

# “Varför säga person? Alla vet väl att det är en person redan”

En kritisk diskursanalys av personbenämningspraktiker vid kommunikation om autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos

Sandra Vilppala

Institutionen för svenska och flerspråkighet

Examensarbete 15 hp

Examensarbete, Språkkonsultprogrammet – kandidatkurs, 15 hp

Vårterminen 2021

Handledare: Lena Lind Palicki

English title: “Why say person? Everyone knows it's a person already” - a critical discourse analysis of personal name practitioners in communication about autism/asperger's (ASD) and bipolar diagnosis



Stockholms  
universitet

# ”Varför säga person? Alla vet väl att det är en person redan”

**En kritisk diskursanalys av personbenämningspraktiker vid kommunikation om autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos**

**Sandra Vilppala**

## Sammanfattning

Det övergripande syftet med den här undersökningen är att studera olika grupper personbenämningspraktiker när det gäller kommunikation om autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos. Det avgränsade syftet är att undersöka person först-språkets position i förhållande till andra personbenämningar.

Undersökningens teoretiska ram och begrepp är hämtade från kritisk diskursanalys och Goffmans stigmatologi. Analysen är både kvantitativ och kvalitativ, och materialet består av 155 svar från en online-enkät. Den kvalitativa analysen är inspirerad av legitimeringsanalys och Goffmans stigmatologi, där den förra utvecklas med begreppet *självvaktorisering*. Undersökningen fokuserar på följande språkliga konstruktioner; *har*-konstruktionen (jag *har* x), *är*-konstruktionen (jag *är* x), *person först*-konstruktionen (*person med* x) och *diagnos först*-konstruktionen (x *person*).

Resultatet visar att ett övergripande mönster går att urskilja: *har*-konstruktionen är den mest föredragna personbenämningen när det gäller kommunikation om autism/asperger ASD-diagnos, och *är*-konstruktionen när det gäller bipolär diagnos. 1 av 10 väljer *person först*-konstruktionen och den är främst de yrkesverksammas preferens. Den minst föredragna av alla grupper är *diagnos först*-konstruktionen. Flertalet (de)legitimeringar sker, typiskt med självvaktorisering, moraliska evalueringar och jämförelser. Två strategier för stigmahantering synliggörs i motiveringarna: acceptansstrategin och assimilationsstrategin.

En slutsats är att personbenämningar har en betydelsefull roll i konstruerandet av identitet. Personbenämningspraktik är komplex, och alla personbenämningarna i undersökningen har potential att stigmatisera. En försiktig slutsats är att person först-språket har en särskilt stigmatiserande effekt och utmanar de berördas benämningsmakt.

### Nyckelord/Keywords

Personbenämningar, person först-språket, inkluderande språk, kritisk diskursanalys, legitimeringsanalys, stigmatologi, identitet, stigma, benämningsmakt, tolkningsföreträdare.



Stockholms  
universitet

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>1</b>
1.1. Syfte	2
1.2. Frågeställningar	2
<b>2. Tidigare forskning</b>	<b>2</b>
<b>3. Teori och analysmetod</b>	<b>4</b>
3.1. Kritisk diskursanalys	4
3.2. Legitimeringsanalys	6
3.2.1. Legitimeringar	7
3.2.2. Delegitimeringar och modifieringar	8
3.3. Stigmat teori	8
3.3.1. Stigmat teoretiska begrepp	9
<b>4. Material och insamlingsmetod</b>	<b>10</b>
4.1. Tillvägagångssätt	13
4.2. Min egen roll	13
<b>5. Analysresultat</b>	<b>14</b>
<b>5.1. Föredragna/icke-föredragna personbenämningar</b>	<b>14</b>
5.1.1. Sammanfattning	18
<b>5.2. Legitimeringsanalys</b>	<b>18</b>
5.2.1. Är-konstruktionen	18
5.2.2. Diagnos först-konstruktionen	19
5.2.3. Har-konstruktionen	19
5.2.4. Person först-konstruktionen	19
5.2.5. Sammanfattning	20
<b>5.3. Stigmahantering</b>	<b>20</b>
5.3.1. Acceptansstrategin	21
5.3.2. Assimilationsstrategin	21
5.3.3. Sammanfattning	22
<b>5.4. Benämningssmakt</b>	<b>23</b>
5.4.1. Referenten bestämmer	23
5.4.2. Anhöriga bestämmer	23
5.4.3. Normsamhället bestämmer	24
5.4.4. Språket bestämmer	25
<b>5.5. Sammanfattning av resultaten</b>	<b>26</b>
<b>6. Resultatdiskussion</b>	<b>27</b>
6.1. Metodkritik	27
6.2. Diskussion	27
6.2.1. Diskurser	27

6.2.2. Person först-språket .....	30
<b>7. Litteratur.....</b>	<b>33</b>
<b>Bilaga 1: Enkätfrågor .....</b>	<b>35</b>
<b>Bilaga 2: Resultat fråga 5-7 i enkäten .....</b>	<b>37</b>

# 1. Inledning

År 2008 introducerades *person först*-språket officiellt i en regeringsproposition – *Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning* – i Sverige (2008/09:28), där regeringen föreslår ett tillträde i FN:s internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Person först-språket är ursprungligen en amerikansk idé från 1990-talet som har spridit sig via flera engelskspråkiga länder till Europa och Sverige.

Sedan introduktionen har en person först-diskurs varit ständigt aktuell i vårt samhälle och bruket har brett ut sig, framförallt inom psykologi- och specialpedagogikområden. Förespråkarna menar att personen är viktigast, inte diagnosen, och att person först-språket bäst förmedlar det och därigenom är den mest inkluderande, respektfulla och politiskt korrekta personbenämningen. Principen är att den språkliga uppdelningen av person först och sedan diagnos, t.ex. *person med autism*, antas vara ett sätt att positionera människan som primär och diagnosen som sekundär. Med andra ord: diagnosen står utanför personens identitet i stället för att *vara* identiteten. Förespråkarnas tolkning är att personbenämningarna *autistisk person* ("identity first" på engelska) eller att någon *är autist/autistisk* betydelsemässigt inte gör skillnad mellan diagnos och identitet. Argumentet är inte taget ur luften, språkvetenskapliga studier visar att ordföljd har betydelse för hur vi konceptualiserar, i det här fallet, människor.

Alla håller dock inte med om person först-språkets inkluderande och respektfulla kraft. Det är just den språkliga konstruktionen som ifrågasätts – pekar person först-konstruktionen verkligen på själva personen eller pekar den på diagnosen, blir själva bruket av ordet *person* exkluderande i stället för inkluderande som det är tänkt? Och varför ska det egentligen poängteras att det är en person – "Varför säga person? Alla vet väl att det är en person redan" (anonym respondent).

Det som också förbryllar är att antagandet om person först-språkets fördelar inte är förankrat hos de berörda. Det har inte gjorts någon större studie i Sverige som bekräftar att antagandet stämmer – ingen vet om person först-språket upplevs som det mest inkluderande av de berörda, och ingen vet vilka personbenämningar de och anknytande grupper i samhället föredrar och varför. Är det bättre att säga *jag är bipolär/autist/aspergare* än att säga *jag har bipolär sjukdom* osv. eller tvärtom? Är *person med autism* att föredra framför *autistisk person* och varför i så fall? Vem har benämningmakt?

I min undersökning tar jag reda på just det. Det är dags att de som lever med diagnoser, deras anhöriga och de som arbetar med diagnoserna, i det här fallet autism/asperger (ASD)<sup>1</sup> och bipolär diagnos, får göra sina röster hörda.

---

<sup>1</sup> Olika svenska organisationer/föreningar använder olika samlingstermer för autismspektrumet. Termen *asperger* håller på att fasas ut och ingår numera i termen *Autismspektrumtillstånd (AST)*. När materialinsamlingen till den här undersökningen gjordes (mars 2021) använde t.ex. intresseorganisationen *Attention* termen *ASD/Aspergers syndrom*, *Autism & aspergerförbundet* termen *autism* och *Organiserade Aspergare* termen *aspergare*. Min lösning blev en kombination: *autism/asperger (ASD)*.

## 1.1. Syfte

Det övergripande syftet med den här undersökningen är att studera olika gruppers personbenämningspraktiker när det gäller kommunikation om autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos. Det avgränsade syftet är att undersöka person först-språkets position i förhållande till de andra personbenämningarna. Min utgångspunkt är att personbenämningspraktik är politisk, dvs. har potential att förändra samhälleliga relationer. Undersökningen kan på en övergripande nivå bidra till diskussionen om vilken roll valet av personbenämning spelar, vad det får för önskade och oönskade konsekvenser ur ett maktperspektiv och vilka som tilldelas makt att avgöra vad som är önskvärt.

## 1.2. Frågeställningar

Jag utgår från fyra frågeställningar. Den första handlar om vilka personbenämningar respondenterna föredrar/inte föredrar och den besvaras med den kvantitativa analysen (avsnitt 5.1.). Resterande frågeställningar besvaras med kvalitativ analys där fråga 2 (avsnitt 5.2.) behandlar hur respondenterna legitimerar sina val av personbenämningar och hur de delegitimerar andra, fråga 3 (avsnitt 5.3.) behandlar stigmahantering, och i fråga 4 (avsnitt 5.4.) analyseras benämningsmakt.

Frågeställningarna är:

1. Vilka personbenämningar föredrar/föredrar inte personer med anknytning till autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos?
2. Hur motiveras och (de)legitimeras de föredragna/icke-föredragna personbenämningarna?
3. Hur synliggörs strategier för att hantera stigma i motiveringarna?
4. Vem tillskrivs benämningsmakt?

## 2. Tidigare forskning

Det finns ingen större svensk studie om personbenämningspraktiker som undersöker kommunikation om psykiska och neuropsykiatriska diagnoser, och då i synnerhet person först-språket. Den forskning som jag presenterar här är brittisk, kanadensisk och amerikansk. Studier av andra typer av personbenämningspraktiker har dock gjorts i Sverige, och här beskriver jag två av dem. Jag avslutar avsnittet med att redogöra för hur studierna förhåller sig till varandra och varför de är relevanta för min undersökning.

Den brittiska studien, som presenteras i artikeln *Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community* (2016), undersöker vilken personbenämning som föredras av olika grupper inom autism-gemenskapen. Det är en stor studie – närmare 3.500 personer deltog genom att svara på en online-enkät. Forskarna i studien menar att språket har makt att reflektera och forma människors uppfattning om autism, och betydelsemässigt laddas språket olika beroende på människors kunskaper och erfarenheter.

Resultaten visar att många olika personbenämningar används för att beskriva autism. Generellt föredrar de flesta respondenterna termen *autism*, och den minst prefererade är *on the autism spectrum*. Det finns andra personbenämningar där det inte råder konsensus mellan grupperna; vuxna som har autism, familjemedlemmar/vänner och föräldrar föredrar *autistic*,

som inte alls prefereras av de professionella. De väljer hellre person först-språket, som i sin tur är den minst valda av vuxna referenter och föräldrar.

Enlig resultatet finns det inte ett entydigt accepterat sätt att beskriva autism, och vissa skiljaktigheter synliggörs. Ett exempel är att för de vuxna som har autism är det viktigt att personbenämningen de använder uttrycker hur de uppfattar sig själva – deras autism är inte separerad från deras person. De professionella anser det omvända – personen ska alltid komma först.

