

Kai kurios lietuviškos Mąstymo ir kalbos disfunkcijų skalės (MKDS) psichometrinės charakteristikos

Karolina Petraškaitė

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas
karolina.petraskaite@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0003-3333-0324>

Neringa Grigutytė

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas
neringa.grigutyte@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0003-4750-0363>

Santrauka. Mąstymo sutrikimas yra vienas pagrindinių šizofrenijos simptomų, nors mąstymo sutrikimo požymių aptinkama ir kitų sutrikimų, pavyzdžiui, šizoafektinio sutrikimo ar depresijos, atveju. Todėl svarbu rasti geriausius būdus, kaip šiuos požymius fiksuoti ir panaudoti diferencijuojant skirtingus psichikos sutrikimus. Mąstymo ir kalbos disfunkcijų skalė (MKDS; *Thought and Language Dysfunction Scale, TALD*) yra viena naujausių ir empiriškai pagrįstų skalių, galinčių padėti įvertinti ne tik objektyviai matomus, bet ir subjektyviai išreiškiamus mąstymo sutrikimo požymius. Šiame straipsnyje siekiama analizuoti kai kurias lietuviškos MKDS versijos psichometrinės charakteristikos skirtingų psichiatrinų sutrikimų atveju. Tyrime dalyvavo 129 asmenys (73 vyrai, 56 moterys, amžiaus $M = 34,28$, $SD = 9,95$), iš kurių 39 diagnozuota šizofrenija, 27 šizoafektinis sutrikimas, 31 depresija, o 32 priklauso palyginamajai grupei ir jiems sutrikimų nedidino. Naudojant tiriamąją ir patvirtinamąją faktorinę analizę, patvirtinti keturi mąstymo sutrikimo požymių faktoriai, kurie atspindi pozityvių, negatyvių, objektyvių ir subjektyvių požymių dimensijas. Skalė pasižymi tinkamomis patikimumo charakteristikomis. Tiek bendro įverčio, tiek skirtingų dimensijų rezultatai reikšmingai didesni lyginant klinikines grupes su palyginamąja. Visų mąstymo sutrikimo dimensijų ir bendro įverčio rezultatai leidžia puikiai atskirti sergančiuosius psichikos sveikatos sutrikimais nuo nesergančiųjų, o šizofrenija ar šizoafektiniu sutrikimu sergančiuosius atskirti nuo depresija sergančių pacientų geriausiai leidžia objektyvių pozityvių požymių dimensija. Nors svarbūs tolesni psichometrinių charakteristikų tyrimai, skalė gali būti naudinga taikoma kartu su kitais tyrimo metodais psichodiagnostikos srityje.

Pagrindiniai žodžiai: mąstymo sutrikimas, šizofrenija, šizoafektinis sutrikimas, depresija, psichometrinės charakteristikos.

Some Psychometric Properties of Lithuanian Thinking and Language Dysfunction Scale (TALD)

Summary. Thought disorder is one of the main symptoms of schizophrenia, although signs of it are also found in other disorders, such as schizoaffective disorder or depression, so it is important to find the best ways to assess symptoms and use them to differentiate between different disorders. Thought and Language Dysfunction Scale (TALD) is one of the newest and empirically based instruments that can help assess not only objectively observed but also subjectively

Received: 03/07/2023. Accepted: 01/08/2023.

Copyright © 2023 Karolina Petraškaitė, Neringa Grigutyte. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

vely expressed signs of thought disorder in various mental illnesses. This article aims to analyse some psychometric characteristics of the Lithuanian version of TALD in different psychiatric disorders. 129 individuals participated in the study (73 men, 56 women, age $M = 34.28$, $SD = 9.95$), of which 39 had schizophrenia, 27 schizoaffective disorder, 31 depression diagnoses, and 32 belonged to the control group. Using exploratory and confirmatory factor analysis, four thought disorder symptom factors were confirmed, which reflect dimensions of positive, negative, objective, and subjective symptoms. The scale has appropriate reliability characteristics. The results of both the total score and the different dimensions are significantly higher in the clinical groups compared to the controls. The results of all dimensions and the overall assessment allow excellent separation of those who suffer from mental health disorders from those who not, and the objective positive symptoms can differentiate schizophrenia or schizoaffective patients from depression ones the most effectively. Although further research on psychometric properties is important, the instrument may be useful when used in conjunction with other research methods in the psychodiagnostics.

Key words: Thought disorder, schizophrenia, schizoaffective disorder, depression, psychometric characteristics.

Įvadas

Sutrikęs mąstymas yra vienas pagrindinių šizofrenijos simptomų, kuris taip pat siejamas su ligos sunkumo ir progresavimo ypatumais bei asmens funkcionavimo kokybe (Fu et al., 2017). Mąstymo sutrikimo požymių įvairiu lygiu galima aptikti ne tik šizofrenijos atveju, bet ir bendrojoje populiacijoje, sergančiųjų šizofrenija artimųjų atveju, asmenų, kuriems būdinga psichozės rizika, bipolinio, šizofektinio sutrikimų grupėse (Roche et al., 2015a; Morgan et al., 2017). Šiuo atveju kalbama apie sutrikusio mąstymo „formą“, mąstymo procesų ir kalbos nenuoseklumą ar dezorganizuotumą, o ne turinį, pavyzdžiui, kliedesius. Požymius taip pat galima skirti ir pagal pozityvių ir negatyvių simptomų dimensijas (Stein et al., 2020), taigi sutrikimo pasireiškimas kiekvieno individo atveju gali atrodyti itin skirtingai. Tad psichikos sveikatos priežiūros specialistams svarbu gebėti kuo tiksliau atpažinti ir įvertinti mąstymo sutrikimo sunkumo lygį, siekiant diagnozuoti ir parinkti tinkamas intervencijas.

Mąstymo sutrikimo konstrukto multidimensiškumas yra išsūkis tyrėjams, bandantiems įtvirtinti jį matuojančius metodus ir įrankius. Pirmieji šio fenomeno aprašymai, kuriuos pateikė Kraepelin (1919) ar Bleuler (1911), buvo paremti klinikinių stebėjimų aprašymu, kuris koncentravosi į numanomą asociacijų „laisvumą“ (angl. *loosening of associations*). Bėgant laikui pririekė labiau operacionalizuoto apibrėžimo, kuris leistų tarpusavyje susikalbėti skirtingų sričių specialistams – Andreasen (1986) iškėlė idėją apie mąstymo sutrikimo konstrukto multidimensiškumą ir akcentavo, kad tyrimo objektu turėtų tapti empiriškai stebimas ir pamatuojamas elgesys, taigi akcentavo kalbą ir komunikaciją kaip pagrindinį tyrimo objektą.

Galima aptikti įvairių skalių, leidžiančių pokalbio su pacientu metu įvertinti mąstymo sutrikimo požymius. Daugiausia jų orientuojasi į objektyviai stebimų požymių fiksavimą. Kai kurios jų remiasi specifiskai lingvistine (Docherty et al., 1996; Chen et al., 1999), psichodinamine paradigma (Johnston & Holzman, 1979) ar reikalauja daug išteklių, nes apima detalų viso interviu transkribavimą (Johnston & Holzman, 1979; Liddle et al., 2002). Vienas plačiausiai naudojamų įrankių – Mąstymo, kalbos ir komunikacijos vertinimo skalė (angl. *Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication, TLC*)

(Andreasen, 1986; Andreasen & Grove, 1986), paremta aprašomosios psichopatologijos tradicija. Tačiau skalės faktoriinė struktūra skirtinguose tyrimuose pasižymi variabilumu ir susilaukia kritikos dėl tam tikrų požymių apibrėžimų aiškumo trūkumo ir kai kurių svarbių požymių neįtraukimo (Kircher et al., 2014). Be to, ji neapima tyrimais nustatytos svarbios pacientų subjektyvios patirties (Barrera et al., 2008), kuri visgi yra per mažai dėmesio sulaukiantis tyrimo objektas (Parnas et al., 2005). Taigi stokojama įrankių, kurie inkorporuotų visas svarbias skirtingas dimensijas.

Minėtas problemas išspręsti apsiėmė Kircher su kolegomis (2014), kurie, remdamiesi neurobiologiniais ir smegenų vaizdavimo tyrimais, peržiūrėjo prieinamus pastarojo amžiaus tarptautinius šaltinius ir susistemino visus aptiktus mąstymo sutrikimo požymius bei jų apibrėžimus, siekdami sudaryti aprašomąją psichopatologine tradicija paremtą klinikinę skalę šiems požymiams matuoti. Taip autoriai sukūrė Mąstymo ir kalbos disfunkcijų skalę (MKDS; *Thought and Language Dysfunction Scale, TALD*; Kircher et al., 2014), kurios tikslas – objektyviai stebimų ir subjektyviai išsakomų mąstymo ir kalbos disfunkcijų operacionalizuotas įvertinimas. Skalės struktūra paremta empiriniais tyrimais (Roche et al., 2015a), leidžiančiais skirti mąstymo sutrikimo požymius į pozityvią ir negatyvią dimensijas, kuriose pozityvūs požymiai daugiausia akcentuoja dezorganizuotumą (ne-nuoseklumą, asociacijų laisvumą, perdėtai gausią ar pagreitėjusią kalbą), o negatyvūs – kiekybinį kalbos ar mąstymo produkcijos deficitą (Kircher et al., 2018). Skalė apima ne tik objektyviai matomus, bet ir ankstesniuose tyrimuose apleistus subjektyvius šių dimensijų mąstymo sutrikimo aspektus: subjektyvūs pozityvūs (pavyzdžiui, minčių antplūdis) ir subjektyvūs negatyvūs (prislopintas mąstymas ar jo iniciatyvos stoka) požymiai taip pat yra empiriškai patvirtinti ir tai – kliniškai svarbios dimensijos (Nagels et al., 2016). Dėl savo plataus požymių spektro skalė tinkama ir pritaikoma bet kokio pobūdžio sutrikimui, taip pat leidžia ne tik tirti išoriškai matomus sutrikimo požymius, bet ir gilintis į subjektyvią asmens išgyvenamą patirtį. Skalė naudojama įvairiose populiacijose (Mutlu et al., 2019; Chang et al., 2019), ja sėkmingai tiriami su mąstymo sutrikimo etiologija susiję veiksniai (Maderthaner, 2023; Nagels et al., 2016).

