

〔最終講義〕

精神分裂病を見る眼

——個人史的戦後精神医学史——

佐藤 孝 三*

(昭和63年2月16日受付, 昭和63年3月7日受理)

はじめに この題の意味

精神分裂病は、現在、精神医学の大きな対象である狂気を示す代表的な病気であるとされている。が時代により、病気としてばかりではなく時には価値あるものとして、時には神にそむくもの、又犯罪者としてなどさまざまならえられ方をされて来ている。今日は、こうした分裂病のとらえ方を背景に、わが国の精神医学の考え方の戦後の変遷を、私の40年の精神科医としての個人史と重ね合せながらお話出来ればと思う。

I. 大学精神科医局で進行またモデルの時代 (1948年10月~1957年3月)

1. 最初の患者と大川周明の場合

入院して最初に出会った患者というものは、医師のその後の長い生活の中でも、強く記憶にのこるものである。入局して間もないある日、指導医であった松本胖前教授、当時は医局長で講師から患者を見に行こうということと連れて行かれたのは千葉刑務所であった。たしか40歳位、水戸在の窃盗犯が大暴れしていた。分裂病なのか、あるいは拘禁反応なのか。しかし簡単な診察の後、最初に試みられたのは腰椎穿刺。時計皿の液の白濁で示された鮮やかなグロブリン反応は、それが梅毒性精神病、進行まひを示唆するものであった。

今は一例報告の対象にすらなる稀な疾患となったこの進行まひは、当時尚猖けつを極め、病棟の患者の10~20%を占め、精神医学の講義もまずこれから始っていた。この疾患は精神医学が医学として語られる時、最初にふれねばならない病気なのであるが、この疾患で思い出されるのは大川周明である。彼が東京裁判の法廷で見せた狂気は余りにも有名であるが、彼はこの進行まひの定型的な患者であった。(本学でも戦時中、配属将校の一人がこの病でなくなっている。)

2. 進行まひと精神医学

精神医学の始まりがいつかという問題は難しい。ギリシャの昔その胞芽が見られるとしても、中世のいわゆる暗黒時代、精神障害のある者は、社会あるいは神への罪人として裁かれ、極端な場合、火あぶりの刑にされていたことは余りにも有名である。

フランス革命の最中に、受持病棟の患者の鎖をはずすことでこの偏見への戦いを勇敢に行った P. Pinel の名はよく知られているが、彼は狂気を社会的な圧迫によって起ったと信ずる素朴な社会因論者でもあったと考えられる。そのため開放が十分の治療効果をあげえないことが判明した後は、嚴重な閉鎖主義になったと云われるが、時代に先がけて、狂人は病人であると主張した功績は忘れえないものである。

しかし、こうした素朴な社会因論をこえて、狂気を近代医学の中に見事に位置づけた代表的な人は、E. Kräpelin である。近代医学の特質は、病気を神の呪縛というような古い思想から解放して、因果律に支配される自然現象としてとらえなおしたことにあるかと思うが、その見事なモデルが感染症で、精神医学の世界でこの役割を果たしたのが、進行まひということになるのである。この疾患患者の脳の中に梅毒病原体を初めて染め出した野口英世の名は、この病気の名と共に歴史の中に残ることかと思う。

この考え方をモデルにして E. Kräpelin は精神疾患の分類を行って、近代精神医学の枠組をつくった。精神分裂病の古い名称、Dementia praecox 早発痴呆、Dementia senilis 老年痴呆と、進行まひの今一つの名 Dementia paralytica まひ性痴呆の類似を思いおこせば、これはよくわかると思う。彼は因果律を背景に、精神病をその原因と経過、転帰により分類した。この一群は病状が進行性で、ぼけてやがて死に至る予後の悪い病気の

* 千葉県立衛生短期大学長

Ichizo SATO: Historical Review on Schizophrenia in Japan after II World War. President, Chiba College of Health Science, Wakaba 2-10-1, Chiba 260
Received February 16, 1988. Accepted March 7, 1988.

