

symptoms correlate with psychosocial factors, and (6) to clarify the factors related to PTSD evaluations in female juvenile offenders who have never been under psychiatric medication in Japan.

Methods

Subjects

The subjects were 64 female juvenile offenders consecutively recruited from a female juvenile detention center in Japan as follows: from October 2004 to June 2006, 181 delinquent adolescents were incarcerated in a detention centre. Among these offenders, we excluded those who had already received neuroleptics (i.e., major tranquilisers, antidepressants, lithium, methylphenidate, and anticonvulsants) or those who were in a severe physical or psychiatric condition. That design was intended to avoid bias caused by medications which induce reduction of symptoms, when a structured interview was conducted for determining natural prevalence, to obtain reliable informed consent, and to consider the physical situations under a burden of this investigation. Seventeen cases (9%) were excluded on the basis of medication, and the total number of final candidates who received randomisation was 164. No subjects were excluded because of severe physical or psychiatric illness, and only subjects with a psychiatric history were included in the study. Finally, 64 subjects completed the initial screening interview and reporting questionnaires; however, two subjects refused to participate in the succeeding comprehensive interview. The subjects' ages ranged from 16 to 19 years (mean = 17.2, S.D. = 1.0) and the ethnicity of all the subjects was Japanese. Before incarceration, approximately half (55%) of the offenders were not living with their immediate family. Sixty-one percent of the offenders had dropped out of school before grade 10 (16 years old), and 33% had not been admitted to high school (15–18 years old). The other offenders are currently enrolled in high school.

Regarding their offence profile, 41% of the offenders were detained for drug-related crimes, 30% for violent crimes (e.g., assault, robbery), and 22% for pre-delinquent behaviour (e.g., prostitution or 'sugar daddy business'). Approximately 10% of the female delinquents were multiple offenders, and 60% had been arrested at least twice.

Procedures

This investigation was conducted as part of the regular medical service for maintaining the mental health of offenders in reformatory schools. Written informed consent was obtained from all the subjects, and the institutional head and chief director of the correction centre (Haruna Joshi Gakuen, covered by the Tokyo Regional Office of Correction Bureau, Ministry of Justice, Japan) approved the study. The subjects were individually approached by the first author (M.A.), who explained the nature of the study and provided an information sheet and a consent form. The interviewers (M.A., T.U. and Y.I.) emphasised that the procedure was voluntary and that the subjects could

withdraw at any time. All the subjects were interviewed within approximately one month of their detention. During assessment, each interviewer was unaware of the subjects' offence and socio-demographic information. Within one week of their interview, the participants were asked to complete five self-rating questionnaires.

Measures

General. The interviewers assessed the background characteristics corresponding to the subjects' demographics, history of use of any illegal drugs, and trauma exposure of the subjects. Information on age, criminal history, recidivism history, family composition, living conditions, history of psychiatric visits and admission to a psychiatric hospital, family alcohol or drug problems, educational attainment and intelligence quotient (IQ; already measured in a juvenile classification home) was recorded.

As regards their history of illegal drug use, the subjects were asked whether they had used any of the following illegal drugs: stimulants, cocaine, anaesthetics, hallucinogens, inhalants, marijuana or psychotropic drugs. Information on the start and frequency of drug use, and the dose of the drug use was also obtained.

The traumatic event checklist of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS; Blake et al., 1995) was used to obtain the subjects' trauma history. The subjects were asked whether they had experienced any of the 12 possible traumatic events on the list and whether they had experienced any trauma in addition to those on the list. Information on the onset, frequency and duration of each trauma was also obtained.

Structured interviews. Consequently, psychiatric diagnosis was determined using the Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-kid). We measured CAPS score only for the subjects who fulfilled the criteria of PTSD, as determined using the MINI-kid.

The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) was developed by Sheehan et al. (1998); it is organised into diagnostic modules. On the other hand, the MINI-kid was developed for children and adolescents; it is used in screening 23 axis-I DSM-IV disorders. For most modules of MINI, two to four screening questions are used to rule out the diagnosis when answered negatively. Positive responses to screening questions are examined by further investigation of other diagnostic criteria. We obtained permission to use the official Japanese version from Dr Otsubo (Showa University, Japan), the original translator of the MINI-kid.

CAPS is a structured clinical interview designed for assessing adults for the 17 symptoms of PTSD outlined in DSM-IV along with five associated features (i.e., guilt, dissociation, derealisation, depersonalisation, and reduction in awareness of surroundings). CAPS provides a means of evaluating self-reports of exposure to potential criterion-A events, current and/or lifetime DSM-IV diagnosis of PTSD, the frequency and intensity of each symptom, the impacts of the 17 PTSD symptoms on social and occupational functions, and the

overall severity of PTSD. CAPS consists of standardised prompt questions, supplementary follow-up (probe) questions, and behaviourally anchored five-point rating scales corresponding to the frequency and intensity of each symptom assessed. The Japanese version is currently used widely, and we administered it with permission from Dr Asukai.

Before the investigation, raters were trained using the standard manual of the MINI-kid (Otsubo et al., 2005). The CAPS interview took about 2 hours, and the raters were also trained using a videotape of the Japanese version of CAPS (Asukai, Hirohata, Kato, & Konishi, 2003).

Self-rating questionnaires. Five questionnaires were used in the study, which included the Japanese version of the DSM Scale for Depression (DSD), the Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale 11th version (BIS-11), Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), the Parental Bonding Instrument (PBI) and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

DSD (Roberts, Roberts, & Chen, 1995) is used in dimensionally evaluating depressive symptoms and diagnose major depressive episode according to the DSM criteria. The questionnaire for this scale is based on the *Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders*, 4th edition, with 27 items for identifying depression symptoms such as 'feel very sad'. EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) is used in assessing a broad range of symptoms and provides a total score for disturbed eating attitudes and behaviours. It contains three factors as follows: dieting, bulimia and food preoccupation, and oral control. BIS-11 (Patton, Stanford, & Barratt, 1995) is a short questionnaire designed for measuring impulsiveness and has three factors, namely, motor impulsivity, no planning, and inappropriate attention. It has 30 items and impulsiveness level is calculated by summing the scores for each item. PBI (Parker, Tupling, & Brown, 1979) has been widely used in evaluating the parental situations of subjects all over the world. It was developed to assess paternal and maternal parenting attitudes recognised by offenders. It provides two dimensional scores, namely, care and overprotection. IES-R (Weiss & Marmar, 1997) was used to assess only the participants who had experienced traumatic events, and these offenders were asked about their most stressful event. The IES-R has 22 items, seven of which have been added to the original 15 items of IES. These assess hyperarousal symptoms such as anger and irritability, heightened startle response, difficulty in concentrating and hypervigilance, and the intrusion scale assesses a dissociative-like re-experience and true flashbacks. Eight items are used in assessing avoidance according to DSM-IV. Respondents are asked to rate each item according to the past seven days. The reliability and validity of each Japanese version has already been confirmed (Doi, Roberts, Takeuchi, & Suzuki, 2001; Ujiie & Kono, 1994; Someya et al., 2001; Kitamura & Suzuki, 1993; Asukai et al., 2002).

Statistical analysis

We used descriptive statistics, that is, the χ^2 test and analysis of variance (ANOVA), to investigate the associations of the respective evaluable factors with

PTSD diagnosis or exposures only to a traumatic event; logistic regression analysis to estimate associations and risks for the prediction of a PTSD diagnosis (PTSD score, 1 point) among the subjects who had trauma exposure using all factors as independent variables, and multiple linear regression analysis to determine correlated factors with the IES-R scores using dimensional scores as independent variables; non-paired *t*-test (two-tailed) to characterise CAPS ratings in detail in female offenders with PTSD; and Bonferroni's correction to avoid α error with multiple comparisons. A probability level of .05 or less was considered statistically significant. We used the Japanese version of SPSS for statistical analysis (SPSS Japan, Inc.).

Results

Trauma exposure and PTSD prevalence

Figure 1 shows the statistics of trauma exposures in the juvenile female offenders; 76.5% of the participants experienced a traumatic event. Most of the participants were exposed to multiple types of traumas, with sexual abuse being the most frequently reported trauma (54.7%). Being a victim of violence (45.3%), being confronted with traumatic news and childhood maltreatment, excluding neglect, (32.8%) were also frequently reported.

As evaluated using the MINI-kid, 21 (32.8%) of the juvenile female delinquents were diagnosed as currently having PTSD, whereas 43.7% were diagnosed as currently not having PTSD despite having experienced traumatic events. Afterwards, CAPS was used to assess the 21 subjects; 19 completed the interview but two were unable to complete the interview owing to mental instability. Fifteen (29.7%) of these 19 subjects were diagnosed as having full PTSD, two as suffering from partial PTSD, and the other two as currently not having PTSD.

