

e-ISSN: 2345-0592 <b>Online issue</b> Indexed in <i>Index Copernicus</i>	<b>Medical Sciences</b>  Official website: <a href="http://www.medicisciences.com">www.medicisciences.com</a>	
--	--	---

## Gender dysphoria and schizotypal personality disorder: clinical case

Deimantė Andriuškevičiūtė<sup>1</sup>, Gabrielė Adomavičiūtė<sup>1</sup>, Aušra Andriuškevičienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Kaunas, Lithuania

<sup>2</sup>Lithuanian University of Health Sciences Kaunas Hospital, Department of Psychiatry, Kaunas, Lithuania

### Abstract

**Background.** Gender dysphoria and schizotypal disorder are two distinct yet complex mental health conditions that have been receiving increasing attention from mental health researchers and specialists. Gender dysphoria is a rare condition characterized by a sense of incongruence between one's gender identity and biological sex. Schizotypal personality disorder is a mental health condition characterized by unusual beliefs or perceptions, distorted thought patterns, social anxiety, eccentric behavior and difficulties in forming and maintaining close relationships. Research has noted clinical cases where schizotypal personality disorders co-occur with gender dysphoria.

**Case presentation.** Describing the clinical case of a patient, who was diagnosed with schizotypal personality disorder and gender dysphoria. The patient's mental health deteriorated for the first time in the twelfth grade. They experienced significant stress, resulting in symptoms such as anxiety, tension, sleep disturbances, irritability, anger, dizziness, and nausea. During adolescence, gender dysphoria became prominent and there was a desire to identify with the opposite (male) gender. The patient sought help from specialists due to symptoms of gender dysphoria, and the diagnosis of transsexualism was made. Additionally, the patient exhibited suicidal thoughts, paranoia, altered behavior, anhedonia, social withdrawal, and hallucinations.

**Conclusions.** This clinical case reveals that gender dysphoria and schizotypal disorder can co-occur. These disorders may share common causal mechanisms and risk factors. Gender dysphoria and schizotypal disorder can impact daily life by leading to social isolation, stigma, and limited opportunities to form close relationships with others. Additionally, they can reduce the motivation for self-care, disrupt socialization and create challenges in academic and social activities. The impact of gender dysphoria and schizotypal disorder encompasses social, physical, and psychological aspects, underscoring the importance of thorough risk factor identification, comprehensive diagnosis, and treatment, all of which can influence the prognosis.

**Keywords:** schizotypal personality disorder, gender dysphoria, transsexualism

# Lyties disforija ir šizotipinis asmenybės sutrikimas: atvejo analizė

Deimantė Andriuškevičiūtė<sup>1</sup>, Gabrielė Adomavičiūtė<sup>1</sup>, Aušra Andriuškevičienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

<sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė, Psichiatrijos klinika, Kaunas, Lietuva

## Santrauka

**Įvadas.** Lyties disforija ir šizotipinis sutrikimas yra dvi skirtingos ir sudėtingos psichinės sveikatos būklės, kurios sulaukia vis daugiau psichikos sveikatos tyrėjų bei specialistų dėmesio. Lyties disforija yra reta būklė, kurios metu jaučiamas nesuderinamumas tarp savo lyties tapatumo ir biologinės lyties. Šizotipinis asmenybės sutrikimas yra psichikos būklė, kuri pasižymi neįprastais įsitikinimais ar suvokimu, iškreiptu mąstymo modeliu, socialiniu nerimu, ekscentrišku elgesiu bei sunkumais formuojant ir palaikant artimus santykius. Tyrimuose pastebėta, jog yra klinikinių atvejų, kai šizotipinis asmenybės sutrikimai pasireiškia kartu su lyties disforija.

**Klinikinio atvejo pristatymas.** Aprašomas paciento klinikinis atvejis, kuriam nustatytas šizotipinis asmenybės sutrikimas ir lyties disforija. Pirmą kartą paciento psichinė būklė pradėjo blogėti dvyliktoje klasėje. Pacientas patyrė daug psichologinio streso, dėl kurio pasireiškė nerimas, įtampa, miego sutrikimas, dirglumas, pyktis, galvos svaigimas bei pykinimas. Paauglystėje išryškėjo translytiškumo problema, kilo noras priklausyti priešingai (vyriškai) lyčiai. Pacientas kreipėsi į specialistus dėl lyties disforijos simptomų ir nustatyta diagnozė - transeksualumas. Taip pat pasikeitė paciento elgesys, pasireiškė suicidinės mintys, paranoja, anhedonija, socialinis atsiribojimas bei haliucinacijos.