Šio tyrimo tikslas yra ištirti lietuviškos MKDS skalės psichometrinės charakteristikas: jos vidinę struktūrą, patikimumą bei klinikinį naudingumą skirtingose psichiatrinėse imtyse.

Metodika

Tyrimo dalyviai. Tyrime dalyvavo 129 18–50 metų ($M = 34,28$, $SD = 9,85$) asmenys, iš kurių 97 psichiatrinės ligoninės stacionaro pacientai, priskiriami trimis skirtingoms klinikinėms grupėms (39, kuriems diagnozuota šizofrenija, 27 – kuriems šizoafektinis sutrikimas ir 31 – kuriam depresija), ir 32 asmenys, priskiriami palyginamajai grupei, kuriems psichikos sveikatos sutrikimų nedirigavo. Pacientai atrinkti pagal diagnozes, kurios nustatytos remiantis TLK-10-AM (Australijos sandrauga, 2013). Į tyrimą nebuvo įtraukiami pacientai, kurie turėjo neurologinių ar intelektinių sutrikimų, galvos traumų, priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų diagnozę ar gydymo intervencijų, ga-

linčių paveikti pažintinius gebėjimus (pavyzdžiui, kuriems buvo atlikta transkranijinės magnetinės stimuliacijos ar elektroimpulsinės terapijos procedūrų). Vidutinė ligos trukmė $M(SD) = 3,34 (4,32)$ metų (svyruoja nuo 0,047 iki 17 metų), vidutinė gydymosi įstaigoje trukmė $M(SD) = 18,65 (10,96)$ dienų (svyruoja nuo 4 iki 44 dienų). Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos pateiktos 1-oje lentelėje. Pagal chi kvadrato homogeniškumo kriterijų, visos grupės statistiškai reikšmingai nesiskiria pagal lytį ($\chi^2(3) = 1,12, p = 0,773$), gyvenamąją vietą ($\chi^2(9) = 12,47, p = 0,188$) bei išsilavinimo lygį ($\chi^2(9) = 10,57, p = 0,306$). Lyginant vidurkius, grupės nesiskyrė ir pagal amžių ($F(3, 125) = 1,04, p = 0,376$).

1 lentelė

Demografinės ir klinikinės tyrimo dalyvių charakteristikos

Grupė		Šizofrenijos ($n = 39$)	Šizoafektinio sutrikimo ($n = 27$)	Depresijos ($n = 31$)	Sveikos imties ($n = 32$)	Bendrai ($N = 129$)
Lytis, n (%)	Vyrai	23 (59,0)	16 (59,3)	15 (48,4)	19 (59,4)	73 (56,60)
	moterys	16 (41,0)	11 (40,7)	16 (51,6)	13 (40,6)	56 (43,40)
Amžius	$M(SD)$	35,56 (8,7)	34,74 (9,97)	31,61 (11,64)	34,91 (9,03)	34,28 (9,85)
	Didmiestis	22 (56,4)	15 (55,6)	16 (51,6)	23 (71,9)	76 (58,9)
Gyvenamo- ji vieta, n (%)	Rajono centras	8 (20,5)	8 (29,6)	9 (29,0)	1 (3,1)	26 (20,2)
	Miestelis	5 (12,8)	2 (7,4)	3 (9,7)	7 (21,9)	17 (13,2)
	Kaimas	4 (10,3)	2 (7,4)	3 (9,7)	1 (3,1)	10 (7,8)
	Pagrindinis, nebaigtas vidu- rinis	3 (7,7)	2 (7,4)	5 (16,1)	0 (0)	10 (7,8)
Išsilavini- mo lygis, n (%)	Vidurinis, profe- sinis	20 (51,3)	9 (33,3)	13 (41,9)	11 (34,4)	53 (41,1)
	Spec. vidurinis, aukštesnysis, aukštasis neuni- versitetinis	8 (20,5)	7 (25,9)	6 (19,4)	8 (25,0)	29 (22,5)
	Aukštasis univer- sitetinis	8 (20,5)	9 (33,3)	7 (22,6)	13 (40,6)	37 (28,7)

Tyrimo įrankiai. Mąstymo ir kalbos disfunkcijų skalė, MKDS (angl. *Thought and Language Dysfunction Scale, TALD*; Kircher et al., 2014), leidžia pusiau struktūruoto interviu metu įvertinti 30 skirtingų mąstymo sutrikimo požymių, kurie skiriami į keturias kategorijas – objektyvius pozityvius, objektyvius negatyvius, subjektyvius negatyvius ir subjektyvius pozityvius požymius. Kiekvienas požymis vertinamas balais nuo 0 iki 4, kur 0 rodo, jog požymis nepasireiškia, 1 – abejotina (nebūtinai patologiška; gali pasireikšti ir sveikų asmenų atveju), 2 – nežymiai išreikšta, 3 – vidutiniškai išreikšta, 4 – stipriai išreikšta. Bendras vertinamų požymių sąrašas pagal originalo autorius (Kircher et al., 2014) ir jų

apibrėžimai pateikiami 2-oje lentelėje. MKDS požymiai yra įvertinami 50 minučių tyrimu, kuriame sudaromos mažiau struktūruoto ir struktūruoto pobūdžio sąlygos, leidžiančios pastebėti kuo įvairesnius kalbos ir komunikacijos ypatumus. Pirmoji, nestruktūruota dalis pradedama nuo laisvo pokalbio, kurio metu suteikiama proga asmeniui kelias minutes laisvai ir nenutraukiamai kalbėti (stebima spontaniška kalba), pateikiami atviri klausimai, kurie leidžia stebėti asmens samprotavimo procesą (pavyzdžiui, „Kaip manote, kodėl žmonės tiki dievu?“), nes tam tikri požymiai pasitaiko tik situacinio streso situacijose, pokalbio metu iškeliamos ir emociškai asmeniui reikšmingos temos. Anot autorių (Kircher et al., 2014), tai nėra standartizuotas interviu su iš anksto paruoštais klausimais, taigi klausimai pritaikomi kiekvienam asmeniui atsižvelgiant į situaciją. Siekiant įvertinti subjektyvių mąstymo sutrikimo požymių dimensiją, jei pokalbio metu asmuo spontaniškai neįvardija šių požymių, nurodomi struktūruoti, nukreipiantys klausimų pavyzdžiai (pavyzdžiui, „Ar būna, kad trūksta jėgų ir energijos mąstyti?“; „Ar kartais atrodo, kad negalite susitelkti į pokalbį, nes jūsų mintys nuolat nukrypsta nuo jo?“; „Ar atrodo, kad jūsų mąstymas yra prislopintas ar sulėtėjęs lyginant su tuo, kaip buvo anksčiau?“; ir kt.). Objektivių požymių vertinimo laikas apribojamas tik interviu trukme, o subjektyvūs požymiai vertinami per pastarąsias 24 valandas, nes tokie požymiai dažnai pasireiškia specifinėse situacijose ir laikui bėgant keičiasi. Vertinimas yra atliekamas iš karto po interviu, kiekvienam požymiui priskiriamas balas nuo 0 iki 4, bendrą skalės įvertį sudaro visų požymių balų suma. Platesnis vertinimo paaiškinimas su konkrečiais pavyzdžiais pateikiamas vertinimo vadove (Kircher et al., 2014). Vertinimą atliekantis asmuo turi būti susipažinęs su vadove pateiktais apibrėžimais, kurie iliustruoti tipiškais pavyzdžiais, kaip galėtų skambėti vertinamas požymis dialoge su pacientu. Prieš naudodamas skalę moksliniais ar praktiniais tikslais, nepatyręs vertintojas turi atlikti apie penkias mokymosi sesijas, supervizuojamas patyrusio MKDS vertintojo. Autorių nurodymu, svarbiausias metodikos taikymo kriterijus apmokant interviu atliekančią tyrėją – vertintojų nuomonės suderinamumas su bent penkerių metų klinikinę patirtį turinčio psichikos sveikatos specialisto nuomone.

2 lentelė

Sutrumpinti mąstymo sutrikimo požymių aprašymai pagal Kircher ir kt. (2014)

Mąstymo sutrikimo požymis (pavadinimas anglų kalba)	Trumpas aprašymas
Objektyvūs pozityvūs požymiai	
Smulkmeniškumas / aplinkybiškumas (<i>Circumstantiality</i>)	Neesminės detalės sunkiai atskiriamos nuo esminių dalykų. Esmė dingsta detalių pasakojime, tačiau mąstymo tikslin-gumas nenukenčia (smulkmeniška / aplinkybiška kalba). Galimas nepakankamas gebėjimas apdoroti abstrakčią informaciją.
Minties nuslydimas (<i>Derailment</i>)	Spontaniškoje kalboje pastebimas nukrypimas, „nuslydi-mas“ nuo esmės į kitas mintis, kurios yra aiškiai, tačiau ne tiesiogiai, susijusios. Gali būti lyginami ar gretinami mažai susiję dalykai arba pacientas gali vis keisti apiben-drinimo pagrindą.