PTSD and comorbidity

Table 1 shows a comparison of comorbid psychiatric diagnosis among the female offenders with PTSD, without PTSD and without trauma exposure. Those with PTSD have significantly higher comorbidities with depression ($\chi^2 = 12.1, p = .002$), panic disorder ($\chi^2 = 14.8, p = .001$), agoraphobia ($\chi^2 = 8.3, p = .016$), separation anxiety disorder ($\chi^2 = 13.0, p = .002$), social phobia ($\chi^2 = 17.7, p = .000$), obsessive-compulsive disorder ($\chi^2 = 9.0, p = .011$), conduct disorder ($\chi^2 = 6.2, p = .045$) and psychotic disorder (current episode) ($\chi^2 = 7.3, p = .027$) than those not exposed to trauma. Those with PTSD were more likely to report comorbidities of panic disorder, social anxiety disorder, social phobia and psychotic disorder including a lifetime episode ($\chi^2 = 8.0, p = .018$) than those without PTSD. In addition, those with PTSD indicated a significantly higher risk of suicidal

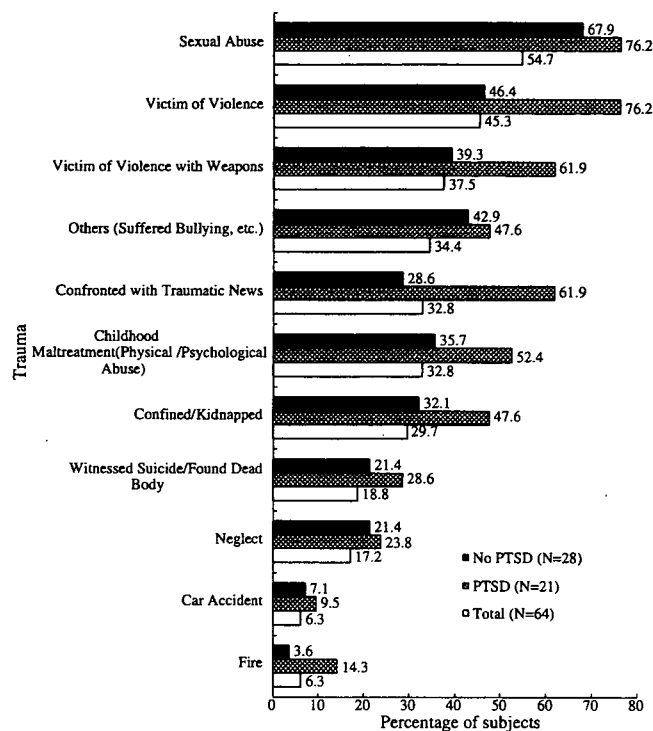


Figure 1 Trauma exposure of female offenders with and without PTSD for each trauma type. Overall, 76.5% of the subjects experienced a traumatic event. Most of the participants were exposed to multiple types of trauma, with sexual abuse being the most frequently reported type of trauma (54.7%)

tendency than those without trauma experience ($\chi^2 = 9.3, p = .009$).

Comparisons of self-questionnaires

Table 2 shows a comparison of the mean scores in the self-rating questionnaires (DSD, EAT-26, BIS-11 and PBI) between the female offenders with PTSD, without PTSD, and without trauma experience by one-way ANOVA and post-hoc comparison. The female offenders with PTSD showed significantly higher scores in DSD ($F[2,60] = 8.4, p < .01$), total EAT-26 ($F[2,61] = 6.8, p < .01$), and two subscales of EAT-26 (diet factor ($F[2,61] = 4.6, p < .05$) and bulimia/food preoccupation factor ($F[2,61] = 6.2, p < .01$)) than those without PTSD or trauma experience. The oral control subscale scores in EAT-26 of the female offenders with PTSD were significantly higher than those of the female offenders without trauma experience ($F[2,61] = 3.4, p < .05$). There were no statistically significant differences in impulsiveness and parental attitude among the groups.

Prediction of PTSD diagnosis and symptomatology

Logistic regression analysis of all the factors including categorical and dimensional items such as independent variables enabled us to identify three significant predictors and respective risks for the development of PTSD among 47 subjects who had trauma exposure (Table 3). The scores in DSD sig-

nificantly predicted the development of PTSD ($p < .01$), and its odds ratio was 1.1. Additionally, lower maternal protection and maternal care scores assessed using the PBI were selected as risk factors for PTSD diagnosis. This logistic model was statistically highly significant ($\chi^2 = 15.8, p = .001$).

To determine the predictive factors of the severity of PTSD-related symptoms, stepwise multiple regression analysis was conducted with IES-R total score as a dependent variable. A statistically significant model was obtained with two correlation factors ($R^2 = .66, F[2,45] = 43.3, p < .001$), and the DSD ($\beta = .73, p < .001$) and EAT-26 oral control scores ($\beta = .17, p < .08$) were entered as significant related factors.

Features of PTSD in female offenders determined using CAPS

To classify the characteristics of PTSD symptom profiles according to the type of traumatic event or comorbidity, we compared CAPS score including the frequency and intensity scores of three criteria between the subjects with and without comorbidity, and those with and without respective trauma experiences. Table 4 shows detailed comparisons only of the variables that were statistically significant as determined by Bonferroni's correction ($p < .0062; .05/\text{repeated numbers}$).

The comorbidity of panic disorder significantly increased the intensity scores of criteria B and

Table 1 Comparison of comorbid psychiatric diagnoses of female offenders with PTSD, without PTSD and without trauma exposure

Diagnosis (determined using MINI-kid)	I PTSD (<i>N</i> = 21) <i>N</i> (%)	II No PTSD (<i>N</i> = 28) <i>N</i> (%)	III No Tex (<i>N</i> = 15) <i>N</i> (%)	χ^2 (<i>df</i> = 2)
Depression	11 (52.4)	7 (25.0)	0	12.1** (I > III)a
Dysthymia	7 (33.3)	6 (21.4)	1 (6.7)	3.6
(Hypo)manic episode				
Current	3 (14.3)	1 (3.6)	0	3.7
Past	12 (57.1)	14 (50.0)	4 (26.7)	3.5
Panic disorder	9 (42.9)	2 (7.1)	0	14.8*** (I > II, I > III)a
Agoraphobia	7 (33.3)	3 (10.7)	0	8.3* (I > III)a
Separation anxiety disorder	11 (52.4)	6 (21.4)	0	13.0** (I > II, I > III)a
Social phobia	11 (52.4)	3 (10.7)	0	17.7*** (I > II, I > III)a
Specific phobia	5 (23.8)	4 (14.3)	2 (13.3)	1.0
OCD	8 (38.1)	4 (14.3)	0	9.0* (I > III)a
Alcohol				
Abuse	14 (66.7)	18 (64.3)	7 (46.7)	1.7
Dependence	16 (76.2)	16 (57.1)	7 (46.7)	3.5
Substance				
Abuse	13 (61.9)	14 (50.0)	11 (73.3)	2.3
Dependence	10 (47.6)	12 (42.9)	9 (60.0)	1.2
Tic disorders				
Tourette	1 (4.8)	0	0	2.1
Motor	0	1 (3.6)	0	1.3
Vocal	0	0	0	—
Transient	1 (4.8)	0	0	2.1
ADHD				
Combined	8 (38.1)	5 (17.9)	1 (6.7)	5.5
Inattentive	0	4 (14.3)	2 (13.3)	3.2
Hyperactive/Impulsive	1 (4.8)	1 (3.6)	0	.7
Conduct disorders	17 (81.0)	22 (78.6)	7 (46.7)	6.2* (I > III, II > III)a
Oppositional defiant disorder	1 (4.8)	2 (7.1)	0	1.1
Psychotic disorder				
Current	9 (42.9)	5 (17.9)	1 (6.7)	7.3* (I > III)a
Lifetime	11 (52.4)	6 (21.4)	2 (13.3)	8.0* (I > II)a
Mood disorders with psychotic features	2 (9.5)	2 (7.1)	0	1.4
Anorexia nervosa	3 (14.3)	2 (7.1)	3 (20.0)	1.6
Bulimia nervosa	5 (23.8)	1 (3.6)	2 (13.3)	4.5
Generalised anxiety disorder	1 (4.8)	1 (3.6)	0	.7
Adjustment disorders	0	1 (3.6)	0	1.3
Pervasive developmental disorder	0	2 (7.1)	0	2.7
Suicidal tendency	15 (71.4)	13 (46.4)	3 (20.0)	9.3** (I > III)a

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder; Tex = trauma exposure; OCD = obsessive-compulsive disorder; ADHD = attention deficit/hyperactivity disorder. a: Significant difference between groups by Fisher's exact probability test (two-sided); **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001, two-tailed.

B + C + D of the PTSD subjects. Concerning the differences in the type of traumatic event, the experience of being a victim of violence significantly influenced the intensity scores of criteria D and B + C + D. The experience of witnessing suicide or finding a dead body significantly affected the increases in the frequency scores of criteria B.

Discussion

In this study, we found that experiencing traumatic events is very serious and common in female juvenile delinquents, and that the prevalence of PTSD is remarkably high in juvenile female Japanese offenders. These findings are consistent with those on young females under detention in Western countries (Dixon et al., 2005; Abram et al., 2004; Cauffman et al., 1998).

Previous research studies have shown that female offenders are usually exposed to multiple traumatic events; in particular, sexual abuse is one of the most serious forms of victimisation among female children and adolescents. Many researchers have identified PTSD as a core manifestation of sexual abuse because of the high frequency with which this disorder and related symptoms appear in sexually assaulted children (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). The results of this study also supported the notion that trauma from sexual abuse trauma is obviously high in young female offenders in Japan.

Our findings that female offenders with PTSD show higher psychiatric comorbidity including depression and anxiety disorders are similar to a previous finding in male delinquents (Ruchkin et al., 2002). The other study showed that incarcerated male individuals with PTSD show more pronounced

Table 2 Comparison of self-rating questionnaire scores of female offenders with and without PTSD, and without trauma exposure

Variable	I PTSD (n = 21)		II No PTSD (n = 28)		III No Tex (n = 15)		F	p value
	Mean	s.d.	Mean	s.d.	Mean	s.d.		
DSD	64.4	18.9	48.9	15.1	44.5	12.8	8.4 (I > II, I > III)*	.001
EAT-26								
Diet	13.3	9.2	7.3	6.2	6.5	8.5	4.6 (I > II, I > III)*	.014
Bulimia/food preoccupation	4.6	4.8	1.5	2.2	1.3	2.4	6.2 (I > II, I > III)*	.003
Oral control	3.5	2.4	2	2.4	1.5	2.8	3.4 (I > III)*	.040
Total	21.4	13.5	10.8	8.8	9.3	12.6	6.8 (I > II, I > III)*	.002
BIS-11								
Iat	20.7	5.7	19.9	4.6	20.6	3.8	.2	.801
Im	28.5	6.8	27.7	5.3	28.5	5.9	.1	.865
Inp	29.2	4.3	29.9	5.9	32.1	4.9	1.4	.244
Total	78.4	13.1	77.5	13.3	81.3	11.1	.4	.647
PBI								
p-care	20.5	9.2	15.6	9.7	14.1	7.9	2.6	.082
p-op	22.8	7.0	24.3	7.3	25.4	8.1	.6	.545
m-care	13.1	9.9	10.7	9.3	13.5	8.7	.6	.545
m-op	23.3	7.7	26.1	7.0	27.5	8.8	1.4	.245

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder; Tex = trauma exposure; DSD = DSM Scale for Depression; EAT-26 = Eating Attitudes Test-26; BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale-11; Iat = attentional impulsiveness; Im = motor impulsiveness; Inp = non-planning impulsiveness; PBI = Parental Bonding Instrument; p-care = paternal care factor; p-op = paternal overprotection factor; m-care = maternal care factor; m-op = maternal overprotection factor.

