

PAI (Personality Assessment Inventory)
Опитувальник оцінки особистості
Скорочене керівництво

Скорочена версія українською мовою для користування тестової платформи
Start компанії ТОВ «УА ТЕСТ»

Версія 1.0 (25 березня 2025р.)

Всі права застережено.

© 1991, 2007 by PAR. 16204 N.Florida Ave. Lutz, FL 33549

Переклад та розповсюдження здійснено за погодженням та ліцензійною
угодою із ТОВ «УА ТЕСТ» у 2025 році.

Переклад та адаптація керівництва:
Дятел Надія Леонідівна

Нелегальне розповсюдження заборонено!

Захист особистих немайнових і майнових прав суб'єктів авторського права
і (або) суміжних прав здійснюється в порядку, встановленому
адміністративним, цивільним і кримінальним законодавством України.

1. Що таке PAI?

PAI (Personality Assessment Inventory) – це стандартизований психологічний тест, призначений для оцінки особистісних характеристик, емоційних і поведінкових порушень. Він є ефективним інструментом для диференціальної діагностики, клінічної оцінки і прогнозування психопатологічних ризиків.

PAI дозволяє отримати комплексний профіль особистості, що включає інформацію про когнітивні, емоційні, поведінкові та міжособистісні аспекти психічного здоров'я. Тест складається з 344 тверджень, на які респондент відповідає за чотирибальною шкалою. Завдяки цьому оцінка є гнучкою та чутливою до індивідуальних відмінностей.

Авторство, історія розвитку та сучасна версія PAI

PAI був розроблений Леслі К. Морі (Leslie C. Morey) у 1991 році як альтернатива MMPI. Основною метою розробки тесту було створення зручного, структурованого та високовалідуваного інструменту, який можна було б ефективно використовувати в клінічній практиці та дослідницьких цілях.

На відміну від інших тестів, PAI базується на концептуально обґрунтованому підході до оцінювання психопатологічних станів і особистісних рис. Його розробка передбачала масштабне тестування на вибірках пацієнтів із клінічними діагнозами та здорових осіб, що дозволило створити чіткі критерії для інтерпретації шкал.

З моменту створення тесту його структура та інтерпретаційні підходи зазнали значних змін. Оновлення включають:

- адаптацію шкал до сучасних клінічних стандартів
- вдосконалення алгоритмів обробки результатів
- оновлення нормативних даних на основі сучасних вибірок

На сьогоднішній день ми використовуємо сучасну версію PAI на порталі Start від UA-Test, що забезпечує автоматичну обробку результатів, адаптацію до цифрового середовища та інтеграцію з іншими психодіагностичними методами. Цифрова версія дозволяє швидко аналізувати дані, виключаючи помилки при підрахунках, що значно підвищує точність тестування.

Основні сфери застосування

PAI активно використовується у різних сферах психологічної практики:

- **Клінічна психологія та психіатрія:** допомагає діагностувати психопатологічні стани, визначати рівень емоційного дистресу, оцінювати ефективність психотерапії та прогнозувати ризики суїциду чи насильства.
- **Судово-психологічна експертиза:** у кримінальних та цивільних справах, дозволяє виявляти симуляцію та визначати рівень осудності підозрюваного.

- **Організаційна психологія та HR:** застосовується для оцінки особистісних характеристик кандидатів на роботу, прогнозування їхньої поведінки у стресових ситуаціях, визначення їхньої готовності до командної роботи.

- **Наукові дослідження:** використовується у дослідженнях психологічних рис, поведінкових тенденцій та психометричних характеристик особистості.

Відмінності PAI від інших тестів

PAI має низку ключових відмінностей від інших популярних особистісних тестів, зокрема від MMPI-2:

Довжина тесту – PAI складається з 344 тверджень, що робить його менш стомлюючим для респондентів. Для порівняння, MMPI-2 має 567 тверджень.