仲間ということになる。原因の不明な、いわゆる内因精神病も、この図式、経過と転帰により、早発痴呆と躁うつ狂(病)にわけられたのである。

以後、精神医学はこの考え方を軸にすすめられ、戦後の日本も、全くその枠組の中に安住していた。

3. 荒木直躬教授と当時の教室の仕事

当時教室を主宰していた第三代荒木教授は、学問に造詣深く、殊に神経病理に関しては、本邦の第一人者といわれていた。その師が有名な呉秀三教授で、Krapelinの弟子である。初代松本高三郎教授、二代橋健行教授も又呉教授の弟子であるから、千葉大の精神医学はまさにKrapelin学派そのものであったわけである。

その頃の荒木教授は、脳腫瘍やてんかんの神経病理の他、アレルギー脳炎の実験研究も行われていた。馬杉腎炎の手法を応用したもので、卵白を抗原に脳炎を作っていた。これは進行まひの発生に免疫学的機序が関わりあるという仮説とも関連していた。ペニシリンを進行まひに用いたのも、わが邦ではわが教室が最初であった。当時単にその治療成績の報告に止まらず、ペニシリンの体内分布を追求し、奏効の機序も研究している。

ペニシリンが進行まひという狂気に効くことは、精神医学の思想に革命をもたらした。それまでは、重金属による駆梅療法は血液脳関門にはばまれ全く無効で、マラリヤ接種による発熱療法が唯一の治療法であり、この以毒制毒という思想が、他の精神疾患の治療の場合もモデルとなっていたからである。

このように、進行まひの研究は教室のお家芸でもあり、疫学的に進行まひの終焉を見きわめる仕事も、教室の関係者によりなされている。

4. その時代の動き

日本ではこのように進行までモデルの精神医学が君臨していたが、その間に社会的には大きな変化が起っている。その一つは1950年の精神衛生法の制定である。この法律は現在世界的に批判されているが、当時としてはまことに画期的なものであった。それまで日本で長く容認されていた私宅監置、いわゆる座敷牢が禁止されて、精神病院以外には拘禁されないこととなった。例えば千葉県下でも、この時まで海上町の寺院では、滝うち治療の目的で多くの患者が、手足を鎖につながれたまま収容されていた。それはあの Pinel が、鎖を解いてから何と150年も続いていたのであった。

ここで一言付け加えたいのは戦争中のことである。わが国の場合、例えば松沢病院では入院者の激減にも拘ら

ず、死亡数が激増している。これは一流病院に於てすら餓えての死を免がれ得なかった当時の悲惨な状態を示すものであるが、ドイツでは多くの患者が集団で殺されている。実は T-4 …夜の霧作戦とよばれるユダヤ人たちの大虐殺も、予後不良の精神分裂病者には恩恵としての死を与えるべきだという、ドイツの精神科医の提言に端を発しているのである。これに較べれば餓死の事実はまだ罪少いことといえるかもしれない。

精神衛生法制定と並んで、今一つの変化は、いわゆる向精神薬の出現である。これはペニシリンと共に前記した以毒、制毒の思想を否定するもので、その後の精神科医療を根本的に変化させたものである。しかし精神衛生法にはこうした進歩はその後十分には取り入れられず、相変わらず精神障害者は病識がない故、強制的に監禁し無理にでも治療をするという考えが、今日まで底流として持続していると指摘されているのである。

II. 銚子市立病院での経験・社会精神医学への傾斜 (1958年4月～1967年6月)

1. 当時の精神科医療の状況

精神衛生法の制定で私宅監置が禁止され、患者は精神病院に入院させなければならないということで、精神病院は急増した。結核患者が薬物療法の進歩で減少し出した時期でもあって、病棟の変換もしきりに行われた。病棟は忽ち出来るかもしれないが、専門医師の教育はそれに追いつかない。そこに医療の稀薄化がおこる可能性がある。