I samband med diskussionen om person först-språket dyker termen *politisk korrekt* upp allt som oftast. Halmari (2011) gör den kopplingen i sin studie och ser politisk korrekthet som ett förmildrande fenomen, en eufemism. Eufemismer, som *adult with retardation*, är alternativ till oönskade uttryck som inte är politiskt korrekta, t.ex. *retarded adult* ("identity first" eller "diagnos först"). Förändringen från diagnos först-språket till person först-språket studerades genom att analysera användningen i texter från textdatabasen Houston Chronicle. Det visar sig att över 70 % använder diagnos först-språket, men inte slumpmässigt: det används främst för att benämna oönskade element i samhället, exempelvis kriminella. Person först-språket används främst när det gäller barn och icke-kriminella vuxna.

Även den kanadensiska forskaren Tanya Titchkosky beskriver den dominerande uppfattningen om att person först-språket är det mest korrekta i artikeln *Disability: A Rose by Any Other Name? "People-First" Language in Canadian Society* (2001). Person först-språket uppfattas som objektivt och neutralt, och ståndpunkten är att alla i en auktoritär position bör uttrycka sig så. Utgångspunkten för studien är dock ett motsatt antagande – allt språk har olika betydelsepotential för olika människor.

Studiematerialet är en informationstext producerad av en myndighet som påstår sig representera de refererade personernas intressen, där representationen realiserar genom att använda person först-språket. Analysen visar på *othering*, dvs. det är inte textens *vi* utan *de andra* som har en funktionsnedsättning, där *de andra* alltså inte inkluderas i textens *vi*-position. Effekten av person först-språket blir att klyftan mellan normfungerande och normavvikande människor förstärks, i stället för intentionen att minska diskriminering, inkludera och generera större förståelse för hur det är att leva med en funktionsnedsättning.

Språkets potential att vara neutralt är också något forskaren Anna Vogel (2010) ifrågasätter. Hon studerar hur ord förändras över tid, i det här fallet hur personbenämningen *efterbliven* blir till dagens rekommenderade term *person med intellektuell funktionsnedsättning*. Vogel ser att det blir vanligare att byta ut *particip* (diagnos först-språket) mot en term med substantiv + prepositionsfras (person först-språket) när det kommuniceras om grupper som har någon form av diagnos. Utvecklingen bygger på att perspektiven förflyttas – vad är det som utgör hindret/störningen/oförmågan, personen eller miljön? Vogel menar att den traditionella synen är att problemet läggs hos personen, vilket är orsaken till intresseorganisationers strävan efter att språket ska lägga problemet hos miljön. Men enligt Vogels studie är ett termbyte inte alltid lösningen till en associationsändring eftersom olika termer dras med olika problem.

Associationer påverkar hur vi konceptualiserar människor. I en studie av språklig perception visar Wojahn (2013) att olika personbenämningar, i det här fallet pronomen, framkallar olika bilder och associationer av den benämnda. Även ordföljd påverkar konceptualiseringen, t.ex. i dubbelbenämningarna *han* eller *hon* vs *hon* eller *han*, där den förra oftast konceptualiserar manlighet och den senare något oftare kvinnlighet.

Användningen av personbenämningar speglar och formar även attityder till personer som har en funktionsnedsättning. Detta undersöker ett amerikanskt forskarlag (Feldman m.fl. 2002), där testdeltagarna är studenter inom psykologifältet på ett universitet i USA. Resultatet visar att få av informanterna använder person först-språket konsekvent, och de som använder det mest är masterstudenter och de som har daglig kontakt med målgruppen. De som använder konstruktionen minst visar på en större social distans gentemot de som har en funktionsnedsättning. Den slutsats som dras är dock att språkanvändning bara delvis har effekt på attityderna till personer som har en funktionsnedsättning.

Studien av Kenny m.fl. (2016) är den mest relevanta för min undersökning, där upplägget har inspirerat mig i hög grad. De båda studierna är intressanta att jämföra: de uppvisar *både* likadana resultat och resultat som skiljer sig åt avsevärt.

Synen på person först-språket som politiskt korrekt är tydligt i Sverige men även globalt, vilket både Tanya Titchkosky (2001) och Halmari (2011) belyser. Titchkosky ser att användningen av person först-språket ökar klyftan mellan normfungerande och normavvikande i stället för tvärtom, vilket respondenterna i mitt material också vittnar om. Halmari beskriver person först-språket som förmildrande eller omskrivande, en eufemism, i motsats till diagnos först-språket. Detta kopplar till min undersökning när respondenterna resonerar om person först-språkets omskrivande effekt, där uppfattningen är att omskrivningen är ett sätt att undvika att tala om svårigheterna som kommer med en funktionsnedsättning.

Wojahns (2013) undersökning om hur personbenämningar påverkar vår konceptualisering av människor ger en förklaring på hur person först-konstruktionen kan legitimeras som den mest inkluderande; ordföljd har betydelse. Likaså associationer och attityder, vilket även Vogel (2010) och Feldman m.fl. (2002) undersöker. Vogel menar att olika ord har olika problem och det stämmer på sätt och vis överens med mina resultat; personbenämningar tenderar att ha likartade problem men i olika grad.

Det jag kan bidra med är som sagt en svensk studie av personbenämningspraktik när det kommuniceras om olika diagnoser, och i synnerhet person först-språket. Jag kan även tillföra djupare förståelse för hur personbenämningar är kopplade till identitet, stigma och benämningsmakt, vilket inte är de andra studiernas primära fokus.

### **3. Teori och analysmetod**

Min övergripande teoretiska ram och mina begrepp har jag hämtat från kritisk diskursanalys, och för att analysera stigma utgår jag från Goffmans stigmatologi. Kritisk diskursanalys är både teori och metod, ett förhållningssätt som använder sig av olika metoder (Gustafsson 2009:45). Även hos Goffman är metod svår att avskilja från teori, därför skriver jag ihop dessa i det här avsnittet.

Jag har valt både kvantitativa och kvalitativa metoder. Beskrivningen av den kvantitativa metoden och insamlingsmetoden hittas i avsnitt 4, och den svarar på frågeställning 1: *Vilka personbenämningar föredrar/föredrar inte personer med anknytning till autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos?*

Här beskriver jag de metoder jag har använt för att analysera materialets fritextssvar som besvarar frågeställningarna: 2) *Hur motiveras och (de)legitimeras de föredragna/icke-*



föredragna personbenämningarna? 3) Hur synliggörs strategier för att hantera stigma i motiveringarna? och 4) Vem tillskrivs benämningsmakt?

För att analysera mitt material och få svar på mina frågeställningar inspireras jag av metoden legitimeringsanalys och Goffmans stigmatologi. Jag beskriver först kritisk diskursanalys och legitimeringsanalys, och sedan Goffmans stigmatologi och begrepp. Jag presenterar legitimeringsanalys kort i sin helhet, och sedan den modifierade variant som jag använder.

### 3.1. Kritisk diskursanalys

Kritisk diskursanalys (critical discourse analysis, CDA) ansluter sig till ett socialkonstruktivistiskt synsätt. Enligt socialkonstruktivismen är all kunskap konstruerad och därmed också språket; språket kan bara finnas i kommunikation mellan människor och det är människorna som fyller det med mening. Därför är idéer om vad som är sant konstruerat, och en språkforskare med ett socialkonstruktivistiskt synsätt vill ta reda på hur denna sanning har producerats genom språkhandlingar (jfr Barlebo Wenneberg 2010:30). Språkbruket t.ex. kategoriserar, positionerar, normaliserar, reproducerar föreställningar om världen, förändras över tid och präglas av kulturella värden.

Kritisk diskursanalys är, som namnet signalerar, en analys av diskurser utifrån en kritisk ansats. Med *kritisk* menas, i socialkonstruktivistisk anda, att inget ses som objektivt sant och därför analyseras diskurser utifrån hur och varför-frågor – hur är fenomenet konstruerat? Framförallt söker frågorna svar på språkets roll i konstruerandet av makt (Winther Jørgensen & Philips 2000:11-12). Språket kan inte ladda sig självt med betydelsepotential; mening konstrueras i social interaktion människor emellan. Det är den kommunikationen som upprätthåller eller förändrar sociala positioner, vilka möjliggör att olika tolkningar av språket kan konstruera t.ex. identitet (Hornscheidt & Landqvist 2016:141).

Diskursbegreppet har använts på olika sätt av olika forskare, och definitionerna skiljer sig åt i både innehåll och formuleringar. Winther Jørgensen & Philips förenklar: ”ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt av världen)” (2000:7), och Gustafsson konkretiserar: ”ett sätt att tala och skriva inom en viss miljö, en viss grupp, dvs. en social praxis vid kommunikativa handlingar” (Almgren & Brylla 2005, enligt Gustafsson 2009:44). Jag har dock valt att ansluta mig till Wojahns definition: ”specifika sätt att tala om, förstå och därmed konstruera kategorier, händelser, identiteter, relationer, kunskap, och annat, utifrån en viss förståelseram” (2015:21). Wojahn ser diskriminering som ett strukturellt fenomen, precis som jag ser stigmatisering. De två fenomenen går dessutom hand i hand: en grupp måste först kategoriseras som avvikande från normen, stigmatiseras, och den grupp som tillhör en diskrimineringsgrundad kategori är de som kan bli diskriminerade. Den strukturella aspekten påverkar hur diskurser formas, och diskursiva språkhandlingar, som personbenämningspraktiker, kan reproduktivt stigmatisera utan att det är menat så av avsändaren (jfr Wojahn 2015:21). Definitionen pekar också på att diskurser konstruerar t.ex. kategorier och identitet, och därmed inkluderas även maktperspektivet eftersom kategorier och identitet skapas av positioneringar mellan människor.

Det finns olika angreppssätt i det diskursanalytiska fältet, men Winther Jørgensen & Philips, menar att Norman Faircloughs är ”den mest utvecklade teorin och metoden för forskning om kommunikation, kultur och samhälle inom den kritisk-diskursanalytiska riktningen” (2000:66). Centralt hos Fairclough är språkets och samhällets dialektiska förhållande – de sociala språkliga praktikerna skapar samhället och är samtidigt skapat av samhället. I den processen formas och reproduceras kunskap om identiteter, sociala (makt)relationer av

rådande diskurser. Diskurserna drar gränser mellan sant och falskt genom att beskriva världen på ett sätt och inte ett annat, vilket får sociala konsekvenser eftersom vissa handlingar utesluts medan andra relevantgörs (jfr Winther Jørgensen & Philips 2000:71,138).

Fokus ligger på språket på mikronivå, dvs. det konkreta språkbruket, i relation till maktutövning på en samhällelig makronivå. Kritisk diskursanalys har en politisk agenda – syftet är att belysa ojämlika maktförhållanden och på så vis försöka skapa förändring och fördela makten på ett mer rättvist sätt.

Språkbruket kan i sig inte göra världen mer rättvis, utan poängen är att lyfta fram och utmana språkliga mönster som upprätthåller maktstrukturer. Genom att kartlägga och frigöra dolda diskursiva ideologier är det möjligt att ändra på sättet vi tänker och talar och i förlängningen kan det göra reell skillnad i människors liv. I min undersökning blir det tydligt att när det gäller personbenämningspraktiker kan skillnaden vara att den berörda har makten att avgöra vad som är hens identitet, ingen annan.

Ideologies are representations of aspects of the real world that are open to normative critique yet also necessary to sustaining existing social relations and relations of power and the forms (economic systems, institutions etc.) in which they are embedded. (Fairclough 2015:32).