Mąstymo sutrikimo požymis (pavadinimas anglų kalba)	Trumpas aprašymas
Rezonavimas / nuklydimas (<i>Tangetiality</i>)	Mintys nedėstomos tiesia eiga. Kalbant ilgesnį laiką, turinys lėtai nuplaukia nuo ten, kur originaliai buvo pradėta. Pacientas negrįžta į pradinę temą.
Padrikas mąstymas (nenuoseklumas / nerišlumas) (<i>Dissociation of Thinking (Incoherence/Distracton)</i>)	Kai mąstoma padrikai, frazės, sakiniai ir mintys neturi jokio tarpusavio ryšio, sunkiausiai atvejais nėra rišlumo sakinyje ar net tarp paskirų žodžių.
Kalbos prasilenkimas (<i>Crosstalk</i>)	Neatsakoma į klausimo esmę net ir tada, kai klausimas suprantamas, kalbama „pro šalį“.
Perseveracija (<i>Perseveration</i>)	Grįžimas prie anksčiau aptartų temų ar minties, kurios nebetinkamos dabartiniame kontekste.
Verbigeracija (<i>Verbigeration</i>)	Nereikalingas pavienio žodžio kartojimas.
Minties nutrūkimas (<i>Rupture of Thought</i>)	Objektyviai stebimas staigus prieš tai buvusios sklandžios minties linijos nutrūkimas be jokios aiškios priežasties.
Pagreitėjusi kalba (<i>Pressured Speech</i>)	Kalbos produkcijos greičio padidėjimas.
Logorėja (<i>Logorrhoea</i>)	Perdėtai stiprus poreikis kalbėti, apsunkinantis komunikaciją, nes asmuo negali atpažinti, kai yra pertraukiamas arba tai ignoruoja, pati kalba gali būti sklandi ir logiška.
Manieringa kalba (<i>Manneristic Speech</i>)	Asmens kalba (žodžių parinkimas, sakinio struktūra, artikuliacija) atrodo įmantri, ekscentriška, nenatūrali, pompastiška, išpūsta, prašmatni, stilizuota ar puošni.
Semantinė parafazija (<i>Semantic Paraphasia</i>)	Netinkamas žodžio pakeitimas kitu semantiškai susijusiu žodžiu.
Foneminė parafazija (<i>Phonemic Paraphasia</i>)	Neteisingas žodžio tarimas (foneminės artikuliacijos atžvilgiu), švelnesnė forma atitinka „riktus“ kasdienėje kalboje.
Neologizmai (<i>Neologisms</i>)	Naujai sukurti žodžiai, kurie neatitinka bendrinės kalbos normų (išskirtiniais atvejais – nauja dirbtinė kalba).
Kalbėjimas sąskambiais (<i>Clanging</i>)	Žodžiai kalboje parenkami ne pagal prasmę, o pagal skambesį, taip nukenčia kalbos suprantamumas ir pridedama nereikalingų žodžių. Galimi kalambūrai ir homofonai, kurie sukelia naujas, nesusijusias mintis.
Echolalija (<i>Echolalia</i>)	Bepasmis žodžių ir sakinių kartojimas, neatsižvelgiant į jų prasmę ir semantinę funkciją.
Kalbos turinio skurdumas (<i>Poverty of Content of Speech</i>)	Gana ilgi atsakymai, kurie perteikia mažai informacijos, kad atsakytų į klausimą. Kalba linkusi būti miglota, dažnai yra pernelyg abstrakti ar pernelyg konkreči, pasikartojanti ar stereotipiška (ilgas atsakymas, kuris galėtų būti perteikiamas vienu ar dviem sakiniais).
Mąstymo klampumas (<i>Restricted Thinking</i>)	Pokalbio metu ribotas minčių turinys, sunku pereiti nuo vienos temos prie kitos arba nuolat grįžtama prie tam tikros temos, nesugebama nuo jos atsiriboti net kai siūlomos kitos temos.
Objektyvūs negatyvūs požymiai	
Sulėtėjęs mąstymas (<i>Slowed Thinking</i>)	Objektyviai stebimi sulėtėję, vangūs mąstymo procesai, dėl to pokalbis apmiręs, neproduktyvus.

Mąstymo sutrikimo požymis (pavadinimas anglų kalba)	Trumpas aprašymas
Kalbos skurdumas (<i>Poverty of Speech</i>)	Ribota spontaniška kalba, atsakymai į užduotus klausimus yra trumpi, konkretūs ir neišplėtoti, nepateikiama papildoma informacija, kuri nėra tiesiogiai skatinama.
Konkretus mąstymas (<i>Concretism</i>)	Sunkumai suvokti abstrakčius (perkeltinės prasmės) sakinius ar frazes (pavyzdžiui, patarles, metaforas, juokus).
Subjektyvūs negatyvūs požymiai	
Minčių blokavimas (<i>Blocking</i>)	Subjektyviai jaučiamas ar išsakomas minčių eigos užsikirtimas, „minties gijos pametimas“, taip pat įtraukiamas minčių „išnykimas“, kuris nurodo lėtai išnykstančią minčių eigą.
Ruminacija (<i>Rumination</i>)	Nuolatinis galvojimas ir koncentravimasis į nemalonias temas, kurį sunku nutraukti ir kuris neveda prie jokios išvados.
Mąstymo skurdumas (<i>Poverty of Thought</i>)	Jausmas, kad mąstymas yra skurdus ir apribotas kelių temų.
Prislopintas mąstymas (<i>Inhibited Thinking</i>)	Jausmas, kad mąstymo procesas yra sulėtėjęs, suvaržytas ar prislopintas, lyg vyktų kartu su vidiniu pasipriešinimu, kurio negalima įveikti (gali sustiprėti tiek, kad asmuo jaučia nebegalintis mąstyti apskritai).
Kalbos supratimo disfunkcija (<i>Receptive Speech Dysfunction</i>)	Jausmas, kad žodžių, žodžių junginių ar sakinių prasmę asmuo supranta iš dalies, tai reikalauja papildomų pastangų arba prasmė visiškai nesuprantama.
Kalbos išraiškos disfunkcija (<i>Expressive Speech Dysfunction</i>)	Subjektyviai jaučiami sunkumai kalbant rasti tinkamus ir pakankamai tikslius žodžius, sklandžiai kalbėti.
Mąstymo inicijavimo ir nukreiptumo disfunkcija (<i>Dysfunction of Thought Initiative and Intentionality</i>)	Subjektyviai jaučiamas mąstymo iniciatyvumo, „mąstymo energijos“ ir intencionalumo trūkumas.
Subjektyvūs pozityvūs požymiai	
Mąstymo interferencija (<i>Thought Interference</i>)	Trukdančios / besibraunančios / įkyrios mintys ar idėjos, kurios neatitinka dabartinės minties linijos (iš esmės emociškai neutralios).
Minčių antplūdis (<i>Pressure/Rush of Thoughts</i>)	Jaučiama, kad mąstymą užplūsta daugybė įvairaus turinio minčių, kurios greitai keičiasi, yra sunkiai kontroliuojamos ir slopinamos

Lietuviškos MKDS versijos paruošimas. Metodikai versti, pritaikyti lietuviškai populiacijai ir naudoti tyrime gautas originalios vokiškos versijos vieno autorių T. Kircherio leidimas. Ruošiant metodiką naudojimui itin svarbus tinkamas požymių pavadinimų vertimas į lietuvių kalbą. Literatūroje pateikiami mąstymo sutrikimo simptomų apibrėžimai skirtingi, todėl siekta terminus, pasitelkus šiuos šaltinius, suvienodinti, atsižvelgiant į autorių nurodymus ir įrankių ruošimo gaires pagal specifinį kultūrinį kontekstą (Eremenco et al., 2005; Gjersing et al., 2010). Pirmas etapas – tiesioginiai požymių pavadinimų, jų apibrėžimų ir pavyzdžių vadove vertimai į lietuvių kalbą. Juos atliko trys nepriklausomi

klinikiniai psichologai, turintys daugiau nei trejų metų patirtį ir laisvai kalbantys anglų kalba. Antras etapas – šių vertimų sulyginimas ketvirto nepriklausomo specialisto, kartu remiantis psichiatrijos bei psichologijos žodynuose bei literatūroje (Bagdonas ir Bliumas, 2019; Bagdonas ir Rimkutė, 2013; Dembinskas, 2003; Mačiulis, Šurkus ir Lapytė, 2017) ir diagnostinėse sistemose (Australijos sandrauga, 2008; Americian Psychological Association, 2013) pateikiamais apibrėžimais, siekiant aptikti tiksliausias ir dažniausiai vartojamas sąvokas, atsižvelgiant ir į kultūriškai nusistovėjusį kontekstą. Galutinis variantas buvo pateikiamas peržiūrai gydytojui psichiatru. Padarius tam tikrų modifikacijų ir atidžiai pakartotinai sutikrinus su originalia įrankio versija, parengtas galutinis skalės variantas.

Tyrimo eiga. Tyrimui atlikti gautas Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas (2019-12-19, Nr. 31). Tyrimą atliko specialiai pagal autorių (Kircher et al., 2014) rekomendacijas apmokyta tyrėja. Bendradarbiaujant su gydytojais psichiatrais užtikrinta, jog klinikių imčių asmenys gauna stabilias vaistų dozes, yra pakankamai stabilios būsenos, kad galėtų savanoriškai dalyvauti tyrime ir pasirašyti informuotą sutikimą. Tyrimo atlikimo laikas – apie 50–60 minučių, įtraukiant sociodemografinių ir su gydymu susijusių klausimų pateikimą.