Більш гнучка шкала відповідей – PAI використовує 4-бальну шкалу замість дихотомічної, що дозволяє більш диференційовано оцінювати стан респондента.

Чітка теоретична основа – шкали PAI розроблені відповідно до сучасних концепцій психопатології, тоді як шкали інших тестів часто створювались емпірично, через диференціацію на основі статистичного аналізу відповідей великих груп людей.

Краща адаптованість до клінічної практики – PAI включає спеціальні шкали для оцінки готовності до лікування та терапевтичних прогнозів (наприклад, шкала RXR - "Відмова від лікування").

Зручність інтерпретації – чіткі назви та концептуальне наповнення шкал роблять PAI швидшим в опануванні, більш структурованим та зрозумілим для спеціалістів.

2. Шкали PAI та їх інтерпретація:

PAI складається з **22 основних шкал**, які поділяються на чотири групи:

1. **Шкали валідності** – оцінюють достовірність відповідей респондента та виявляють спроби викривлення результатів.

2. **Клінічні шкали** – аналізують наявність психічних розладів та їх інтенсивність.

3. **Шкали лікування** – визначають фактори, що впливатимуть на успішність терапії.

4. **Міжособистісні шкали** – оцінюють особливості соціальної поведінки респондента, зокрема прагнення до домінування та рівень теплоти у спілкуванні.

5. **Додаткові індекси** – деталізують оцінку та дозволяють виявити приховані тенденції в поведінці респондента.

Загальні принципи аналізу

Перевірка викривлення відповідей: завищені показники за шкалами валідності (ICN, INF, NIM, PIM) можуть свідчити про спробу приховування або, навпаки, перебільшення

проблем. в такому випадку потрібно бути обережним при аналізі основних шкал, оскільки респондент міг свідомо або несвідомо викривлювати відповіді.

Високі значення за клінічними шкалами ($T \geq 70$) свідчать про значні психологічні труднощі або психопатологічні прояви. **Помірно підвищені значення** ($T = 60-69$) можуть вказувати на субклінічні прояви або тимчасові психологічні труднощі.

Важливо зважати на **перевищення середніх нормативних значень** за шкалами.

Аналіз має **враховувати загальний профіль респондента**, а не окремі шкали ізольовано. Поєднання показників різних шкал при аналізі надає ширшу картину результатів та дозволяє зрозуміти комплексну картину особистісних характеристик респондента.

Поєднання високих шкал: деякі шкали разом можуть давати додаткову інформацію (наприклад, високі AGG + MAN = імпульсивна агресія).

Принцип переважання шкали: якщо одна шкала має дуже високі значення ($T \geq 80$), а інші залишаються в межах норми, необхідно розглянути її у контексті особистісних особливостей респондента. Тобто, при наявності лише одного перевищеного показника не можна говорити про наявність розладу. Швидше за все, ми матимемо справу із сильно вираженою рисою особистості, яка або загострена на даний момент через певні події в житті респондента і могла бути основою його звернення за допомогою, або певним чином компенсована та має діючі механізми регуляції.

Використання критичних тверджень, які мають безпосереднє значення для оцінювання вихідного конструкту та можуть допомогти уточнити значення деяких підвищень балів за шкалами або субшкалами.

2.1. Шкали валідності

Шкали валідності використовуються для перевірки надійності відповідей та оцінки можливих спотворень у відповідях респондента. Вони дозволяють виявити:

- чи відповідав респондент послідовно,
- чи намагався він викривити результати,
- чи були його відповіді випадковими або неузгодженими.

До шкал валідності належать:

ICN (Непослідовність відповідей) – оцінює чи є узгодженими відповіді на схожі за змістом твердження. Високі значення можуть свідчити про випадковість відповідей або неухважність респондента.

INF (Нерегулярність відповідей) – виявляє атипові відповіді, що можуть свідчити про заповнення тесту випадковим чином. Високий бал може свідчити про непослідовне заповнення тесту або симуляцію.

