

Psykisk hälsa ur ett sociologiskt perspektiv

Psykisk hälsa och platsens betydelse – en sociologs betraktelse

Antoinette Hetzler

Sociologiska teorier om beteende har lagt mycket tid på att utforska platsens och i förlängningen omgivningens påverkan av individen. I artikeln presenteras en kort historisk genomgång om utvecklingen av mentalvården i Sverige, som belyser hur platsen för vård speglar ett samspel mellan vetenskap och politik för att till sist blandas sammans i begreppet, den terapeutiska staten. Jag diskuterar också sociologers tankar om psykisk hälsa och ohälsa. Jag återkommer till psykisk ohälsa i Sverige genom att redovisa delar av tre olika undersökningar som jag har genomfört. I en anslutande diskussion skapar jag en ny bild av 'platsen' och den psykiska hälsan sett utifrån ett sociologiskt perspektiv.

Antoinette Hetzler är professor i sociologi med inriktning mot socialpolitik vid Lunds Universitet.

Kontakt: Antoinette.Hetzler@soc.lu.se

Sveriges äldsta vårdanstalter kallades hospital. Hospital skulle intaga ”tills vidare förnämligast dårar och svagsinta, därnäst andre fattige och orkeslöse människor.” Hospitalet var främst en asyl, en fristad, och i mindre grad en sjukinrättning (Mentalvårdsmuseet, Säter). Det rumsliga blev en del av politiken men det gick långsamt framåt innan det började växa upp ett antal statliga anstalter för de mentalsjuka.¹ I många delar av Sverige fanns inga vårdanstalter. I avvaktan på vårdplatser vid landets hospital skulle patienterna observeras och en diagnos skulle fastställas. Platsen då var en

”dårkur” som var en cellbyggnad för oroliga människor. Om patienten inte tillfrisknade skickades han eller hon till hospitalen i Lund, Uppsala, Västena eller Kristinehamn.²

I syfte att informera sig om tillståndet i landet för sinnessjuka och sinnesslöa människor beslutade regeringen vid förra sekelskiftet att en statlig utredning skulle ta reda på hur många av de sinnessjuka som var i behov av anstaltsvård. Utifrån ett modernt synsätt man kan säga att utredningen syftade till att få fram vilka platser, vilka rum, som frambringade den psykisk ohälsa. Man fann att det var skogslä-

nen, där fattigdom och isolering skapade grogrund för, och därmed högre frekvens av, psykisk ohälsa, som hade flest vårdbehövande. Slutsatsen var att den nya anstalten skulle förläggas till Säter.

På väg till den terapeutiska staten

Det finns ett återkommande mönster i den historiska synen på och agerandet gentemot psykiskt sjuka i de flesta länder: isolering, i celler eller på vindar, för observation, därefter utslutning ur den lokala gemenskapen, bortförsling till hospital. Att markera tydliga gränser mellan de psykiskt sjuka och deras abnormitet, i förhållande till friska, normala människor, att bygga in och isolera avvikandet, socialt och rumsligt.

Platsen, rummet, den spatiala dimensionen, är en vanlig variabel i politiska och vetenskapliga diskussioner och analyser som berör olika former psykiska funktionshinder och behandlingen av dem. Asyl var ursprungligen en plats där den psykiskt sjuke skulle få skydd mot vanvård och isolering. Med tiden kom emellertid denna plats att förändras, från den fristad som beteckningen implicerar till en anstalt, en förvaringsplats för psykiskt sjuka, vars främsta funktion var att isolera dessa människor från det övriga samhället. Denna utveckling var så mycket mera oacceptabel som det parallellt utvecklades nya medicinska och terapeutiska behandlingsmetoder. När staten 1967 lämnade över ansvaret för mentalsjukvården till landstingen inleddes en ny era som tog tillvara de nya tankegångarna

i form av öppenvård, gruppboende och avinstitutionalisering. När sedan kommunerna fick det huvudsakliga ansvaret för psykiskt funktionshindrade 1996 innebar det att den rumsliga dimensionen åter dominerades av inklusion i samhället och social integration.³