**Išvados.** Šis klinikinis atvejis atskleidžia, kad lyties disforija ir šizotipinis sutrikimas gali pasireikšti kartu. Abu sutrikimai gali turėti bendrų priežastinių mechanizmų bei rizikos veiksnių. Lyties diforija bei šizotipinis sutrikimas gali turėti įtakos kasdieniam gyvenimui, įtraukiant socialinę izoliaciją, stigmą bei ribotas galimybes užmegzti artimus santykius su kitais. Be to, gali sumažinti norą rūpintis savimi, sutrikdyti socializaciją, sukelti sunkumų akademinėje veikloje. Lyties disforijos bei šizotipinio sutrikimo poveikis apima socialinius, fizinius ir psichologinius komponentus, todėl reikalingas nuodugnus rizikos veiksnių nustatymas, išsami diagnostika bei gydymas, nuo kurio priklauso prognozė.

**Raktažodžiai:** lyties disforija, šizotipinis asmenybės sutrikimas, transeksualumas.

## 1. Įvadas

Šizotipinis asmenybės sutrikimas ir lyties disforija yra dvi skirtingos psichinės sveikatos būklės, kurios sulaukia vis daugiau psichikos sveikatos tyrėjų bei specialistų dėmesio. Šizotipinis asmenybės sutrikimas, tai psichikos sutrikimas, kuriam būdingi neįprasti įsitikinimai ar suvokimas, iškreipti mąstymo modeliai, socialinis nerimas, ekscentriškas elgesys bei sunkumai formuojant ir palaikant artimus santykius. Žmonės, sergantys šizotipiniu asmenybės sutrikimu, dažnai patiria keistų jausmų, minčių bei staigių elgesio pokyčių, kurie gali trikdyti ar varginti juos ir aplinkinius [1].

Tyrimuose pastebėta, jog yra klinikinių atvejų, kai šizotipinis asmenybės sutrikimai pasireiškia kartu su lyties disforija. Tai psichinė būklė, kai asmuo jaučia, jog jo lytinė tapatybė nesutampa su biologine lytimi. Tai dažnai pasireiškia stipriu noru būti pripažintam priešingos lyties.

## 2. Klinikinis atvejis

Pablogėjus psichinei būklei, atsiradus suicidinių minčių 23 metų vyras kreipėsi į psichiatrijos kliniką diagnozės patikslinimui bei gydymo korekcijai.

Paciento giminėje psichikos ligų nebuvo nustatyta. Pacientas šeimoje vienturtis. Santykiai su tėvais gan šalti, artimų ryšių nepalaiko. Psychomotorinė raida savalaikė. Darželyje dažnai mėgdavo žaisti vienas, turėjo įsivaizduojamą draugų, su kuriais kalbėdavosi. Ankstyvoje vaikystėje nukrito nuo laiptų ir patyrė galvos smegenų traumą. Mokyklą pradėjo lankyti laiku, mokslai sekėsi vidutiniškai. Mokyklos lankymo laikotarpį apibūdina kaip sunkų, patyrė daug patyčių iš bendraamžių vaikų. Vaikystėje domėjosi įvairiais dalykais, laisvalaikiu lankė įvairius būrelius. Dvylikos metų patyrė seksualinę prievartą, kurios metu buvo neblaivus. Nuo 7 klasės epizodiškai kildavo noras save žaloti. Ankstyvoje paauglystėje artimų draugų neturėjo, dažniausiai būdavo vienas. Dvyliktoje klasėje labiau įsitraukė į

meninę veiklą, todėl baigęs mokyklą nusprendė studijuoti tapybą.