NIM (Негативне враження) – показує, чи є ймовірність того, що респондент перебільшує свої труднощі. Високі бали можуть вказувати на тенденцію до перебільшення симптомів.

PIM (Позитивне враження) – визначає, чи намагається респондент приховати проблеми або представити себе у надміру позитивному світлі. Високі значення можуть свідчити про заперечення наявних труднощів.

2.2. Клінічні шкали та їх субшкали

Клінічні шкали оцінюють наявність і вираженість психопатологічних симптомів, таких як тривожність, депресія, межовий розлад особистості, паранояльність та інші. Вони допомагають діагностувати психічні розлади, визначати рівень емоційного дистресу та прогнозувати особливості поведінки респондента. Усього PAI налічує 11 клінічних шкал:

SOM (Соматичні скарги) – оцінює наявність і вираженість фізичних симптомів, які не мають чіткого медичного пояснення. Шкала відображає ступінь соматизації, зосередженості на тілесних відчуттях і тривожності щодо здоров'я. Високі значення можуть вказувати на надмірну стурбованість своїм здоров'ям або схильність до психосоматичних реакцій.

Конверсія (SOM-C) – симптоми, що асоціюються з конверсійними розладами, зокрема сенсорними або моторними дисфункціями.

Соматизація (SOM-S) – частий прояв різних загальних фізичних симптомів і нечіткі скарги на погане самопочуття і втому.

Проблеми зі здоров'ям (SOM-H) – занепокоєність загальним станом здоров'я та фізичними проблемами.

ANX (Тривожність) – вимірює загальний рівень тривожності, включаючи когнітивні прояви (негативні очікування), афективні (відчуття напруги, страху) та соматичні симптоми (наприклад, прискорене серцебиття, пітливість).

Когнітивна (ANX-C) – румінативне занепокоєння та стурбованість поточними проблемами, що впливають на концентрацію.

Афективна (ANX-A) – відчуття напруження, труднощі з розслабленням і втома як наслідок накопиченого стресу.

Фізіологічна (ANX-P) – фізичні ознаки напруги (наприклад, спітнілі долоні, тремор, утруднене дихання).

ARD (Тривожні розлади) – відображає симптоматику, характерну для obsесивно-компульсивного розладу, фобій і посттравматичного стресового розладу. Допомагає ідентифікувати специфічні форми патологічної тривоги.

Obsесивно-компульсивний (ARD-O) – нав'язливі думки або поведінка, ригідність, перфекціонізм, афективна скутість.

Фобії (ARD-P) – фокусується на поширених фобіях, зокрема соціальних, просторів, висоти, транспорту, закритих просторів або інших конкретних об'єктів.

Посттравматичний стрес (ARD-T) – досвід травматичних подій, які спричиняють постійний дистрес і які переживаються як такі, що змінили або завдали шкоди клієнту в певному фундаментальному сенсі.

DEP (Депресія) – оцінює рівень депресивних переживань та їх вплив на поведінку респондента. Враховує, знижену мотивацію, втрату інтересу до життя, а також когнітивні аспекти, пов'язані з почуттям безнадії, безпорадності та низькою самооцінкою.

Когнітивна (DEP-C) – думки про нікчемність, безнадійність і особисту невдачу, а також нерішучість і труднощі з концентрацією уваги.

Афективна (DEP-A) – пригнічений настрій, втрата інтересу до того, що зазвичай приносило задоволення та ангедонія.

Фізіологічна (DEP-P) – пригнічення фізичного функціонування, зниження активності та енергії, включно з порушенням режиму сну та змінами апетиту і/або втратою ваги.

MAN (Манія) – вимірює гіперактивність, підвищену енергію, імпульсивність, прискорене мислення та відчуття власної величч, що можуть свідчити про маніакальні або гіпоманіакальні тенденції.