Ideologier möjliggör upprätthållandet av makt- och dominansrelationer i samhället; ideologiska föreställningar impliceras i språket genom *normalisering*, dominerande representationer av något som anses vara norm, t.ex. psykisk hälsa och heterosexualitet. De kommer även till uttryck genom *naturalisering*; något som anses vara av naturen given och, om inte omöjligt att ändra på, svårförändrat (Svensson 2019:55). Ideologi är alltså en normföreställning om vad som är sant i den reella världen. Det betyder att ”sanning”, kan förvränga verkligheten, och därför också kan kritiseras och förhoppningsvis förändras (jfr Winther Jørgensen & Philips 2000:24). Flertalet dolda ideologier synliggörs i min undersökning, vilka lyfts fram av legitimeringsanalysen.

### 3.2. Legitimeringsanalys

Legitimeringsanalys (utvecklad av Theo van Leeuwen) kan ses som både teori och metod med teoretiska rötter i kritisk diskursanalys. Metoden är välutvecklad och används för att undersöka hur människor positionerar sig och andra genom olika språkhandlingar. Positioneringen görs genom strategier som rättfärdigar, legitimerar, den egna ståndpunkten, och/eller tar ifrån andra rätten till sin, delegitimerar. Grundläggande i metoden är *social praktik* – ”socialt reglerade sätt att göra saker på” (Westbergs översättning av van Leeuwen 2016:24) och det är dessa sätt som behöver legitimeras. Legitimeringen är svaret på varför något ska göras och varför det ska göras på ett visst sätt och inte ett annat, vilket kan formuleras både explicit och implicit i en språkhandling (van Leeuwen 2007:93).

Legitimeringsanalysen blir alltså ett verktyg som hjälper mig att analysera ideologier som ligger dolda i olika diskurser, och därmed få syn på hur människors personbenämningspraktik konstruerar och konstituerar olika fenomen. Typiska legitimeringsanalytiska frågor att ställa till mitt material är t.ex.: varför ska en använda konstruktionen *jag är x* och inte *jag har x*? Hur legitimerar deltagarna att konstruktionen är bättre än någon annan? Varför är en konstruktion problematisk och varför skildras problemet på just det sättet? Dessa frågor besvaras genom att analysera hur argumenten legitimeras, dvs. det som framställs som sant eller rätt. I vissa fall behöver argument inte legitimeras, de anses redan vara legitima, dvs. självklara. Det är just

dessa självklara diskursiva mönster och dess sociala konsekvenser som diskursanalysen avser att avslöja (Winther Jørgensen & Philips 2000:28).

Jag inspireras av Anna Gustafsson som använder sig av legitimeringsanalys i sin avhandling *Pamfletter!* (2009). Gustafsson förklarar hur (de)legitimerande strategier kan fungera:

Hit hör behovsorienterade argument, ideologiska principer, positiv självrepresentation eller negativ presentation av andra, talakter som innebär att förolämpa etc. Dessa strategier etablerar rätten att bli åtlydd (eller tar ifrån andra deras rätt) (Chilton 2004, enligt Gustafsson 2009:50).

Framförallt inspireras jag av Gustafssons modifieringar av van Leeuwens delegitimeringar, vilka jag beskriver i avsnitt 3.2.2.

### 3.2.1. Legitimeringar

Van Leeuwens ramverk består av fyra överordnade typer av legitimeringsstrategier (alla översättningar som följer är Gustafssons, vilka jag använder i analysen): *authorization* (auktorisering), *moral evaluation* (moralisk legitimering), *rationalization* (rationalisering) och *mythopoesis* (mytopoesis) (van Leeuwen 2007:92). Primärt använder jag dessa, men det finns även underkategorier till varje strategi som jag använder när de är av särskilt intresse. Jag presenterar legitimeringsstrategierna kort här och vid behov beskriver dem jag utförligare i den aktuella situationen.

De över- och underordnade legitimeringsstrategierna är:

- **Auktorisering** är att legitimera en språkhandling genom att referera till en auktoritet. Detta kan t.ex. göras med verbala processer: *säger, tycker, tänker*.

**Personlig och opersonlig:** personliga auktoriteter är kontext- och diskursbundet, dvs. status, och uttrycks typiskt med olika grader av tvingande *modalitet*; *kan, bör, ska*. Opersonlig auktorisering är t.ex. lagböcker.

**Expert och förebild:** experter har legitimerad expertiskunskap, t.ex. forskare, förebilder kan vara kända personer, oppositionsbildare osv.

**Tradition:** hänvisar till vana, ”så har vi alltid gjort”.

**Konformitet:** hänvisar till vad alla andra gör (van Leeuwen 2007:94-96).

- **Moralisk legitimering** är att referera till diskurser som tillskriver något moraliskt värde, och för att veta vad som är av värde behöver vi ha kunskap om världen och kulturen. Vanligt är att moraliska värderingar uttrycks explicit med adjektiv som *bra/dålig*, men kan lika gärna uttryckas implicit genom att hänvisa till positivt laddade diskurser, t.ex. med ord som *naturlig* eller *normal*.

**Evalueringar:** värderar en praktik positivt eller negativt, typiskt värderande adjektiv, som *bra, krånglig, smidig*.

**Abstraktion:** legitimeringen ligger i konnotationerna, jämför ”ät grönsaker” med ”få bättre hälsa”. Praktiken *äta grönsaker* legitimeras genom en abstrakt koppling till en bättre hälsa-diskurs, som anses ha högt moraliskt värde.

**Jämförelse:** jämför praktiken med en annan praktik som associeras med positiva värderingar, t.ex. *det är en del av min identitet, precis som att jag är blond och grönögd* (van Leeuwen 2007:97-99).

- **Rationalisering** är att legitimera en handling genom att framställa den som rationell; logisk, sunt förnuft och obestridligt sann.

**Instrumentell rationalisering:** syfte som mål, medel eller effekt/resultatorientering konstrueras i diskurser och svarar på frågor om varför vissa sociala praktiker existerar och varför i en specifik form. Innehåller alltid ett moraliserande element.

**Teoretisk rationalisering:** syftet definierar, förklarar och förutsäger ”hur saker och ting är” (van Leeuwen 2007:100).

- **Mytopoesis** är att legitimera en handling genom moraliska berättelser; varnande eller belönande (van Leeuwen 2007:105-106).

I den här undersökningen är personlig auktorisering, moraliska evalueringar och jämförelser särskilt relevanta.

### 3.2.2. Delegitimeringar och modifieringar

Det finns ingen systematisk genomgång av delegitimerande strategier i litteraturen om legitimeringsanalys, men generellt ska de fungera omvänt. Gustafsson problematiserar dock detta: ”delegitimering av argument eller handlingar får en annan karaktär än delegitimering av en person” (2009:53). Därför testar hon ett annat sätt att delegitimera personer, t.ex. genom strategierna *irrationalisering* och *avauktorisering*, vilka jag får användning av.

Jag använder begreppet *delegitimering* t.ex. vid negativa evalueringar: om en respondent motiverar *person först*-konstruktionen som *krånglig* tolkar jag det som att hen anser att det är fel att använda konstruktionen just därför – konstruktionen delegitimeras. Vidare tolkar jag negationer som delegitimerande: [*m*]an är **inte** sin diagnos! Man HAR en diagnos eller sjukdom eller funktionsvariation.

Enligt van Leeuwen skulle dessa typer av motiveringar tolkas som moraliska *legitimeringar*. Jag gör dock ett avsteg från det och väljer att kalla det för en *delegitimering* eftersom jag anser att det tydliggör handlingen något mer; det primära syftet i mina exempel verkar vara att peka ut något som fel/dåligt i stället för att legitimera det egna valet.

Med van Leeuwens auktoriseringsbegrepp går det bara att auktorisera andra, i mitt material är det dock mycket vanligt att respondenterna positionerar sig själva som personlig auktoritet. För att få fatt i den typen av auktoriseringslegitimering i analysen uppfinner jag ett begrepp som jag väljer att kalla *självauktorisering*.

## 3.3. Stigmatteori

Erving Goffman (1922-1982) var professor i antropologi och sociologi vid olika amerikanska universitet. Hans forskning kretsade runt att kartlägga människors samspel i sociala situationer, i det här fallet stigmatisering. Han menade ”att vara stigmatiserad är att avvika på ett negativt sätt från vad som anses vara normalt” (Goffman 2020:9).

Stigma är ett fenomen som är tätt kopplat till identitet. Grupp kategoriseringar och personbenämningar skulle inte finnas om det inte fanns samhällsliga normer som privilegierar normativa sociala egenskaper, förmågor och beteenden (Hornscheidt & Landqvist 2014:64). Kärnan i stigmatteori bygger på individens möjlighet att leva upp till de identitetsnormer som

värderas högt i samhället, *identitetsvärden*, och/eller att dölja sitt stigma för att uppnå ett socialt erkännande. Identitetsvärden är normativa regleringar av förväntningar på och föreställningar om hur individer bör vara, uppträda, tycka, tänka osv. Dessa upprätthålls via *internalisering*, dvs. en ideologi som är så starkt normaliserad att den inte ens ifrågasätts (Goffman 2020:8-9).

Identitet är med andra ord något som *görs*, inte något som *är*. Förutom att dölja sitt stigma inkluderar stigmabegreppet även förmågan att inte visa att en är medveten om andras stigma. Detta skapar positioner i interaktionsordningen och Goffman fokuserar främst på hur denna interaktionsordning upprätthålls. Den stigmatiserades position är en bekräftelse på hens underlägsenhet, och det skapar i sin tur olika villkor och ett ojämlikt maktförhållande i samhället (Goffman 2020:27).

Stigma och konstruktionen av identitet är alltså inte isolerade fenomen utan uppstår i interaktion med andra, och vem som kan bli stigmatiserad är inte svart eller vitt. Det är snarare en dynamisk skala där individer rör sig mellan det som för tillfället anses vara ”normalt” och stigmatisering, eller *risk* för stigmatisering. Det är just risken för stigmatisering som skapar dynamiken; vem som helst kan när som helst råka ut för en olycka med en fysisk defekt som följd, en annan kanske döljer sin avvikelse från normen, t.ex. homosexualitet, och ”väljer” att ”komma ut” (Goffman 2020:75). Väljer står inom citationstecken för att markera och problematisera valmöjligheten här: att komma ut-fenomenet ens existerar beror ju på att det finns en heterosexuell norm som gör homosexualitet till något avvikande. Om vi exempelvis inte kategoriserade sexualitet skulle det se annorlunda ut.

Även om skalan är dynamisk urskiljer Goffman tre grupp-kategorier som löper störst risk att bli stigmatiserade; de som har någon form av fysisk defekt, bristande personlig karaktär (t.ex. viljesvaghet) och kategoritillhörighet, där den senare är relevant i min undersökning. Stigma konstruerar roller, dels en offerroll där individen upplever sin utsatthet som omöjlig att göra något åt, dels en anpassningsroll där individen försöker styra sitt öde, t.ex. kompensera, dölja eller vända stigmat till sin fördel med syfte att passera som ”normal”. Det finns även en tredje roll: normbrytarna, de som Goffman kallar för *sociala avvikare*, som öppet visar ”upp sin vägran att veta sin plats och tolereras stundom i denna gestikulerande revolt” (2020:200).

Originalversionen av boken – *Stigma. Notes on the management of spoiled identity* – gavs ut 1963 vilket gör att Goffmans referenser är något daterade: hans exempel på sociala avvikare är till exempel jazzmusiker, bohemer, revyfolk, men vissa kategorier är dock fortfarande högst aktuella: t.ex. prostituerade, alkoholister och brottslingar (Goffman 2020:199).

Senare i boken reviderar Goffman sin teori om att slutmålet för alla stigmatiserade personer är att leva upp till samhällets identitetsvärden, och när anpassningen har lyckats anses det signalera en fullbordad socialisering, dvs. *avstigmatisering*. I stället ser Goffman att en annan strategi för avstigmatisering också existerar, vilken handlar om att acceptera och respektera sig själv: ”den mogna och den välanpassade fasen – ett tillstånd av nåd” (2020:149).