新設の病院からは院長の派遣をという願いが教室に次々とよせられ、30歳前後の若い医師がいきなり200床の病院長に就任することとなる。今から思うと大変な時代だった。

こうした折、たまたま銚子に、千葉県下で初めての公立病院が出来るということで、荒木教授の命で、私も、その責任者として赴任することになったのである。

2. 銚子の町とその風土

こうした時代的背景の中で設立された銚子の病院は鉄筋ブロック、精神病院の建築としてはいわゆる戦後の第二期に属するベランダ付の明るいものだった。しかし看護者の半分は無資格で、この人たちを教育しながら運営に当たるといふ具合で、従業員の当時の平均労働時間は週70時間をこえていたと記憶する。

ところで銚子の町については、最近テレビドラマの舞台になったりして、にわかにな有名になったようであるが、県では1933年、千葉について市制を敷いた、江戸時

代よりの由緒ある町である、地理的には房総半島の東端、三方を太平洋と利根川の水面にかこまれ、一方は関東山脈の末尾で西と遮断されている。江戸時代、利根川水路による江戸への玄関ということで、独立した文化を持っていた。ドラマにも描かれていた醤油屋者と船方の対立など、古いコミュニティのなごりがそのまま保たれていた。

3. 生活の中の患者たち

ところで大学での臨床では、患者の訴えや症状の中に病気を模索し、診断をつける。というまさに科学的手順を修練するわけであるが、注意しなければならないのは、この操作に熱心な余りそれを如何にして患者に還元するかという操作がややもすると二次的なものと考えられがちなことである。殊に、その患者は、家庭、社会のさまざまな役割を負って生きていることを忘れがちである。

これは銚子で強く印象にのこっている患者の一人であるが、40歳位の妄想型の分裂病で入院、従来の療法では難治であったこの型の患者には抗精神病薬はよく奏効する。短時日の入院で症状消褪、退院したが、投薬がきれて又症状が現れた。薬では本当にはなおらない、本当になおるにはと、宗教団体がとりこんでいる間に家人を妄想に基いて殺害して了ったのである。この事件は、地域にさまざまな問題を提起したし、私たちの医療のあり方にも大きな反省を与えた。

症状がとれた、社会へもどった、医療はそれで終わらないのであった。患者をとりまく家庭、地域の人とその病気に理解をもつことが、社会適応には不可欠であり、これへの関心なくしては真の医療はあり得ない。病理学者で後社会医学者となったあの R. Virchow の有名なことば、赤痢は赤痢菌が原因ではない、貧困と飢餓が原因なのだ、になぞらえて言えば、分裂病は薬物によりなおるのではない、社会の正しい認識と支持こそ真に治療に必要なものなのだ、ということになるのであろう。私はよくこれを金米糖にたとえて、分裂病の病気そのものはその芯にあるけし粒のように小さいものだ、しかし世の中の偏見や、まちがった取扱いが、まぶされた砂糖のようにこれを大きくしてしまうのかもしれない。その砂糖をとかすことこそ、又大切な医療である、と言うが。

4. コミュニティ・ケアと精神衛生都市宣言

今日では地域ケアという考えは珍しいものではないが当時としてはかなり思い切った発想だった。退院後地域での正しい理解を得るためにと、患者たちをつれて電車で遠足に行く、ダンスを一緒にやるなど、今日、日

常的に院内で行われているこんな行事さえ、新聞にのる位珍しいことであった時代、こうした方向への運動はなかなか大変なことでもあった。

地域の理解をうる、こうした気持がやがて市議会、市長をまきこんで銚子市が精神衛生都市という珍しい宣言をしたのは1963年3月のことであった。これは暗い話題の多かった精神科の世界にとっては、当時明るい話題となったが、一方ではこれが悪意に解釈され若干のトラブルをおこしたりもした。