Рівень активності (MAN-A) – надмірна активація, дезорганізоване залучення до різноманітних видів діяльності, а також прискорені процеси мислення та поведінки.

Велич (MAN-G) – експансивність, завищена самооцінка, віра у власну винятковість та унікальність.

Дратівливість (MAN-I) – напруженість у стосунках з оточуючими через розчарування респондента нездатністю або небажанням інших відповідати його планам, вимогам і, можливо, нереалістичним ідеям, примхливість.

PAR (Паранояльність) – оцінює рівень підозрілості, ворожості та міжособистісної напруженості. Високі показники можуть свідчити про схильність інтерпретувати поведінку інших як загрозову.

Гіперпильність (PAR-H) – підозрілість та пильний нагляд за оточенням у пошуку загроз, реальних чи уявних зловживань з боку інших.

Переслідування (PAR-P) – переконання, що з людиною поведуться несправедливо, і що існують узгоджені зусилля інших людей, спрямовані на обмеження її інтересів.

Образа (PAR-R) – фокусується на ворожості, озлобленості та цинізмі в міжособистісних стосунках, схильності тримати образу та переносити провину за будь-які негаразди на інших.

SCZ (Шизофренія) – відображає прояви соціальної ізоляції, порушень мислення, емоційного дистанціювання, дивної поведінки та можливі психотичні симптоми.

Психотичні прояви (SCZ-P) – досвід незвичайного сприйняття та відчуттів, магічного мислення та/або інших незвичайних ідей, які можуть включати маячні ідеї.

Соціальне відчуження (SCZ-S) – соціальна ізоляція, дискомфорт та ніяковість у соціальній взаємодії.

Розлад мислення (SCZ-T) – когнітивна плутанина, проблеми з концентрацією уваги та дезорганізацією процесів мислення.

BOR (Межовий розлад особистості) – оцінює емоційну нестабільність, схильність до імпульсивної поведінки, порушення ідентичності та труднощі у підтриманні стабільних міжособистісних стосунків.

Афективна нестабільність (BOR-A) – фокусується на швидких емоційних змінах, підвищеній чутливості та слабкому самоконтролі.

Проблеми ідентичності (BOR-I) – невизначеність щодо головних життєвих питань, почуття порожнечі, нереалізованості та відсутності мети.

Негативні стосунки (BOR-N) – фокусується на історії нестабільних, напружених і травматичних стосунків, в яких людина почувалася експлуатованою та зрадженою.

ANT (Антисоціальні ознаки) – вимірює схильність до маніпулятивної, безвідповідальної та імпульсивної поведінки, а також порушення соціальних і правових норм.

Антисоціальна поведінка (ANT-A) – наявність в історії людини протиправної, агресивної, зухвалої поведінки та участі у протиправній діяльності.

Егоцентричність (ANT-E) – відсутність емпатії та докорів сумління, а також загалом експлуаторський підхід до міжособистісних стосунків.

Пошук стимулів (ANT-S) – прагнення до збудження, азарту та гострих відчуттів. Низька толерантності до рутини, схильність до нерозважливості та ризику.

ALC (Зловживання алкоголем) – оцінює ступінь проблем людини, пов'язаних із вживанням алкоголю, включаючи як частоту споживання, так і його вплив на функціонування в повсякденному житті.

DRG (Вживання наркотиків) – оцінює рівень зловживання наркотичними речовинами та пов'язані з цим особистісні й соціальні труднощі.

2.3. Шкали лікування

Шкали лікування оцінюють психологічні чинники, які можуть впливати на процес психотерапії, ефективність втручання, рівень ризику для пацієнта та наявність ресурсів для подолання труднощів. Вони доповнюють клінічні показники, надаючи інформацію про мотивацію до змін, внутрішні бар'єри, рівень підтримки та потенційну небезпеку респондента для себе та інших.