I mitt material förekommer många motiveringar som innehåller hänvisningar till stigmatisering, acceptans, skam och personbenämningarnas makt över konstruerandet av identiteten. Där är stigmat teorin relevant för att analysera respondenternas stigmahanteringsprocess.

### 3.3.1. Stigmatoreoretiska begrepp

Jämfört med van Leeuwens utvecklade legitimeringsanalys (se avsnitt 3.2.) finns det ingen tydlig analysmodell hos Goffman. I det här avsnittet beskriver jag inledningsvis de teoretiska begrepp Goffman använder i sina analyser och avslutar med att redogöra för hur jag tillämpar dem i min analys.

Goffman delar in identitet i tre delar:

- social identitet – skenbar och verklig
- personlig identitet
- jag-identitet.

*Den sociala identiteten* handlar om hur en person kategoriseras och tillskrivs egenskaper, som grundar sig i samhällets identitetsvärden. Detta gör vi alla, i alla situationer, när vi möter en ny bekantskap; vi har andra förväntningar på t.ex. hur en äldre person ska bete sig än vad vi har på ett barn, och vi tillskriver dem olika egenskaper. Det är när förväntningarna inte stämmer överens med verkligheten som de blir tydliga, i de flesta fall är vi inte medvetna om att vi har gjort vissa antaganden. De förväntade egenskaperna som inte uppfylls bygger på en *skenbar social identitet*, dvs. de antaganden som har gjorts om personen är fel. Det som i stället framträder är personens *verkliga sociala identitet* som tillhör en annan kategori och har andra egenskaper än de förväntade. Stigma uppstår när det visar sig att en person har en egenskap som definieras som mindre önskvärd. Det är alltså i diskrepansen mellan andras normativa förväntningar och definition av individen, den skenbara sociala identiteten, och den verkliga sociala identiteten som stigma konstrueras. Det Goffman kallar för ”brist” syns inte alltid utanpå, t.ex. autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos som är aktuella i den här undersökningen. Dessa diagnoser är exempel på vad som kan vara just osynliga ”brister” och därmed vara anledning till stigmatisering (2020:23-25).

*Personlig identitet* handlar om vad som utmärker en individ, vad som gör hen unik, vilket förmedlas via olika *tecken* eller *social information* (Goffman 2020:80). Social information kan vara konkret visuell, t.ex. hudfärg, men kan också synliggöras genom t.ex. ett visst beteende. Dessa tecken uppfattas olika av olika personer och de kan användas för eller emot. Om individens ”brist” är uppenbar eller redan känd är det ett *socialt fakta* som blir personligt utmärkande, vilket gör att hen går att hållas isär från andra. För en stigmatiserad individ uppstår ett behov att kontrollera vilken typ av social information, kroppsliga uttryck, som förmedlas. När tecknen används emot personen, är hen *misskrediterad*, dvs. lyckas inte att passera som ”normal”. Är ”bristen” inte uppenbar eller redan känd, är personen *misskreditabel*, dvs. riskerar att bli avslöjad som normavvikande och därmed bli misskrediterad (Goffman 2020:75).

*Jag-identiteten* handlar om individens självuppfattning – ”den subjektiva känsla av sin egen situation och sin egen kontinuitet som individen förvärvar genom sina olika sociala erfarenheter” (Goffman 2020:153). Grundläggande är att en stigmatiserad individ uppfattar sig själv som ”normal” samtidigt som hen (och omgivningen) ser ett annorlunda skap, vilket är en själv motsägelse som skapar ett behov av att göra situationen begriplig. Det är då det blir aktuellt med *stigmahantering*.

Begreppet stigmahantering är centralt i stigmatorein. Stigmahantering är den process som en stigmatiserad person genomgår i syfte att leva upp till samhällets normer och förväntningar, och därigenom bli socialt erkänd, dvs. passera som ”normal”. Hur människor väljer att

hantera sitt stigma varierar, det kan handla om att dölja det, kompensera för det eller vända det till sin fördel. Ett annat sätt är att inte försöka leva upp till de sociala normerna över huvud taget (Goffman 2020:8).

För att besvara frågeställning 4: *Hur synliggörs strategier för att hantera stigma i motiveringarna?* är stigmateteorins begrepp *stigmahantering* centralt. För att analysera respondenternas strategiska stigmahantering tillämpar jag begreppet tillsammans med de olika identitetsbegreppen *social identitet* – skenbar och verklig – och *jag-identitet*. Ett exempel där jag analyserar hur jag-identiteten konstrueras är när respondenterna talar om skam: *För att det grund och botten faktiskt är en del av mig och jag tänker inte skämmas för det*. Här sker stigmahanteringen via självacceptans. För att analysera strategierna måste jag ta reda på hur självacceptans förhåller sig till motiveringar som: *Man är inte en diagnos eller en sjukdom. Det är stigmatiserande att prata om människor på det sättet*.

## 4. Material och insamlingsmetod

I det här avsnittet redogör jag för den kvantitativa metod och insamlingsmetod som svarar på frågeställning 1: *Vilka personbenämningar föredrar/föredrar inte personer med anknytning till autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos?* Jag beskriver vilken metod jag har använt för att samla in material, hur mitt urval har gått till och hur materialet har hanterats.

### Metodval

Jag har valt att samla in mitt material med hjälp av en enkät, som är en fördelaktig metod för att enklare kunna kvantifiera data. Samtidigt är en nackdel att svarsfrekvensen på enkäter ofta är låg, vilket innebär ett risktagande. Lyckligtvis visade sig risken väl värd att ta: enkäten genererade 209 svar. Vid en genomgång av respondenternas enskilda svar upptäckte jag dock en felaktig inställning i programvaran som gjorde att respondenterna kunde välja fler än *ett* svarsalternativ på frågorna. Därför har jag exkluderat de svaren från resultatet (antal = 54) vilket lämnar 155 svar kvar till analysen. De kvalitativa svaren behöll jag dock, men endast de där det var tydligt vad som åsyftades.

Eftersom undersökningens ämne är relativt outforskat i Sverige och analysobjektet är språkbruk vill jag att materialet ska ha bredd för att få en överblick, vilket en enkät kan åstadkomma. Det jag fångar med enkäten är dock inte det *faktiska* språkbruket, som en analys av t.ex. bloggtexter skulle göra, det jag fångar är vad respondenterna *säger* att de använder.

### Urval

Jag har valt att studera personbenämningsspraktiker gällande två olika diagnoser: autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos. Min inspiration kommer från den brittiska studien *Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community* (Kenny m.fl. 2016), där forskarna studerar vilka personbenämningar som medlemmar i autism-gemenskapen föredrar. Jag har dock valt att utvidga min studie till att även inbegripa bipolär diagnos för att bredda perspektivet utifrån antagandet att olika grupper föredrar olika personbenämningar beroende på vilken diagnos de kommunicerar om.

Anledningen till valet av just personbenämningar gällande autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos är den likvärdiga språkliga konstruktionen. Det går att säga *jag är bipolär* och *jag är autist/aspergare*, vilket inte är jämförbart med t.ex. *jag är adhd:are* eller *jag är tourettare*, som inte är några vedertagna personbenämningar. De språkliga konstruktionerna är det intressanta i den här studien eftersom det är de som undersöks, inte själva diagnoserna som sådana.

Enkäten innehåller flera fasta svarsalternativ (se bilaga 1, fråga 3a och 3c) där respondenten kan välja vilken språklig konstruktion de föredrar. Jag har valt de konstruktioner som jag uppfattar som vanligast, dvs. de som verkar vara mest etablerade i samhället; de som hörs i bruket, som återkommande dyker upp på relevanta organisationer och föreningars webbsidor (t.ex. Attention, Organiserade Aspergare, Riksförbundet Balans) och de diagnostiserades egna berättelser på olika forum. Men för att säkerställa att jag inte har misstolkat och därmed missat någon konstruktion som bör ingå i undersökningen har jag lämnat en möjlighet för respondenten att ange den i ett öppet svarsalternativ.

De språkliga konstruktioner som slutligen blev analysobjekt är:

- *är*-konstruktionen (hen *är* x)
- *har*-konstruktionen (hen *har* x)
- *person först*-konstruktionen (*person med* x)
- *diagnos först*-konstruktionen (*x person*)

Två andra fasta svarsalternativ fanns med i enkäten; *ha en bipolaritet* och *annan personbenämning* vilka jag redogör för i den kvantitativa analysen, men dessa utesluts i den kvalitativa analysen eftersom de inte är jämförbara diagnoserna emellan.

Just termen *konstruktion* använder jag när jag pekar på själva uppbyggnaden av personbenämningen, och jag skiljer dem åt genom de språkliga egenskaperna, t.ex. *person först*-konstruktionen eller *har*-konstruktionen. Konstruktion ingår i begreppet *personbenämning*, dvs. ”alla ord som används för att tilltala eller omtala människor” (Wojahn 2013:357). Personbenämningar kategoriserar människor, och begreppet personbenämning ska här förstås som en fokusering på språkets (via talaren eller skribenten) aktiva roll i kategoriseringsprocessen, i motsats till en passiv och avbildande funktion. När denna process praktiserar benämns det som personbenämningspraktik (jfr Wojahn 2013:357). Detta är kopplat till min definition av *diskurs* (se avsnitt 3.1.) där diskurser tillskrivs makt att konstruera t.ex. identitet, vilket är högst relevant i den här undersökningen.

Enkäten har syftat till att se skillnader mellan olika grupper av användare. Jag har delat in grupperna på liknande sätt som i studien av Kenny m.fl. (2016), där grupperna delas in i *autistiska vuxna*, *föräldrar*, *professionella* och *familj/vänner*. Med smärre modifieringar är min gruppindelning följande: 1) de som har en autism/asperger (ASD) eller bipolär diagnos, 2) anhörig/vän och 3) de som arbetar med diagnoserna.

### **Enkätens utformning**

Alla frågor i enkäten (se bilaga 1) var obligatoriska för att på förhand utesluta ofullständiga svar, men respondenterna kunde när som helst välja att avsluta enkäten och därmed inte skicka in svaret. Frågorna i enkäten utformades som slutna frågor med förutbestämda svarsalternativ. Om svarsalternativen inte stämde överens med respondentens preferens fanns möjligheten att skriva in ett eget svar och lämna en kommentar.

Enkäten innehåller åtta stycken frågor, där nyckelfrågorna 3, 4 och 5 har tillhörande kvalitativa följdfrågor. Frågorna behandlar:

1. ålder
2. grupptillhörighet



3. vilka personbenämningar de olika grupperna föredrar (separerade diagnoser)
4. vilka personbenämningar de olika grupperna föredrar (hopslagna diagnoser)
5. om respondenterna använder olika personbenämningar i olika kontexter
6. hur viktiga/oviktiga personbenämningar är
7. hur ofta/sällan respondenterna diskuterar personbenämningar
8. övriga tillägg.

Frågorna 5-8 visade sig vara irrelevanta för min undersökning så dessa utelämnar jag i analysen, men en sammanställning av resultaten (förutom fråga 8) finns bifogade i bilaga 2. Fritextssvaren till nyckelfrågorna 3 och 4 är studieobjekt i den kvalitativa analysen.

### **Undersökningens genomförande**

Enkäten skapades hos webbtjänsten Survio och respondenterna kunde nå den via en direktlänk. För att säkerställa enkätens validitet och begriplighet lät jag en pilotgrupp bestående av 1 person som har autism, 3 anhöriga och 2 yrkesverksamma besvara den och ge respons.