*Bonferroni's post-hoc multiple comparison.

Table 3 Logistic regression analysis of PTSD diagnosis of female offenders with trauma exposure

Variable	B	Std. error	Odds Ratio	p value	95% CI
DSD Score	.08	.03	1.09	.003	1.03-1.15
PBI Maternal care	-.11	.06	.90	.081	.79-1.01
Maternal op	-.16	.09	.85	.070	.72-1.01

Note. N = 47; Model Fit: $\chi^2 = 15.8$, df = 3, p = .001.

DSD = DSM Scale for Depression; PBI = Parental Bonding Instrument.

distress, anxiety and depression (Steiner, Garcia, & Matthews, 1997). Dixon et al. (2005) reported that female offenders with PTSD more frequently show comorbid depression, anxiety disorders, psychoses and eating disorders than those without PTSD. In particular, depression and mostly panic disorder or social phobia are associated with trauma-related symptoms. Depression is prevalent among female juvenile offenders similarly to the depression observed among the general adolescent population. In adolescence, this depression is often characterised by irritability, aggression or suicidal ideation. Confinement may trigger depressive symptoms; however, these mood swings frequently predate arrest. In consideration of unusual situations in detention centres, incarceration might precipitate major depression among vulnerable individuals. The experience of traumatic events, such as sexual abuse and violence, could enhance vulnerability to psychosocial stressors. Thus, it may be speculated that many female offenders with PTSD easily create a vicious cycle of trauma and depression. In addition, the risk of suicide was obviously high in female

delinquents in our study, which is in agreement with the findings of Dixon et al. (2005). Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod, and McGlashan (2003) suggested that it is helpful to examine impulsivity and the history of drug abuse when assessing suicidal risk in detained adolescents. Although in this study we did not present distinct links between suicidal risk and impulsivity or substance use, further analysis of these issues is necessary. Moreover, a study of the prevalence of dissociative disorders in young offenders is also important (Carrion & Steiner, 2000). As a trauma spectrum, dissociation has a special relationship to sexual assault, which is common in female delinquents (Plattner et al., 2003). Dissociation is another important issue to be solved in this series of investigation in Japan.

Dimensional analysis revealed close associations of PTSD with depressive symptoms and eating problems. We emphasise that abnormal eating behaviours including binge eating and purging are relevant symptoms in female delinquents with PTSD. From the significant differences in ANOVA, eating abnormalities as assessed using EAT-26 seem to have a strong relationship with PTSD or trauma-related problems. In addition, only a trauma experience does not reflect the comorbidity of depression and abnormal eating behaviours. Thus, it should be noted that the comorbidities of depression and eating problems are defined by PTSD development.

The results of the logistic and linear regression analyses indicate that depression is the most important symptom that correlates with PTSD development and related symptoms assessed using the IES-R. The correlation between PTSD and depression was previously suggested in several

Table 4 Comparison of CAPS score between PTSD offenders with and without comorbid diagnosis, and those with and without respective trauma experiences

Comorbidity and trauma	Frequency score				Intensity score			
	B	C	D	B + C + D	B	C	D	B + C + D
CAPS: Mean (s.d.) (N = 19)	10.1 (5.4)	15.5 (6.6)	13.0 (5.2)	38.6 (16.0)	11.2 (5.3)	14.3 (6.0)	10.8 (4.3)	36.4 (14.2)
Panic disorder								
+ (N = 8)	13.6 (5.1)	19.9 (4.3)	15.3 (3.3)	48.8 (11.6)	14.9 (4.8)	18.3 (3.4)	13.4 (2.8)	46.5 (9.6)
- (N = 11)	7.5 (4.3)	12.4 (6.2)	11.4 (5.9)	31.3 (15.0)	8.5 (4.1)	11.5 (6.0)	9.0 (4.3)	29.0 (12.5)
t (df = 17)	2.8	2.9	1.7	2.7	3.1*	2.9	2.5	3.3*
Victim of violence								
+ (N = 15)	11.3 (5.6)	17.4 (5.7)	14.3 (4.8)	42.9 (14.7)	12.7 (5.0)	16.0 (5.1)	12.2 (3.1)	40.9 (11.4)
- (N = 4)	5.8 (1.0)	8.5 (4.8)	8.3 (4.3)	22.5 (9.6)	5.5 (1.0)	8.0 (5.4)	5.8 (4.4)	19.3 (10.3)
t (df = 17)	1.9	2.8	2.3	2.6	2.8	2.8	3.4*	3.4*
Witnessing Suicide/Dead Body								
+ (N = 5)	15.6 (4.0)	20.2 (3.9)	16.8 (2.6)	52.6 (9.3)	16.0 (3.1)	19.2 (3.3)	14.8 (1.1)	50.0 (5.3)
- (N = 14)	8.1 (4.8)	13.9 (6.6)	11.6 (5.3)	33.6 (15.1)	9.5 (5.0)	12.6 (5.9)	9.4 (4.0)	31.5 (13.1)
t (df = 17)	3.2*	2.0	2.1	2.6	2.7	2.4	2.9	3.0

Note. CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV; B = re-experience symptom; C = avoidance/numbing symptom; D = hyperarousal symptom.

Non-paired *t*-test, two-tailed, **p* < .0062 (Bonferroni's correction).

studies (e.g., Oquendo et al., 2005), and the risk of developing PTSD diagnosis is relatively high in accordance with an increase in DSD score. In addition, parental attitude assessed using PBI is selected as a relative risk factor. Affectionless-control (low degrees of care and high degrees of protection) has been popular as a candidate risk factor related to the development of several psychological disturbances or psychiatric illness (Parker et al., 1979), and little maternal care could be supported by our findings. Although this study shows that weak involvement with maternal protection may be related to PTSD development, the PBI provides responders' recognition regarding their parents' behaviours retrospectively. Actual parental attitude possibly differs from perceived assessments, and we should mention that the associations found in this study are correlations. Although depression and parenting attitude are important in discriminating a PTSD diagnosis among traumatised adolescents, we have to analyse parental influence by considering the actual familial situations of offenders and implying causations using a prospective procedure. Linear regression analysis also indicates that oral control correlates with trauma symptoms. There are only a few studies of the association of PTSD symptoms with eating problems. Conclusively, eating behaviour should be paid particular attention as one of the factors related to PTSD development. In contrast, impulsivity was not significantly related to IES-R score. This result may be caused by a ceiling effect, that is, the mean scores in the BIS-11 of the PTSD group were originally as high as those of the other groups; therefore, it might have been difficult to determine the statistical significance of differences among the groups even if there was a difference between the offenders and the control subjects. Moreover, some items of BIS are not applicable to adolescents; therefore,

other instruments for assessing impulsivity may be more useful to test our hypothesis.

The results of this study indicate that the comorbidity of panic disorder enhances each intensity of PTSD symptoms, particularly the intensity of the re-experience symptom, and there is evidence that panic attacks are closely related to PTSD development (Favarelli, Webb, Ambonetti, Fonnesu, & Sessarego, 1985; Bandelow et al., 2002). Panic attacks are similar to somatic symptoms such as headache, chest pain, dizziness, or gastrointestinal complaints including criterion B (re-experience symptom) in people with PTSD. It is reasonable that the intensity criteria of PTSD had a significantly higher score as a result of the exposure to physical or psychological violence. It is also clear that witnessing suicide or finding a dead body increased the frequency scores of criterion B. We can therefore assume that trauma exposure accompanied by indirect fear of mortality enhances flashbacks or intrusion rather than arousal and avoidance.

The limitations of this study should be mentioned. The sample size of our study is small, and no comparisons with control females were conducted. Further investigation using a larger sample and a control group is required for the generalisation of the findings. We did not assess Axis-I disorders or personality traits because it is difficult to determine personality disorders in juveniles and adolescents. Some young offenders usually have personality deviations; thus, it is important to include personality assessments. Dissociation should also be evaluated as mentioned above. Although the validity of the answers to the questionnaires in this study is supported by the investigators' instruction and confirmation, methodological limitations are common in studies using self-reports. In this study, we used MINI as a screening tool. Although this tool is

convenient and comprehensive, it also has some limitations in confirming accurate diagnosis. Other reliable interview methods such as the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children or the Diagnostic Interview Schedule for Children could also be used if respective Japanese versions become available. We were not able to establish a causal relationship between parental style, depression and PTSD only on the basis of retrospective procedures. The relationships between developmental disorders and offence patterns should be investigated in the future. Finally, we emphasise the need for prospective follow-up studies according to therapeutic approaches.

Conclusion

Incarcerated young female offenders in Japan have very serious psychiatric problems related to trauma exposure. We recommend that female delinquents be provided with not only correctional education but also mental support to prevent PTSD development among offenders in detention centres. For female offenders with psychiatric problems, treatment interventions are essential, and PTSD and comorbidity including depression or eating abnormality must be considered in the overall therapeutic strategy.