Duomenų analizė. Duomenų analizei naudota „IBM SPSS Statistics 23“ programinė įranga, apskaičiuoti aprašomosios statistikos rodikliai, norint palyginti mąstymo sutrikimo požymių vidurkius tarp grupių, pasitelkta MANOVA, o siekiant atsižvelgti į nedidelį tiriamųjų skaičių ir galimą specifinį pasiskirstymą klinikių imčių atveju taikytas sąrankos (angl. *bootstrap*) metodas (Field & Wilcox, 2017). Aptikus reikšmingus vidurkių skirtumus, pateikiamas dalinis eta kvadratas (η^2). Skalės vidinę struktūrą sudarantiems faktoriams tirti pasitelkta principinių komponentų analizė, naudojant *varimax* sukimą. Skalės vidinei struktūrai patvirtinti pasitelkta patvirtinamoji faktorinė analizė, kuriai atlikti naudota „Mplus“ (8.4 versija) (Muthén & Muthén, 2017) programa. Sudarytas modelis, siekiant patvirtinti keturias autorių (Kircher et al., 2014) išskirtas dimensijas atsižvelgiant į mažą MKDS duomenų išsibarstymą (mažai kintamųjų, kurie būtų įvertinti didžiausiu balu) taikytas WLSMV (angl. *Weighted Least Square Mean and Variance Adjusted*) metodas (Youngsuk, 2015). Modelis vertinamas pagal chi kvadrato testą, taip pat modelio tinkamumo indeksais *CFI* (angl. *Comparative Fit Index*), *TLI* (angl. *Tucker–Lewis index*), *RMSEA* (angl. *Root Mean Squared Error of Approximation*), pagal Hooper, Coughlan ir Mullen (2008) pateikiamas modelio tinkamumo gaires, pasak kurių, geram modeliui būdingos reikšmės $CFI/TLI > 0,95$, $RMSEA < 0,08$, taip pat pateikiamas *WRMSR* (angl. *Weighted Root Mean Square Residual*), siūlomas esant mažesnėms imtims ir kintamųjų pasiskirstymui ir kurio tinkama reikšmė $< 0,10$ (DiStefano et al., 2018). Skaičiuoti koreliaciniai ryšiai tarp skirtingų mąstymo sutrikimo požymių dimensijų, patikimumo rodikliai (vidiniam suderintumui skaičiuota Cronbacho α , vertintojų suderinamumui nustatyti Coheno *kappa* koeficientas). Siekiant įvertinti skalių jautrumą ir specifiškumą atskiriant sergančiuosius šizofrenija nuo sergančiųjų šizoafektiniu sutrikimu ar depresija, taikyta *ROC* (angl. *Receiver Operating Characteristic Curve*) kreivių analizė. Nustatant optimalius atskirties įverčius vadovautasi taisykle, kad svarbiau aptikti potencialius sutrikimus, o ne išvengti neteisingų spėjimų, kitaip tariant, jautrumas turėtų būti didesnis

nei specifiškumas, tačiau specifiškumo praradimas turėtų būti kuo minimalesnis). Diskriminacijos tinkamumui nustatyti analizuojamas plotas po kreive (angl. *Area Under the Curve, AUC*). Nustatyti *AUC* kriterijai šiam tinkamumui: $AUC = 0,50$ – jokios modelio diskriminacijos; $0,50 < AUC < 0,70$ – prasta diskriminacija; $0,70 < AUC < 0,80$ – priimtina diskriminacija; $0,80 < AUC < 0,90$ – puiki diskriminacija; $AUC > 0,90$ – didžiausia diskriminacija (Hosmer et al., 2013). *AUC* reikšmės kiekvienos iš dimensijų diskriminacijos tinkamumui įvertinti pateiktos 8-oje lentelėje. Statistiniam reikšmingumui konstatuoti naudota *p* reikšmė, mažesnė negu 0,05.

Rezultatai

Požymių pasiskirstymas. Siekiant nustatyti tolesnei analizei svarbius kintamuosius, pirmiausia apžvelgiamas bendras aptiktų mąstymo sutrikimo simptomų pasiskirstymas, identifikuojant dažniausiai pasitaikančius bendroje imtyje požymius. 3-ioje lentelėje galima matyti, kad dažniausiai pasitaikę požymiai – ruminacija (72,87 %), minties nuslydimas (68,22 %), mąstymo interferencija (64,34 %), kalbos išraiškos disfunkcija (64,34 %), kalbos prasilenkimas pro šalį (54,26 %), minčių blokavimas (51,16 %) ir minčių antplūdis (51,16 %). Rečiausiai pastebėti požymiai, kurie sudarė mažiau nei 5 % atvejų, buvo fonetinė (3,88 %) ir semantinė (3,10 %) parafazijos, kalbėjimas sąskambiais (3,10 %), verbigeracija (2,33 %) ir echolalija (2,33 %).

3 lentelė

MKDS vertinami požymiai ir jų atvejų aptikimas tyrimo imtyje

Mąstymo sutrikimo požymis	Pasitaikiusių atvejų kiekis visoje imtyje (<i>N</i> = 129)	
	<i>N</i>	%
Ruminacija	94	72,87
Minties nuslydimas	88	68,22
Kalbos išraiškos disfunkcija	83	64,34
Mąstymo interferencija	83	64,34
Kalbos supratimo disfunkcija	71	55,04
Kalbos prasilenkimas	70	54,26
Prislopintas mąstymas	68	52,71
Minčių blokavimas	66	51,16
Minčių antplūdis	66	51,16
Logorėja	64	49,61
Mąstymo inicijavimo ir nukreiptumo disfunkcija	64	49,61
Rezonavimas / nuklydimas	62	48,06
Kalbos turinio skurdumas	62	48,06
Kalbos skurdumas	59	45,74

Mąstymo sutrikimo požymis	Pasitaikiusių atvejų kiekis visoje imtyje (<i>N</i> = 129)	
	<i>N</i>	%
Smulkmeniškumas / aplinkybiškumas	58	44,96
Sulėtėjęs mąstymas	52	40,31
Mąstymo skurdumas	52	40,31
Mąstymo klampumas	51	39,53
Minties nutrūkimas	43	33,33
Konkretus mąstymas	36	27,91
Manieringa kalba	19	14,73
Padrikas mąstymas (nenuoseklumas / nerišlumas)	18	13,95
Pagreitėjusi kalba	17	13,18
Perseveracija	13	10,08
Neologizmai	13	10,08
Foneminė parafazija	5	3,88
Semantinė parafazija	4	3,10
Kalbėjimas sąskambiais	4	3,10
Verbigeracija	3	2,33
Echolalija	3	2,33

Pastaba. Kriterijus – vertinimo balas > 0. Požymiai, kurių pasiskirstymas yra žemas ($\leq 5\%$), pažymėti pilkai.

Faktorių struktūra ir validumas. MKDS skalė mąstymo sutrikimo požymių faktorių struktūra tikrinta remiantis originalo autoriais (Kircher et al., 2014), naudojant tiriamąją faktorių analizę. Į analizę neįtraukti retai ($\leq 5\%$) pasitaikę požymiai. Pagal rezultatus, remiantis faktorių duomenų sklaidos paaiškinamumo proporcijomis ir liekamųjų paklaidų grafiku, tinkamiausias 4 faktorių modelis. Dėl didelių svorių keliuose skirtinguose faktoriuose ($> 0,30$) ir apskritai nedidelio pasiskirstymo imtyse (10,08 %) buvo pašalinta perseveracija. Taip pat dėl mažo svorio pašalintas minties nutrūkimas, kuris taip pat dubliuojasi su visais kitais faktoriais (svoriai kituose faktoriuose $> 0,30$). Atnaujinto modelio, kuriame fiksuoti 4 faktoriai, ir jiems priklausančių požymių svoriai pateikiami 4-oje lentelėje. Objektivius pozityvius požymius atspindintis faktorius paaiškina 21,54 %, subjektyvius negatyvius 17,03 %, objektivius negatyvius 10,44 %, subjektyvius pozityvius 6,32 %, o kartu visi faktoriai sudaro 55,33 % visos duomenų sklaidos. Kaiserio, Meyerio ir Olkino (KMO) matas lygus 0,75, Bartletto sferiškumo testo $p < 0,001$.

Rezultatai atskleidė panašią, tačiau kiek mažiau aiškiai diferencijuojamą vidinę visų požymių struktūrą, palyginti su originalo autorių pateikiama struktūra. Tarpusavyje labiausiai dubliuojasi subjektyvūs pozityvūs ir subjektyvūs negatyvūs požymiai (jų tarpusavio ryšys stipriausias, $r = 0,504$, $p < 0,01$, 5-a lentelė), pavyzdžiui, abiejuose faktoriuose pakankamai didelius svorius turi ruminacija (0,60 ir 0,45) ar prislopintas mąstymas (0,48 ir 0,37), taigi sunku pateikti aiškia jų diferenciaciją. Ruminacija pakeičia vietą faktoriuose

ir patenka į subjektyvių pozityvių požymių kategoriją. Subjektyviai patiriamas mąstymo skurdumo požymis turi stipresnį ryšį su objektyviais negatyviais požymiais ($r = 0,67$), kuris nurodo, jog objektyviai pastebimas skurdumas itin juntamas subjektyvios mąstymo proceso eigos kontekste, tačiau, kadangi svoris taip pat yra pakankamai didelis ($r = 0,40$), mąstymo skurdumo požymis paliekamas prie subjektyvių požymių.