Med vetskap om risken för skralt deltagande var min taktik att sprida enkäten brett, i flera forum. Jag använde mina personliga konton på sociala medier med hopp om att vänner och bekanta skulle sprida den vidare. Ett telefonsamtal till Radio Totalnormal genererade ett inlägg i en sändning av deras radioprogram, podcast och ett inlägg på deras Facebook-sida. Radio Totalnormal är ett projekt som drivs av mediehuset Fanzingo med syfte att skapa öppenhet kring psykisk ohälsa.

Attention – intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) – postade ett inlägg på sin Facebook-sida, som i snabbt tempo delades till 29 andra sidor, t.ex. Extraordinary Brains Sverige och Attentions lokala föreningar. Enkäten är alltså insamlad enligt *snöbollsmetoden* (Trost 2001) vilket innebär att någon delar eller rekommenderar något, vilket leder till att en annan delar, som leder till att en annan i sin tur delar och på så vis sprids enkäten till många.

Enkäten var tillgänglig under 2 veckor i mars 2021. För de allra flesta (37,6 %) tog den mellan 5 till 10 minuter att besvara. Enkäten hade 482 visningar där 273 valde att inte fylla i den, dvs. 43,36% i svarsfrekvens. Alla svar var anonyma, därför kan jag omöjligt veta vilka respondenterna är och var de kommer ifrån. Men ett rimligt antagande är att de flesta har koppling till någon (eller flera) av de organisationer och föreningar som enkäten spreds via.

Survio levererade de sammanlagda svaren i ett pdf-dokument och de individuella svaren i ett Excel-dokument. För att finfördela resultaten och excerpera de olika variablerna som redovisas i den kvantitativa analysen (se avsnitt 5.1.) använde jag Excels sorteringsverktyg.

#### **4.1. Tillvägagångssätt**

Mitt kvalitativa material består av närmare femhundra belägg där respondenterna motiverar sina val av personbenämningar. Dessa belägg har jag närläst, sorterat och strukturerat upp i de teman som har framkommit. Genom att analysera vilka (de)legitimeringar som görs för att ställningstagandet ska bli övertygande har jag kunnat frilägga dolda ideologier, vilka har lett mig vidare till att kunna analysera stigma och benämningsmakt.

#### **4.2. Min egen roll**

Enligt den kritisk-diskursanalytiska traditionen reflekterar jag här över min egen roll i undersökningen. Hornscheidt & Wojahn menar att ”det är viktigt att forskarens sociala

positionering explicitörs” (2017:275). Min position påverkar de val jag gör och måste reflekteras över hela tiden under arbetets gång.

Den här undersökningen är personlig för mig; jag är själv diagnostiserad med bipolär diagnos. Det betyder att jag i allra högsta grad är en del av det jag undersöker och därmed delar många självklarheter med individerna i mitt material, självklarheter som kan ha normaliserats så pass att jag inte längre ser dem. Det är just självklarheter som kritisk diskursanalys avser att avslöja (jfr Winther Jørgensen & Philips 2000:28).

Min erfarenhet kan ha lett till vissa förutfattade meningar om materialet. Jag antog till exempel att det skulle innehålla många kommentarer om identitet och stigma, vilket skulle kunna göra att jag har ”läst in” det. Dock är dessa teman mer än övertygande framträdande i materialet. Jag anser att min position är till fördel för undersökningen; för mig är det oerhört viktigt att rösterna i materialet görs rättvisa, vilket kan ha lett till en extra dimension av noggrannhet jämfört med om den hade gjorts av någon utan diagnos. Det här är en grupp som sällan får komma till tals, och det faktum att det inte har gjorts någon större studie i Sverige i det här ämnet kan tolkas som ett bevis för det.

Jag har självklart en egen preferens på personbenämning. Detta gör att jag ständigt har ifrågasatt mina tolkningar och sett till att hålla mig lojal till mitt material och mina teoretiska ramar och analysmetoder.

## 5. Analysresultat

I den första delanalysen 5.1 beskriver jag den kvantitativa delen (fråga 1-7 i enkäten) av undersökningen och redogör för frågeställning 1. I resterande delanalyser behandlar jag fritextssvaren i enkäten (fråga 3b och 3d), där varje frågeställning besvaras med motsvarande delanalys: i delanalys 5.2. besvarar jag frågeställning 2, i delanalys 5.3. frågeställning 3 och i delanalys 5.4. frågeställning 4.

Med ett material bestående av närmare femhundra belägg är det inte möjligt att redovisa alla. De exempel jag lyfter fram är främst de som är typiska, vilket syftar till att ge en helhetsbild och belysa utmärkande mönster.

### 5.1. Föredragna/icke-föredragna personbenämningar

I det här avsnittet besvarar jag alltså frågeställning 1: *Vilka personbenämningar föredrar/föredrar inte personer med anknytning till autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos?* Här redogör jag först för de olika termerna som jag använder, sedan gruppernas andel och ålder, vilka personbenämningar grupperna föredrar/inte föredrar (där diagnoserna är separerade) och till sist vilka personbenämningar grupperna föredrar/inte föredrar (där diagnoserna är hopslagna). Analysen är strukturerad efter den ordning frågorna följer i enkäten (se bilaga 1). Resultatet av frågorna 5-7 i enkäten är uteslutna, men redovisas i bilaga 2. Fråga 8, där respondenterna ges möjlighet att göra ett tillägg, utesluts helt i analysen och i bilaga 2.

## Termer

Grupperna är indelade i fyra kategorier:

- 1) De som har autism/asperger (ASD), denna grupp kallar jag för *A-referenter*.
- 2) De som har bipolär diagnos, denna grupp kallar jag för *B-referenter*.
- 3) Anhörig/vän, denna grupp kallar jag för *anhöriga*.
- 4) De som arbetar med diagnoserna kallar jag för *yrkesverksamma*.

I analysen förkortas *autism/asperger (ASD) diagnos* till *ASD-diagnos*.

## Grupp fördelning, antal och andel

Tabell 1 visar hur grupperna är fördelade i antal och andel i procent.

Grupper	antal	andel
Anhöriga	82	52,9 %
A-referenter	40	25,8 %
Yrkesverksamma	20	12,9 %
B-referenter	13	8,4 %
summa	155	100 %

Tabell 1: information om respondenterna

Av de 155 personer som har svarat på enkäten är kategorin anhöriga den med klart störst representation: 82 personer som utgör 52,9 % av respondenterna. Näst största kategori är A-referenterna med 40 personer i antal (25,8 %), 20 (12,9 %) personer är yrkesverksamma och 13 (8,4 %) tillhör kategorin B-referenter. Åldersmässigt är spannet brett, 21-80 år, och de absolut flesta är mellan 40 och 49 år (44,52 %), Åldrarna 30-39 och 50-59 kommer tillsammans upp i 43,23 %.

## Gruppernas preferenser av personbenämningar

Följande två diagram utgör de kvantitativa svaren på fråga 3a och 3c i enkäten (se bilaga 1).

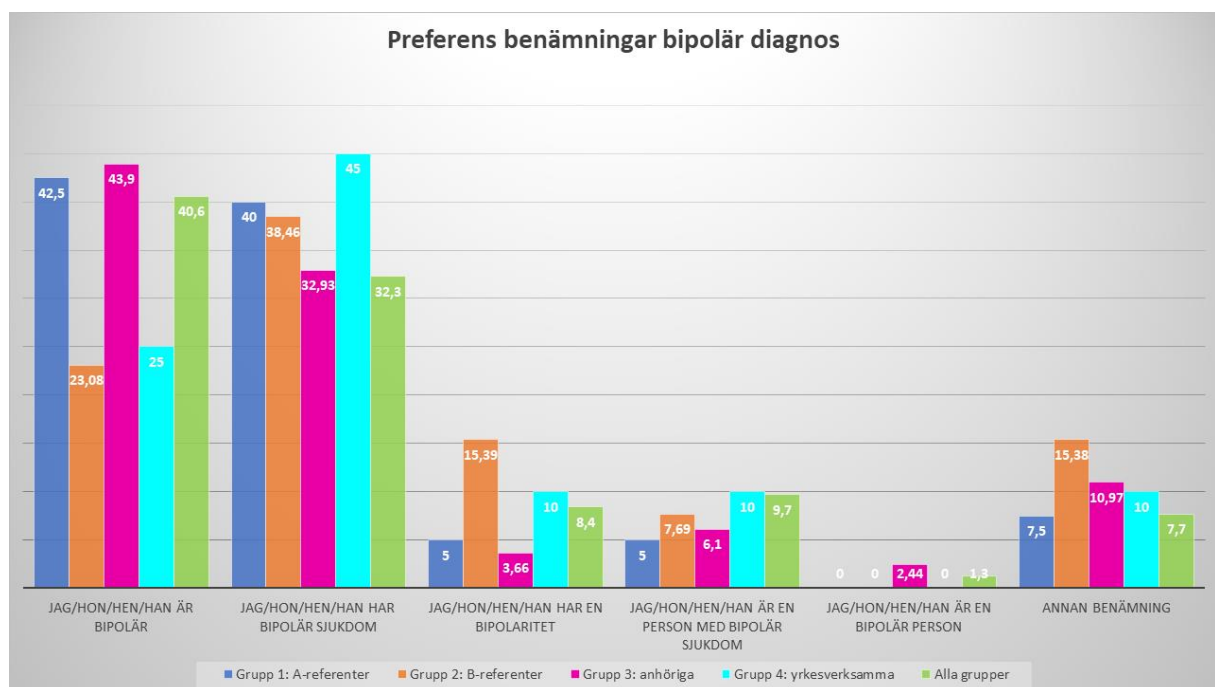


Diagram 1: preferens benämningar bipolär diagnos i procent

Diagram 1 visar vilka personbenämningar de olika grupperna föredrar när de kommunicerar om bipolär diagnos. A-referenterna och de anhöriga föredrar *är*-konstruktionen, och B-referenterna och de yrkesverksamma *har*-konstruktionen.

Anmärkningsvärt är att B-referenternas anhöriga föredrar *är*-konstruktionen, 43,9 % väljer den. Detta håller nämligen inte B-referenterna själva med om: 23,08 % använder *är*-konstruktionen medan 38,46 % använder *har*-konstruktionen när de talar om sin diagnos.

Sammantaget är grupperna splittrade i valet mellan *är*-konstruktionen och *har*-konstruktionen: 32,3 % av grupperna föredrar *har*-konstruktionen, och 40,6 % *är*-konstruktionen.