Correspondence to

Toru Uehara, Department of Psychiatry and Human Behaviour, Gunma University, Graduate School of Medicine, 3-39-22 Showa, Maebashi, Gunma 371-8511, Japan; Tel/fax: +81 27 220 8186; Email: toruaki@med.gunma-u.ac.jp

References

- Abram, K.M., Teplin, L.A., Charles, D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2004). Post-traumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 403–410.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th edn (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Asukai, N., Hirohata, S., Kato, H., & Konishi, T. (2003). Psychometric properties of the Japanese-language version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV. *Japanese Journal of Traumatic Stress*, *1*, 47–53 (in Japanese).
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 175–182.
- Bandelow, B., Spath, C., Tichauer, G.A., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *43*, 269–278.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., & Keane, T.M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, *8*, 75–90.
- Carrion, V.G., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 353–359.
- Cauffman, E., Feldman, S.S., Waterman, J., & Steiner, H. (1998). Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 1209–1216.
- Crimmins, S.M., Cleary, S.D., Brownstein, H.H., et al. (2000). Trauma, drugs and violence among juvenile offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, *32*, 43–54.
- Dixon, A., Howie, P., & Starling, J. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*, 798–806.
- Dixon, A., Howie, P., & Starling, J. (2004). Psychopathology in female juvenile offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 1150–1158.
- Doi, Y., Roberts, R.E., Takeuchi, K., & Suzuki, S. (2001). Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-IV criteria in a U.S.-Japan study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1308–1315.
- Favarelli, C., Webb, T., Ambonetti, A., Fonnesu, F., & Sessarego, A. (1985). Prevalence of traumatic early life events in 31 patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 1493–1495.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, *12*, 871–878.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A. B., et al. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 1369–1380.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*, 164–180.
- Kitamura, T., & Suzuki, T. (1993). A validation study of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, *47*, 29–36.
- Oquendo, M., Brent, D.A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Burke, A.K., Firciugullari, S., Ellis, S.P., & Mann, J.J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 560–566.
- Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., Shinoda, J., Sano, N., Tanaka, S., Aoyama, H., Mimura, M., & Kamijima, K. (2005). Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*, 517–526.

- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Plattner, B., Silvermann, M.A., Redlich, A.D., Carrion, V.G., Feucht, M., Friedrich, M.H., & Steiner, H. (2003). Pathways to dissociation: Intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 781-788.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Chen, Y.W. (1995). *Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression*. 123rd Annual Meeting of American Public Health Association, San Diego.
- Ruchkin, V.V., Schwab-Stone, M., Kuposov, R., Vermeiren, R., & Steiner, H. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress, and personality in juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 322-329.
- Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Fehon, D.C., Axelrod, S.R., & McGlashan, T.H. (2003). Correlates of suicide risk in juvenile detainees and adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 234-240.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33; Quiz 34-57.
- Someya, T., Sakado, K., Seki, T., Kojima, M., Reist, C., Tang, S., & Takahashi, S. (2001). The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): Its reliability and validity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 111-114.
- Steiner, H., Garcia, I., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 357-365.
- Ujiie, T., & Kono, M. (1994). Eating Attitudes Test in Japan. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 48, 557-565.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press.
- Yoshinaga, C., Kadomoto, I., Otani, T., Sasaki, T., & Kato, N. (2004). Prevalence of post-traumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 383-388.

Manuscript accepted 05 July 2007

刑事責任能力の判定に関するアンケート調査

小島 秀吾¹⁾, 橋爪 きょう子²⁾, 和田 久美子³⁾,
箕下 成子⁴⁾, 森田 展彰²⁾, 中谷 陽二²⁾

Shugo Obata, Kyoko Hashizume, Kumiko Wada, Seiko Minoshita, Nobuaki Morita,
Yoji Nakatani: A Questionnaire Survey on Judgment of Criminal Responsibility

我々は、精神科医師の、刑事精神鑑定における責任能力判断に対する見解の現状を明らかにすることを目的として、モデル事例を用いたアンケート調査を行った。急性統合失調症患者による傷害、慢性期統合失調症患者による強制わいせつ、うつ病患者による殺人未遂、アルコール精神病患者による放火、覚せい剤精神病患者による住居侵入、人格障害者による強姦・強制わいせつ、の6つのモデル事例のそれぞれについて、責任能力および適する治療形態を質問した。

幻覚と妄想を有する急性期の統合失調症の事例、重症うつ病の事例、人格障害の事例では、責任能力の判定に高い一致がみられたが、慢性期の統合失調症の事例、アルコール性精神障害の事例、覚せい剤精神障害の事例では責任能力の判定にばらつきがあった。責任能力判定にあたって、犯行当時の症状や状態像を重視するという意見が多くみられ、内因性精神病であるかどうかを重視する意見は比較的少なかった。

治療形態に関しては、多くの回答者が、幻覚と妄想を有する急性統合失調症患者に対しては措置入院が、人格障害者に対しては刑務所での治療が適切であると答えた。一方、慢性統合失調症の事例、アルコール性精神障害の事例に対しては、医療的処遇を求める意見と、司法の対応を求める意見が分かれた。アルコール精神病患者と覚せい剤精神病患者に対する治療形態は、精神鑑定時の状態に応じて判断される傾向があり、必ずしも責任能力判断とは連動していなかった。

また、鑑定人が責任能力に言及することに対しては、明確な賛成・反対は少なく、中間的な意見が比較的多くみられた。

<索引用語：刑事責任能力，精神鑑定，アンケート調査，治療>

はじめに

近年、精神鑑定が社会に果たす役割はますます重要性を増しており、同時に社会の精神鑑定に対する関心の高まりも著しい。ところが、鑑定人の採る立場のちがいや専門的能力の差から精神鑑定

の質に不均一が生じ、法の下での平等が果たされえないという問題点も指摘されている⁸⁾。このような現状は、国民の精神鑑定への信頼を失わせかねず、司法精神医学の存在意義そのものが問い直される事態も懸念される。

著者所属：1) 東京医科歯科大学難治疾患研究所, Medical Research Institute, Tokyo Medical and Dental University
2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
3) 池田病院, Ikeda Hospital
4) 川村学園女子大学, Kawamura Gakuen Womans' University

表1 モデル事例一覧

犯罪	診断
事例 A 傷害	統合失調症・急性期 (幻覚妄想状態)
事例 B 強制わいせつ	統合失調症・慢性期 (欠陥状態)
事例 C 殺人未遂	重症うつ病
事例 D 放火	アルコール依存症, アルコール幻覚症
事例 E 住居侵入	覚醒剤とアルコールによる急性の幻覚妄想状態
事例 F 強姦・強制わいせつ	境界性人格障害, 小児性愛

そこで、我々は、全国の精神科医が刑事精神鑑定における責任能力の判定をどのように考えているのか、その見解の現状を明らかにすることを目的として、触法行為をおこなった精神障害者の刑事責任能力およびあるべき処遇に関してモデル事例を用いたアンケート調査を行ったので、その結果を報告する。

対象と方法

平成 13 年 1 月に日本精神神経学会会員を対象として「精神鑑定のあり方に関するアンケート」⁶⁾を行った際に再調査への協力に同意した精神科医 345 名に、アンケート用紙 (資料として添付) を郵送した。回答は無記名であるが、報告のコピーを希望する場合は氏名と連絡先を記入するように求めた。調査結果の発表にあたって回答者の氏名・所属を記載しないことを明記した。調査期間は、平成 14 年 2 月 5 日～2 月 25 日である。

本アンケートでは、1) 責任能力判定、2) 処遇に関する見解、3) 責任能力判定の要因、4) 責任能力判定における精神科医の役割に関する見解について調査を行った。精神科医は、心神喪失や心神耗弱を認められ刑罰を免れた者に対して事後の処遇決定 (措置診察) や治療の場でも関与しうるため、処遇に関する回答者の見解を調べた。また、回答者の責任能力についての捉え方を明らかにするために、責任能力判断の要因を質問した。さらに、責任能力を判断する主体は鑑定人であるべきとする意見と法律家であるべきとする意見の対立がある⁸⁾ため、この点についても回答者の見解を質問した。

具体的には、アンケートの中で 6 つのモデル事例 (表 1, 詳細は添付したアンケート用紙を参照) を提示し、それぞれについて責任能力と適切な治療形態を質問した。モデル事例は、いずれも実際の事例をもとに改変を加え作成したものである。モデル事例の障害種別は、主要な精神病として統合失調症、うつ病の事例を選び、また、責任能力判断について見解の混乱があるアルコール精神障害、薬物精神障害の事例をそれぞれ選び、これに非精神病性の精神障害として人格障害の事例を加えた。このうち、統合失調症については急性期と慢性期により責任能力の捉え方に幅があるためそれぞれ別に提示した。責任能力の判定は、それぞれの事例に対して「心神喪失」「心神喪失、心神耗弱のいずれか」「心神耗弱」「心神耗弱、完全責任能力のいずれか」「完全責任能力」の 5 つから最も適するものを選択するように求めた。治療形態については、「措置入院」「措置以外の入院」「通院」「刑務所での治療」「治療不要」の 5 つの形態のそれぞれについて、「適さない」「少し適する」「かなり適する」「非常に適する」の 4 段階で評価した。

また、幻覚妄想状態の有無、意識障害の有無など 15 の項目を挙げ、責任能力の判定に際してそれぞれをどの程度重要視するかを質問した。

さらに、「鑑定人は責任能力にまで言及するべきではない」という意見に対する見解を、「賛成」「どちらかと言えば賛成」「どちらかと言えば反対」「反対」の中から回答するように求めた。

なお、責任能力判定は厳密には法的判断であるが、実際には多くの場合、鑑定人の判定・見解が

表2 回答者の年齢分布

	N (人)	%
0~30 歳	3	1.6
31~40 歳	42	22.7
41~50 歳	37	20.0
51~60 歳	34	18.4
61~70 歳	40	21.6
71~80 歳	22	11.9
無回答・無効回答	7	3.8
合計	185	100.0

求められる。したがって、精神科医を対象とする本調査には意味があるものと考えられる。

責任能力判定の要因については項目ごとに重視するか否かを臨床経験年数によって χ^2 検定を用いて比較した。統計解析には SPSS 12.0 J for Windows を用いた。

