

Le malade chronique au Centre de santé mentale communautaire

The chronic mentally ill in a community mental health centre

Marie-France Thibaudeau

Volume 2, Number 2, November 1977

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030023ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Thibaudeau, M.-F. (1977). Le malade chronique au Centre de santé mentale communautaire. *Santé mentale au Québec*, 2(2), 75–83.

Article abstract

The author discusses some findings of a study done at the Centre de Santé Mentale which sought to comparatively evaluate the impact on the chronic mental patient, of a community and a psychiatric hospital approach. After explaining the guiding philosophy of the Centre as well as its interventive programs, the author briefly describes the research methodology before undertaking a more thorough discussion of certain results. She notes (initially) that the Katz Social adaptation score of the Centre's chronic patients increased during the 22 months study to equal that of the hospital patients. Nonetheless, the Centre patients exhibited a more marked socialization, a higher satisfaction level with freetime activities, and, at the same time, had more of these activities than the hospital patients. The author raises the questions of possible further progress of the Centre patient and whether the observed changes result from Centre services. The ensuing discussion of symptoms points to a greater symptom level in Centre subjects as well as a higher "sick" self-perception. In addition, a divergence is evident between the key informant's symptom perception and that of the Centre patient, a divergence which underlines the problem of the environment's perception of the mentally ill and the possibilities of their réintégration. Finally the author proposes a program accentuating the Centre approach, particularly those aspects which mobilise and utilise community resources.

Le malade chronique au Centre de santé mentale communautaire

Marie-France Thibaudeau

Dès son ouverture en septembre 1972, le Centre de santé mentale communautaire de Montréal, situé dans une zone urbaine défavorisée et carencée en services psychiatriques, s'est intéressé aux problèmes rattachés au traitement des malades mentaux chroniques. Il a rapatrié les malades de son secteur traités jusque-là par un hôpital psychiatrique à vocation plus asilaire en périphérie de la ville. Il a alors été décidé d'évaluer l'impact du Centre sur la portion de cette clientèle montrant des signes marqués de chronicisation. Dans le premier numéro de cette revue (St-Jean, 1976), un rapport préliminaire présentait les résultats de 12 mois de traitement de ces clients au Centre. L'étude *1* de ces sujets a été continuée pour une durée de 27 mois (Gascon et coll., 1977). Nous avons donc maintenant une vue plus globale de l'impact de ces services.

Cet article contient un résumé du programme du Centre et de l'étude évaluative et une discussion sur certaines questions qui découlent des résultats et qui semblent présenter un intérêt particulier pour les travailleurs en santé mentale.

(1) Cette étude a été subventionnée par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (projet no 605-1320-44). L'investigateur principal était Louis Gascon; le co-investigateur, Marie F. Thibaudeau et les attachés de recherche, Richard St. Jean et Francine Gratton-Jacob.

LE PROGRAMME DU CENTRE

La politique des soins a été centrée sur la disponibilité des soignants, l'absence de liste d'attente, une réponse au client dans les quarante-huit heures qui suivent sa demande et l'intervention de crise sur le plan psychologique, une réponse aux demandes d'ordre social par un recours rapide à des organismes sociaux appropriés. Les interventions thérapeutiques se faisaient dans le cadre d'entrevues au bureau, de visites à domicile principalement pour favoriser la connaissance de l'entourage du malade et mobiliser certains parents, amis, concierges ou autres lorsque nécessaire. L'hospitalisation était réduite au minimum et la médication utilisée à des niveaux thérapeutiques les plus bas possibles. La philosophie du Centre voulait qu'on minimise le plus possible l'insistance mise sur la symptomatologie, les diagnostics et certaines attitudes issues de la "culture psychiatrique".

Le Centre a aussi développé des contacts avec les organismes tant professionnels que populaires du quartier et a établi des modes de collaboration personnalisés avec ceux-ci, ceci, afin d'offrir une gamme de services concrets aux clients, de les amener à utiliser les ressources appropriées à certains de leurs besoins et à augmenter leurs possibilités de socialisation. Les thérapeutes ont référé fréquemment les malades aux organismes de loisirs et aux activités diverses du quartier, au besoin en accompagnant le malade au début. Certains groupes ont été organisés à l'intérieur de la clinique, sous prétexte de renouveler la médication pour amener les sujets à discuter davantage de leurs problèmes pratiques et pour partager l'information sur le quartier.