Ці шкали особливо важливі при плануванні психотерапії, оцінці ризиків і формуванні індивідуальної стратегії втручання. Вони дозволяють не лише виявити симптоми, а й зрозуміти, наскільки людина готова працювати над своїм психічним станом.

AGG (Агресія) – оцінює рівень ворожості, гніву та схильність до агресивної поведінки (фізичної, вербальної, пасивної).

Високі показники можуть свідчити про ризик деструктивної поведінки у стосунках, у тому числі під час терапевтичного процесу, конфліктність, труднощі у міжособистісній взаємодії та імпульсивність.

AGG-A (Агресивне ставлення) – ворожість, слабкий контроль над вираженням гніву та віра в практичну корисність агресії.

AGG-V (Вербальна агресія) – вербальні прояви гніву — від наполегливості до образ, а також готовність демонструвати гнів іншим.

AGG-P (Фізична агресія) – тенденція до фізичних проявів гніву, у тому числі до пошкодження майна, фізичної боротьби та погроз застосування насильства.

SUI (Суїцидальні думки) – вимірює вираженість суїцидальних ідей, намірів чи уявлень про самопошкодження. Шкала є критично важливою для оцінки ризику самогубства та потреби в терміновому клінічному втручанні.

Важливо аналізувати цю шкалу разом із шкалами DEP (Депресія) та NON (Відсутність підтримки).

STR (Стрес) – визначає рівень суб'єктивного дистресу, пов'язаного з поточними життєвими подіями, емоційною напругою або психосоціальними труднощами.

Високі значення можуть свідчити про перевантаженість, тривожність та труднощі з адаптацією до змін. Особи з високим STR можуть відчувати постійне напруження, труднощі зі сном, втомлюваність.

NON (Відсутність підтримки) – описує наявність труднощів у встановленні довірливих стосунків та відчуття самотності. Низький рівень соціальної підтримки може ускладнювати процес терапії та знижувати ефективність втручань.

Високі значення можуть вказувати на соціальну ізоляцію, низьку емоційну підтримку з боку сім'ї чи друзів. Часто поєднується з високими показниками за шкалами депресії та стресу.

RXR (Відмова від лікування) – вимірює мотивацію до змін, готовність дотримуватися терапевтичних рекомендацій і співпрацювати з фахівцем.

Високі показники можуть свідчити про опір, заперечення проблем або слабку залученість у лікування, скептичне ставлення до психотерапії.

Низькі значення за шкалою RXR, навпаки, можуть свідчити про готовність до співпраці зі спеціалістами.

2.4. Міжособистісні шкали

Міжособистісні шкали оцінюють стиль взаємодії респондента з соціальним оточенням — рівень його домінантності, чутливості до інших, відкритості та соціальної емпатії.

Вони допомагають зрозуміти характер міжособистісних стосунків, стиль спілкування, потенціал до кооперації або конфліктності:

DOM (Домінування) – оцінює прагнення до контролю, лідерства та впливу на інших. Високі показники свідчать про схильність до авторитарної поведінки, тоді як низькі — про пасивність, поступливість або уникання відповідальності у взаємодії.

WRM (Теплота) – оцінює соціальну чутливість, відкритість та рівень емпатії у стосунках та загальну комунікативну доброзичливість. Високі бали асоціюються з чуйністю та легкістю у встановленні стосунків, а низькі — з холодністю, емоційною дистанцією або соціальною стриманістю.

2.5. Додаткові індекси

Окрім основних шкал, PAI включає додаткові індекси, які допомагають деталізувати результати тестування.

Додаткові індекси розширюють інтерпретацію основних шкал і дозволяють виявити специфічні патерни відповідей, які можуть бути клінічно значущими, але не завжди відображаються у загальному профілі. Вони є особливо корисними при підозрі на викривлення відповідей, ризиковану поведінку або труднощі в терапії.