丁度この年、アメリカでケネディ大統領が、ダラスで兇弾にたおれる直前、精神障害者を地域へという有名な教書を発したこともあり、この精神医学の方向は世界の大きな流れとなるわけであるが、私たちのささやかな試みはわが国でのこの領域での最初の成果の一つとなった。

この領域はわが国の場合、1940年初めて行われた日米合同精神医学会以降次第に学会でも論ぜられるようになり、やがて独立した学会も設立された。尚当時銚子では、こうした実践活動と平行してさまざまな疫学的研究も行われた。その中で銚子地方は日本の平均に較べ躁うつ病の比率が高いなど興味ある知見も見出された。

III. 国立国府台病院で・力動精神医学との出会い (1967年7月～1976年6月)

1. 国府台病院の歴史的役割

こうして銚子で仕事をさせていただいていたが、家庭的な事情もあり、急に国立国府台病院に移ることになった。

国立国府台病院は、1885年創立という古い歴史をもつが、その役割に大きな変革がおこしたのは第二次世界大戦直前である。当時戦局が苛酷になるにつれて戦時神経症などの精神科疾患が増加するという予測により、陸軍がその対応のため、病院を改変したのである。戦時中一万余の将兵がここに収容されたが、その中には前線で傷いた者のみでなく、陸軍の広い層の患者が含まれていた。例えば東京裁判で検事側証人として知られる高官もその一人で、一部には軍部内の軋轢による謀略説などいわれているが、この人は躁うつ圏に属する疾患で、東京裁判での言動もこれから理解されようである。

ところで上記神経症は、これ迄のべて来た Kräpelin 流の生物学的基盤による病気とはやや異なるものであることは言をまたない。戦時神経症との取組みは国府台病院にとっては主要な課題の一つであったため、多くの精神科医たちがここで初めて苦労を重ねて神経症ととりくんだ。

戦後、神経症学は精神医学の中で次第に大きな役割を担うようになるが、その指導的役割を演じた人たちの多くは、戦時ここで学んだ精神科医であることも理解出来るかと思う。ここは戦中、精神科医たちに、その研究的雰囲気存在のため国府台大学などと呼ばれていた。

2. 力動精神医学とその考え方

神経症というより当時の言葉ではヒステリーを研究し、心の傷痕も又、病の原因になりうることを主張、やがて巨大な精神分析の体系を築きあげた S. Freud の名は余りにも有名である。しかし漸く生物学的基礎との関連により医学の中に市民権を与えられた精神医学にとっては異端の説であり、又医学にとっても同様で、ヨーロッパ大陸では容易にうけ入れられなかったし、我邦でも勿論同じであった。

戦後アメリカの占領により我邦にはさまざまな変化がもたらされたが、精神医学もその例外ではなかった。アメリカの精神医学は、A. Meyer によりその基礎が築かれたとされている。彼は生物学だけでなく、広く社会、心理的な次元をとり入れる包括的な立場で精神医学を構築しその心理学として Freud のそれを大胆に採用した。この考えを重視すれば、精神の病理は心の葛藤、殊に幼児時代の体験に多く由来すると考えられ、神経症は勿論、分裂病もこの延長線上にとらえられるとする。従ってそこでは分裂病は病気ではなく心の反応状態となる。戦争が終わった頃のアメリカの教科書はこうした記載がむしろ常識的でさえあった。これに従えば分裂病の原因は生物学的なものではなく、成育環境にある。例えば父親の態度が問題でこれによりおこった分裂病は father-genic Schizophrenia といわれ、その原因たる父親は sihizophrenogenic father と呼ばれる。

こうした考えは当時の我邦の精神医学にはうけ入れ難いものであったにちがいない。国府台病院はしかし、戦中神経症研究の歴史をもつ特異な病院であった。日本では珍しい Meyer 学派に属する後名古屋大教授になられた松村常雄氏が、戦後その院長を兼ね、隣接して設立されたわが国初めての精神衛生研究所長になられたのも故なしとしない。以後ここは我邦における力動精神医学の據点の役割を担うこととなった。