Det finns hela tiden ett samspel mellan politik och vetenskap i den historiska utvecklingen av mentalvården. När psykisk ohälsa betraktades som obotligt gick politiken ut på att skapa förvaringsutrymme, en plats, ett rum, en säng. Därefter fick kommunen ta över ansvaret och lösa situationen på bästa möjliga sätt. Med ett ändrat synsätt – ”en mängd sinnessjuka kunde till helsan återställas” (Kngl. Maj:t 14 oktober 1854) – ansågs det rimligt att ställa resurser till förfogande för vård och behandling. Under denna tid, som också kännetecknas av införandet av en medicinsk modell för psykisk hälsa i Sverige (1829–1929) var vetenskapens främsta roll att reda ut vilken geografisk plats som hade störst behov av att få en statlig anstalt. Utredningar och undersökningar, till exempel 1854, 1901 och 1913, gick helt enkelt ut på att räkna folk och att samla in information genom bland annat provinsialläkarnas årsrapporter till Medicinalstyrelsen om tillståndet i länen.

Vi räknar fortfarande folk, och vi försöker fortfarande nå en vetenskapligt grundad insikt om vilka platser som producerar mer psykisk sjukdom än annorstädes. Vi har också gjort metodologiska framsteg när det gäller att fastställa vilka egenskaper som har ett samband med upplevd psykisk ohälsa.

Med en förändrat syn på möjligheterna att faktiskt bota psykiskt sjuka följde att man ifrågasatte diagnostisering av psykisk sjukdom. Vetenskapen såg nu som sin uppgift att studera de beslutsprocesser varigenom en individ mot sin vilja tilldelas en psykiatrisk diagnos och blir föremål för vård och behandling inom ett psykiatriskt etablissemang med nya professioner, nya läkemedel, och nya behandlingsprogram.

Sociologer har under lång tid undersökt statens roll i frambringandet av en medicinsk modell för psykisk hälsa. Idag använder forskare begreppet ”den terapeutiska staten” (Szasz 2001; Chriss, 1999; Polsky 1993), och man arbetar med ett dubbelt perspektiv: Vilka faktorer i individens omgivning bidrar till eller förhindrar att psykisk sjukdom uppkommer och ges en diagnos?; och hur fungerar uppbyggnaden av vård och omsorg för psykiskt funktionshindrade, och vad blir resultaten?

Det dubbla perspektivet har helt nyligen, i Sverige och i vissa andra länder, vidgats till ett tredubbelt perspektiv, i och med att man nu studerar det som kallas självselektering, det vill säga att individen definierar sig själv som psykiskt sjuk. Många gånger är det individer som upplever att deras somatiska tillstånd, till exempel sömnsvårigheter och trötthet, eller hjärtklappning, som uttryck för psykisk ohälsa. Detta fenomen betraktas i Sverige som en ”attitydförändring” i befolkningen.

Dagens sociologiska forskning om psykisk ohälsa i Sverige har en vidgad ansats; man räknar inte längre bara individegenskaper och relaterar dem

till den tilldelade psykiatriska diagnosen. Man ifrågasätter också den process och procedur varigenom en viss diagnos specificeras och tilldelas. Detta innebär att den sociologiska vetenskapen inte accepterar en biomedicinsk modell för psykisk hälsa som en naturlig vetenskaplig utgångspunkt för empiriska studier och teoretisk forskning.

Efter en kort genomgång av den sociologiska forskningen om psykisk hälsa och ohälsa, ska jag presentera några av mina egna forskningsresultat och reflektera kring dem mot bakgrund av några aktuella samhällsfenomen.

Den psykiska hälsans sociologi

Det finns två huvudinriktningar inom den sociologiska forskningen och teoribildningen kring psykisk hälsa. En handlar om förhållandet mellan det psykiska hälsotillståndet och den sociala omgivningen. Det finns en rad numera klassiska studier som påvisat samband mellan psykisk ohälsa och socioekonomisk klasstillhörighet (t ex Hollingshead & Redlich 1958). Brenner (1973) visar att frekvensen psykisk ohälsa samvarierar med cykliska ekonomiska förändringar. Brown & Harris (1978) definierade indikatorer som ökar risken för depression för vissa kvinnor. Deras forskning har dock kritiserats för att betrakta individernas reaktioner till stress som felaktiga, och som orsaker till den psykiska ohälsan. Kritikerna menar att man måste analysera orsakerna till den ökade stressen i samhället.

