrednią pamięć słuchową, choć w sposób „ukryty”, badana była w stanie bez większych trudności zapamiętać co najmniej sześć elementów (słów) już po pierwszej ekspozycji. Nie jest możliwe, aby zaburzenia pamięciowe odzwierciedlające organiczne trudności z koncentracją uwagi lub dysfunkcje związane z silnym lękiem pojawiały się i zniknęły w trakcie badania. Zaburzenia takie, jeśli występują, są obecne podczas całego badania i mogą co najwyżej nasilać się pod wpływem zmęczenia (w przypadku zaburzeń organicznych) lub nieco słabnąć (w przypadku zaburzeń lękowych) na skutek oswojenia się z sytuacją, ale są obecne. W drugiej części badania testem PC (wspak) badana udzielała odpowiedzi „prawidłowych” z luką w ciągu cyfr, np. powtarzając wspak ciąg 15286 odpowiadała: „682, nie wiem, co i 1”, co w rzeczywistości jest trudniejsze niż wyrecytowanie całego ciągu wspak i wskazuje na co najmniej prawidłową pojemność pamięci bezpośredniej oraz prawidłową zdolność do koncentracji uwagi. Tego typu sytuacje, jak opisana powyżej, mogą budzić poważne wątpliwości w odniesieniu do współpracy osoby badanej.

#### 6.1.3 Test SC – analiza wykonania

Kolejnym, uważanym za wysoce diagnostycznym dla uszkodzeń OUN, jest Test SC. W teście tym badana uzyskała zaledwie 2 punkty przy średniej 7,8 w grupie odniesienia. Test polega na wpisywaniu odpowiednich symboli w kratki pod cyframi. Punktacja związana jest bezpośrednio z liczbą symboli wpisanych w określonym czasie. Badana wpisywała symbole bardzo powoli, co, biorąc pod uwagę inne próby grafomotoryczne, w których wykazywała się tempem pracy niezbyt szybkim, ale zdecydowanie szybszym niż w tym zadaniu, może budzić obawy co do jej pełnej współpracy. Poparciem tej tezy może być fakt, że osoby uzyskujące tak niskie wyniki w SC z powodu znacznego spowolnienia psychoru-

chowego i inercji, zwykle popełniają charakterystyczne błędy, których badana ustrzegła się.

Reasumując, można stwierdzić, że analiza jakościowa wyników badania nie dała podstaw do interpretacji odwołującej się do organicznego uszkodzenia OUN osoby badanej mimo uzyskania przez nią niskich wyników liczbowych.

## 6.2 Przypadek drugi

Pacjent, lat 48, przebył uraz głowy z krótkotrwałą utratą przytomności dwa lata przed badaniem. Nie pracował zawodowo od chwili wypadku, rozpoznano u niego cerebrastenię pourazową.

Uzyskano następujące wyniki badania Skalą WAIS-R: V – iloraz 100, P – iloraz 94, F – iloraz 94, czyli odpowiadające średnim wynikom w grupie porównawczej. W wielu testach badany potencjalnie mógł uzyskać wyższą punktację, ale sprawiał wrażenie osoby słabo zmotywowanej do podejmowania wysiłku umysłowego, co wyraźnie wpłynęło na wyniki w wielu testach (BO, K, SC, A, S), bowiem badany niekiedy odmawiał odpowiedzi lub pracował bardzo powoli. Mimo takiej postawy, jedynie w dwóch testach (szczególnie wrażliwych na uszkodzenie OUN: SC i PC) wyniki badanego były niższe od wyników w grupie porównawczej. Temu obniżeniu jednak, co szczególnie istotne, nie towarzyszyło obniżenie wyników w pozostałych testach badających podobne funkcje, np. w A. Ponadto analiza jakościowa sposobu pracy badanego nie uwidoczniła specyficznych zachowań, które mogłyby wskazywać na ich organiczne podłoże, czyli uszkodzenie OUN. Badany nie miał żadnych trudności z rozumieniem instrukcji do poszczególnych zadań; już po jednorazowej prezentacji je przyswajał. Nie gubił się w trakcie wykonywania testu, nie powtarzał wyuczonych stereotypów, stosował adekwatne strategie do poszczególnych rodzajów zadań. Ponadto badany potrafił radzić sobie całkiem sprawnie z relatywnie trudnymi zadaniami wymagającymi złożonej analizy i syntezy bodźców wzrokowych (PO), myślenia koncepcyjnego (P), pamięci operacyjnej (A) oraz pamięci długoterminowej (W). Na podkreślenie zasługuje fakt, że zadania angażujące funkcje pamięciowe w podobny sposób (PC, A) zostały wykonane przez badanego na zupełnie różnych poziomach: bardzo słabo PC (4), a na poziomie średniej w grupie porównawczej A (10). W tym ostatnim teście wynik mógł być jeszcze wyższy, ale badany odmówił wykonania czterech zadań. Można uznać, że w opisanym przypadku na obniżenie wyników niektórych testów wpłynęły raczej czynniki motywacyjne niż rzeczywiste trudności wynikające z cerebrastenii pourazowej.