因みに私の国府台時代におきた三島由紀夫の自殺は、世界の話題となったものであるが、その行為をうらずける脳の病理所見は全くない。彼は精神分析に大きな興味を示しその作品に取り入れているが、彼の精神の病理は力動精神医学の立場でなければ説明しえないであろう。

3. 学会の混乱とその背景

1970年前後は、いわゆる70年安保問題を契機に国内殊に大学が大きな紛争にまきこまれた時代であった。これは世界的な規模のものでもあり、中国のいわゆる文化大革命をはじめ多くの混乱が起っていたわけであるが、精神医学の場合、さまざまな要件が加わって、混乱は激しく又長びいている。

その一つは地域精神医学の挫折と、その反動としての社会、心理的側面を軽視する生物学的精神医学への批判である。世界的な潮流となっていた地域精神医学をふまえてのわが国の精神衛生法改正の動きが1965年挫折したのは、例のライシャワー事件によるといわれているが、それをささえたのは、背後にある社会体制と、生物学的精神医学に固執する大学医学講座制があるということである。最もこれを明快に主張するのが、いわゆる反精神医学の立場で、これは精神医学における生物学的成果を全く否定して、その原因をすべて社会体制のひずみの結果により理解しようとするものである。この考えはたしかに一つの世界的な流れでもあったようであるが、それが我国の場合のように大きく学会を揺り動かした例は余りなかったようである。

4. 国府台でしたこと、考えたこと

ところでこうした中では中立的であった国立病院勤務の私は、学会の理事や副会長などと、その紛争の処理に当ることともなったが、一方国立病院精神科のまとめ役として、北は北海道から南は九州まで、多くの異なる大学出身の精神科医の協力を求め、診断基準あるいは薬物治療の共同研究、更に輪をひろげて全国の総合病院精神科の役割研究などをこころみたりした。紛争の余波で国立精神衛生センターの構想は挫折してしたが、病院と地域とのかかわりを銚子と市川を背景に比較したり、入院中心というこれ迄の枠を破り、外来中心の分裂病患者の追跡調査など注目をあびる研究もなされた。また力動精神医学を背景にした児童精神医学、ことに登校拒否児の問題は、逸早く国府台病院がとり上げたものであり、又心身医学の問題も各科との協力により研究がすすめられていた。国府台病院には、1950年代紛争の苦い歴史があったためであろうか、直接この時代の紛争に大きくまきこまれることはなかった。

IV. 再び大学で…今日までの模索 (1976年7月～1987年3月)

1. 精神医学の昏迷

就任当時から今日まで、学内紛争の傷痕に悩まされた

ことがなかったとはいえませんが、程度の差はあるとしても、これは精神医学界全体の問題というべきかと思われる。例えば現在社会で大きく論ぜられている精神衛生法改正の問題は、精神医学の中の論争をこえて広く法曹界、更には世界的な問題にまでなっている。しかしこうしたことは何も日本だけではなく、先進諸国何れもの問題でもあるようである。大学に来て間もなく出席したカナダとアメリカの学会でも、はでなデモに迎えられたり、米ソの対立が表面化したりして驚かされたもしたし、一方安堵したりもした。今日こうした問題は世界中尚尾をひいており、例えばアメリカのコミュニティ・ケアのベトナム戦による挫折とその後遺症、イタリヤの精神病院全廃のころみと混乱など枚挙にいとまないようである。