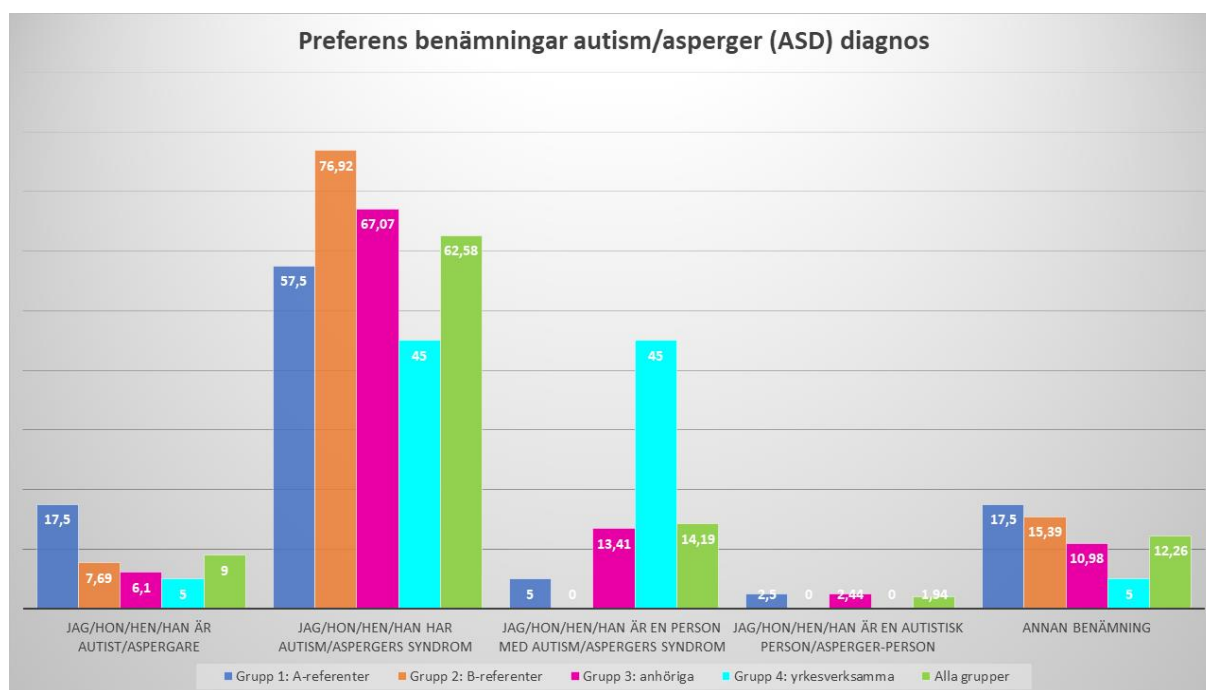


Diagram 2: preferens benämningar autism/asperger (ASD) diagnos i procent

Diagram 2 visar vilka personbenämningar de olika grupperna föredrar när de kommunicerar om ASD-diagnos. Gruppernas preferens är utan konkurrens *har*-konstruktionen – övertygande 62,6 % är eniga om det. Fördelat i grupper väljer 45 % av de yrkesverksamma *har*-konstruktionen, 67 % av de anhöriga, 76,9 % av B-referenterna och 57,5 % av A-referenterna väljer att säga *jag har autism/aspergers syndrom*.

Om en ser till båda diagnoserna sammantaget kan en se att gruppernas preferenser skiljer sig avsevärt; det råder någorlunda konsensus om att *har*-konstruktionen är att föredra när det gäller ASD-diagnos, medan det är mer splittrat när det gäller bipolär diagnos.

*Person först*-konstruktionen är generellt sett inte särskilt populär, 9,7 % väljer den när de kommunicerar om bipolär diagnos. När det gäller ASD-diagnos är det några fler som föredrar konstruktionen: 14 %. De yrkesverksamma placerar *person först*-konstruktionen på delad förstaplats med *har*-konstruktionen när det kommuniceras om ASD-diagnos.

När det gäller bipolär diagnos ser situationen väldigt annorlunda ut, där väljer 10 % av de yrkesverksamma *person först*-konstruktionen, medan 45 % föredrar *har*-konstruktionen.

Det är inte helt oväntat, med tanke på samhällsdebatten, att de yrkesverksamma är de som främst använder *person först*-konstruktionen, men det är något förvånande att praktiken skiljer sig så pass beroende på diagnos.

Även B-referenterna sticker ut lite, i motsats till de yrkesverksamma väljer inte en enda *person först*-konstruktionen vid kommunikation om ASD-diagnos, men 7,69 % om bipolär diagnos.

*Diagnos först*-konstruktionen ("identity first" på engelska) är utan tvekan mycket impopulär; sammanlagt är det mindre än 2 % av respondenterna som föredrar den.

Det är lika vanligt hos båda diagnoserna (ca 15 %) att respondenterna väljer andra personbenämningar än de som går att välja bland de fasta svarsalternativen. När det gäller ASD-diagnos föredrar ungefär hälften, 52,3 %, *jag är autistisk* (det fasta svarsalternativet är *jag är autist*) och 21 % föredrar *aspie*. Andra enstaka personbenämningar är *funktionsvariation* och *jag är på spektrumet*, och de kreativa *alternativkablåd* och *bokstavsberikad*. En person föredrar den förmodligen mest inkluderande personbenämningen av de alla: *människa*. När det gäller bipolär diagnos faller valet främst på varianter som innehåller ordet diagnos i stället för sjukdom, t.ex. *jag/hon/hen/han är diagnostiserad som bipolär* eller *har en bipolär diagnos*.

### Preferens personbenämningar – hopslagna diagnoser

I fråga 4 i enkäten blir respondenterna ombudda att gradera de olika personbenämningarna på en skala 1-10, där den med minst poäng är den minst föredragna. I fråga 3a och 3c separerade jag de två diagnoserna: t.ex. *x är bipolär* och *x är autist/aspergare*. I fråga 4 slog jag i stället ihop de två diagnoserna: *x är bipolär/autist/aspergare*. Detta för att undersöka personbenämningsspraktiken "omvänt" – går det att slå ihop diagnoserna och ändå få samma resultat?

I en jämförelse mellan de prefererade konstruktionerna som separerade respektive hopslagna diagnoser blir det sammanlagda resultatet:

Tabell 2 – Rangordning av föredragna benämningar hos samtliga grupper vid hopslagning respektive var för sig

Kolumn 1 <i>Bipolär diagnos</i> (fråga 3a):	Kolumn 2 <i>ASD-diagnos</i> (fråga 3c):	Kolumn 3 – hopslagna diagnoser: <i>Bipolär/ASD- diagnos</i> (fråga 4a):
1. är bipolär	1. har autism/asperger	1. har bipolär sjukdom/ autism/aspergers syndrom
2. har bipolär sjukdom	2. person med autism/asperger	2. person med bipolär sjukdom/ autism/aspergers syndrom
3. person med bipolär sjukdom	3. annan personbenämning	3. är bipolär/autist/aspergare
4. har en bipolaritet	4. är autist/aspergare	4. bipolär/autistisk person/asperger-person
5. annan perssonbenämning	5. autistisk person/asperger- person	
6. bipolär person		

Tabell 2 visar att graderingen av de olika konstruktionerna ser olika ut när diagnoserna slås ihop jämfört med när de presenteras var för sig. De hopslagna diagnoserna överensstämmer med ASD-diagnos (förutom *annan personbenämning* som inte fanns som svarsalternativ i fråga 4), medan det inte överensstämmer med bipolär diagnos. Anledningen kan vara att det är fler respondenter som har ASD-diagnos än de som har bipolär diagnos, det är möjligt att de fokuserade valet på den personbenämning de föredrar att benämna sig själva med. Det är även möjligt att fler respondenter är anhöriga till de som har ASD-diagnos än bipolär diagnos, vilket tillhörande kommentarer antyder.

### 5.1.1. Sammanfattning

Resultatet visar att ett övergripande mönster går att urskilja: *har*-konstruktionen är den mest föredragna personbenämningen när det gäller kommunikation om ASD-diagnos, och *är*-konstruktionen när det gäller bipolär diagnos. 1 av 10 väljer *person först*-konstruktionen och den är främst de yrkesverksammas preferens. Den minst prefererade av alla grupper är *diagnos först*-konstruktionen.

Det är problematiskt, för att inte säga omöjligt, att ange prefererad personbenämning när diagnoserna slås ihop.

## 5.2. Legitimeringsanalys

I den här delanalysen tillämpar jag begrepp ur van Leeuwens legitimeringsanalys för att svara på frågeställning 2: *Hur motiveras och (de)legitimeras de föredragna/icke-föredragna personbenämningarna?* Analysen är strukturerad utifrån de olika konstruktionerna; först behandlas *är*-konstruktionen, sedan *diagnos först*-konstruktionen, efter det *har*-konstruktionen och slutligen *person först*-konstruktionen.

### 5.2.1. Är-konstruktionen

*Är*-konstruktionen är sammantaget (40,6%) den mest prefererade av de olika personbenämningarna när respondenterna kommunicerar om bipolär diagnos. Den används även i kommunikation om ASD-diagnos, men det är ovanligt: den sammanlagda siffran är 9% (se avsnitt 5.1.).

Motiveringarna för valet av *är*-konstruktionen realiseras typiskt med hjälp av självauktorisering och moraliska legitimeringar av samtliga grupper:

- (1) (...) Bipolär är mer **en del av** identiteten så som att man tex är av polskt ursprung så är även det **en del av** ens identitet, sätt att vara, erfarenheter etc. (A-referent)
- (2) Det är **en del av** min identitet, precis som att jag är blond och grönögd. (B-referent)
- (3) Jag själv är autistisk. Det är **en del av** min identitet. Jag tänker nog samma med bipolaritet.
- (4) Det är en så integrerad del av personligheten och påverkar hur personen uppfattar och relaterar till världen. (anhörig)

Att respondenten positionerar sig själv som auktoritet är en vanlig legitimering: *Jag själv är autistisk* (3) vilket implicerar att referenten åberopar sin expertis i ämnet.

På samma sätt som ett polskt ursprung (1) och att vara blond och grönögd (2) är en självklar del av identiteten så är bipolär diagnos det också. I exempel (1) jämför respondenten praktiken *vara bipolär* med praktiken *vara av polskt ursprung*: antingen har du ett polskt ursprung eller så har du det inte, det är en sund praktik att se sina olika *erfarenheter* och sitt *sätt att vara* som en del av identiteten. Det finns en avdramatiserande ton i yttrandet som implicerar att det hela inte behöver vara komplicerat eller laddat. Svaret på frågan: varför ska jag säga *jag är bipolär?* är: för att det liknar det (i den här kontexten) okomplicerade och

oladdade sättet att säga *jag är av polskt ursprung*. Denna typ av legitimering är det van Leeuwen kallar för moralisk jämförelse (2007:99).

### 5.2.2. *Diagnos först*-konstruktionen

Den kvantitativa analysen (se avsnitt 5.1.) visar att *diagnos först*-konstruktionen är den som samtliga respondenter anser vara den minst lämpliga varianten. Beläggen är därför få, men de som finns legitimeras vanligen på samma sätt som mönstret för *är*-konstruktionen:

- (5) För att min hjärna har ett autistiskt funktionsätt (sic!). Alltid. Min autism är **en del av** mig och kan inte skiljas från min personlighet på samma sätt som man skilja ex en depression från någons personlighet.
- (6) Autism är helt enkelt **en del av** mig.

Det de två personbenämningarna har gemensamt är alltså ideologin om att diagnosen är *en del av* identiteten, något som inte kan skiljas från personen.

### 5.2.3. *Har*-konstruktionen

*Har*-konstruktionen är den som oftast föredras vid kommunikation gällande ASD-diagnos: 63 % väljer den. Om vi ser till bipolär diagnos är siffran 32 % (se avsnitt 5.1.).

Den typiska realiseringen representeras av följande exempel:

- (7) Jag anser att man **har** en diagnos, man **är inte** sin diagnos. (referent)

En klar majoritet legitimerar *har*-konstruktionen genom att samtidigt delegitimerar *är*-konstruktionen; den delegitimeras moraliskt med en negation – *man är inte sin diagnos*. I exemplet (7) legitimerar respondenten sin ståndpunkt genom självauktorisering: **Jag anser**. Auktorisering realiseras typiskt med verbala processer (Halliday 1985, enligt van Leeuwen 2007:94). Det är möjligt att tolka legitimeringen, i enlighet med Westberg, som rationaliserande: "(...) reglerar praktik(aspekt)er genom att representera dem som rationellt och förnuftigt motiverade" (2016:46), men frågan är om någon legitimering över huvud taget sker? Respondenterna levererar snarare en förgivettagen sanning som inte behöver legitimeras. Svensson menar att "sanningar är resultatet av dominerande idéer i samhället" (2019:39).