## 6.3 Przypadek trzeci

Pacjentka, lat 40, podejrzana była o upośledzenie umysłowe. Orzeczenie zamierzała uzyskać do celów rentowych. Wyniki badania Skalą WAIS-R przedstawiały się następująco: V – iloraz 45, P – iloraz 55, F – iloraz 45.

W teście W. badana nie udzieliła odpowiedzi na najprostsze pytania, np. „jak się nazywa stolica Polski”, „jakie kolory ma flaga Polski” – tu odpowiedź brzmiała „biały i zielony”. W literaturze tematu tego typu odpowiedzi na to pytanie w teście W. traktowane są jako odpowiedzi budzące podejrzenie o symulację upośledzenia umysłowego. Badana stwierdziła, że nie rozróżnia kolorów, lecz kiedy pokazano jej dwa flamastry i poproszono, żeby pokazała, który z nich jest zielony, a który czerwony, zareagowała prawidłowo.

W teście BO badana rozpoznała brak rakiety tenisowej u jednego z graczy oraz brak pantografu na rysunku tramwaju. Nie nazwała tych brakujących elementów, ale rozpoznała kontekst sytuacyjny, dokonała prawidłowej analizy i syntezy bodźców wzrokowych, a wreszcie ujawniła zaskakująco duży poziom wiedzy i bogate słownictwo (jak na osobę z  $IQ = 45$ ), pokazując na pantograf i używając określenia „brakuje tego, czym płynie prąd”. W tym samym teście zidentyfikowała żabę jako ropuchę, co może świadczyć o wcale nie tak małym zasobie słów, jak by się mogło wydawać po ocenie testów S, W oraz R.

W teście SC odruchowo (bez polecenia) i bezbłędnie nazwała cyfry: 7, 4, 2, mimo, że jak twierdziła, nie zna cyfr. W tym samym teście, jak na osobę niepiśmienną, ujawniła spore umiejętności grafomotoryczne: wprawnie trzymała flamastry i posługiwała się nim bez trudności, precyzyjnie wpisując symbole w wyznaczonych polach arkusza odpowiedzi. W opisanym przypadku uznano, że niskie wyniki w badaniu testowym nie odzwierciedlały rzeczywistych możliwości osoby badanej.

## 7. Podsumowanie

W pracy przedstawiono zagadnienie diagnostyki neuropsychologicznej w kontekście wykrywania objawów uszkodzenia OUN u osób po przebytych urazach, jak też problem ewentualnego wyolbrzymiania swoich zaburzeń przez osoby badane. Zaprezentowano Skalę WAIS-R i możliwość interpretacji klinicznej wyników, czyniącą z niej narzędzie niezwykle użyteczne w opisanym przypadku.

Próby przedstawienia przez badanych swoich możliwości umysłowych jako gorszych niż są w rzeczywistości bywają trudne do obiektywnego zweryfikowania, zwłaszcza, że zazwyczaj badającemu nie jest znany przedwypadkowy poziom funkcjonowania osoby badanej. Narzędzie diagnostyczne, jakim jest Skala WAIS-R,

umożliwia wnikliwą i obiektywną ocenę rzeczywistych możliwości osoby badanej.

Zaletą Skali WAIS-R są:

- możliwość odniesienia wyników uzyskanych przez osobę badaną do wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych;
- złożoność, wieloczynnikowość i długość trwania badania, co znacznie utrudnia efektywną symulację objawów przez osoby badane;
- interpretacja wyników badania Skalą WAIS-R obejmująca zarówno wyniki punktowe, jak też ocenę sposobu wykonania poszczególnych zadań przez osobę badaną, praktycznie uniemożliwia wiarygodną symulację objawów patologicznych.

Skala WAIS-R jest skutecznym narzędziem diagnostyki neuropsychologicznej pozwalającym na wiarygodne i trafne określenie stanu aktualnego funkcjonowania umysłowego osoby badanej. Może być szczególnie użyteczna w przypadkach problematycznych sądowych spraw roszczeniowych.