MAL (Індекс симуляції) – визначає ймовірність свідомої симуляції або вигадкування симптомів. Оцінює ймовірність спроби зобразити себе у патологічному світлі з певною метою (наприклад, отримання вигоди, ухилення від відповідальності). Чутливість MAL знижується при симуляції більш легких форм психопатології (наприклад, депресії, тривоги).

RDF (Індекс рідкісних відповідей або Дискримінантна функція Роджерса) – функція, створена для того, щоб відрізнити профілі PAI добросовісних пацієнтів від тих, хто симулює психічні розлади (у тому числі як наївних, так і підготовлених симулянтів). Варто відзначити також, що бали за цією функцією не залежать від клінічного статусу — показник допомагає визначити спроби симуляції окремих ознак, навіть при додатковій наявності справжньої психопатології.

DEF (Індекс захисної відповіді) – спрямований на виявлення надмірно захисної поведінки. Він вказує на намагання респондента мінімізувати проблеми. Високі бали свідчать про відверті спроби сформулювати надмірно позитивне враження. При цьому, низькі бали за цією шкалою не варто розглядати, як абсолютну ознаку відсутності захисної поведінки.

CDF (Індекс позитивної стилізації або Дискримінантна функція Кашела) – призначена для оптимального розрізнення між захисними та чесними відповідями. Шкала аналізує спроби респондента приховати проблеми. Відображає загальний рівень прояву психологічних захистів, схильність до заперечення внутрішніх конфліктів та мінімізації симптомів.

Високі бали за шкалою CDF свідчать про те, що респондент відверто намагався представити себе у викривленому світлі, і профіль, ймовірно, відображає те, яким респондент хотів би виглядати, а не його справжні переживання.

ALC Est (Індекс вживання алкоголю) – прогностичний індекс, що оцінює ймовірність зловживання алкоголем на основі комбінації відповідей. Є додатковим до основної шкали ALC.

DRG Est (Індекс вживання наркотиків) – аналогічний попередньому, дає оцінку ймовірності вживання наркотичних речовин, навіть якщо відповідна шкала (DRG) не дає критичних значень.

SPI (Індекс суїцидального потенціалу) – аналізує наявність ключових факторів ризику суїцидальної поведінки (безнадія, імпульсивність, дистрес тощо) і допомагає ідентифікувати випадки, які потребують негайного клінічного втручання.

VPI (Індекс схильності до насильства) – оцінює ймовірність агресивної або насильницької поведінки. Високі значення потребують особливої уваги при оцінці ризиків для оточення.

TPI (Індекс процесу лікування) – визначає ймовірні труднощі, з якими може зіткнутися клієнт у терапії: слабка мотивація, ворожість, низький рівень психологічної інсайтності, обмежена підтримка тощо.

Критичні твердження

Критичні твердження варто обговорювати індивідуально з респондентом під час інтерв'ю. Особливо — твердження з тематики суїциду, агресії, травм і вживання речовин. Така перевірка може змінити інтерпретацію або вплинути на пріоритети втручання.

1. Марення та галюцинації:

Твердження: 90, 130, 170 (SCZ-P); 309 (PAR-P)

Виявлення психотичних симптомів, що потребують диференційної діагностики та можуть вимагати негайного лікування. Рекомендації: провести детальне опитування щодо тривалості, частоти та ступеня дезорганізації.

2. Схильність до самоушкодження

Твердження: 100, 340 (SUI); 183 (BOR-S); 206 (DEP-A)

Виявлення ризику суїциду або самоушкодження для розуміння потреб у негайному втручанні при позитивній відповіді на твердження про плани або наміри (100, 340); урахувати загальний бал за шкалою SUI і показники SPI.

3. Схильність до агресії

Твердження: 21, 61, 181 (AGG-P)

Оцінка потенціалу до насильства, у тому числі адресного. При позитивній відповіді на №181 (конкретна погроза) – з'ясувати контекст, потенційну небезпеку; співставити з балами за шкалами AGG, ANT та індексом VPI.