Enfin, les malades n'ont pas fait l'objet d'un programme spécial de réadaptation mais ont été traités comme tous les autres sujets selon leurs besoins. Nous voulions par là éviter les risques de ségrégation inhérents au regroupement de malades chroniques.

L'ÉTUDE ÉVALUATIVE

C'est au moyen d'une étude descriptive comparative que nous avons évalué les services du Centre. Un certain nombre de malades mentaux chroniques suivis au Centre ont été comparés à un groupe similaire de malades mentaux chroniques suivis dans les consultations externes d'un grand hôpital psychiatrique. Tous ces sujets étaient, avant l'étude, suivis à cet hôpital psychiatrique. Les mêmes mesures ont été prises au début de l'étude, douze mois et vingt-sept mois plus tard. Les renseignements au sujet de l'hospitalisation et de la médication ont été recueillis aux trois mois durant toute la durée de l'étude.

Le malade mental chronique a été défini comme l'individu chez qui un psychiatre a diagnostiqué un état de psychose, quatre ans passés ou plus; il a été

traité régulièrement depuis, par un service de psychiatrie et a été hospitalisé dans un service de psychiatrie, pendant au moins 6 mois. Il présentait au début de l'étude, des signes de psychopathologie, de la dépendance sociale et une incapacité de fonctionner dans plusieurs sphères de sa vie. Les malades avec diagnostic d'arriération mentale, d'organicité et d'alcoolisme ont été exclus de l'étude.

C'est en rapport avec la notion d'adaptation psycho-sociale que l'évaluation du Centre nous a semblé la plus satisfaisante. L'adaptation sociale est définie, de façon générale, en terme d'interaction ou d'échange entre un individu et son environnement social. Cet environnement social s'attend à ce que l'individu adopte certaines façons de se comporter. Le groupe de référence de cet individu jugera adéquat le comportement de ce dernier selon qu'il se conformera aux normes que ce groupe prescrit. L'adaptation sociale reflète l'interaction d'un individu avec d'autres individus, ses satisfactions et sa performance relative à divers rôles qu'il doit jouer et qui est influencée par sa personnalité, les attentes de sa famille et de sa culture.

Nous avons retenu les échelles de Katz (1963) pour mesurer le concept d'adaptation psycho-sociale qui réunit deux dimensions, l'une, le fonctionnement personnel et l'autre, le fonctionnement social, le tout par rapport aux attentes de l'individu et de son entourage. De plus, nous avons ajouté à cet outil un questionnaire qui recueille des renseignements sur la perception qu'a l'individu de son environnement et l'utilisation qu'il fait de celui-ci.

Cinquante-sept malades du quartier suivis auparavant dans les consultations externes d'un hôpital psychiatrique ont été interviewés après leur premier rendez-vous au Centre. Soixante-deux sujets ont été choisis selon la méthode aléatoire à partir de la liste des 300 malades chroniques habitant le secteur de l'hôpital et traités dans les consultations externes du même hôpital. On a, dans ce choix, tenté de garder des proportions semblables, dans les deux groupes, de femmes et d'hommes et de classes d'âge. Un groupe de référence composé de 59 individus du quartier, non identifiés malades mentaux, a été choisi à partir des listes de recensement de 1971. Nous avons tenté d'apparier chaque sujet du Centre à un individu normal d'après des critères de sexe, de classes d'âge et de lieu d'habitation soit, un pâté de dix maisons. Ce groupe devait nous permettre d'identifier le niveau d'adaptation psycho-sociale de cette communauté.

Chaque sujet a répondu à l'inventaire de Katz (échelles S) et au questionnaire socio-démographique. Un informateur-clé pour chaque malade a répondu aux échelles R de Katz. Des données ont également été recueillies sur les interventions socio-cliniques de l'équipe du Centre. Ces dernières données ne feront pas l'objet de discussion ici.

LES RESULTATS ET LA DISCUSSION

Au début de la recherche, les sujets de l'hôpital présentaient une meilleure adaptation globale que les sujets du Centre quoiqu'on notait peu de différence par rapport aux domaines spécifiques de la symptomatologie, du rendement dans les activités sociales et des attentes face aux activités sociales; seule la satisfaction des malades du Centre au sujet des activités libres était plus élevée. Comme ces derniers faisaient peu d'activités libres, ce résultat confirme leur bas niveau d'adaptation; ils étaient satisfaits de ne rien faire. Nous avons attribué ce bas niveau d'adaptation chez les sujets du Centre aux conditions de vie beaucoup moins favorables pour la population desservie par le Centre. Ainsi, 36% des sujets du Centre vivent seuls en chambre et 6% des sujets de l'hôpital sont dans la même situation en comparaison de 10% des sujets du groupe de référence.