Den andra huvudinriktningen ifrå-

gasätter begreppet ”mental ohälsa” och motiven bakom interventioner från olika yrkesgrupper i behandlingen av psykisk ohälsa (Illich 1977; Friedson 1970). Under 1960-talet fanns en tendens till att betrakta ”mental ohälsa” som ett ideologiskt begrepp vars underbyggnad var en moralisk eller etisk agenda för hur folk skulle leva sina liv. Denna inriktning, som ibland betecknades som ”anti-psykiatri”, vände sig mot den biomedicinska modellen för psykisk hälsa/ohälsa, det vill säga föreställningen att de specifika orsakerna till psykisk ohälsa står att finna i individen, till exempel i form av infektioner, eller kemisk obalans. Anti-psykiatri betonade istället den sociala omgivningens betydelse för förändringar i det psykiska hälsotillståndet. Man menade också att vissa yrkesgrupper fungerar som sociala kontrollinstanser (Foucault 1961; Szasz 1961; Goffman 1961; Scheff 1966).⁴

Avinstitutionaliseringen av mentalvården genomfördes relativt sent i Sverige. Denna process, som påbörjades i flera andra länder under 1960-talet, påbörjades i Sverige först under 1980-talet. Den biomedicinska förståelsen av psykisk ohälsa var det dominerande synsättet inom svensk mentalvård, och präglade inte bara utformningen av vårdens innehåll, utan därtill såväl lagstiftningen om mentalvården som vårdapparatusens utformning (Hetzler 1978). Inom ramen för folkhems- och välfärdsstatsideologin utvecklades parallellt en relation till den egna befolkningen som kan karakteriseras som ”terapeutiskt”; olika typer av även mildt avvikande

beteenden skulle behandlas inom den psykiatriska vården, medicinskt eller terapeutiskt. Inom svensk sociologi utvecklades aldrig någon motsvarighet till den anti-psykiatri som växte fram i utlandet, trots att olika alternativa sociala rörelser tog upp frågan.

Under perioden 1997–2004 ökade antalet långtidssjukskrivningar i Sverige dramatiskt, och psykiatriska diagnoser stod för en stor del av ökningen. Den vetenskapliga analysen av denna utveckling kom att domineras av ekonomiteoretiska förklaringsmodeller. Framför allt användes incitamentsmodellen på så sätt att det ansågs att ersättningssystemets utformning stimulerar överutnyttjande av sjukersättningen. Men detta förklarar knappast varför frånvaron på grund av psykiska besvär ökade mer än frånvaro med andra diagnoser. Sociologiska analyser av detta fenomen har primärt fokuserat individens egenskaper, där klass och kön dominerat men även sårbarhet på arbetsmarknaden ansetts vara en betydelsefull förklaring (Marklund 1995). Anpassningsstrukturer och stödstrukturer är betydelsefulla när det gäller att motverka psykisk ohälsa. Forskningen har utgått från en ”push–pull”-modell som innebär att individen väljer sjukdom för att utnyttja trygghetssystemet, eller att arbetsmiljön är orsak till den ökade sjukfrånvaron. Det sociologiska bidraget till förståelse av förekomsten knyts här ihop med en hypotes om social stress, som menar att kronisk stress skapar psykisk ohälsa. Andra sociologer har studerat organiseringen av sjukvården och läkarnas organisationstillhörighet som viktiga förklaringsfaktorer när

det gäller diagnostisering, sjukskrivning, samt framgångsrik behandling av psykisk ohälsa (Hetzler 2005).

Psykisk ohälsa i Sverige

Jag ska i det följande i all korthet redovisa tre olika undersökningar som jag gjort och som tillsammans bidrar till att skapa en bild av psykisk ohälsa i Sverige. En undersökning från mitten av 1970-talet handlar om ofrivillig intagning till mentalsjukhus (Hetzler 1978); den andra undersökningen behandlar avslutade långtidssjukfall 1990 och 2002 (Hetzler, Melén & Bjerstedt 2005); den tredje studien identifierar barn med ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, eller DAMP, Deficits in Attention, Motor control and Perception, en form av utvecklingsavvikelse med debut i barndomen och med dominerande symtom i form av bristande uppmärksamhet, koncentrationssvårigheter, överaktivitet och impulskontrollbrist (Hetzler 2003).