Ett omvänt resonemang där samma typ av explicita formulering och motivering legitimerar *är*- och *diagnos först*-konstruktionen och samtidigt delegitimerar *har*-konstruktionen är mycket sällsynt i materialet. Faktum är att av närmare 500 belägg har jag endast hittat två:

- (8) Jag är själv autist och tycker **inte det är något jag har utan något jag är**. Som en kulturell bakgrund tex. (...).
- (9) **AST är en integrerad del av personen. Inte något hen har/något hen går och bär omkring på.** (anhörig)

Två olika ideologier synliggörs; den om att diagnosen är en del av identiteten och den som handlar om att diagnosen står utanför identiteten. Person först-konstruktionen ansluter sig till den senare, vilket jag redogör för i följande avsnitt.

### 5.2.4. *Person först*-konstruktionen

*Person först*-konstruktionen hamnar på andra plats av prefererade personbenämningar när respondenterna kommunicerar om ASD-diagnos, och det är framförallt de yrkesverksamma som använder den. Det ska betonas att det skiljer 48 % upp till förstaplatsen som innehas av *har*-konstruktionen (se avsnitt 5.1.).

Motiveringarna och legitimeringarna följer oftast mönstret hos *har*-konstruktionen, dvs. med rationalisering som också kan tolkas som ett slags icke-legitimering:

- (10) Att personen har en sjukdom men är inte sin sjukdom. (anhörig)
- (11) Jag upplever att människor runtomkring ser en sjukdom eller diagnos, inte en människa. (yrkesverksam)

Den kritiska sidan ifrågasätter typiskt ordet *person* med moraliska delegitimeringar:

- (12) Jag tycker det känns **jättekonstigt** att lägga till "person" när det inte tillför nån info för meningens betydelse. Vi är väl alla personer? Det finns inga **autistiska icke-personer**. (anhörig)
- (13) Person med autism och viljan att "sätta personen före diagnosen" säger något om att autism är något dåligt som är skilt från min person. **Person med homosexualitet**, det låter lika **tokigt**. Som att en vill poängtera att en är en person TROTS autisism/homosexualiteten. (A-referent)
- (14) Jag är en "sån" person, känns liksom som att säga att "jag är en tyst person" istället för att enkelt bara säga att "jag är tyst". Det känns **onödigt**. (A-referent)

Respondenterna kritiserar den moraliska aspekten i användningen av ordet *person* i den här kontexten – motiveringarna innehåller flera negativa evalueringar som *jättekonstigt* (12), *tokigt* (13) och *onödigt* (14) och jämförelser med t.ex. *person med homosexualitet* (13) och *autistiska icke-personer* (12).

### 5.2.5. Sammanfattning

Frågeställning 2 *Hur motiveras och (de)legitimeras de föredragna/icke-föredragna personbenämningarna?* besvaras med följande:

Förespråkarna för personbenämningarna *har*- och *person först*-konstruktionerna legitimerar dem typiskt med rationalisering och självauktorisering. Huvudmotiveringen kan tolkas som legitim, dvs. så självklart att den inte behöver legitimeras. Moralisk delegitimering av de icke-föredragna personbenämningarna *är*- och (i viss mån) *diagnos först*-konstruktionerna sker genom negation.

Förespråkarna för personbenämningarna *är*- och *diagnos först*-konstruktionerna legitimerar dem typiskt med självauktorisering, moraliska evalueringar och jämförelser. *Person först*-konstruktionens bruk av ordet *person* delegitimeras moraliskt med negativa evalueringar och jämförelser.

## 5.3. Stigmahantering

I det här avsnittet analyserar jag fenomenet stigma med Goffmans stigmatteori som utgångspunkt. Analysen avser att svara på frågeställning 3: *Hur synliggörs strategier för att hantera stigma i motiveringarna?* Stigma är tätt kopplat till identitet och personbenämningar tillskrivs stor potential att konstruera identitet, vilket synliggörs av legitimeringsanalysen. Det är i den konstruerande processen som stigma kan skapas, och det är då det blir relevant med stigmahantering. Här analyserar jag respondenternas strategier för just stigmahantering.

### 5.3.1. Acceptansstrategin

Följande motiveringar som förespråkar *är*-konstruktionen följer den typiska realiseringen med frasen *en del av*, som jag har behandlat i avsnitt 5.2.1. Här är skam det centrala:



- (1) Min diagnos är en del av mig. Jag är jag. **Jag skäms inte** för att säga att jag är bipolär eller autist (...).
- (2) (...) Jag skulle vara en helt annan person om jag inte hade autism. Jag **försöker sluta se på autism som något negativt**.
- (3) För att det grund och botten faktiskt är en del av mig och **jag tänker inte skämmas** för det. Att säga att "jag har en sjukdom" är ju att skärma av sig från det, men när det handlar om sjukdomar som faktiskt definierar din personlighet och hur du hanterar livet, ja då är det en del av dig.

Nästa respondent är inne på samma spår, den här gången en yrkesverksam:

- (4) I mitt jobb säger kunden ofta "jag är autist" om sig själv och jag uppfattar att **detta är sagt med stolthet** och förklarande, **inte med skam**.

Referenterna (1-3) förklarar att de inte skäms, eller inte tänker skämmas, för sin diagnos. För att det ska vara möjligt att skämmas för något, måste detta något uppfattas som skamfullt. Goffman menar att skam grundar sig i den avvikandes insikt i att hen inte lever upp till samhällets identitetsvärden; stigmat skapas i diskrepansen mellan andras normativa förväntningar och definition av individen, dvs. den *skenbara* sociala identiteten, och individens *verkliga* sociala identitet (2020:25).

Motsatsen till skam är stolthet: *detta är sagt med stolthet och förklarande, inte med skam* (4). I stället för att försöka dölja diagnosen, med syfte att passera som "normal", hanterar referenterna sitt stigma genom att *inte* aktivt jaga ett socialt erkännande: [*f*]ör att det grund och botten faktiskt är en del av mig och jag tänker inte skämmas för det (3). Referenterna bjuder på motstånd, de revolterar och tar tillbaka makten genom att acceptera sin diagnos. Processen som Goffman kallar *stigmahantering* syftar primärt till att anpassa sig efter normen, men i det här fallet handlar det om att ta kontroll över omgivningens förväntningar via självacceptans. Förklarar på ett annat sätt: konstruera sin *jag-identitet*, den subjektiva känslan av sin situation och sina egenskaper, till sin fördel genom att bryta normen (jfr Goffman 2020:183). Här upprepar jag Goffmans citat från teoriavsnittet 3.3.: "den mogna och den välanpassade fasen – ett tillstånd av nåd" (2020:149).

### 5.3.2. Assimilationsstrategin

Precis som jag har visat i avsnitt 5.2.3. formuleras motiveringar för *har*-konstruktionen vanligen enligt principen "man har en diagnos, man är inte en diagnos". I följande exempel argumenterar anhöriga för att *är*-konstruktionen stigmatiserar och förminskar individer:

- (5) Man är inte en diagnos eller en sjukdom. Det är **stigmatiserande** att prata om människor på det sättet.
- (6) Man är inte sin sjukdom/sitt syndrom/sin diagnos. Det låter **förminskade** och beskrivande på ett sätt som inte ger plats åt individuella skillnader.

Diagnosen, eller "bristen", hör inte hemma i jag-identiteten. Det kan tolkas som att om "bristen" står utanför identiteten kan inte heller omgivningen bedöma personen som någon som avviker från normen.

Vid stigmatisering skapas ofta en offerroll, en social position där personen kan betraktas som maktlös. Goffman menar att det finns en motsägelse i att personen ser sig själv som "normal" men samtidigt inte lyckas med att leva upp till normen, och detta skapar oundvikligen ambivalens inför sig själv (2020:154). Det kan skapa ett behov av att aidentifiera sig den diskriminerande självbilden och gruppstillhörigheten i syfte att assimilera sig med normen och därmed återta makten (Hornscheidt & Landqvist 2014:83). Den typen av assimilationsstrategi har använts av andra stigmatiserade grupper genom historien. Ett exempel är den homosexuella revolten i USA på 70-talet där strategin var att anpassa sig efter könsrollerna och på så sätt bli accepterad i samhället. Det var dock en strategi som queeraktivister senare

kom att kritisera och ifrågasätta om det verkligen var en sann frigörelse (Rydström & Tjeder 2009:162).

Det finns ett starkt diskursivt motstånd mot assimilationsstrategin och det är främst *person först*-konstruktionen som kritiseras:

- (7) Person låter som konstigt... att **man blir utanför allt**. Att man liksom **blir en person som är udda**, att man har en (sic!) märke på sig. (anhörig)
- (8) (...) Det är inte ett tillägg till en person utan en del av personens identitet. Jag brukar jämföra med sexualitet, man skulle aldrig säga "person med lesbiskhet" för det **signalerar** att det är något **avvikande och problematiskt**. (anhörig)
- (9) Diskriminerande. Det är som att andra definierar min person. **Att säga så om sig själv, är att diskriminera sig själv, och inte acceptera att diagnosen är en del av den man är.** (A-referent)
- (10) Jag ser mig själv som autist, och säger jag är autist om mig själv. Om andra väljer jag nog "har autism" Det faller inte på mig att definiera hur personen ser på sin autism, om jag inte vet att hen själv använder "jag är autist". Person med autism är inte ett språkbruk jag använder. För mig **signalerar** det **ableism**.

*Person först*-konstruktionen **signalerar** att det är något *avvikande och problematiskt* (8) och *ableism* (10). Respondenterna menar att *man blir utanför allt*. Att man liksom *blir en person som är udda* (7) och [*a*]tt säga så om sig själv, är att *diskriminera sig själv, och inte acceptera att diagnosen är en del av den man är* (9). *Person först*-konstruktionen anses ställa personen utanför identiteten, men inte i positiv mening. Det handlar snarare om personens icke-acceptans av diagnosen där självuppfattningen, jag-identiteten, är präglad av negativa sociala erfarenheter. Goffman menar att fenomenet bygger på att en förvägrad acceptans från samhället återspeglas och legitimeras av personen själv (2020:32). En diagnos ingår inte i en privilegierad position, och för att undvika att bli diskriminerad behöver personen förneka diagnosen och därmed kunna passera som norm. Vidare menar Hornscheidt & Landqvist att "[p]å en mer övergripande nivå är självdiskriminering ett sätt att upprätthålla de privilegierade positionerna och se dem som neutrala" (2014:82).

Det är grundläggande i processen stigmahantering, som finns överallt där det existerar identitetsnormer (Goffman 2020:183). Det dialektiska förhållandet mellan hur språk konstruerar samhället och är konstruerat av människorna som utgör samhället blir här mycket centralt.

### 5.3.3. Sammanfattning

Frågeställning 4 *Hur synliggörs strategier för att hantera stigma i motiveringarna?* besvaras med följande:

Det finns två tydliga strategier för att hantera stigma; acceptansstrategin och assimilationsstrategin. Acceptansstrategin bygger på att, via självacceptans, inte aktivt söka ett socialt erkännande, dvs. bryta mot samhällets identitetsnormer, medan assimilationsstrategin syftar till att anpassa sig efter normerna för att passera som "normal". Ett utmärkande diskursivt motstånd finns mot *person först*-språkets stigmatiserande potential.