こうした混乱とやらはらに、21世紀需要の延びる領域として精神医学は必ずあげられるが、しかも希望する若い医師は必しも多くないというのも世界的な現象といわれている。

2. 精神分裂病とは

こうした問題はそれとして、話をもどして、狂気を代表するものとして精神分裂病の概念について巨視的にふり返って見たいと思う。当初これが進行まひをモデルに、経過と予後に注目して、早発痴呆という名で記載されたことは既述した。このように狂気を疾患としてとらえた功は大きいですが、一方予後不良という考え方が例えばナチスの T-4 作戦に象徴されるような悲劇に結びついたことも事実である。あえてこれを Schizophrenien 精神分裂症群と名づけた M. Bleuler は、ここにその疾患の多様性を示唆したわけであるが、それを無視したわが国の精神分裂病という訳は誤りだとの指摘がある。アメリカでかつて精神分裂反応という言葉が用いられたことを既述したが、この心因論に対し精神分裂病、英訳 Schizophrenic Illness ということばは生物学的基盤の存在を示唆するものとうけとめられるのである。

しかし一方 Bleuler の考えを広げると、分裂病的なものは果しなく広がり、シュールレアリズムも分裂病というような使われ方までされるようになる。これに歯止めをかけることを試みた代表的な人が K. Schneider で、追体験出来ない、学生諸君の好きな症状をとり上げ、この病の診断の要点と主張した。これにはそれらの症状は心理的にはおこりえないという主張が秘められている。対立していたアメリカの分裂病観も、薬物療法の顕著な効果を引金にあたらしい診断基準 D. S. M-III では Schneider の考えを大幅にとり入れ、反応という言葉

を用いない。

このように動揺する診断基準、あるいは多様な診断名の存在は又精神医学界の混乱と無縁のことではないと思われるし、この混乱は例えば刑事事件における法的責任能力の問題にも大きな影を投げかけている。

3. 精神分裂病への対応

どんな混乱の中でも、その場で出来るだけの対応が求められるのは臨床の宿命であるが、今日、確かに言えることは薬物療法は精神分裂病に有効であるということである。たしかに分裂病はその辺縁部では診断が混乱しているかもしれないが、一致する部分の方がはるかに多い。そして何故薬物が有効かというその作用機序の研究を基礎に病因論研究が活発に行われている。そしてその薬物に関連する受容体を画像診断と結びつける研究も行われ始めている。

しかし一方では薬物が無効な面もたしかにある。これは病気に既にそこなわれて了ったところと考え、社会的に対応する以外はない。分裂病を疾病の部分と障害の部分にわけて、前者には薬物つまり生物学的に、後者には社会学的に対応しようというわけである。わが国の後者のおくれが今大きく諸外国から非難されていることは前述した。例えば入院の長期化の問題であるが、巨視的には反論の余地はないようであるが、一部の病院では外来機能の著しい向上が報告され、社会での支持組織への関心も芽ばえつつあるようである。

4. 大学のこの10年の歩み

20年ぶりの大学で驚かされたのは、各教室の脳機能への関心の高まりで、薬理の助手の方から、うつ病はノルアドレナリンの異常かセロトニンの異常かときかれたことが印象にのこっている。しかし当時病棟は古すぎて、明日の精神医学を語る場としてはふさわしいものでなく、何か精神医学の理論と実践の乖離を象徴しているようでもあった。しかし建てかえられた現在の病棟は仲々すばらしいもので、国の内外で評価されている。

これまで進行まひ、神経症、社会モデルなどにふれて来た。それらを組合せをあたらしいモデルとして覚醒剤、アルコール依存症などが注目されているが、教室でも若干この問題にとりくんでいる。又脳の画像診断もわが国の精神科の教室としてはいち早く取っている。これはかつての神経病理学の延長にあるとも考えられるが、今の段階では対象は器質性精神疾患に止っており、分裂病を対象としての成果は今後のものであろう。児童精神医学への関心も強く、多くの研究が試みられている。そ