結 果

1. 回答者

アンケートを郵送した 345 名のうち、185 名から回答が得られた (回収率 53.6%)。回答者の平均年齢は 53.8 ± 13.9 歳 (平均値 \pm 標準偏差) であり、年齢の分布は表 2 に示す通りであった。回答者の平均臨床活動年数は 25.4 ± 13.0 年であり、臨床活動年数の分布は表 3 に示す通りであった。また、回答者の主な勤務先は、国・公立病院が 30 名 (16.2%)、私立病院が 76 名 (41.1%)、診療所が 29 名 (15.7%)、精神保健福祉センターが 7 名 (3.8%)、大学が 23 名 (12.4%)、その他 15 名 (8.1%)、無回答・無効回答が 5 名 (2.7%) であった。刑事精神鑑定、いわゆる本鑑定の経験は、平均 6.7 件であり、93 名 (50.3%) が本鑑定の経験なく、81 名 (43.8%) が本鑑定の経験者であった。簡易精神鑑定の経験は 106 名 (57.3%) にあり、平均 15.1 件、鑑定助手の経験は、平均 1.7 件であった。

今回のアンケートの回答者中、本鑑定未経験者と本鑑定経験者が、ともに約半数ずつを占めていた。このことは、今回の結果が、司法精神医学を

表3 回答者の精神科臨床経験年数

	N (人)	%
1~5 年	4	2.2
6~10 年	19	10.3
11~15 年	31	16.8
16~20 年	30	16.2
21~25 年	12	6.5
26~30 年	25	13.5
31~35 年	19	10.3
36~40 年	17	9.2
41~45 年	11	5.9
46~50 年	13	7.0
51~55 年	0	0
56~60 年	1	0.5
無回答・無効回答	3	1.6
合計	185	100.0

専門にする者や司法精神医学に興味をもつ者のみに偏ることなく得られたものであることを示していると考えられる。

2. 分析結果

1) 責任能力について

各事例に対する責任能力の評価は、図 1 に示す通りであった。事例 A に対しては、「心神喪失」相当とする意見が過半数であり、「心神喪失、心神耗弱のいずれか」とする意見と合わせると 70% を超えていた。事例 C に対しても、「心神喪失」の回答と「心神喪失、心神耗弱のいずれか」の回答を合わせると 70% を超えた。事例 B, D, E に対しては判断のばらつきが目立った。事例 F に対しては、回答者の 77% が「完全責任能力」相当と判断していた。

2) 適する処遇について

各事例に対する処遇形態の適否の結果は図 2 に示す通りであった。ここでは、各処遇形態について、「非常に適する」という回答と「かなり適する」という回答をまとめて「適する」として解析を行った。事例 A に対しては 81.6% の回答者が措置入院が適すると答えていた。事例 B に対しては、58.3% の回答者が入院治療が適切とする一方で、刑務所での治療が適するとする意見も