Après vingt-sept mois, les deux groupes de malades obtenaient des scores globaux d'adaptation semblables quoique les sujets du Centre semblaient présenter une socialisation plus marquée de même qu'une plus grande satisfaction face aux activités libres et, cette fois, ils avaient plus d'activités libres que les sujets de l'hôpital. A la fin de l'étude, les clients du Centre s'étaient sensiblement rapprochés des sujets du groupe de référence sur le plan des activités sociales et des activités libres.

En terme d'évolution générale, les deux groupes de malades évoluent différemment. Quant au groupe de l'hôpital, l'inventaire de Katz montre un changement assez inusité, soit une amélioration considérable à toutes les échelles après douze mois, suivie d'un retour à la situation initiale après quinze autres mois. A notre connaissance, aucune modification n'a été faite dans le traitement de ces sujets suivis de longue date. Cette amélioration n'apparaît pas dans les autres échelles d'adaptation. La perception de l'environnement, les activités familiales et le réseau social restent à peu près identiques tandis que les activités libres ont une tendance à diminuer. Chez les sujets du Centre, on note durant les douze premiers mois une amélioration marquée qui se ralentit par la suite. Ainsi, les sujets du Centre ont acquis une meilleure adaptation sociale, une utilisation accrue de leur environnement et une ouverture plus grande de la perception de cet environnement. Par ailleurs, on remarque qu'à l'inventaire de Katz la symptomatologie présentée par les malades ne s'est que peu modifiée et l'adaptation sociale des clients du Centre varie de façon relativement indépendante de la pathologie clinique.

Il ressort de ces résultats que le groupe de l'hôpital est relativement stable et semble bien coiffer le modèle de malade chronique. Le tableau n'est toutefois pas aussi clair en ce qui a trait au groupe du Centre. Ces sujets ont constamment évolué dans un sens positif. Aux échelles de Katz, ils ont rejoint le groupe de l'hôpital. Ce résultat nous laisse toutefois insatisfaits. Ces malades peuvent-ils encore s'améliorer ou ont-ils

atteint le plateau où se situent les sujets de l'hôpital ? Les changements que nous observons sont-ils réellement dus aux services du Centre ou à d'autres variables dans cette situation qui influent sur les résultats obtenus ?

Il est évident que dans un système aussi complexe que l'interaction malade - institution de santé-communauté, les possibilités de relations de dépendance entre les éléments du système sont si nombreuses que l'on ne peut clairement attribuer les résultats à l'une ou à l'autre variable. Ces variables peuvent être contrôlées dans la mesure où les sujets à l'étude sont semblables, issus d'une même population et exposés à des conditions semblables. Notre première question a été de savoir si nos sujets malades étaient comparables.

Les deux groupes de malades satisfont aux critères de la définition opérationnelle de "malade chronique". C'est un fait bien connu que le terme "malade chronique" recouvre un ensemble varié de conditions psychiatriques où la schizophrénie est abondamment représentée mais où se retrouvent aussi divers problèmes reliés à un degré d'incompétence sociale. On cherche un ensemble de critères descriptifs communs sous cette appellation et les malades sont finalement identifiés en fonction du temps passé dans le réseau psychiatrique. Par beaucoup d'aspects, les sujets sont semblables (sexe, âge, revenu, éducation, diagnostic, thérapie et médication antérieures). Certaines données nous laissent toutefois croire que les deux groupes ont des différences dont l'importance est difficile à évaluer.