4 lentelė

MKDS faktoriai ir jiems priklausančių požymių svoriai

Faktorius	Duomenų sklaidos paaiškinamumo %	Kaupiamasis duomenų sklaidos paaiškinamumo %	MKDS požymiai	Svoriai faktoriuose
I. Objektyvūs pozityvūs požymiai	21,54	21,54	Rezonavimas / nuklydimas	0,82
			Minties nuslydimas	0,78
			Padrikas mąstymas (nenuoseklumas / nerišlumas)	0,74
			Kalbos prasilenkimas	0,70
			Kalbos turinio skurdumas	0,63
			Smulkmeniškumas / aplinkybiškumas	0,60
			Logorėja	0,59
			Mąstymo klampumas	0,52
			Pagreitėjusi kalba	0,34
			Neologizmai	0,34
			Manieringa kalba	0,32
II. Subjektyvūs negatyvūs požymiai	17,03	38,57	Kalbos supratimo disfunkcija	0,72
			Kalbos išraiškos disfunkcija	0,71
			Minčių blokavimas	0,65
			Prislopintas mąstymas	0,48
			Mąstymo inicijavimo ir nukreiptumo disfunkcija	0,45
			Mąstymo skurdumas	0,40
III. Objektyvūs negatyvūs požymiai	10,44	49,01	Kalbos skurdumas	0,74
			Sulėtėjęs mąstymas	0,65
			Konkretus mąstymas	0,62
IV. Subjektyvūs pozityvūs požymiai	6,32	55,33	Ruminacija	0,78
			Minčių antplūdis	0,70
			Mąstymo interferencija	0,40

Remiantis tiriamosios faktorinės analizės rezultatais, modelio struktūra patikrinta naudojant patvirtinamąją faktorių analizę, modelį sudaro keturi mąstymo sutrikimo

5 lentelė

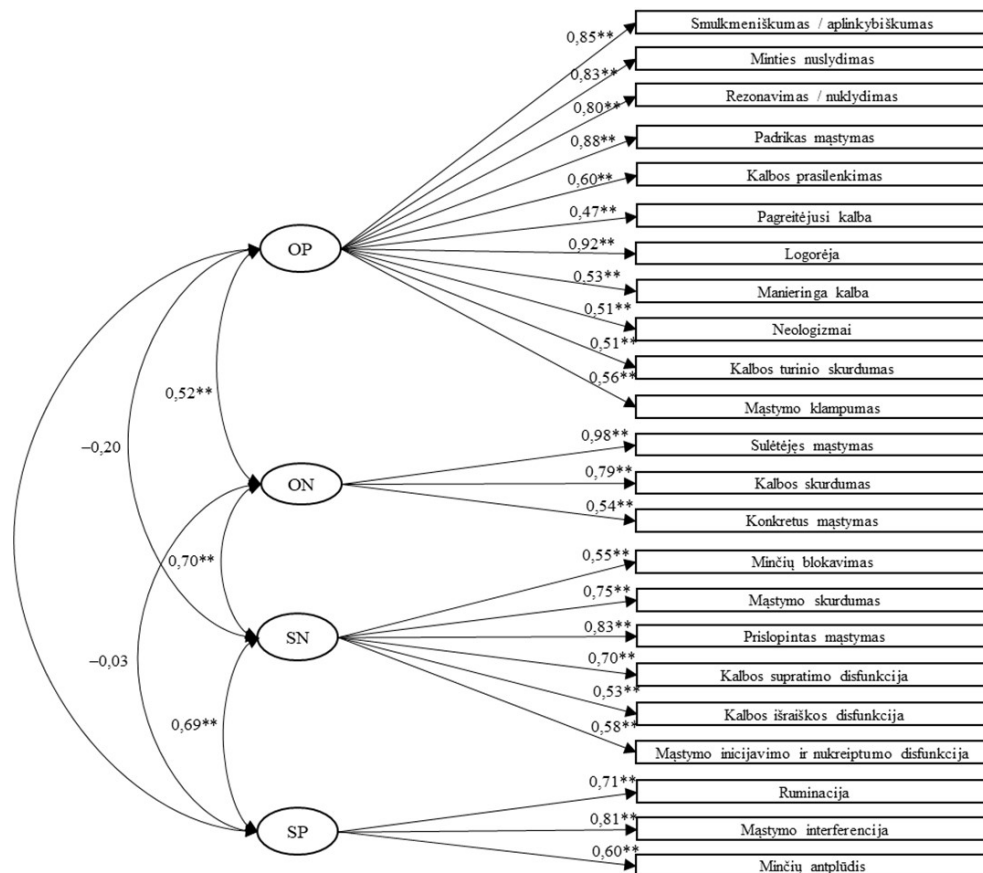
MKDS rodiklių tarpusavio koreliacijos

	Bendras MKDS įvertis	MKDS OP	MKDS ON	MKDS SN
Bendras MKDS įvertis	–			
MKDS OP	0,537**	–		
MKDS ON	0,368**	-0,166	–	
MKDS SN	0,736**	-0,089	0,436**	–
MKDS SP	0,631**	0,051	0,043	0,504**

Pastaba. ** $p < 0,01$. OP – objektyvūs pozityvūs; ON – objektyvūs negatyvūs; SN – subjektyvūs negatyvūs; SP – subjektyvūs pozityvūs mąstymo sutrikimo požymiai.

Paveikslas

MKDS faktoriai su jiems priklausančių požymių svoriais, gautais naudojant patvirtinamąją faktorinę analizę (CFA).



Pastaba. ** $p < 0,01$. OP – objektyvūs pozityvūs; ON – objektyvūs negatyvūs; SN – subjektyvūs negatyvūs; SP – subjektyvūs pozityvūs mąstymo sutrikimo požymiai.

požymių dimensijas atitinkantys latentiniai kintamieji, galintys tarpusavyje koreliuoti. Modelį sudarantys faktoriai ir jiems priklausantys kintamieji pateikti paveiksle. Rezultatai atskleidė, kad struktūra nėra puikiai tinkama duomenims, tačiau atsižvelgiant į modifikacijos indeksus ir pridėjus liekamųjų paklaidų teigiamą sąsają tarp subjektyvių negatyvių požymių prislopinto mąstymo ir mąstymo inicijavimo ir nukreiptumo disfunkcijos, duoda patenkinamus rezultatus: $\chi^2(120) = 233,590$, $RMSEA = 0,08$, 90 % $CI [0,069; 0,102]$, $CFI = 0,94$, $TLI = 0,92$, $WRMR = 0,98$. Žvelgiant į faktorių tarpusavio ryšius, matyti, kad reikšmingai susijusios negatyvių (objektyvių ir subjektyvių) ir subjektyvių (pozityvių ir negatyvių) požymių sritys. Minėtos sąsajų tendencijos leidžia įsitikinti, kad mąstymo požymius vertinantis MKDS rodiklis nėra vienalytis konstruktas, taigi svarbu tiek objektyvią-subjektyvią, tiek negatyvią-pozityvią dimensijas analizuoti atskirai, tačiau kartu šis rodiklis reikšmingai apima bendrą reiškinį.

Patikimumas. Šiame tyrime patikimumo rodikliai nurodomi pateikiant vidinio suderintumo ir vertintojų suderinamumo rodiklius. Norint nustatyti vertintojų suderinamumą, 2 tyrėjai, naudodami MKDS, vertino 10 klinikinės imties pacientų, remdamiesi originalios versijos autorių (Kircher et al., 2014) rekomendacijomis (be pagrindinės tyrimo tyrėjos, kita vertintoja buvo 35 metų klinikinio darbo patirtį turinti medicinos psichologė). Prieš tyrimą gautas informuotas asmens sutikimas, kad jų interviu įrašą klausys kitas specialistas, siekiant įvertinti metodikos tinkamumą tolesniam naudojimui, o baigus tyrimą garso įrašai bus sunaikinami. Kadangi kiekvienas požymis vertinamas penkiais galimais pasirinkimais (nuo 0 iki 4 balų), vertintojų nuomonių suderinamumui nustatyti pasirinktas Coheno *kappa* kriterijus. Gauti rezultatai parodė, kad vertintojų nuomonės sutampa ($p < 0,0001$), $kappa = 0,72$. Nustatant vidinį suderintumą, Cronbacho α reikšmės bendrai MKDS ir skirtingoms požymių grupėms pateikiamos 6-oje lentelėje. Visos požymių grupės, išskyrus objektyvius negatyvius požymius, rodo tinkamus vidinio suderintumo rezultatus.

6 lentelė

Vidinio suderintumo reikšmės (Cronbacho α) skirtingoms MKDS požymių grupėms bendroje imtyje

MKDS požymių grupė	Požymių skaičius	Cronbacho α
Bendras MKDS įvertis	23	0,75
Objektyvūs pozityvūs	11	0,83
Objektyvūs negatyvūs	3	0,44
Subjektyvūs negatyvūs	6	0,79
Subjektyvūs pozityvūs	3	0,72

Vidurkių palyginimai grupėse. Norint plačiau iširti mąstymo sutrikimo požymių raišką skirtingų sutrikimų atveju, atlikti grupių vidurkių palyginimai. Dimensijų įverčių vidurkius ir standartinius nuokrypius galima matyti 7-oje lentelėje, o kiekvieno atskiro požymio įverčio vidurkiai pateikti A1 priede. Atlikus MANOVA analizę su 2000 imčių

saviranka naudojant *Pillai's Trace* testą paaiškėjo, jog grupėse yra statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant tiek bendrą mąstymo sutrikimo požymių rodiklį, tiek visas mąstymo sutrikimo požymių grupes, $V = 0,967$, $F(12, 372) = 14,748$, $p < 0,01$. Atskiri palyginimai su vienfaktorine ANOVA atskleidė, kad šie skirtumai aptinkami lyginant visus kintamuosius ($p < 0,01$). Gauti rezultatai rodo, kad mažiausiai mąstymo sutrikimų požymių aptinkama sveikų asmenų grupėje, pozityvius objektyvius požymius labiausiai demonstruoja šizofrenija sergantieji, o depresija sergantieji įvardija bene daugiausia subjektyviai patiriamų mąstymo sutrikimo požymių.