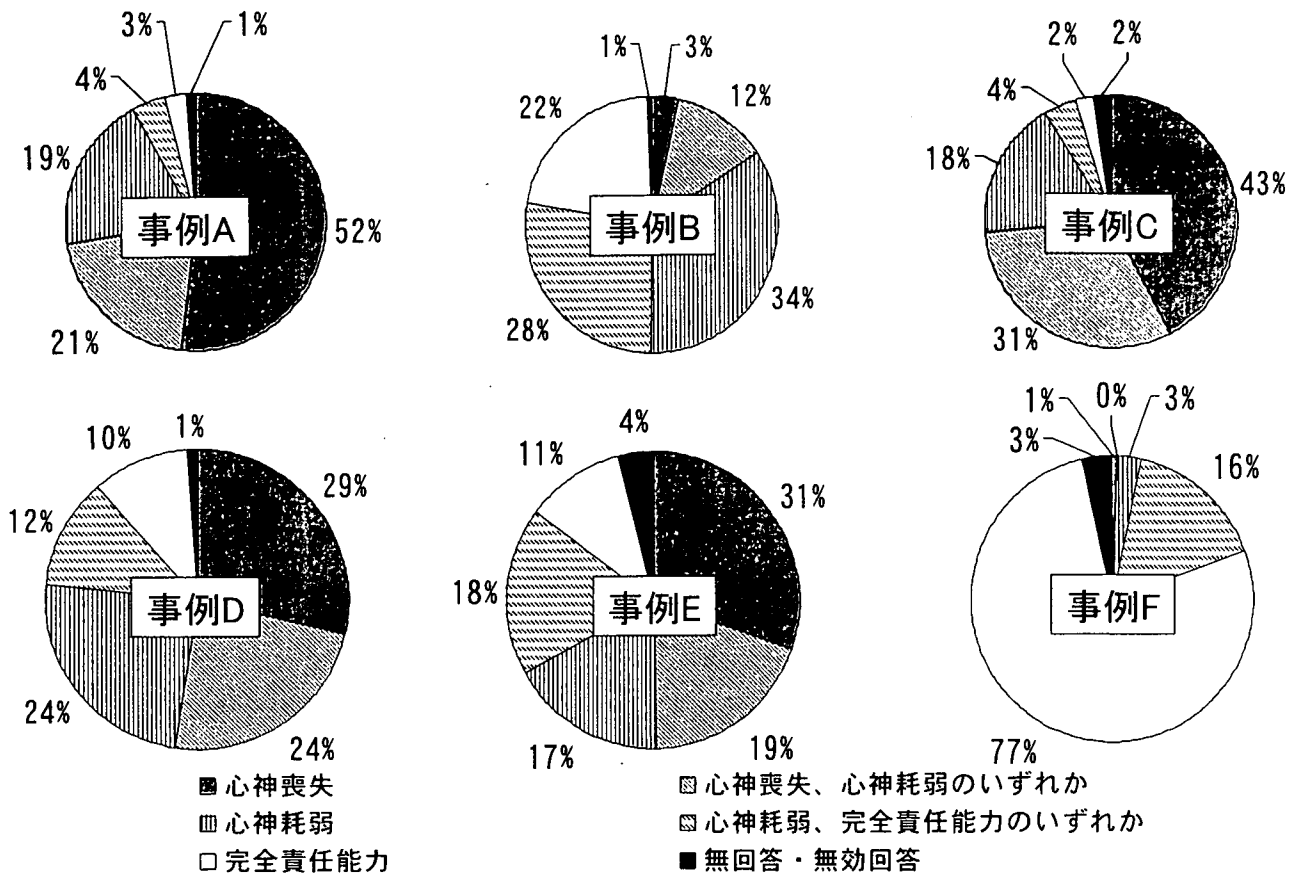


図1 責任能力の判定結果

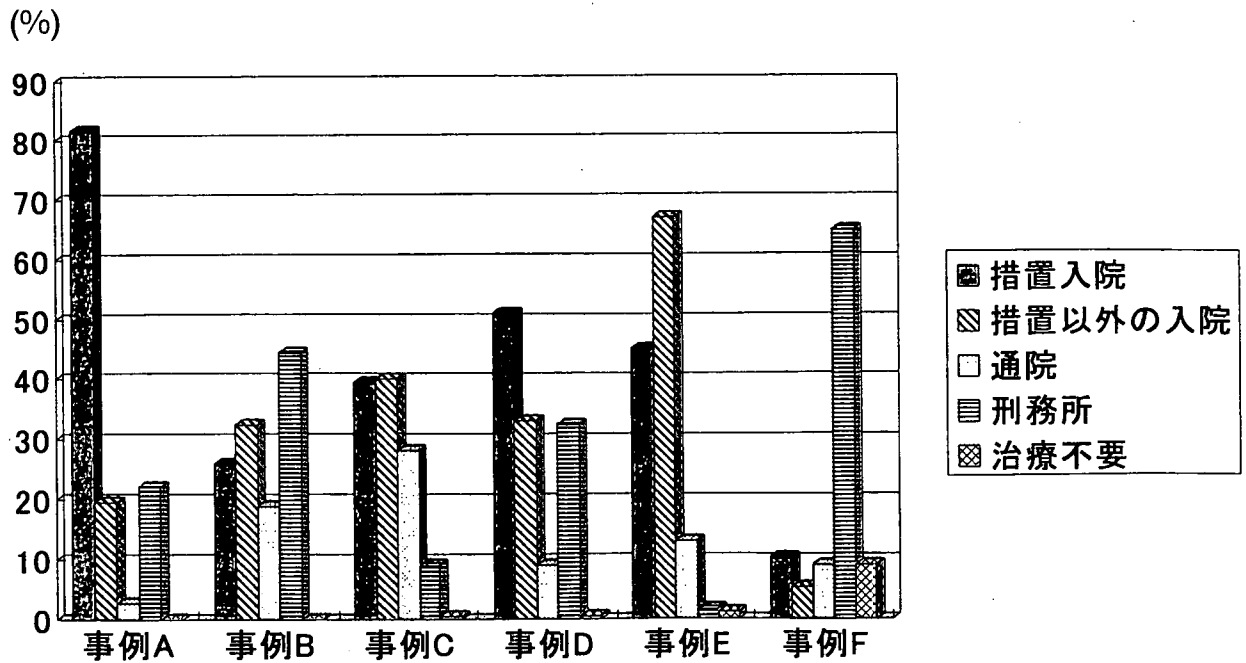


図2 適する処遇

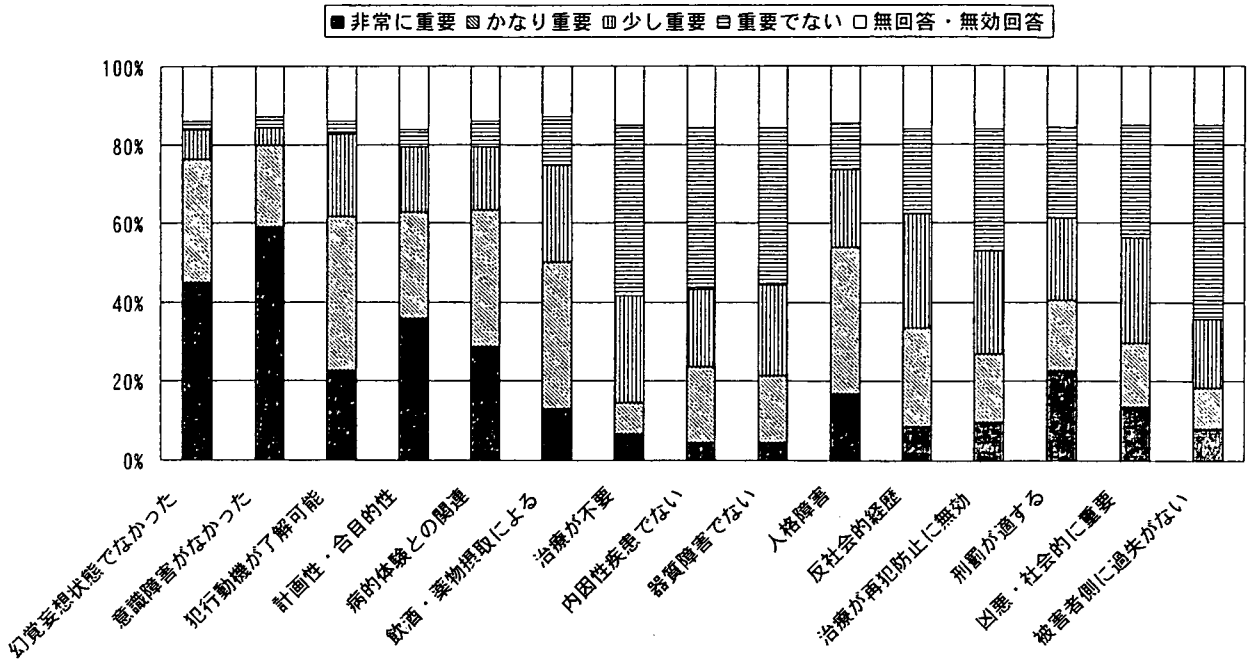


図3 責任能力があると判定する場合に重要な項目

44.3%みられた。事例Cに対しては、措置入院、措置以外の入院を適するとする意見がそれぞれ約40%ずつみられ、次いで通院治療が適するとする意見がみられた(28.1%)が、刑務所が適するとする回答は9.2%にとどまった。事例Eに対しては措置以外の入院を適切とする意見が最も多く(67.0%)、措置入院(44.9%)が続いた。事例Fに対しては、64.9%が刑務所への入所が適すると回答した。

3) 責任能力の判定の要因

責任能力があると判断する際にどの項目を重視するかについては図3に示す通りであった。

4) 精神科医は責任能力に言及すべきか

「責任能力は司法官が判断すべき法律問題である。従って、鑑定人は医学的診断を下せばよいのであり、責任能力にまで言及すべきではない」という意見に対して、「賛成」という回答は32名(17.3%)、「どちらかと言えば賛成」は60名(32.4%)、「どちらかと言えば反対」は57名(30.8%)、「反対」は15名(8.1%)、無回答・無効回答は21名(11.4%)であった。

考 察

責任能力、適する処遇のいずれについても障害の種類により判断に差がみられた。以下、それぞれの疾患での問題を考察する。

1. 責任能力判定について

1) 統合失調症

統合失調症の2事例については、急性期幻覚妄想状態の事例Aでは責任能力の判定に比較的高い一致がみられたのに対して、慢性欠陥状態の事例Bでは責任能力の判定にばらつきが目立った。ここで、回答者の臨床経験年数の中央値が23.5であったことから、回答者を臨床経験年数24年以上の群と23年以下の群の2群に分けて比較したところ、事例Aでは両群で同じような判定結果となったが、事例Bに対しては、臨床経験23年以下の群の方が24年以上の群に比べて有責性をつよく認めていた(図4)。

日本では、1984年に最高裁判所第三小法廷が示した「被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるものではなく、

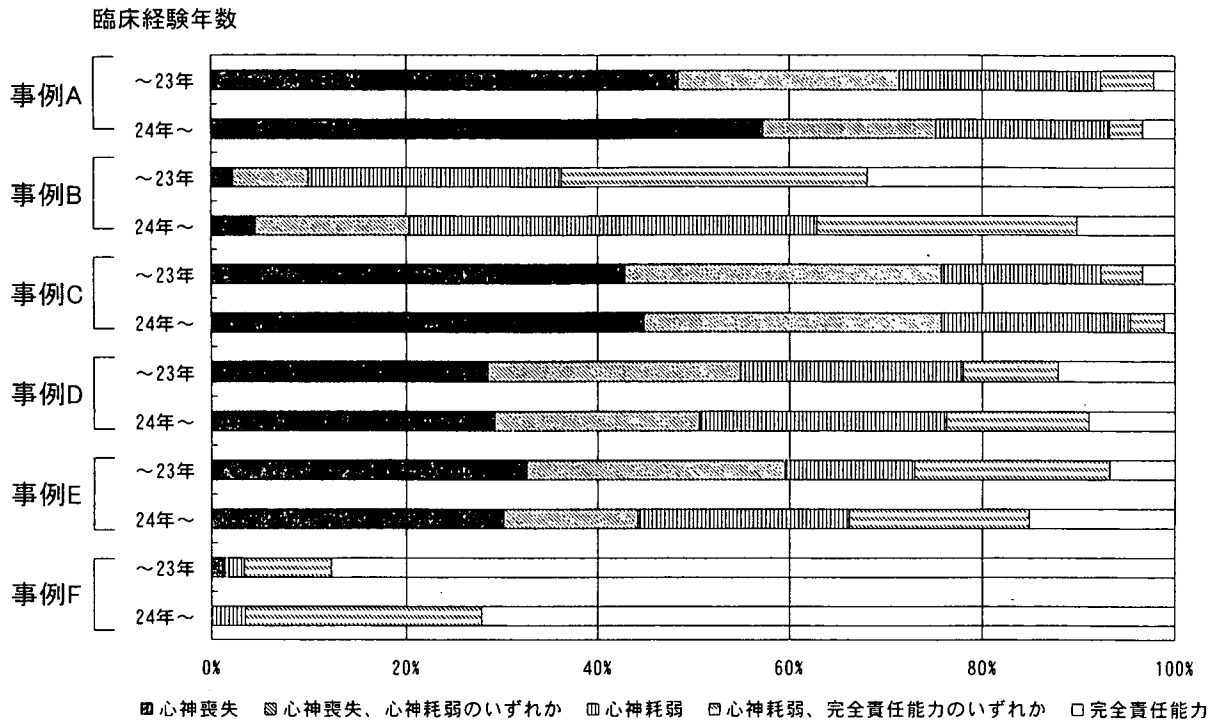


図4 臨床経験年数による責任能力判定の比較

その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判断すべきである¹²⁾という決定が、その後の統合失調症者の責任能力判断に重大な影響を及ぼすようになったとされる。すなわち、統合失調症であれば直ちに心神喪失をみとめる疾病論的原則を否定し、事例ごとに総合的に責任能力を判断することを指針として打ち出したのである。そして、その場合の判断の根拠としては、病的体験が犯行動機に直接に影響しているか否かという点に重点がおかれるようになった。

この1984年の最高裁決定前後における責任能力判断の原則の変化が、臨床経験年数による判定結果のちがいに反映していることが考えられる。年代的には、臨床経験23年以下の回答者は、最高裁決定にもとづいて責任能力判断が転換した1980年代以降に、主に臨床研修を受けていると推定される。しかし、本調査の回答者が司法精神医学の専門家に限られていないことを考えると、今回の結果が必ずしも最高裁決定を念頭において

なされた判断ばかりであるとは考えにくい。むしろ、最高裁決定が出現した状況に目を向けて考察すべきだろう。中谷⁷⁾は、刑事裁判例における責任能力判断の変遷を辿り、最高裁決定に司法精神医学が追随したのではなく、むしろ裁判所より精神医学の側にそれを先取りする動きがあったことを指摘している。そして、その背景には患者の社会的権利と責任を併置させる地域精神医学的治療観があるという。臨床経験23年以下の精神科医にとくにこのような治療観が強く浸透しており、それが、事例Bのような社会内生活がある程度可能であり、犯行に病的体験の直接的影響がうかがえないような事例に対して有責性をみとめる傾向にあらわれていることが考えられる。

責任能力の判定にあたり、幻覚妄想状態や意識障害の有無といった状態像が重視され、ついで犯行動機¹³⁾の了解可能性や病的体験との関連が重視される傾向がみられたことは図3に示すとおりである。ここで、臨床経験年数による責任能力判定の要因の相違をみるために、各項目ごとに臨床経験