Sluten psykiatrisk vård

Den första undersökningen behandlar frågan om vem i Sverige under 1970-talets första år som var intagen till sluten psykiatrisk vård mot sin vilja. Jag var intresserad av att få fram vilka sociala situationer som framtvungar den rättsliga lösning som innebär tvångsintagning till mentalsjukhus. Jag fann att de olika situationerna kan sammanfattas i fem sociala kategorier som framtvungar tillämpning av lagen om tvångsintagning, och även kan leda till att människor frivilligt sökte hjälp på mentalsjukhus. Kategorierna är

1. ålderdomsbesvär
2. depression eller självmordstendens
3. alkoholproblem
4. virrigt eller skrämmande beteende, samt
5. våldshandlingar.

På motsvarande sätt ”erbjöd” mentalsjukhuset som plats följande ”tjänster” vid intagning, såväl frivillig som tvingande:

- Sjukhuset tjänstgör som ”sista tillflyktsort” som tar emot personer från andra institutioner;
- sjukhuset fungerar som social kontrollanstalt och gör det möjligt att avskilja besvärliga patienter från det dagliga livet;
- sjukhuset tjänstgör som serviceorgan genom att ”tala förstånd” med personer som har gjort självmordsförsök eller är deprimerade;
- sjukhuset fungerar – och framstår i samhällsmedborgarnas ögon – som förvaringsplats, dit man kan förpassa individer som plötsligt börjar uppträda hotfullt och skrämmande eller plötsligt har begått våldshandlingar mot andra.

Initiativet till ansökan om tvångsintagningarna i min studie kom huvudsakligen från andra sociala institutioner. De flesta tvångsintagna skrevs ut efter mycket korta vistelser, i de flesta fall kortare tid än trettio dygn. De svenska mentalvårdslagarna tjänstgjorde i realiteten som instrument med vars hjälp många andra institutioner fick avlastning i akutsituationer; kategorisering och förflyttning av besvärliga individer var i själva verket en

relativt enkel åtgärd, helt oberoende av lagstiftningen.

Avslutade långtidssjukfall

I de två undersökningarna av avslutade långtidssjukfall, från dels 1990-92, dels 2002, visades att individer boende i städer hade högre frekvens psykiatriska diagnoser. Detta gäller dock bara på aggregerad nivå. Bryter man ned diagnosgruppen psykiatriska diagnoser finns ett brett spektrum av olika former av psykisk ohälsa, med skilda diagnostiska beteckningar. Här finns skillnader mellan vissa städer och vissa smärre landsbygdssområden. Intressant att notera är att den skillnad som uppmättes i början av 1990-talet mellan stad och land när det gäller diagnosen "Akut stressreaktion" (F43.0) hade helt jämnats ut 2002.

Av betydelse när det gäller hur psykiatriska diagnoser fördelas är inte så mycken den geografiska plats som patienten kommer ifrån, utan den plats i sjuk- och hälsovårdsorganisationen som hon vänt sig till för att få behandling, och hur den platsen behandlar henne. Och plats i den här meningen varierar kraftigt mellan 1990-92 och 2002. Diagnostiseringen av psykiska sjukdomar har flyttat från lasaretten till vårdcentralerna. Vid båda tillfällena hade dessutom privatläkarpraktiken en framstående placering. Samtidigt ökade den genomsnittliga sjukskrivningslängden för de vanligaste psykiska sjukdomstillstånden, förstämningssyndrom och neurotiska syndrom. I det förra fallet med nästan 100 dagar för diagnosen "Depressiv episod", och i det senare med 67 dagar för diagnosen "Akut stressreaktion".

Barn med DAMP- eller ADHD-diagnos

1998 genomförde jag en totalundersökning av föräldrar som sökt bidrag från försäkringskassan för vård av ett eller flera handikappade barn i hemmet. Vid denna tid hade antalet ansökningar av denna typ ökat för just barn med psykiska handikapp. Ofta var det barn med en så kallad bokstavsdagnos; på den tiden var det DAMP, dessförinnan MBD (Minimal Brain Dysfunction), idag i första hand ADHD. 1998 gällde 11 procent av alla vårdbidragsansökningar barn med DAMP-diagnos (N=3 617). DAMP-diagnosen ingår i diagnosgruppen "Psykisk störning" som också innefattar utvecklingsstörning, barnpsykos och andra störningar i barns utveckling.