7 lentelė

Mąstymo sutrikimo požymių pagrindinių rodiklių palyginimas grupėse, naudojant MANOVA

Priklausomas kintamasis	M (SD)					F	p	dalinis η^2
	Palyginamosios imties (n = 32)	Šizofrenijos (n = 39)	Šizoafektinio sutrikimo (n = 27)	Depresijos (n = 31)	Bendrai (N = 129)			
Bendras MKDS įvertis	6,72 (3,74)	22,87 (7,15)	22,37 (6,86)	20,87 (6,25)	18,28 (9,07)	50,302	0,000	0,547
MKDS OP	2,19 (2,42)	10,90 (5,45)	7,37 (4,86)	4,29 (3,64)	6,42 (5,48)	27,263	0,000	0,396
MKDS ON	0,63 (1,10)	2,59 (2,53)	2,19 (1,98)	1,71 (1,53)	1,81 (2,03)	6,686	0,000	0,138
MKDS SN	2,28 (1,63)	6,36 (4,65)	8,44 (5,16)	9,23 (3,88)	6,47 (4,80)	18,368	0,000	0,306
MKDS SP	1,63 (1,36)	3,03 (2,90)	4,37 (3,20)	5,65 (2,42)	3,59 (2,93)	14,436	0,000	0,257

Pastaba. MKDS OP – objektyvūs pozityvūs; MKDS ON – objektyvūs negatyvūs; MKDS SN – subjektyvūs negatyvūs; MKDS SP – subjektyvūs pozityvūs mąstymo sutrikimo požymiai.

Jautrumas ir specifiškumas. Norint patikrinti, kaip MKDS geba atskirti klinikinių grupių asmenis nuo palyginamosios grupės vertinant mąstymo sutrikimo simptomų pasireiškimą, naudota *ROC* kreivė, kuri rodo klasifikatoriaus jautrumo ir specifiškumo ryšį, apskaičiuojant skalės teisingus teigiamus spėjimus (jautrumą) ir klaidingus teigiamus spėjimus (1-specifiškumas). Bendras MKDS įvertis geba puikiai diferencijuoti palyginamąją grupę nuo šizofrenijos ($AUC = 0,99$, $p = 0,00$, 95 % $CI [0,98, 1,00]$), šizoafektinio sutrikimo ($AUC = 0,98$, $p = 0,00$, 95 % $CI [0,95, 1,00]$) ir depresijos ($AUC = 0,98$, $p = 0,01$, 95 % $CI [0,96, 1,00]$), tačiau atskirties įverčiai visais atvejais panašūs (11 balų), taigi šiuo atžvilgiu skalė naudingesnė tarpusavyje lyginant klinikines grupes (8-a lentelė). Tolesni skaičiavimai parodė, kad diferencijuojant šizofrenijos ir depresijos grupes, geriausių rezultatus demonstruoja objektyvių pozityvių požymių grupė, kurios diskriminacijos gebėjimus galima laikyti puikiais ($AUC = 0,85$, $p = 0,00$, 95 % $CI [0,76, 0,94]$). Galima 6–7 balų riba tinkamiausia atskirti depresijos ir šizofrenijos grupių asmenis. Diferencijuojant šizoafektinio sutrikimo ir depresijos grupes, geriausiai tą daro taip pat objektyvių pozityvių požymių grupė ($AUC = 0,70$, $p = 0,009$, 95 % $CI [0,57, 0,84]$), o siekiant atskirti šizofrenijos ir šizoafektinio sutrikimo grupes, rezultatai panašūs, naudingiausia objektyvių pozityvių požymių grupė ($AUC = 0,70$, $p = 0,005$, 95 % $CI [0,58, 0,83]$), šiais dviem

atvejais galima riba taip pat būtų 6–7 balai, tačiau diskriminacijos rodikliai patenka į ribas tarp prastos ir priimtinos, tad norint nustatyti tikslias šizoafektinio sutrikimo atskirties nuo kitų grupių ribas reikia tolesnių tyrimų.

8 lentelė

MKDS požymių grupių gebėjimas diskriminuoti klinikinės grupės asmenis (n = 97) nuo palyginamosios imties asmenų (n = 32)

MKDS požymių grupė	AUC	p reikšmė	95 % CI	Atskirties įvertis	Jautrumas	Specifiškumas
Bendras MKDS įvertis	0,99	0,00	0,97–1,00	10,5	1,00	0,84
OP	0,83	0,00	0,76–0,91	2,5	0,76	0,59
ON	0,75	0,00	0,66–0,85	1	0,76	0,66
SN	0,87	0,00	0,81–0,93	2,5	0,76	0,81
SP	0,75	0,00	0,67–0,83	2,5	0,63	0,69

Pastaba. MKDS OP – objektyvūs pozityvūs; MKDS ON – objektyvūs negatyvūs; MKDS SN – subjektyvūs negatyvūs; MKDS SP – subjektyvūs pozityvūs mąstymo sutrikimo požymiai.

Rezultatų aptarimas

Šio tyrimo tikslas buvo lietuviškai populiacijai pritaikyti naują skalę, skirtą vertinti pagrindinių mąstymo sutrikimo požymių pasireiškimą, ir pateikti kai kurias jos psichometrinės charakteristikas, tiriant skirtingas psichiatrines grupes.

Pirmas svarbus žingsnis buvo autorių pateikiamų požymių įvardijimo ir jų apibrėžimų vertimas į lietuvių kalbą, kuris įtraukė ne tik skirtingus vertimo etapus ir kelių vertėjų bendradarbiavimą, bet ir įvairios lietuvių kultūroje naudojamos literatūros apžvalgą gryninant kai kurias sąvokas ir atsižvelgiant į jų vartojimą kasdienėje praktikoje. Kai kurie požymiai (pavyzdžiui, angl. *derailment*, *tangetiality*) neturi tiesiogiai verčiamo į lietuvių kalbą atitiktens, todėl tokiais atvejais analizuota psichiatrijos ar psichologijos literatūra, kuri apibūdintų analogiškus reiškinius ir pateiktų jau kultūriškai prigijusius terminus. Kai kuriuos terminus dėl tos pačios priežasties teko keisti ne į tiesiogiai verstinas frazes, bet į praktikoje įprastas frazuotes, pavyzdžiui, požymio „*circumstantiality*“ vertimas galėtų būti „aplinkybiškumas“, tačiau Kircher ir kolegų (2014) pateikiamas apibrėžimas labiau atitinka „smulkmeniškąjį mąstymą“ (Mačiulis ir kt., 2017), todėl pasirinkta pridėti ir terminą „smulkmeniškumas“. Tai patvirtina originalo autorių nurodymų reikšmę, kad prieš atliekant vertinimą itin svarbu ne tik gerai išstudijuoti apibrėžimus, bet ir turėti klinikinio darbo patirties, kad šių apibrėžimų supratimas per ją būtų įprasminamas.

Apžvelgiant bendrą aptiktą mąstymo sutrikimo simptomų pasiskirstymą, dažniausiai pasitaikę požymiai daugiausia atitinka Kircher ir kolegų (2014) gautus rezultatus, kuriuose taip pat išryškėjo ruminacija, mąstymo interferencija ir minčių blokavimas, o rečiau – taip pat verbigeracija, echolalija ir kalbėjimas sąskambiais. Visgi šio tyrimo rezultatai

atspindi didesnę įvairių požymių paplitimą, tačiau tokius rezultatus galima sieti ir su tuo, jog ankstesnių tyrėjų imtį sudarė ne tik psichikos sveikatos įstaigos stacionare, bet ir ambulatoriškai besigydę pacientai, kurių sutrikimo simptomai galbūt buvo mažiau išreikšti. Šiame tyrime pasitaikė daugiau požymių, kurie aptikti itin retai – be verbigeracijos, echolalijos ir kalbėjimo sąskambiais, gana reta buvo foneminė ir semantinė parafazija, tai patvirtina ir Mutlu ir kolegų (2019) radinius. Taigi svarbu turėti omenyje tiriamų grupių specifiškumą, kuris, įtraukus daugiau asmenų, gali kisti.

Kitas svarbus žingsnis – patikrinti, kaip šie požymiai veikia apskritai, norint įvertinti skirtingas literatūroje (Mutlu et al., 2019; Roche et al., 2015b; Sumner et al., 2018) patvirtinamas pozityvią, negatyvią, objektyvią ir subjektyvią mąstymo sutrikimo dimensijas. Tiriant faktorių struktūrą, rezultatai daugiausia atspindi kitų autorių (Kircher et al., 2014; Mutlu et al., 2019) rezultatus, tačiau, be retai pasitaikiusių požymių, dėl stiprių ryšių su kitais faktoriais iš modelio pašalinti perseveracija ir minties nutrūkimas. Perseveracija apibrėžiama kaip grįžimas prie anksčiau aptartų temų ar minties, kurios nebetinkamos dabartiniame kontekste (Kircher et al., 2014), taigi, jei negatyvius požymius galima laikyti tam tikros funkcijos sunkumais ar praradimu, perseveracija gali būti siejama su dėmesio perkėlimo sunkumais. Štai minties nutrūkimas Mutlu ir kolegų (2019), priešingai nei originale, priskiriamas ne pozityvių, bet negatyvių požymių dimensijai, taigi šio tyrimo rezultatai patvirtina sąsajas su abiem dimensijomis ir apsunkina jų diferencijavimą. Apžvelgiant dimensijų ypatumus aptikta, kad daugiausia tarpusavyje sutampantys subjektyvūs pozityvūs ir subjektyvūs negatyvūs požymiai – ruminacija ar prislopintas mąstymas – turi svorius abiejuose faktoriuose, taigi sunku pateikti aiškia jų diferenciaciją. Tai leidžia kelti prielaidą, jog subjektyvūs mąstymo sutrikimo požymiai sunkiau atskiriami pagal bendrą psichopatologijos pozityvių ir negatyvių simptomų principą. Aiškios skirties trūkumas siekiant faktorius patvirtinti prisidėjo prie minimalių struktūros pokyčių, nes, lyginant su ankstesniais tyrimais (Mutlu et al., 2019; Kircher et al., 2014), ruminacija patenka ne į subjektyvių negatyvių, bet subjektyvių pozityvių požymių kategoriją. Tai galima paaiškinti faktu, kad papildomai atsiranda varginančių ir nereikalingų asmeniui minčių, kurios gali būti laikomos ekscesą atspindinčiu patologiiniu požymiu. Kiek problemiškas subjektyviai patiriamas mąstymo skurdumo požymis, kuris turi stipresnę sąsają su objektyviais negatyviais požymiais, tai rodytų, kad objektyviai pastebimas skurdumas kartu juntamas ir subjektyviai. Visgi šiuo atveju požymis pagal vertinimo šaltinį negali pakeisti savo dimensijos, tik galima svarstyti apie tam tikrus objektyvumo ir subjektyvumo sutapimo momentus. Taip pat aptinkamas svarbus prislopinto mąstymo bei mąstymo inicijavimo ir nukreiptumo disfunkcijos ryšys, kuris leidžia svarstyti apie galimybes atskirti subtiliau subjektyviai pastebimus sunkumus, ypač kai mąstymo gebėjimai funkcionuoja prasčiau, tai gali būti siejama ir su specifinių klinikinių imčių ypatumais. Nepaisant kai kurių požymių ryšių neatitikimų, faktoriai leido atspindėti kitų autorių (Kircher et al., 2014; Mutlu et al., 2019) aptinkamą pagrindinių dimensijų svarbą: daugiausia požymių apimančiu ir svariausiu faktoriumi galima laikyti objektyvių pozityvių požymių dimensiją, kurią galima įvardyti kaip „dezorganizacijos“ (angl. *disorganisation*) kategoriją (Andreasen & Grove, 1986), taip pat kaip gana svarbi išryškėja subjektyvių negatyvių požymių dimensija, at-