4. Зловживання психоактивними речовинами (минуле та теперішнє)

Твердження: 23, 222 (DRG); 55, 334 (ALC)

Виявлення поточного або минулого зловживання, уточнення джерела підвищених балів. Позитивні відповіді на №55 і №222 сигналізують про актуальне вживання і потребу в детальному з'ясуванні ситуації.

5. Травматичні стресори

Твердження: 34, 114, 274 (ARD-T)

Виявлення довготривалих наслідків пережитої травми, що могли бути не розкриті інакше. Обережне обговорення цих тверджень може допомогти виявити критичні біографічні події.

6. Можлива симуляція

Твердження: 49, 129, 249 (NIM)

ідентифікація викривлень профілю, можливого перебільшення або вигаданих симптомів

7. Ненадійність

Твердження: 71, 311 (ANT-E)

Виявлення нещирості, маніпулятивності, порушення соціальних норм. Також, варто звернути увагу при роботі з профілями, де є підвищення шкал ANT, AGG, BOR.

8. Надання “правильних” відповідей

Твердження: 75 (DEP-P), 142 (DRG)

Контроль щирості відповідей — якщо твердження неправдоподібні й при цьому схвалені, варто перевірити профіль на соціальну бажаність або заперечення. Ці показники варто також співставити з показниками шкал PIM і DEF.

9. Ідіосинкратичний контекст

Твердження: 80, 280 (INF)

Виявлення ідіосинкратичних або безсенсових відповідей, що можуть свідчити про недостатню валідність профілю або про когнітивну дезорганізацію.

3. Типові профілі PAI

Аналіз профілю респондента базується на оцінці рівня кожної шкали та співвідношенні між ними. Важливо враховувати шкали валідності для визначення достовірності відповідей, а також взаємозв'язки між клінічними шкалами, шкалами лікування та міжособистісними шкалами.

3.1. Профіль здорової людини (оцінка при працевлаштуванні)

- Низькі показники за клінічними шкалами ($T \leq 50$).
- Низькі або середні значення за шкалами валідності (без спотворень відповідей).
- Високі значення за шкалами WRM (теплота) та DOM (домінування), що свідчить про соціальну адаптацію та впевненість у собі.
- Відсутність виражених труднощів у побудові міжособистісної взаємодії.

3.2. Профіль людини з депресією

- Високі значення за шкалою DEP ($T \geq 70$), STR ($T \geq 65$), NON ($T \geq 60$).
- Низькі значення за шкалою WRM ($T \leq 45$), що може свідчити про соціальну ізоляцію.
- Високі значення за шкалою SUI можуть вказувати на ризик суїцидальних думок.
- Часто поєднується з підвищеними значеннями шкал ANX та ARD.

3.3. Профіль людини з генералізованим тривожним розладом

- Високі значення за шкалою ANX ($T \geq 70$), ARD ($T \geq 65$).
- Часто поєднується з високими STR, що свідчить про хронічний стрес.
- Високий INF може вказувати на когнітивне перевантаження через тривожні думки.
- Низькі RXR можуть означати складнощі у прийнятті допомоги.

3.4. Профіль людини з гіпоманійними рисами

- Високі значення за шкалами MAN ($T \geq 70$), DOM ($T \geq 65$).
- Високі AGG можуть свідчити про імпульсивність і агресивність.
- Часто супроводжується низькими значеннями STR, що вказує на суб'єктивну відсутність стресу.
- Високі WRM можуть вказувати на соціальну активність і потребу у взаємодії.

3.5. Профіль людини з шизотиповими рисами

- Високі значення за шкалами SCZ ($T \geq 70$), STR ($T \geq 65$).
- Високий INF може свідчити про ексцентричність мислення.
- Часто поєднується з низькими WRM, що свідчить про соціальне відчуження.
- Високий NIM може вказувати на схильність до надмірного занурення в особистий внутрішній світ.