Min studie fokuserade familjen med ett handikappat barn – deras vardagsliv, och på vilket sätt socialpolitiken underlättar deras liv, till exempel genom att erbjuda ekonomisk kompensation. Jag ville veta vilka familjer som får vårdbidrag och vilka som inte får sin ansökan beviljad, samt i vilken utsträckning handläggningen av ärendet och handläggarens förslag till beslut påverkar utgången i ärendet.

Det var framför allt två saker jag noterade i den här undersökningen. Det första var att andelen handikapp baserat på psykisk sjukdom ökat i mitt material bestående av ansökningar om vårdbidrag. Ökningen ägde rum några år tidigare än ökningen av psykiatriska diagnoser hos vuxna långtidssjukskrivna; i barnpopulationen inleddes ökningen 1989, i vuxenpopulationen vid mitten av 1990-talet. Men båda utvecklingstrådarna får ses

som tecken på en ökad upplevd psykisk ohälsa i samhället. Det andra jag märkte var att fem län svarade för 32 procent av DAMP-fallen, trots att de bara stod för 24 procent av samtliga vårdbidragsansökningar. De fem länen var Norrbottens, Värmlands, Bohus-, Hallands och Kristianstad län. De tre storstadslänen Stockholm, Göteborg och Malmö⁵ hade under samma period en mindre andel fall än deras andel av ansökningarna.

Diskussion

Tid och rum är dimensioner som genomsyrar en sociologisk förståelse av grunderna för psykisk hälsa och ohälsa. Rummet, den spatiala dimensionen, har ett tydligt samband med psykiska hälsotillstånd, men kan inte visas vara en orsak till psykisk ohälsa. Med redovisningen i det föregående av tre (rätts-)sociologiska undersökningar vill jag visa att det vetenskapliga perspektivet i sociologisk forskning erbjuder en ny och spännande innebörd i begreppet plats, nämligen som mötesplatsen där vardagslivet konfronteras med den obönhörliga myndighetskultur vars uppgift det är att erbjuda vård och behandling till psykiskt sjuka, med målet att de ska kunna återgå till normalitet så snart som möjligt. Den sociologiska modellen för analys och förståelse av den glidande skalan mellan psykisk hälsa och ohälsa, till skillnad från den medicinska modellen, hävdar att definitioner av psykisk ohälsa speglar sociala bedömningar. Särskilt påtagligt blir detta när ett beteende betraktas som oacceptabelt eller helt enkelt obegripligt, när det faller utanför socialt accepterade normer.

Den första undersökningen om arbetsrutinerna vid, och individens skydd mot, tvångsintagning på anstalt visar hur de stora svenska mentalsjukhusen, strax innan de stängdes, fungerade som en avlastningsinstans för en rad andra sociala institutioner i samhället. Mentalvårdsanstalterna symboliserade gränsen mellan socialt godtagbart beteende och oacceptabla beteendestörningar i ett samhälle med låg tolerans för det avvikande.

Den andra studien visar att den plats inom vårdstrukturen som den psykiskt sjuke kommer i kontakt med på senare år ändrats, från den slutna till den öppna vården, från lasarett till vårdcentral, medan privatläkarmottagningar nu liksom tidigare är en vanlig vårdinstans inom den psykiatriska vården. En konsekvens av denna utveckling har blivit längre sjukskrivningar, mindre kontakt med kvalificerade läkare och en påtaglig isolering från arbetslivet.

Den tredje undersökningen visar tydliga tendenser när det gäller barns välfärd och integrationsproblem inom familjen. Ett antal mindre län runt om i landet sticker ut i materialet på grund av en tendens till överdiagnostisering av barn som hyperaktiva med koncentrationssvårigheter. Också här tycks platsen ha betydelse för åtminstone definitionen av psykisk ohälsa.

Sociologin undersöker variationer i det psykiska hälsotillståndet utifrån många olika synvinklar, men ett genomgående mönster är betoningen på analys av samhälleliga integrationsmekanismer och kopplingen mellan individen – aktören – och samhällsstrukturen – institutionerna.