spindinti instrospektyviąją dimensiją, toliau kiek mažiau duomenų paaiškina objektyvių negatyvių bei mažiausiai, tačiau inkorporuojančių naujus, anksčiau netyrinėtus požymius, subjektyvių pozityvių požymių faktorių. Visgi struktūra neapima visų galimų požymių įvairovės, todėl leidžia atlikti apibendrinimus tik į šį tyrimą įtrauktų grupių kontekste. Tyrime siekta patvirtinti kliniškai svarbias pozityvių ir negatyvių požymių dimensijas (Roche et al., 2015a; Stein et al., 2020) bei akcentuoti objektyvųjų ir subjektyvųjų vertinimo komponentus (Kircher et al., 2018), nes mąstymas nėra tiesiogiai išoriniam stebėjimui prieinamas fenomenas. Visgi tyrime patvirtinto modelio rezultatai demonstruoja tik patenkinamus rezultatus, tad, atsižvelgiant į tiriamų grupių specifiką, kyla klausimas, kaip į analizę įtraukiant daugiau diagnostinių kategorijų konstrukto struktūra gali kisti, taigi itin svarbūs tolesni tyrimai surinkus kliniškines imtis.

Galima teigti, kad MKDS pasižymi tinkamais patikimumo rodikliais, atsižvelgiant į vertintojų suderinamumą, o tiek bendras MKDS įvertis, tiek beveik visos atskiros dimensijos, išskyrus objektyvių negatyvių mąstymo sutrikimo požymių sritį, pasižymėjo ir tinkamu vidiniu suderintumu. Verta pažymėti, kad objektyvių negatyvių požymių grupė sudaryta tik iš trijų požymių, kurie taip pat, atsižvelgiant į tirtų grupių specifiškumą, galbūt nepakankamai atspindėti. Svarbu turėti omenyje ir tai, kad skalė, nors ir atspindi skirtingas vertinamas dimensijas, geriausiai atskleidžia mąstymo sutrikimo požymių konstrukta, kai vertinimas atliekamas įtraukiant požymių visumą.

Vienas iš svarbių tyrimo siekinių yra apžvelgti skalės klinikinį naudingumą. Atlikti požymių palyginimai atskleidė reikšmingus skirtumus skirtingose imtyse lyginant tiek bendrą mąstymo sutrikimo požymių rodiklį, tiek visas mąstymo sutrikimo požymių grupes, skirtumai ryškiausi lyginant bendrą MKDS ir objektyvių pozityvių mąstymo sutrikimo požymių dimensiją. Pagal gautus rezultatus, kaip ir tikėtasi bei aptinkama kituose tyrimuose (Kircher et al., 2014; Mutlu et al., 2019; Nagels et al., 2016), palyginamosios grupės asmenys demonstruoja reikšmingai mažiausią rezultatą lyginant bendrą mąstymo sutrikimo požymių rodiklį, taip pat skirtingų sričių atžvilgiu lyginant su visomis grupėmis. Objektyvių pozityvių požymių srityje didžiausius balus yra gavusi šizofrenijos grupė, kiek mažiau, tačiau nedaug atsilieka ir šizoafektinio sutrikimo grupė. Kai kuriose mąstymo sutrikimą tiriančiose studijose šizofrenijos ir šizoafektinio sutrikimo grupės dėl šios priežasties ir dėl vienodų psichopatologinių ypatumų yra priskiriamos tai pačiai imčiai (Clark, Warman, & Lysaker, 2010; Maderthaner et al., 2023). Depresija sergantieji subjektyvių negatyvių ir subjektyvių pozityvių požymių išreiškia daugiausia. Taigi, kai į vertinimo kategorijas įtraukiama ir subjektyvioji dimensija, depresijos grupėje taip pat išreiškiami patiriami įvairūs mąstymo sutrikimo požymiai. Tokios tendencijos panašios ir į aptinkamas kitų subjektyviąją dimensiją analizuojančių tyrimų (Kircher et al., 2014; Mutlu et al., 2019; Nagels et al., 2016). Taigi lyginant skirtingas kliniškines kategorijas svarbu vertinti ne tik bendrą įvertį, bet atkreipti dėmesį ir į skirtingoms dimensijoms priskiriamas mąstymo sutrikimo požymių grupes.

Siekiant patikrinti, kaip MKDS geba atskirti kliniškinių grupių asmenis nuo palyginamosios grupės vertinant mąstymo sutrikimo simptomų pasireiškimą, aptikta, kad bendras MKDS įvertis demonstruoja didžiausią diskriminaciją atskiriant sergančiuosius

psichikos sveikatos sutrikimais nuo nesergančiųjų, o pagal jautrumo ir specifiškumo santykį galima teigti, kad atskirties balas pagal bendrą MKDS įvertį yra apie 11 balų. Kalbant apie specifines dimensijas, geriausias rezultatus demonstruoja subjektyvių negatyvių požymių skalė, tačiau svarbu atsižvelgti į tai, kad požymių pasiskirstymas grupėse itin varijuoja, todėl požymiai gali būti naudingiausi atskirti tik specifinės imties asmenis (šiuo atveju didžiausius balus subjektyvių negatyvių požymių kategorijoje surinko sergantieji depresija), taigi naudingiau vertinti bendro įverčio rezultatus. Siekiant diferencijuoti skirtingas klini- kines grupes, pavyzdžiui, šizofrenijos diagnozę turinčiuosius nuo depresijos, naudingiausia būtų pagal gautus rezultatus lyginti objektyviai stebimus pozityvius požymius, kurie, kaip anksčiau minėta, būtų priskiriami „dezorganizacijos“ kategorijai (Andreasen & Grove, 1986). Ši dimensija, kaip ir rodo šio bei ankstesnių tyrimų (Kircher et al., 2014; Mutlu et al., 2019; Nagels et al., 2016) rezultatai, išskiria šizofrenijos spektro diagnozes turinčius asmenis, taip pat pagal faktorių struktūros rezultatus paaiškina didžiausią dalį duomenų, taigi yra ypač svarbi klinikiniame kontekste. Kaip ir minėta anksčiau, norint sėkmingai atskirti šizoafektinio sutrikimo diagnozę, reikalingi tolesni tyrimai. Tačiau apibendrinant verta turėti omenyje, kad diagnostiniame procese svarbus skirtingų informacijos šaltinių derinimas ir integracija, o MKDS gali būti vienas jų.

Tyrimo ribotumai ir praktiniai iššūkiai. Svarbu paminėti ir tyrimo ribotumus bei ky- lančius praktinius uždavinius, galinčius paskatinti tolesnius tyrimus. Visų pirma, į tyrimą nebuvo įtrauktos visos šiame tyrimo kontekste svarbiausios klinikinės grupės (pavyzdžiui, neįtrauktos bipolinio sutrikimo ar šizoafektinio sutrikimo manijos tipo grupės), tai galėjo prisidėti ir prie per mažo kai kurių požymių atvejų aptikimo. Mąstymo sutrikimo požymių įvairovės aptikti galėjo neleisti ir ganėtinai mažos tyrimo dalyvių imtys, todėl ateityje būtų svarbu tyrimą kartoti bei plėsti. Dar vienas sunkumas – lietuviškoje populiacijoje nėra alternatyvaus mąstymo sutrikimą padedančio fiksuoti įrankio, kuris padėtų įvertinti MKDS konvergentinį validumą. Kai kurios psichopatologijos skalės (pavyzdžiui, Pozity- vių ir negatyvių sindromų skalė, PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), yra tam tikrais atvejais naudojamos, tačiau neleidžia aprėpti šių požymių įvairovės ir daugiadimensiškumo. Kitos klinikinės psichologijos praktikoje taikomos metodikos labiau orientuotos į kokybinį mąstymo procesų aprašymą, tačiau nėra naudojamos grupių tyrimams ir kie- kybiniam palyginimui. Taigi būtų svarbu atlikti tolesnius išsamesnius bei platesnius šios metodikos pritaikymo tyrimus.