Les sujets de l'hôpital ont tendance à avoir été hospitalisés un peu plus longtemps. La dernière hospitalisation de 42% des sujets de l'hôpital a duré plus de 7 mois comparativement à 17% des sujets du Centre. Seulement 7% des sujets du Centre n'ont été admis qu'une fois à l'hôpital ; cette situation se retrouve chez 32% des sujets de l'hôpital. Par ailleurs, un plus grand nombre de sujets du Centre vivent seuls en chambre (Centre 36.8% ; hôpital 6.5%) tandis que le tiers des sujets de l'hôpital demeurent dans des foyers d'hébergement (Centre 8.8% ; hôpital 33.9%). Avons-nous affaire à des groupes dont la pathologie est essentiellement différente en terme de processus primaire ? Le groupe du Centre manifesterait-il un degré élevé d'incompétence sociale et une capacité très limitée de faire face aux situations de stress à cause de son milieu socio-culturel carencé en supports familiaux et en mécanismes d'intégration sociale (Leighton D.C. et coll., 1963) ? Le fait que ce dernier groupe, surtout les sujets habitant seuls, répond favorablement à la stimulation sociale du Centre nous incite à répondre dans l'affirmative.

Un autre élément nous semble intéressant dans cette problématique. Il s'agit de la symptomatologie. En tout temps, les sujets du Centre se perçoivent plus "malades" que les sujets de l'hôpital. A l'amélioration marquée de l'adaptation sociale après 12 mois, correspond une élévation de la symptomatologie. Il est possible que les demandes faites aux malades par les thérapeutes qui incitaient ceux-là à élargir leur réseau de communi-

cation aient augmenté l'anxiété des sujets, d'autant plus que la médication était considérablement diminuée. Après 27 mois, les sujets du Centre accusent moins de symptômes qu'au début mais légèrement plus que les sujets de l'hôpital. Il faut se rappeler que deux groupes de symptômes perçus par l'informateur-clé, "être nerveux et avoir des comportements et des croyances étranges", ont une valeur quantitative dans le score global d'adaptation. Au début, les deux groupes sont perçus de façon semblable par leurs informateurs-clés respectifs en ce qui a trait à la nervosité; après douze mois, leur nervosité a diminué légèrement. Quant aux comportements bizarres, les scores des malades du Centre, que leur attribuent les informateurs-clés augmentent au fur et à mesure que l'étude progresse. En d'autres mots, les informateurs-clés du Centre diffèrent des sujets de ce groupe dans leur évaluation de la symptomatologie. Plus les malades du Centre ont un rendement élevé dans leurs activités sociales et leurs activités libres, plus ils répondent aux attentes de leur entourage en ce qui a trait aux activités sociales et plus ils agrandissent leur réseau social de communication, plus les informateurs-clés perçoivent chez ceux-là des comportements bizarres. Katz regroupe sous la catégorie "bizarrerie" les symptômes suivants : faire de mauvais rêves; agir comme s'il voyait des gens ou des choses qui ne sont pas là; faire des choses étranges sans raison; parler de choses étranges qui se passent dans son corps; avoir des croyances bizarres. Ce résultat soulève le problème fondamental de la perception qu'a l'environnement du malade mental et, à toutes fins pratiques, des possibilités d'adaptation des sujets.

Dans sa conception de l'adaptation psycho-sociale, Katz attache une grande importance à l'opinion que se fait l'informateur-clé (un parent, le conjoint ou un ami intime) du malade. Selon cet auteur, l'environnement dicte dans une large mesure les comportements d'un individu en lui imposant des normes et en lui communiquant de façon plus ou moins claire des attentes relatives au comportement de celui-ci. D'un côté, les sujets de l'hôpital et leurs informateurs-clés présentent une concordance hautement significative en ce qui a trait à l'évaluation des diverses dimensions de l'adaptation du malade. On a l'impression que ces informateurs-clés sont les miroirs des malades. Ce résultat est d'ailleurs confirmé par un autre résultat, soit un foyer de contrôle externe très élevé (croyance par un individu que des personnes influentes de l'environnement contrôlent son destin) chez les sujets de l'hôpital placés en foyers d'hébergement.

De l'autre côté, il y a absence de corrélation ou des faibles corrélations entre les scores des malades du Centre et ceux de leurs informateurs-clés au sujet de la symptomatologie, des attentes face au rendement social, de la satisfaction relative aux activités sociales et aux activités libres. En ce qui a trait aux activités de type social, les informateurs-clés ont perçu une amélioration chez les sujets du Centre mais ceux-là ne voient pas les malades aussi développés socialement que les malades se voient eux-mêmes. Les malades ont d'ailleurs des attentes plus grandes envers eux-mêmes en ce qui a trait à leur rendement social que les informateurs-