3.6. Профіль людини з пасивно-агресивною поведінкою

- Високі значення за шкалами RXR ($T \geq 70$), STR ($T \geq 65$), NON ($T \geq 60$).
- Високі AGG-V можуть свідчити про схильність до конфліктної поведінки.
- Низькі DOM можуть вказувати на пасивність у прийнятті рішень.
- Часто поєднується з підвищеними DEP, що вказує на внутрішній дистрес.

3.7. Судово-психологічний випадок (оцінка правопорушника)

- Високі значення за шкалами ANT ($T \geq 75$), AGG ($T \geq 70$), SCZ ($T \geq 65$).
- Високі показники NIM або PIM можуть свідчити про спроби викривлення відповідей.
- Високий ризик рецидиву у кримінальних справах.
- Низькі значення за шкалою WRM можуть вказувати на соціальну відстороненість.

4. Обмеження та застереження:

Хоча PAI є одним із найнадійніших та найвалідніших інструментів для оцінки особистості та психопатології, його використання має певні обмеження.

4.1. Основні рекомендації для інтерпретації PAI:

Завжди перевіряти шкали валідності – вони дозволяють визначити, наскільки достовірними є відповіді респондента.

Аналізувати профіль комплексно – не окремі шкали, а їхні взаємозв'язки.

Застосовувати додаткові методи оцінки – вивчення контексту в якому знаходиться респондент, клінічне інтерв'ю, спостереження, додаткові психологічні тести.

Дотримуватись етичних принципів – тест повинен використовуватись лише кваліфікованими спеціалістами.

PAI є надзвичайно гнучким та ефективним інструментом, який забезпечує глибоке розуміння особистості респондента. Його правильне використання сприяє точній діагностиці та ефективному плануванню терапевтичних або кадрових рішень.

4.2. PAI не є самостійним діагностичним інструментом

Результати тесту не можуть бути єдиним критерієм для постановки клінічного діагнозу. Вони повинні аналізуватися разом із:

- клінічним інтерв'ю,
- анамнезом респондента,
- іншими психодіагностичними методиками.

4.3. Можливість спотворення відповідей

Незважаючи на наявність шкал валідності, респонденти можуть:

- **перебільшувати свої труднощі** (високі NIM),
- **приховувати проблеми** (високі PIM),
- **відповідати випадково або непослідовно** (високі ICN, INF).

Тому важливо враховувати всі шкали валідності при аналізі результатів.

4.4. Вплив культурних та освітніх факторів

Інтерпретація результатів може бути ускладнена, якщо:

- респондент має низький рівень освіти або когнітивні порушення,
- є значні культурні відмінності у розумінні запитань.

У таких випадках важливо адаптувати оцінку та поєднувати її з додатковими методами аналізу.

4.5. Обмеження вікового застосування

PAI призначений для осіб **від 18 років**. Використання тесту для молодших осіб може давати спотворені результати. Для підлітків існують окремі адаптовані версії тестів.

4.6. Юридичні та етичні аспекти використання

- PAI не може використовуватися без згоди респондента.

- Використання результатів тестування у судовій практиці повинно відповідати законодавчим нормам країни.
- Спеціаліст, який проводить тестування, повинен мати відповідну кваліфікацію та дотримуватись етичних стандартів.

5. Висновки

PAI є потужним та надійним інструментом для оцінки особистості, психопатологічних станів та готовності до терапії. Його використання охоплює **клінічну психологію, судову експертизу, HR-сферу та наукові дослідження**.

Основні переваги тесту:

Чітка структура та висока валідність – шкали дозволяють отримати детальну інформацію про особистісні особливості респондента.

Наявність шкал валідності – допомагають виявити спроби викривлення відповідей.

Можливість використання у різних сферах – від клінічної психодіагностики до кадрового відбору.