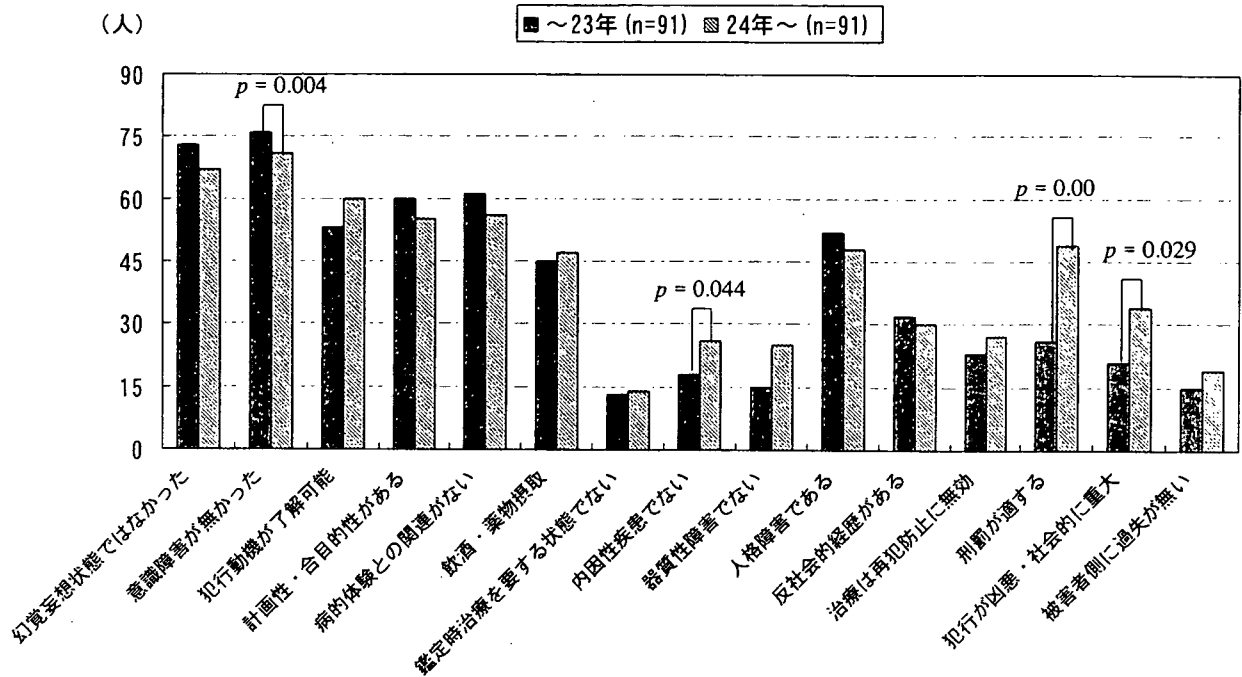


図5 臨床経験年数と責任能力判定項目

年数23年以下の群と24年以上の群を比較した。「非常に重要」「かなり重要」の回答をまとめて「重視する」とし、「少し重要」「重要でない」の回答をまとめて「重視しない」として χ^2 検定を行った。その結果、臨床年数23年以下の群は24年以上の群に比べて、意識障害の有無を重視する、内因性疾患であることを重視しない、刑罰の適否を重視しない、犯行の凶悪性・重大性を重視しない等の傾向が示された(図5)。臨床経験23年以下の群で、責任能力判定にあたって「内因性」の標識を重視しない傾向が示されたことは、責任能力そのものの捉え方の変化に由来しているだけでなく、若い精神科医の間で「内因性」概念が疾病体系の枠組みとしての重要性を失っていることを反映しているかもしれない。

中谷⁷⁾は、生物学的要素のレベルで鑑定人と裁判官の合意を可能にした「内因性」の概念が今日ほとんど死滅していることが、統合失調症の疾病概念とその責任能力の混乱をもたらしていることを指摘しているが、今回の結果はそれを裏付けるものと思われる。

2) うつ病(気分障害)

事例Cに対しては、「心神喪失」が相当であるとする回答が最も多く、大多数が責任能力の減免を認めていた。この傾向は、臨床経験年数によって比較しても差はみられなかった。

事例Cは、精神病症状を伴う重症うつ病エピソードと診断されている。従来診断で言えば、負因、病前性格、症状等から内因性うつ病であることが示唆される。しかし、すでに図5でみたとおり、臨床経験年数によって責任能力の判定に「内因性」の標識が重視される度合いには差があるにもかかわらず、臨床経験年数によらず責任能力に減免をみとめる意見が多かったのは、事例Cが内因性うつ病であることよりも、精神病症状を伴う重症例であり、この妄想が犯行動機に直接に影響していたことが大きく関与していると考えられる。

中田⁸⁾は、内因性うつ病には責任無能力をみとめる疾病論的原則をとる一方、心因性・反応性うつ病でもその程度が高度で生氣的基底にまで変動が生じている場合にも内因性うつ病と同様に責任

無能力をみとめるという見解を主張している。松下⁴⁾は、内因性の躁うつ病(双極性障害)についても、重症度と病相期/寛解期の区別に応じて責任能力に段階をつける考え方を示している。これらの傾向をまとめて、林²⁾は「内因、心因に過剰に縛られることなくうつの程度を重んじる意見が優勢となりつつある」としているが、今回の結果はそれに矛盾しない。

3) アルコール・薬物精神障害

アルコール依存症およびアルコール幻覚症である事例Dと、覚せい剤、有機溶剤、アルコールの多種の物質依存があり、物質使用による急性幻覚妄想状態下で犯行を行った事例Eに対しては、ともに責任能力の判定にばらつきがみられた。

アルコールや薬物などのいわゆる中毒性精神障害では、責任能力の評価基準について統一的な見解がなく、鑑定人による判定の相違が著しいとされる。たとえば、覚せい剤精神病の責任能力の判断基準としてしばしば言及される福島¹⁾の分類は、覚せい剤精神病の、意識障害や心因反動的要素を含む病像の多様さに注目したものであり、その分類中、特に重要とされる「不安状況反応型」は幻覚妄想状態であっても犯行動機や行為の遂行を元来の人格や状況葛藤から了解可能とするものである。しかしこれに対して、了解可能性を強調しすぎるという批判や不安状況反応型の類型としての特異性に関する批判などが出されている。さらに中毒性精神障害の責任能力に関する混乱は、その精神病理学的現象の多彩さや複雑さに由来するだけでなく、刑事政策上の不備から生じているところも大きい。福島¹⁾は、アルコール酩酊や覚せい剤中毒では、多くの場合、責任能力が内因性、身体因性の障害と同様に評価されないのは、「理論的帰結というより刑事政策と理論との融和による慣例」であるとし、その理由に「自ら招いた精神障害であること」、「一過性の精神障害」であることを挙げている。

今回の調査では、責任能力の判定にあたって、障害が飲酒・薬物摂取によって自ら招いたことを「非常に重要」とした回答者は13.0%、「かなり

重要」とした回答者は37.3%であり、半数の回答者がアルコール・物質関連障害に対して自招性の点から有責性を認める見解をとっていた。しかし一方で、事例D、事例Eがともに犯行時、幻覚妄想状態にあったことは責任能力の減免を要求する。先述したような責任能力判定に犯行時の状態像を重視する傾向と、障害の発生に対する本人の責任を強調する立場の間でどのように比重をおくかにより、回答結果にばらつきが生じたことが考えられる。

4) 人格障害

人格障害および小児愛と診断された事例Fに対しては、多くの回答者が「完全責任能力」と判断した。日本では、人格障害も小児愛も、司法精神医学的にはそれ自体では責任能力の減免の対象にはならないとする考え方が一般的であり、今回の結果もそのような考え方に一致している。

「完全責任能力」以外の回答は責任能力の減免の可能性を認めているということであるが、これらの回答者の中には、事例Fを矯正施設で処遇しても改善は見込めないと、治療に導入することを企図して責任能力の減免を認める意見もあった。人格障害者の責任能力は理論的にはさまざまに判定可能であるが、わが国の場合、治療的処遇制度が無かったことや治療体制が不十分であることが、實際上、人格障害者に心神耗弱や心神喪失を認めにくくしていると指摘されている¹³⁾。しかし今回のアンケートの結果は、治療的介入の必要性を重視し、処遇上の観点から心神耗弱等を認めようとする意見も少数ながら存在することを示唆している。

2. 適する処遇について

1) 統合失調症

事例Aについては回答者の多くが措置入院が適当であるとしていた。一方、事例Bに対しては、責任能力の判定と同様に、適する処遇についても見解のばらつきが目立った。刑務所が適当とする意見が最も多かったが、法的処罰よりも措置入院、措置以外の入院、通院などの治療を優先さ

せるべきであるという意見も多くみられた。ただし、どちらの事例でも治療不要とする意見はなかった。

事例 A では、多くの回答者において、犯行に影響したとみられる病的体験が鑑定時にも持続していたことが危険性の判断に結びつき、措置入院を適当とする回答を導いたことがうかがわれる。刑務所を適当とする回答も一部にみられたが、その中には、措置入院を初めとする医療の有効性に対して疑念を表明し、消極的に刑務所での処遇を選択した回答もあった。

これに対して、事例 B では、責任能力判断におけるのと同様に、その犯行動機が病的体験に直接的に影響されたものでないことから、疾病を犯行とは無関係とする見方が少なくなく、これが刑務所での処遇を適当とする回答に結びついたと考えられる。また、措置入院を適当とする回答が比較的低率であったことは、鑑定時に病的体験がないことが危険性の欠如とみられたことによると考えられる。

2) うつ病（気分障害）

事例 C に対しては、措置入院、措置以外の入院を適切とする回答がともに約 4 割でほぼ同程度であり、次いで通院治療を適切とする回答がみられた。刑務所における処遇より医療的処遇を求める意見が多いが、適する治療形態については意見が分かれていた。鑑定終了時には症状の改善がみられ寛解状態に達していたことから、うつ症状に焦点を当てた濃厚な治療は不必要とする判断と、うつの再燃や自殺の危険性に留意して入院の必要を認める判断の間で処遇の判断に差が生じたと思われる。

3) アルコール・薬物精神障害

事例 D と事例 E に対しては、ともに半数近くの回答者が「措置入院」を適当とした。これに対して、「措置以外の入院」と「刑務所での治療」に対する意見については、2 事例の間に差が見られた。すなわち、3 割強の回答者が事例 D に対して「刑務所での治療」を適当とした一方、事例 E に対して「刑務所での治療」を適当としたのは

ごくわずかであった。また、「措置以外の入院」が事例 D に適するとしたのは 3 割強であったが、事例 E に対してこれを適するとした回答者は 7 割弱にのぼった。これは、事例 D では鑑定時、明らかな症状がないのに対し、事例 E は鑑定時にも幻聴やいらいら、頭痛などの症状が残存していたため積極的な治療が必要とみなされたことによると考えられる。つまり、処遇に関する判断は、必ずしも責任能力判断と連動しておらず、鑑定時の状態から下されることがうかがわれる。