Padėkos

Dėkojame visiems tyrimo dalyviams, pacientų gydytojams psichiatriams, o ypač ačiū metodikos ruošimo procese padėjusioms medicinos psychologėms Danutei Petrošienei, Gabijai Kundrotaitei ir Audronei Miškinytei.

Literatūra

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreasen, N. C., & Grove, W. M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 348–359. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.3.348>
- Andreasen, N. (1986). Scale for the assessment of thought, language and communication. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.3.473>
- Australijos sandrauga. (2008). *Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasias pataisytas ir papildytas leidimas Australijos modifikacija. TLK-10-AM: Sisteminis ligų sąrašas*. Nacionalinis medicininės klasifikacijos centras.
- Bagdonas, A. ir Rimkutė, E. (2013). *Anglų–lietuvių kalbų psichologijos žodynas*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Bagdonas, A. ir Bliumas, R. (2019). *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
- Barrera, A., McKenna, P., & Berrios, G. E. (2008). Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1–3), 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.017>
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox, or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans. 1950). International University.
- Chang, C. H., Lane, H. Y., Liu, C. Y., Cheng, P. C., Chen, S. J., & Lin, C. H. (2019). C-reactive protein is associated with severity of thought and language dysfunction in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2621–2627. <https://doi.org/10.2147/NDT.S223278>
- Chen, E. Y. H., Lam, L. C. W., Kan, C. S., Chan, C. K. Y., Kwok, C. L., Nguyen, D. G. H., & Chen, R. Y. L. (1999). Language disorganisation in schizophrenia: Validation and assessment with a new clinical rating instrument. *Journal of Psychiatry*, 6(1), 4–13.
- Clark, L. K., Warman, D., & Lysaker, P. H. (2010). The relationships between schizophrenia symptom dimensions and executive functioning components. *Schizophrenia Research*, 124, 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.004>
- Dembinskas, A. (2003). *Psichiatrija*. Vaistų žinios.
- DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N., & Shi, D. (2018). Examination of the weighted root mean square residual: Evidence for trustworthiness? *Structural Equation Modeling*, 25(3), 453–466. <https://doi.org/10.1080/10705511.2017.1390394>
- Docherty, N. M., DeRosa, M., & Andreasen, N. (1996). Communication disturbances in schizophrenia and mania. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 358–364. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040094014>
- Eremenco, S. L., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212–232. <https://doi.org/10.1177/0163278705275342>
- Field, A., & Wilcox, R. R. (2017). Robust statistical methods: A primer for clinical psychology and experimental psychopathology researchers. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 19–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.013>
- Fu, S., Czajkowski, N., Rund, B. R., & Torgalsbøen, A.-K. (2017). The relationship between level of cognitive impairments and functional outcome trajectories in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 190, 144–149. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2017.03.002>
- Gjersing, L., Coplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10, Article 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (1st ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118548387>
- Johnston, M. H., & Holzman, P. S. (1979). *Assessing schizophrenic thinking*. Jossey-Bass.

- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kircher, T., Bröhl, H., Meier, F., & Engelen, J. (2018). Formal thought disorders: From phenomenology to neurobiology. *The Lancet. Psychiatry*, 5(6), 515–526. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30059-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30059-2)
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia* (R. M. Barclay, Trans.). Livingstone.
- Liddle, P. F., Ngan, E. T., Caissie, S. L., Anderson, C. M., Bates, A. T., Quedsted, D. J., ..., Weg, R. (2002). Thought and language index: An instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181(4), 326–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.326>
- Mačiulis, V., Šurkus, J. ir Lapytė, A. (2017). *Enciklopedinis psichiatrijos terminų žodynas*. Presvika.
- Maderthaner, L., Pavlidou, A., Lefebvre, S., Nadesalingam, N., Chapellier, V., von Känel, S., ..., Walther, S. (2023). Neural correlates of formal thought disorder dimensions in psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 49(2), S104–S114. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac120>
- Morgan, C. J., Coleman, M. J., Ulgen, A., Boling, L., Cole, J. O., Johnson, F. V., ..., Levy, D. L. (2017). Thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder probands, their relatives, and nonpsychiatric controls. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 523–535. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx016>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus: Statistical analysis with latent variables: User's guide (version 8)*. Los Angeles, CA: Authors.
- Mutlu, E., Yazıcı, M. K., Barışkın, E., Ertuğrul, A., Gürel, Ş. C., Gürkan, Ş., ..., Yağcıoğlu, A. E. A. (2019). Examination of formal thought disorder and its clinical correlates with the Turkish Version of the Thought and Language Disorder Scale (TALD-TR) in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 93, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.06.003>
- Nagels, A., Fährmann, P., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., ..., Kircher, T. (2016). Distinct neuropsychological correlates in positive and negative formal thought disorder syndromes: The Thought and Language Disorder Scale in endogenous psychoses. *Neuropsychobiology*, 73(3), 139–147. <https://doi.org/10.1159/000441657>
- Pantano, T., Fu, L., Curatolo, E., Bertini Martins, C., & Elkis, H. (2016). Thought and language disorders in very early onset schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(4), 67–73. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000087>
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. <https://doi.org/10.1159/000088441>
- Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D., & Clarke, M. (2015a). The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 951–962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu129>
- Roche, E., Lyne, J. P., O'Donoghue, B., Segurado, R., Kinsella, A., Hannigan, A., ..., Clarke, M. (2015b). The factor structure and clinical utility of formal thought disorder in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.049>
- Stein, F., Lemmer, G., Schmitt, S., Brosch, K., Meller, T., Fischer, ..., Krug, A. (2020). Factor analyses of multidimensional symptoms in a large group of patients with major depressive disorder, bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 218, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.011>
- Sumner, P. J., Bell, I. H., & Rossell, S. L. (2018). A systematic review of the structural neuroimaging correlates of thought disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84, 299–315. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.017>

Priedas

A1 priedas. Atskirų mąstymo sutrikimo požymių (MKDS požymių) įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai skirtingose imtyse.

MKDS požymis	MKDS požymių vidurkiai, $M(SD)$				
	Šizofrenijos ($n = 39$)	Šizoafektinio sutrikimo ($n = 27$)	Depresijos ($n = 31$)	Sveikos imties ($n = 32$)	Bendrai ($N = 129$)
Objektyvūs pozityvūs požymiai					
Smulkmeniškumas / aplinkybiškumas	1,03 (0,99)	0,74 (0,94)	0,48 (0,72)	0,34 (0,55)	0,67 (0,86)
Minties nuslydimas	1,79 (1,08)	1,44 (0,89)	0,71 (0,82)	0,63 (0,66)	1,17 (1,02)
Rezonavimas / nuklydimas	1,54 (1,12)	1,30 (0,91)	0,29 (0,46)	0,06 (0,25)	0,82 (1,01)
Padrikas mąstymas (ne-nuoseklumas / nerišlumas)					
Kalbos prasilenkimas	1,51 (1,07)	0,85 (0,82)	0,65 (0,95)	0,28 (0,52)	0,86 (0,94)
Pagreitėjusi kalba	0,41 (0,82)	0,04 (0,19)	0,23 (0,62)	0,06 (0,25)	0,20 (0,58)
Logorėja	0,97 (0,96)	0,93 (0,87)	0,68 (0,83)	0,41 (0,62)	0,75 (0,86)
Manieringa kalba	0,21 (0,57)	0,26 (0,71)	0,19 (0,48)	0,16 (0,37)	0,20 (0,54)
Neologizmai	0,33 (0,80)	0,19 (0,56)	0,10 (0,30)	0,00 (0,00)	0,16 (0,54)
Kalbos turinio skurdumas	1,54 (1,07)	0,85 (0,91)	0,52 (0,77)	0,19 (0,47)	0,81 (0,99)
Mąstymo klampumas	1,05 (1,0)	0,63 (0,74)	0,45 (0,77)	0,06 (0,25)	0,57 (0,84)
Objektyvūs negatyvūs požymiai					
Sulėtėjęs mąstymas	0,64 (0,87)	0,96 (0,94)	0,68 (0,79)	0,13 (0,34)	0,59 (0,82)
Kalbos skurdumas	1,28 (1,36)	0,93 (1,21)	0,74 (0,93)	0,47 (0,72)	0,88 (1,13)
Konkretus mąstymas	0,67 (0,77)	0,30 (0,61)	0,29 (0,46)	0,03 (0,18)	0,34 (0,61)
Subjektyvūs negatyvūs požymiai					
Minčių blokavimas	1,05 (1,05)	1,30 (1,24)	1,39 (1,23)	0,28 (0,46)	0,99 (1,11)
Mąstymo skurdumas	0,95 (1,19)	1,19 (1,24)	1,00 (1,07)	0,09 (0,30)	0,90 (1,09)
Prislopintas mąstymas	0,85 (1,23)	1,44 (1,31)	1,84 (0,97)	0,38 (0,55)	1,09 (1,18)
Kalbos supratimo disfunkcija	0,97 (1,20)	1,37 (1,31)	1,39 (1,09)	0,47 (0,51)	1,03 (1,12)
Kalbos išraiškos disfunkcija	1,23 (1,16)	1,37 (1,33)	1,52 (1,18)	0,72 (0,68)	1,20 (1,14)
Mąstymo inicijavimo ir nukreiptumo disfunkcija	0,79 (1,13)	1,59 (1,25)	1,77 (1,28)	0,22 (0,42)	1,05 (1,23)
Subjektyvūs pozityvūs požymiai					
Ruminacija	1,41 (1,19)	1,81 (1,52)	2,48 (1,21)	0,69 (0,59)	1,57 (1,32)
Mąstymo interferencija	1,31 (1,20)	1,78 (1,22)	2,10 (1,04)	0,34 (0,55)	1,36 (1,22)
Minčių antplūdis	0,82 (1,05)	0,96 (1,16)	1,39 (1,28)	0,72 (0,85)	0,96 (1,11)