Pirmą kartą psichikos būklė stipriai pablogėjo dvyliktoje klasėje – tuo metu patyrė daug streso, ėmė jausti nerimą, įtampą, sutriko miegas, tapo dirglus, piktas, atsirado galvos svaigimas, pykinimas. Pirmiausiai kreipėsi į šeimos gydytoją, kurio buvo nukreiptas psichologo konsultacijai. Dėl minėtų simptomų privačiai pradėjo lankytis pas psichoterapeutą. Psichoterapijos sesijų metu, išryškėjo translytiškumo problema. Paciento teigimu, jis pasijautė geriau, kai pradėjo rengtis vyriškais drabužiais bei nusikirpo plaukus trumpai. Vėliau sekė daugiau išvaizdos pasikeitimų, kurie pacientui suteikė pasitikėjimo savimi. Pasakęs tėvams, kad norėtų būti kitos lyties, grįžtamojo ryšio nesulaukė, todėl tapo uždaras, buvo sunku susikaupti, vargino intensyvus nerimas, nemig, stiprus galvos skausmas, suprastėjo apetitas, atsirado pykinimas, burnos džiūvimas, drebulys, pablogėjo nuotaika. Tuo laikotarpiu pacientas prarado motyvaciją eiti į universitetą, mokytis. Atsirado epizodinės suicidinės mintys, dėl kurių pacientas pirmą kartą hospitalizuotas į psichiatrijos skyrių, diagnozuota - F41.2 (mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas). Stacionarinio gydymo metu buvo paskirtas medikamentinis gydymas: tiapridas iki 200 mg/d p/os ir quetiapinas 25 mg/d p/os. Po šio stacionarinio gydymo lankėsi pas psichiatrą ambulatoriškai. Psichinė būklė kurį laiką dinamikoje buvo stabili. Po II studijų kurso, dėl per didelio darbo ir mokslo krūvio, ir vėl suprastėjus psichinei būklei, ryškėjant suicidinėms mintims bei beprasmybės jausmui nusprendė pasiimti akademines atostogas ir kreipėsi į psichiatrus. Hospitalizuotas Psichiatrijos skyriuje, ankstesnis gydymo planas buvo koreguotas: citalopramas 40 mg/p p/os; tiapridas 200 mg/p p/os; quetiapinas 100 mg/p p/os; diazepamai 10 mg/p p/os. Dinamikoje psichinė būklė išliko permaininga. Dėl translytiškumo sukeltų disforijų kreipėsi į psichiatrą

bei į endokrinologą. Psichiatro nustatyta diagnozė - F64.0 (transseksualumas). Atliktas galvos smegenų magnetinio rezonanso tyrimas, tačiau smegenyse pataloginių židinių bei pakitimų nerasta. Pradėta hormonų terapija. Kurį laiką psichinė būklė buvo stabili.

Paskutinį kartą psichinė būklė suprastėjo dėl paciento požiūriu sunkių išgyvenimų santykiuose su draugu, atsirado suicidinės mintys, todėl skubos tvarka hospitalizuotas į psichiatrijos ligoninę. Psichiatrinio ištyrimo metu pacientas pripažino, jog nuo vaikystės turi draugą, kurį mato tik jis, todėl labiausiai bijo, jog vaistai gali „atimti draugą“ ir šis jo nebematys. Remiantis simptomais, - suicidinės mintys, paranoidinės mintys, pasikeitęs elgesys, anhedonija, socialinis atsiribojimas, epizodinės haliucinacijos, diagnozuota F32.10 (vidutinio sunkumo depresijos epizodas) ir F21 (šizotipinis sutrikimas). Paskirtas gydymas: olanzapinas 5 mg/p p/os; sertralinas padidintas iki 200 mg/p p/os; pregabalinas 300 mg/p p/os; buspironas 10 mg/p p/os; fluanxolis 1 mg/p p/os; diazepamą 10 mg/p p/os. Dinamikoje įtampa, nerimas redukovosi, kliesdinė simptomatika sumažėjo.

**Būklės kontrolė po 3 mėnesių.** Su pacientu buvo susiekta telefonu. Informaciją suteikė noriai, gydymą ligoninėje prisiminė teigiamai. Šiuo metu pacientas toliau laikosi paskirto medikamentinio gydymo plano bei lanko individualią psichoterapiją. Šiuo metu jaučiasi gerai, darbingas, sunkumų kasdieninėje veikloje nenurodo, atminties sutrikimų taip pat. Toliau prižiūrint endokrinologui, tęsiama hormonų terapija.