アルコール酩酊下や薬物使用時の犯罪については、犯行当時に存在した症状がその後の診察場面では消失していることから、司法的判断と医療的判断（たとえば、措置診察）の間にしばしばずれが生じることは、これまでたびたび指摘されている^{1,9,10,14)}。この点について、岡田⁹⁾は、制度システムの限界を指摘し、鑑定における責任能力判断と通報要否の判断との関係のあり方について問題を提起している。

4) 人格障害

事例 F では刑務所での治療が適当とする回答が圧倒的に多かったが、これは、多くの回答者が「完全責任能力」と判断したことに対応していると考えられる。しかし、治療不要とする回答は 1 割弱にとどまり、回答者の多くは何らかの治療的対応の必要性を感じていることが示された。

精神鑑定で責任能力の減弱を認められた人格障害の触法事例について、臨床的感覚からは措置不要と思われる場合でも精神鑑定の結果と社会的要請に影響されて要措置と判断される傾向があること、また、そのような入院を引き受けた医師が臨床上、苦慮することが指摘されている³⁾。本調査の回答者の多くは私立病院・診療所に勤務する臨床家であり、実際にこのような事例の治療に関わりうる立場の医師であると思われる。ここから、入院・通院よりも刑務所での処遇を適当とする見解が多数を占めた今回の結果は、十分な治療環境や責任体制が整備されない中で医療を行うことに対する、現場の医師の拒否感や抵抗感を反映していることも考えられる。

3. 責任能力判定における精神科医の役割

「鑑定人は責任能力に言及すべきでない」とする意見に対する明確な賛成と反対はともにごく少数であり、「どちらかと言えば賛成」と「どちらかと言えば反対」という、より中間的な見解をとる回答者が比較的多くみられた。

鑑定人が責任能力に言及することの可否については、司法精神医学の専門家の間でも、鑑定人が責任能力を確実に判断するべきであるとする立場、責任能力に言及することも許されるとする立場、鑑定人は精神状態に関する事実の意見を裁判官に報告するにとどめ責任能力判断は法律家に委ねるべきであるとする立場など意見の相違がある。最高裁判所第三小法廷 1983 年 9 月 13 日決定は心神喪失・心神耗弱の判断およびその前提となる生物学的、心理学的要素の判断は裁判所にゆだねられるべきであるとした¹¹⁾。しかしこれに対しては、十分な医学的専門知識をもたない司法官が病状の程度を推し測ることには大きな危険性が伴うことが指摘されている⁸⁾。鑑定結果と裁判決定の一致率は 8 割を超えるとされる。その背景には、裁判官が鑑定結果に依存して決定を下したり、鑑定人が刑事政策的な見地を先取りして鑑定に結論を下したりすることがあると言われているように⁸⁾、實際上、鑑定人が責任能力判断に決定的な影響を及ぼすことが多い。今回のアンケート調査で、鑑定人の責任能力への言及可能性について、中間的な見解が多くみられたことは、責任能力判定は法的判断であり、司法官の職域であるとする原則論と責任能力判定における精神科医の臨床経験と専門的知識の実際上の必要性との双方に配慮した結果と考えられる。

ま と め

1 全国の精神科医の刑事責任能力判定に対する見解を明らかにする目的で、モデル事例を用いたアンケート調査を行った。

2 責任能力の判定については、急性期の統合失調症（幻覚妄想状態）、重症うつ病、人格障害の事例で高い一致がみられた。一方、慢性期の統

合失調症（欠陥状態）、アルコール精神病、覚せい剤精神病の事例で見解が分かれた。

3 慢性期の統合失調症、アルコール精神病の事例に対しては、医療的処遇を求める意見と司法的処遇を求める意見に分かれた。

4 責任能力判定にあたっては、犯行時の患者の病像を重視するという意見が多く、内因性の標識は比較的重視されていないことが示された。

5 適する処遇について比較的高い見解の一致がみられたのは、急性期統合失調症の幻覚妄想状態に対する措置入院、人格障害の事例に対する刑務所での治療であった。アルコール・薬物精神障害に対しては、鑑定時の状態に応じて処遇が判断される傾向がうかがわれ、責任能力判断と必ずしも連動しないことが示唆された。

6 鑑定人が責任能力に言及することに対しては、明確な賛成・反対は少なく、中間的な意見が比較的多くみられた。

アンケートにご回答いただいた皆様に厚くお礼を申し上げます。

文 献

- 1) 福島 章：覚せい剤犯罪の精神鑑定。金剛出版、東京、1994
- 2) 林 幸司：精神鑑定実践マニュアル。金剛出版、東京、2001
- 3) 平田豊明：人格障害ケースの措置入院を考える。精神科治療学 16, 669-673, 2001
- 4) 松下昌雄：躁うつ病者の責任能力。中谷陽二編集：精神障害者の責任能力, pp. 139-158, 金剛出版、東京、1993
- 5) 中田 修：内因性うつ病の殺人とその責任能力。精神鑑定と供述心理, pp. 83-100, 金剛出版、東京、1997
- 6) 中谷陽二、本間久美子、簗下成子：刑事精神鑑定のあり方に関するアンケート調査。精神経誌 104: 158-167, 2002
- 7) 中谷陽二：分裂病者の責任能力——『刑事裁判例集』を読む——。分裂病犯罪研究, pp. 181-198, 金剛出版、東京、1996
- 8) 岡田幸之：精神鑑定の現状と問題点。風祭 元、

山上 皓編集：臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定，pp. 106-116，中山書店，東京，1998

9) 岡田幸之：刑事簡易鑑定の問題点，こころの臨床 a la carte 19(4)，419-423，2000

10) 庄司正実：薬物依存（有機溶剤），小田 晋編：司法精神医学と精神鑑定，pp. 202-209，医学書院，東京，1997

11) 最高裁判所第三小法廷：決定（昭和 58 年 9 月 13 日），判例時報 1100，156-159，1984

12) 最高裁判所第三小法廷：決定（昭和 59 年 7 月 3 日），最高裁判所刑事判例集 38，2783-2793，1984

13) 山上 皓：人格障害者における責任能力，新宮一成，加藤 敏編集：新世紀の精神科治療 5 現代医療文化のなかの人格障害，pp. 95-107，中山書店，東京，2003

14) 山内惟光：起訴前精神鑑定の現状と課題，山上皓編：精神医学レビュー 19 精神鑑定，ライフサイエンス，東京，1996

——〈2005. 3. 5 受理〉——

A Questionnaire Survey on Judgment of Criminal Responsibility

Shugo OBATA¹⁾, Kyoko HASHIZUME²⁾, Kumiko WADA³⁾,
Seiko MINOSHITA⁴⁾, Nobuaki MORITA²⁾, Yoji NAKATANI²⁾

1) *Medical Research Institute, Tokyo Medical and Dental University*

2) *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba*

3) *Ikeda Hospital*

4) *Kawamura Gakuen Womans' University*

The authors conducted questionnaire surveys utilizing model cases with the aim of investigating the current views of psychiatrists regarding criminal responsibility judgments in forensic psychiatric evaluations. Six model cases—*injury by a person with acute schizophrenia, indecent assault by a person with chronic schizophrenia, attempted murder by a woman with depression, arson by an alcohol abuser, burglary by an amphetamine abuser, rape and indecent assault by a person with personality disorder*—were presented to 345 psychiatrists, who were asked about criminal responsibility and appropriate treatment for each of the cases. One hundred eighty-five of the psychiatrists responded.

In the case of acute schizophrenia with hallucination and delusion, the case of severe depression, and the personality disorder case, there was a high level of agreement between the evaluations of criminal responsibility made by the different respondents, but in the case of chronic schizophrenia, the case of alcohol-induced psychotic disorder, and the case of amphetamine abuse, there were variations in the evaluation of criminal responsibility, with many respondents emphasizing the patient's symptoms and condition at the time of the offense, and relatively few emphasizing whether the disorder was endogenous.

Regarding the form of treatment, many of the respondents recommended compulsory

hospitalization for the case of acute schizophrenia with hallucination and delusion, while at the same time recommending treatment in a prison environment for the personality disorder case. In contrast, for the case of chronic schizophrenia and the case of alcohol-induced psychotic disorder, opinion was divided as to whether the subject should be handled with a medical or a judicial approach. Regarding treatment for the case of alcohol-induced psychotic disorder and the case of amphetamine abuse, there was a tendency to make a judgment based on the subject's condition at the point of psychiatric evaluation, which was not necessarily linked to the criminal responsibility.

(Authors' abstract)

<Keywords : criminal responsibility, psychiatric evaluation, questionnaire survey, treatment>

資 料

「刑事責任能力の判定に関するアンケート」のお願い

各位

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成13年1月に実施しました「精神鑑定のある方に関するアンケート」にご協力いただき誠に有り難うございました。結果は精神神経学雑誌に資料として掲載されますので、ご一読いただければ幸いです。

前回、協力の意志表示をして下さった皆様へ本状をお送りします。

アンケート結果では、精神鑑定での診断および責任能力の判定に不一致が多く、鑑定への信頼を高めるには何らかの基準づくりが必要ではないか、という指摘が多数ありました。そこで今回、基準づくりの基礎資料を得るため、責任能力の判定に的を絞る、再度ご回答をお願いする次第です。

本アンケートはモデル事例を提示してお答えいただくかたちです。鑑定を实地に経験されていない方も是非ご回答ください。

本調査は平成13年度厚生科学研究費補助金「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」(主任研究者：鈴木二郎教授)の分担研究として行います。結果は班報告書および精神医学関連の雑誌・学会で発表する予定です。発表にあたって回答者のお名前、所属機関は記載致しません。

ご多忙中恐れ入りますが、平成14年2月20日までに同封の封筒でご返送下さいますようお願い申し上げます。

敬具

平成14年2月1日

厚生科学研究「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」分担研究者
筑波大学社会医学系精神衛生学教授 中谷陽二

◇ご質問等は下記にお願いします◇

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学社会医学系精神衛生学
TEL/FAX 0298-53-3068
e-mail ynakatan@md.tsukuba.ac.jp
中谷陽二