clés en ont. Entre le début et la fin des derniers quinze mois de l'étude, les informateurs-clés perçoivent chez les malades une légère aggravation des symptômes classifiés sous le négativisme, les sentiments d'impuissance, l'anxiété, le retrait et le ralentissement, la bizarrerie, et une aggravation significative par rapport aux comportements de méfiance et d'hyperactivité. Selon ces informateurs-clés, les comportements des malades se sont détériorés de façon significative au cours de l'étude, dans trois catégories: le retrait et le ralentissement, la bizarrerie et l'hyperactivité. Le tableau plutôt ambigu que présentent les informateurs-clés et le fait que les malades du Centre soient isolés socialement au départ (nous avons eu de la difficulté à trouver un répondant pour plusieurs malades) indiquent que ces derniers sont probablement moins connus de leur entourage que le sont les malades de l'hôpital qui vivent avec leur famille ou dans des foyers d'hébergement. Cette situation pourrait aussi expliquer le haut score de "bizarrerie" que les informateurs-clés attribuent aux sujets du Centre. Ces malades ont-ils des façons de faire ou d'être qui les distinguent beaucoup des autres ou continue-t-on à les percevoir comme étranges parce qu'ils ont déjà eu des comportements singuliers ?

Des études sur le phénomène de "stigmatisation" ont été faites auprès des membres de la famille d'un malade qui avait eu son congé de l'hôpital dans la dernière année (Freeman et Simmons, 1968) ou bien auprès de malades eux-mêmes après leur congé de l'hôpital (Cumming et Cumming, 1968). Il nous manque toutefois des données en ce qui a trait aux liens de parenté entre les informateurs-clés et les malades pour penser à ce phénomène comme explication. Le fait que 37% des malades restent seuls en chambre et que les malades eux-mêmes se sentent mieux et améliorent leur rendement social nous éloigne de cette interprétation.

Ce sont les études sur les attitudes sociales face à la maladie mentale qui semblent le mieux nous fournir quelques éclaircissements. Ces études se divisent en deux groupes quant à leurs résultats. D'une part, un ensemble d'études a montré que le public en général exprime des sentiments de peur et de manque de confiance envers les ex-malades mentaux; d'autre part, un autre ensemble d'études arrive à la conclusion que le public garde des attitudes positives envers les malades mentaux. Par contre, l'étude très connue de Nunally (1961) a démontré que les gens sont inconsistants dans leurs attitudes envers la santé mentale. Lors d'une recherche plus récente menée dans trois pays, le sud-est de l'Angleterre, Hawaï et l'état du Delaware, Zavalloni et Askenasy (1974) sont arrivés à confirmer cette hypothèse d'inconsistance. Ils trouvent que l'on peut grouper les gens en deux classes, l'une formée de gens "humanitaires" qui voient les malades mentaux comme des gens ordinaires capables d'atteindre le succès, l'autre, formée de gens intolérants pour qui les malades mentaux sont dangereux, incurables et toujours en danger de rechuter.

La résistance d'un certain segment de la communauté à accepter des membres déviants rend bien difficile la tâche du Centre de modifier le "transfert institutionnel" des malades chroniques habitués de longue date à leurs ressources psychiatriques. Les résultats de la recherche appuient la nécessité de maintenir sinon d'accentuer les interventions à caractère social, mais nous pouvons nous demander dans quelle mesure le Centre a atteint lui aussi un point de saturation dans sa capacité de stimulation sociale. Nous avons l'impression que l'étape la plus difficile pour le malade et sa communauté n'est pas nécessairement son retour dans sa communauté d'origine alors qu'il peut encore circuler dans une filière psychiatrique: consultation externe, ateliers protégés, ressources de loisirs pour malades psychiatriques, maisons de chambres où certains malades se regroupent spontanément. Le point tournant nous paraît être le retour vers la vie ordinaire du quartier avec l'utilisation de ses ressources propres. Comme les traitements dits psychiatriques semblent expliquer assez peu les améliorations enregistrées, faut-il alors penser à des formes d'apprentissage d'habiletés sociales (life skills - apprendre à faire des choses, apprendre à être dans diverses situations) qui rendraient l'individu plus acceptable à sa communauté (Training Research and Development Station, 1973). Les malades apprendraient avec des non-professionnels à ne plus se percevoir, et donc à ne plus agir, comme des malades mais comme des étudiants qui poursuivent des objectifs concrets et réalisables.