### 3. Diskusija

Šizotipinis asmenybės sutrikimas yra psichikos sutrikimas, kuris priklauso psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo (DSM-5) A grupės asmenybės sutrikimams. Sergantiems šizotipiniu

asmenybės sutrikimu būdingas ekscentriškas elgesys ir mąstymo bei afekto anomalijos, primenančios sutrikimus, konstatuojamus kai yra šizofrenija, nors per jokią sutrikimo stadiją nepastebima aiškių ir būdingų šizofreninių anomalijų [2]. Sutrikimui būdingi šie simptomai: susiaurėjęs arba neadekvatus afektas, anhedonija, keistas ar ekscentriškas elgesys, polinkis į socialinį atsiribojimą, paranoidinės arba keistos idėjos, nesiekiančios kliesdinio lygio, obsesinės mintys, mąstymo ir suvokimo sutrikimai, trumpalaikiai praeinantys pusiau psichoziniai epizodai su ryškėmis iliuzijomis, klausos ar kitomis haliucinacijomis bei panašiomis į kliesdę idėjomis, kylančiomis be egzogeninės provokacijos. Nėra aiškios pradžios ir vystymosi, eiga paprastai panaši į asmenybės sutrikimą. Šizotipinis asmenybės sutrikimas diagnozuojamas psichiatro, remiantis DSM-V kriterijais, kai pasireiškia bent 5 kriterijai. Šizotipiniam asmenybės sutrikimui būdinga:

- sąsajų idėjos (išskyrus sąsajų kliesdėjus) – tai įsivaizdavimas, kad visi įvykiai asmens gyvenime yra susiję;
- keisti įsitikinimai arba magiškas mąstymas, kuris veikia elgesį ir yra nesusijęs su subkultūrinėmis normomis (pvz.: prietaringumas, tikėjimas aiškiaregyste, telepatija);
- neįprastos suvokimo patirtys (įskaitant kūno vaizdo iliuzijas);
- keistas mąstymas ir kalba (pvz.: smulkmeniška, metaforiška, stereotipiška);
- įtarumas ir paranoidinės mintys;
- netinkamas arba suvaržytas afektas (jausmai);
- neįprastas, ekscentriškas, savitas elgesys ar išvaizda;
- artimų socialinių ryšių neturėjimas, išskyrus pirmos eilės giminaičius;
- socialinis nerimas (nemažėjantis, labiau susipažinus, ir kuris susijęs su paranoidinėmis baimėmis, o ne neigiamu savęs vertinimu [3].

Tikslios šizotipinio asmenybės sutrikimo priežastys nežinomos, tačiau remiantis klinikiniais tyrimais, sutrikimo vystymuisi įtakos turi genetinių ir aplinkos veiksnių visuma. Be to, manoma, jog neigiama vaikystės patirtis, tokia kaip trauminiai įvykiai ar nepriežiūra, gali padidinti šio sutrikimo pasireiškimo tikimybę. Asmenys, turintys šizofrenija sergančių pirmos eilės giminėje, taip pat turi didesnę riziką šizotipinio asmenybės sutrikimo pasireiškimui [4].

Lyties disforijos paplitimas – maždaug 1 iš 10 000 vyrų ir mažiau nei 1 iš 25 000 moterų [5]. Tarptautinės ligų klasifikacijos vienuoliktoji versija (TLK-11) išleidimo metu pasaulio sveikatos organizacija atliko svarbų pakeitimą, kuris susijęs su transseksualumu. Šiame kontekste, terminas "transseksualizmas" buvo pakeistas į "lyties nesuderinamumas paauglystėje ar pilnametystėje." Šis pakeitimas atspindi transseksualumo demedikalizaciją [7]. Diagnostikos ir gydymo procesą sudaro 5 etapai: diagnostinis vertinimas, psichoterapija ar konsultavimas, gyvenimo patirtis, hormonų terapija ir chirurginė intervencija. Diagnozuojant lyties tapatumo sutrikimus siekiama, kad dalyvautų įvairių disciplinų gydytojų profesionalų komanda. Nepasitenkinimas duotąja lytimi turėtų trukti bent dvejus metus (kai kuriose rekomendacijose  $\geq 1$  m.) Taip pat turi būti diferencijuota nuo kitų, į lyties tapatumo sutrikimus panašių, psichikos ligų [8].