Referenser

- Brenner, H. (1973) *Mental Illness and the Economy*, Cambridge, Mass.
- Brown, G. och Harris, T. (1978), *Social Origins of Depression*, London.
- Butler, R. och Parr, H. (1999), (eds) *Mind and Body Spaces. New Geographies of Illness, Impairment and Disability*, London.
- Chriss, J. (1999), *Counseling and the Therapeutic State*, New York.
- Friedson, E. (1970), *Professional Dominance*, New York.
- Foucault, M. (1971), *Madness and Civilization*, New York. (*Histoire de la folie*, Paris, 1961).
- Goffman, E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York.
- Kungl. Maj:t 14 oktober 1854
- Hetzler, A. (1978), *I behov av vård?* Stockholm.
- Hetzler, A. (2003), "Care and Discretion: Welfare States Revisited" *International Journal of Law, Policy and the Family*, Vol. 17:1 (68-98) Oxford.
- Hetzler, A. Melen, D. och Bjerstedt, D. (2005), *Sjuk-Sverige*, Stockholm/Stehag
- Hollingshead, A. B. och Redlich, F. C. (1958), *Social Class and Mental Illness*, New York.
- Illich, I. (1977), *Disabling Professions*, London.
- Ingelby, D. (1985), "Mental Health" i Kuper, A. & Kuper, J. (red.) *The Social Science Encyclopedia*, London.
- Marklund, S. (1995) "Vilka blir läntidssjukskrivna?" i Marklund, S. (red.) *Rehabilitering I ett samhällsperspektiv*. Lund.
- Mentalvårdsmuseet, Säter <http://195.149.138.7/mentalvmuseet/psykiatri-utskrift.html>.
- Parr, H. (1998), *The politics of methodology in 'post-medical geography': mental health research and the interview*, <http://www.science-direct.com/science>
- Polsky, A.J. (1993), *The Rise of the Therapeutic State*, New York.
- Scheff, T. (1966), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, London.
- Sibley, D. (1995), *Geographies of Exclusion: Society and Difference in the West*, London.
- Szasz T. (2001), "The therapeutic state" i *The Independent Review*, Vol.5:4.
- Szasz, T. (1961), *The Myth of Mental Illness*, New York.

Noter

- 1 För en utförlig bakgrundsbeskrivning till utvecklingen av den rättsliga regleringen av mentalsjukvården, se Hetzler 1978. I en skriftlig redogörelse (Kungl. Maj:t, oktober 1854) framkom att vård och behandling av sinnessjuka i Sverige utgick från föreställningen att "galenskap" var en sjukdom. Målet för vården var inte längre enbart att "förvara" de mentalt sjuka, utan att "återställa dem till hälsan". Den första lag där vård och behandling av sinnessjuka reglerades stiftades år 1858.
- 2 Den första statliga anstalten för de mentalt sjuka tillkom år 1829 i Vadstena och följdes av andra i Uppsala år 1841, Växjö år 1857 och Stockholm år 1861 (Hetzler, 1978).
- 3 Den humangeografiska forskningen har visat hur den socialpolitik som strävat efter att återintegrera tidigare exkluderade samhällsgrupper fått oförutsedda sociala konsekvenser för det vidare samhället (Silby 1995).
- 4 Genomgången följer Ingelby (1985).
- 5 Undersökningen genomfördes före sammanslagningen av Malmöhus och Kristianstad län till Skåne län och Göteborg, Älvsborgs och Bohuslän till Västra Götaland.

Summary in English

Mental Health and the Importance of "Place"

- A Sociological Perspective

Sociologists have spent a lot of time both on the development of theoretical formulations and on empirical studies analyzing the importance of milieu and in extension the effect of the social environment on human behavior. This article presents a short historical background on the development of mental care in Sweden. The institutions developed for care and treatment of the mentally ill mirror a reciprocal relationship between science and politics. Over time science and politics melted together in Sweden and personified the concept of the "therapeutic state." The article turns to international sociological reasoning about mental health and mental illness to better explain the sociological response to a "therapeutic state." I return to mental illness in Sweden by presenting results from three empirical studies I carried out in Sweden. Each study shows how "place" influenced the care and treatment of individuals defined as mentally ill. The concluding discussion of the article presents a picture of "place" and mental health in Sweden observed from a sociological perspective.

Keywords: Mental illness, sick leaves, ADHD, therapeutic state, mental institutions, public labeling, deviant behavior, social politics, Mental health in Sweden.