の他水口教授との協力で、付属病院での各科に渉るリエゾン精神医学領域の歩みも期待をもたれるものである。

おわりに：医学の中の精神医学 その原点に

以上、わが国戦後精神医学の歩みを私の歩んだ道に重ねて述べて来たが、精神医学はやはり医学の中でその意義を明かにしなければならない。

考えて見ると科学はくり返すこと、再現性はその条件であり、一方医学の対象である人間の一生はくり返せないこと一回性が特徴である。この両者が結びつく臨床医学は精神医学のいう相反するものの共存、両価症そのものである。精神科の場合、生物学しか認めない医師を mindless psychiatrist といい、一方心理学しか認めない医師を brainless psychiatrist といいお互を批判し又反省の糧としているが、これはいう迄もなくすべての臨床医学の場合に当てはまることかと考えられる。本学の学生諸君の場合将来 brainless doctor になることは考えられないとしても、mindless doctor にだけはならないでいただきたい。

本稿は紙面の都台上最終講義を約4分の1に抄録した。従って図表等はすべて割愛した。講義の全文とそれらの図表は別に教室刊行の記念誌に集録される予定である。尚、その後千葉県立衛生短大紀要委員会の要請により同誌6巻1号に掲載された就任に当たっての論説の中に、本稿の一部を若干重複して記述してある。

文 献

- 1) 千葉大学医学部精神神経医学教室編：教室15年のあゆみ、同教室、千葉、1977.
- 2) 佐藤孝三：脳アレルギーの実験的研究。千葉医学 33, 1234-1241, 1969.
- 3) 松本 胖, 佐藤孝三, 石郷岡寛：中枢神経系に於けるペニシリンの作用機能。臨床内科小児科 7, 456-460, 1952.
- 4) 荒川直人：進行まひの臨床予後に関する研究。精神神経誌 67, 698-711, 1965.

- 5) 内村祐之, 神谷美恵子：大川周明の精神鑑定, 内村祐之, 吉益修夫鑑修, 日本の精神鑑定 みすず書房 東京, 1972.
 - 6) 佐藤孝三, 清水順三郎, 山崎英唯：地方小都市における精神病院の機能。病院精神医学 5, 167-178, 1961.
 - 7) 佐藤孝三：精神衛生都市宣言。厚生指標 10, 20-24, 1963.
 - 8) 島田 隆：精神衛生都市宣言の意図するもの。日医新報 2030, 67-69, 1963.
 - 9) 佐藤孝三：地域社会とのつながり。岡田靖雄編, 精神医療, 勁草書房, 東京, 1964.
 - 10) 佐藤孝三, 社会精神医学の位置づけ。現代精神医学大系23A. 中山書店, 東京, 1980.
 - 11) 国立国府台病院：第2次大戦における精神神経学的経験—国府台陸軍病院史を中心として。国立国府台病院, 市川, 1966.
 - 12) 佐藤孝三, 石川鉄男：地区内精神障害者の把握に関する臨床統計的研究。精神医学 11, 959-965, 1969.
 - 13) 石川鉄男, 佐藤孝三：国立国府台病院精神科外来患者の追跡的研究。医療 25, 35-42, 1971.
 - 14) 横井 晋, 佐藤孝三, 宮本忠雄編：精神分裂病。医学書院, 東京, 1975.
 - 15) 梶谷哲男：三島由紀夫, 芸術と病理。金剛出版, 東京, 1971.
 - 16) 佐藤孝三：精神分裂病治療の進歩と停滞。日医新報 2765, 135, 1977.
 - 17) J. E. Meyer: Psychiatrie in XX Jahrhundert ein Rückblick (馬場謙一訳)。精神医学 28, 244-258, 1986.
 - 18) P. Pichot: L'avenir de la psychiatrie (精神医学の将来……濱田秀伯訳), Problemes actuels de la nosologie(疾病分類の今日の問題……森山成樹訳), 臨床精神医学 15, 1599-1607, 1609-1619, 1986.
 - 19) 佐藤孝三, 青木 至：地域精神医学。千葉医学 49, 79-83, 1973.
 - 20) I. Sato: Social Psychiatry in Japan, Historical Review, 10th World Congress of Social Psychiatry Proceeding, 1983.
- ※) 佐藤孝三：精神科臨床をふり返って。千葉県立短大紀要 6, 3-9, 1987.