Klinikiniuose tyrimuose pastebėta, jog lyties disforija sergantiems pacientams yra didesnė rizika sirgti I ir II ašies psichikos sutrikimais, palyginti su bendrąja populiacija. Labiausiai paplitę sutrikimai, tokie kaip bipolinis sutrikimas bei asmenybės sutrikimai [4]. Tyrimo duomenimis, 70 % lyties disforija sergančių asmenų pasireiškia gretutinis asmenybės sutrikimas [8]. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog apie 42 % pacientams, kurie serga lyties disforija, buvo nustatyta vienas ir daugiau asmenybės sutrikimų [9]. Ankstesnių tyrimų rezultatai parodė, jog ribinis

asmenybės sutrikimas yra vienas iš dažniausių sutrikimų tarp lyties disforija sergančių asmenų [10]. Tuo tarpu, šizotipinis asmenybės sutrikimas diagnozuotas apie 15,7 % pacientų, sergančių lyties disforija. Taip pat nustatyta, jog šizoidiniai, šizotipiniai ir vengiantys asmenybės sutrikimai buvo labiau paplitę biologinių vyrų nei biologinių moterų [11].

Literatūroje aprašoma ir daugiau atvejų, kai šizotipinis asmenybės sutrikimas ir lyties disforijos sutrikimas pasireiškia kartu, tačiau vis dar trūksta išsamesnių tyrimų, nagrinėjančių šizotipinio asmenybės sutrikimo ir lyties disforijos pasireiškimo komorbidiškumą, tačiau psichikos sveikatos specialistams svarbu suprasti apie galimą gretutinį šių psichikos būklių pasireiškimą.

#### 4. Išvados

Šis klinikinis atvejis atskleidžia, kad lyties disforija ir šizotipinis sutrikimas gali pasireikšti kartu. Šie sutrikimai gali turėti bendrų priežastinių mechanizmų bei rizikos veiksnių. Lyties diforija bei šizotipinis sutrikimas gali turėti įtakos kasdieniam gyvenimui, įtraukiant socialinę izoliaciją, stigmą bei ribotas galimybes užmegzti artimus santykius su kitais. Be to, gali sumažinti norą rūpintis savimi, sutrikdyti socializaciją, sukelti sunkumų akademinėje ir socialinėje veikloje. Lyties disforijos bei šizotipinio sutrikimo poveikis apima socialinius, fizinis ir psichologinius komponentus, todėl reikalingas nuodugnus rizikos veiksnių nustatymas, išsami diagnostika bei gydymas nuo kurio priklauso prognozė.

#### Literatūros šaltiniai

1. Kirchner SK, Roeh A, Nolden J, Hasan A. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2018 Dec 1; 4(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30282970/>

2. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real? *Psychiatry Res* [Internet]. 2015 Mar 30; 226(1):173–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25656174/>
3. Silk KR, Westen D, Lohr NE, Benjamin J, Gold L. DSM-III and DSM-III-R schizotypal symptoms in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1990 Mar 1;31(2):103–10.
4. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(7):452. Available from: </pmc/articles/PMC4182925/>
5. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia-An Overview. *JAMA psychiatry*. 2020 Feb 1; 77(2):201–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31664453/>
6. Jakubowski T. Transsexualism or psychotic disorder? A case study. *Psychiatr Pol*. 2021; 55(1):71–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34021547/>
7. Garg G, Elshimy G, Marwaha R. Gender Dysphoria. *StatPearls*. 2023 Jul 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532313>
8. Duišin D, Batinić B, Barišić J, Djordjevic ML, Vujović S, Bizic M. Personality disorders in persons with gender identity disorder. *ScientificWorldJournal*. 2014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24959629/>
9. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res*. 2005; 58(3):259–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15865950/>
10. Meybodi AM, Jolfaei AG. Evaluation of personality disorders in patients with Gender Identity Disorder (GID): An update. *J Fam Med Prim Care*. 2022;11(6):3196. Available from: </pmc/articles/PMC9480747/>
11. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. 2014. Available from: <http://mjiri.iums.ac.ir>