Il importe de souligner quelques autres points à considérer dans tout programme pour ce type de malades. Les sujets féminins présentent un score global d'adaptation plus élevé que les sujets masculins aux trois temps de l'étude, surtout après vingt-sept mois et ce, dans les deux groupes. De plus, les sujets féminins des deux groupes ont amélioré leur adaptation psycho-sociale plus rapidement que les sujets masculins. Si le sexe du sujet joue un rôle important au niveau des différences structurelles entre les individus, la variable "âge" est négligeable. Le type de logement semble aussi d'une importance capitale. Les sujets du Centre résidant en chambre se sont constamment améliorés tandis que les sujets en foyers d'hébergement s'améliorent un peu, puis régressent à la fin de l'étude. Il semble que la nature du foyer peut constituer un milieu par excellence où le sujet se trouve dans une position de fermeture vis-à-vis de l'extérieur du foyer, une "reproduction" en miniature de l'hôpital psychiatrique.

CONCLUSION

L'approche préconisée par le Centre face à la clientèle de malades chroniques défavorisés nous paraît devoir être encouragée et même poussée davantage particulièrement dans ses aspects d'utilisation et de mobilisation de l'environnement. C'est ainsi qu'après vingt-sept mois, les clients du Centre démontrent une amélioration soutenue dans leur adaptation psy-

cho-sociale. Par ailleurs, nous avons l'impression qu'un point de saturation est peut-être en voie d'être atteint après deux ans de traitement et que ceci devrait commander une réduction importante des investissements cliniques et un déplacement des clients vers des ressources et des modes d'intervention moins identifiés comme psychiatriques et plus près de la réalité de la communauté desservie. Si cette dernière perspective se réalise, il serait alors intéressant de reprendre dans quelques années l'analyse de l'adaptation psycho-sociale chez les mêmes sujets.

REFERENCES

- Cumming, J. et Cumming, E. "On the stigma of mental illness" in S.P. Spitzer et N.K. Denzin (édit.). *The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance*. New York; McGraw Hill, 1968 409-419
- Freeman, H.E. et Simmons, D.G. "Feelings of stigma among relatives of former mental patients" in S.P. Spitzer et N.K. Denzin (édit.). *The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: McGraw Hill, 1968, 391-401
- Gascon, L. et coll. *Evaluation des services aux malades mentaux chroniques dans un centre de santé mentale communautaire*. Montréal: Centre de santé mentale communautaire et Faculté de Nursing, 1977.
- Katz, M.N. et coll. "Method of measuring adjustment and social behavior in the community: I Rationale, description, discriminative validity and scale development". *Psychol. Reports* 13, 1963, 503-535.
- Leighton, D.C. et coll. *The character of Danger*. New York: Basic Books, 1963.
- Munally, J.C. *Popular Conceptions of Mental Illness*. New York: Rinehart and Winston, 1961.
- St. Jean, Richard. "Evolution des services aux malades mentaux chroniques dans un centre de santé mentale communautaire". *Santé mentale au Québec*, 1 (1), 1976, 75-98.
- Training Research and Development Station. *The Dynamics of Life Skills Coaching*. Prince Albert, Sask.: Department of Manpower and Immigration, 1973.
- Zavalloni, M. et Askenasy, A. "Community attitudes toward mental illness and mental patients" in Alexander Askenasy. *Attitudes Toward Mental Patients*. The Hague: Mouton & Co., 1974, 201-285.

SUMMARY

The author discusses some findings of a study done at the Centre de Santé Mentale which sought to comparatively evaluate the impact on the chronic mental patient, of a community and a psychiatric hospital approach. After explaining the guiding philosophy of the Centre as well as its interventive programs, the author briefly describes the research methodology before undertaking a move thorough discussion of certain results. She notes (initially) that the Katz Social adaptation score of the Centre's chronic patients increased during the 22 months study to equal that of the hospital patients. Nonetheless, the Centre patients exhibited a more marked socialization, a higher satisfaction level with freetime activities, and, at the same time, had more of these activities than the hospital patients. The author raises the questions of possible further progress of the Centre patient and whether the observed changes result from Centre services. The ensuing discussion of symptoms points to a greater symptom level in Centre subjects as well as a higher "sick" self-perception. In addition, a divergence is evident between the key informant's symptom perception and that of the Centre patient, a divergence which underlines the problem of the environment's perception of the mentally ill and the possibilities of their reintegration. Finally the author proposes a program accentuating the Centre approach, particularly those aspects which mobilise and utilise community resources.