## 5.4. Benämningssmakt

I den här delanalysen tillämpar jag begrepp ur van Leeuwens legitimeringsanalys och Gustafssons delegitimerande begrepp *irrationalisering* och *avauktorisering* för att svara på frågeställning 4: *Vem tillskrivs benämningssmakt?* Först redogör jag för hur referenternas position (de)legitimeras, sedan de anhörigas, normsamhällets och slutligen språkets position.

### 5.4.1. Referenten bestämmer

I kommunikation om ASD-diagnoser är *är*-konstruktionen ganska impopulär, men om vi ser till bipolär diagnos är den betydligt vanligare. Användningen av *är*-konstruktionen är ojämnt fördelad mellan grupperna, exempelvis väljer 43,9 % av de anhöriga *är*-konstruktionen medan 23,08 % av B-referenterna gör det (se avsnitt 5.1.). Det ser vid en första anblick ut som om de anhöriga inte delar uppfattningen om självbestämmanderätt, men i analysen av motiveringarna framträder en annan bild:

- (1) **Min mamma och ett par bekanta säger om sig själva att de är bipolära** och jag har inte satt mig in i definitionsfrågan mer än så när det gäller den diagnosen,
- (2) Använder ofta ”är autistisk” och ”har autism” för **det föredras av mina anhöriga och vänner med autism** som är mig närmast.
- (3) Någon med bipolär sjukdom sa att **hen själv föredrog det**.

De anhöriga hänvisar till vad referenten säger själva och auktoriserar därmed referenten som personlig auktoritet. Van Leeuwen (2007:94) menar att personlig status är kontext- och diskursbunden, här är det referenten som vet bäst och därför ska det sägas så.

Följande belägg visar på viljan att förhandla utifrån referentens preferenser:

- (4) Om jag inte tänker efter säger jag att hen är bipolär. Tänker nog att det är mer politiskt korrekt att säga "har bipolär sjukdom". Tycker dock absolut och utan tvekan att personen med sjukdomen i fråga får välja. (A-referent)
- (5) Jag trodde man skulle säga typ en person med autism – person före diagnos – men min autistiska dotter tycker inte det och då tycker jag hon ska bestämma.
- (6) Jag använder den benämning som de jag jobbar med tycker är ok. Skulle själv säga är bipolär eftersom det är kortast men som sagt jag anpassar mig.

Yttrandet *[t]ycker dock absolut och utan tvekan* (4) slår fast att det inte finns någon som helst osäkerhet om vad som är moraliskt rätt: *personen med sjukdomen i fråga får välja*.

Respondent (4) uttrycker sedan en viss ambivalens: *[t]änker nog att det är mer politiskt korrekt att säga "har bipolär sjukdom"*, och åberopar ett av samhällets moraliska värden, dvs. politisk korrekthet. Även respondent (5) resonerar på liknande sätt: *[j]ag trodde man skulle säga typ en person med autism – person före diagnos (...)*. Respondenten vacklar inför sanningshalten i person först-diskursen och landar slutligen i en personlig auktorisering av referenten: *men min autistiska dotter tycker inte det och då tycker jag hon ska bestämma* (5).

### 5.4.2. Anhöriga bestämmer

I följande motiveringar börjar legitimeringarna om vem som har tolkningsföreträde glida:

- (7) (...) Med autism **kan det vara okej** om den personen själv benämner sig som "jag är autistisk". Då **det kan ha ett stärkande syfte** för dem. Bipolaritet är dock en sjukdom (autism är inte en sjukdom) och man är inte en sjukdom, man har en sjukdom.
- (8) Jag som anhörig **kan ju tycka** vad som känns rätt. Mina grabbar använder själva andra benämningar som känns rätt för dem. De tycker inte att det är en stor fråga:).
- (9) **Det låter bäst att säga så som utomstående**. Men det är personen som har bipolär sjukdom som avgör själv hur hem (sic!) vill säga.

Ett vanligt sätt att auktorisera en person är med olika grader av tvingande modalitet (van Leeuwen 2007:94). Det modala hjälpverbet *kan* markerar här en viss osäkerhet: [*m*]ed autism **kan** det vara okej om den personen själv benämner sig som "jag är autistisk", [*d*]å det **kan** ha ett stärkande syfte för dem (7), [*j*]ag som anhörig **kan** ju tycka vad som känns rätt (8). Winther Jörgensen & Philips menar att "vilken modalitet som väljs får konsekvenser för diskursens konstruktion av både sociala relationer och kunskaps- och betydelsesystem" (2000:88). Konsekvensen här kan tolkas som att de anhöriga ifrågasätter referentens tolkningsföretråde. De anhöriga väger mellan att positionera sig själva eller referenten som auktoritet, och ett moraliskt ifrågasättande blir tydligt; å ena sidan låter det *bäst* (9) och känns mest *rätt* (8) med deras egna val av personbenämning, men å andra sidan har de inte tolkningsföretråde.

- (10) Min anhörige säger själv "jag är bipolär" men jag som anhörig tänker att det är en sjukdom den har. Men det är svårt, har du en mer fysisk sjukdom är du inte din sjukdom. Du är inte diabetes.

Den anhöriga (10) börjar med att hänvisa till vad referenten själv säger: *jag är bipolär*, och isolerat skulle det yttrandet tolkas som en auktorisering av referenten. Rekommendationen följs dock upp med *men jag som anhörig tänker att det är en sjukdom den har*, där *men*:et markerar att hen inte håller med. Referentens *är*-praktik irrationaliseras implicit med *det är en sjukdom den har*, och med orden *jag som anhörig tänker* positionerar respondenten sig själv som auktoritet. I det här fallet fungerar verbvalet *tänker* i stället för t.ex. *tycker* förmildrande – en strategi som gör självpositioneringsprocessen mindre tydlig. Plötsligt har makten över vem som har tolkningsföretråde förflyttats, men det är inte utan ett moraliskt dilemma. Med värdeordet *svårt* i *men det är svårt* uttrycker hen sin moraliska ambivalens men håller fortfarande fast vid sin åsikt, dvs. sin position – det är moraliskt sunt att skilja på person och diagnos. Det är alltså inte valet av personbenämning som *svårt* syftar till, den anhörigas svårighet handlar snarare om att hantera förgivettagandet om att konstruktionen "jag är bipolär" är detsamma som att säga "jag är min diagnos". Om hen inte hade sett det som en sanning där ingen annan tolkning är möjlig hade referentens val antagligen inte varit (lika) problematiskt.

### 5.4.3. Normsamhället bestämmer

Följande belägg är typiska. De skildrar hur referenternas tolkningsföretråde tas ifrån dem:

- (11) Ibland säger jag autistisk, och ibland med autism. Jag tar inte illa upp om någon säger att jag har autism. Jag kallar mig själv ofta autistisk, men jag säger inte till folk att jag föredrar att dom också säger att jag är autistisk. **Däremot tycker jag att det är jättejobbigt att stora delar av samhället verkligen tror att alla med diagnoser vill bli refererande (sic!) som personer först och rättar autistiska personer som kallar sig autistiska och prackar på att vi är personer först.**
- (12) Känns som "person-first language", och **jag har dåliga erfarenheter av NT-människor** (neurotypiska, min anmärkning) **som totalt struntat i mitt tolkningsföretråde, och försökt påstå att det är fult att säga att man är autist eller att tala om autistiska människor som grupp.** Tror deras synsätt bottnar i gammal skräckpropaganda om att autism är något hemskt tillstånd som håller en annars "normal" person gisslan, och jag upplever den idén som väldigt förminskande. Autism är ingen sjukdom, utan en del av min personlighet!
- (13) Förstår liksom inte varför det ska behöva påpekas att någon är en person, för det är ju självklart. **Däremot vet jag att det finns andra (ofta NT) som gärna ser att det påpekas att man främst är en person,** men det känns som om det bottnar i en felaktig föreställning om att en persons autism skulle gå att separera från personligheten. Min autism är dock en del av mig, och jag vet inte vem jag skulle vara utan den.
- (14) Jag tror att jag ofta använder det som är smidigast och flyter på bäst i sammanhanget. Fast jag tycker att **det är irriterande när neurotypiska personer eller personer som inte är bipolära försöker bestämma vad dom som faktiskt är/har det ska kalla sig själva.** :) Men jag tror att dom vill visa att

vi är mer än vår diagnos. Fast, det tycker jag att jag är även om jag kallar mig själv autistisk. Jag är ju mer än bara lång eller så också. Ett vanligt argument. :)

- (15) Det används som en omskrivning av människor som verkar rädda för orden autism, autistisk, autist. "Har autism" ger mig också negativa associationer eftersom **många normfungerande experter envisas med att använda det trots påpekanden om att det är förvirrande och missvisande för mig.**

Medlemmar av normsamhället kritiserar för att de avauktorerar referenterna och irrationaliserar referenternas personbenämningspraktik. Här blir också historiska ideologier tydliga: *gammal skräckpropaganda* och okunskap om att autism är något hemskt tillstånd som håller en annars "normal" person gisslan (12).

Det förekommer en hel del kritik mot *person först*-konstruktionen, och frustrationen synliggörs i de negativt laddade aktiva verben: neurotypiska personer **envisas** (15), **rättar autistiska personer som kallar sig autistiska och prackar på att vi är personer först** (11), **försöker bestämma vad dom som faktiskt är/har det ska kalla sig själva** (14), **NT-människor som totalt struntat i mitt tolkningsföreträde, och försökt påstå att det är fult att säga att man är autist eller att tala om autistiska människor som grupp** (12), **det finns andra (ofta NT) som gärna ser att det påpekas att man främst är en person** (13).

Neurotypiska personers kritiserade beteende kanske kan förklaras med följande auktorisering:

- (16) I mer professionella sammanhang kan jag ibland behöva säga "person med autism" för att **det är så organisationen bestämt sig för att säga.** (yrkesverksam)

Ett ojämlikt maktförhållande mellan sociala grupper synliggörs, ett tillstånd som skapas och reproduceras av person först-diskursen vilket utlöser en diskursiv kamp. Detta är ett fenomen som inom kritisk diskursanalys kallas för *ideologiska effekter* (Winther Jörgensen & Philips 2000:69).

#### 5.4.4. Språket bestämmer

Det förekommer en hel del moraliska legitimeringar i form av evalueringar i materialet där en okomplicerad syntax är idealet – det är viktigt att det *ligger bra i munnen* (19). Det handlar framförallt om beläggen som gäller bipolär diagnos, och då är det *är*-konstruktionen som framstår som den mest funktionella. *Är*-förespråkarna värderar praktiken med adjektiv som *enkelt, kort, koncist* osv.

- (17) **Enkelt** sätt att prata om det. (anhörig)  
(18) Det låter **bra, kort** o **koncist**. (A-referent)  
(19) Den är **enklast** och ligger **bra** i munnen. Men egentligen är ingen sin sjukdom så det känns lite fel. (anhörig)

Värdeordet *krångligt* är däremot typiskt när respondenterna delegitimerar *person först*-konstruktionens syntaktiska egenskaper, men även andra moraliska evalueringar:

- (20) Den är **knölig** och **uppstyldad**. Låter **medicinsk** och **opersonlig**. (anhörig)  
(21) Låter **helknäppt** och **omskrivande**. Som man inte vill prata om "det hemska". (A-referent)  
(22) **Krånglig, lång** och matchar inte min egen känsla för diagnosen. (A-referent)  
(23) Det faller på att det är språkligt **krångligt**, en Person med Bla bla bla och kommer inte användas. (anhörig)

*Person först*-konstruktionen är *knölig, helknäpp, lång* men framförallt *krånglig*, vilket är exkluderande ur ett begriplighetsperspektiv. Respondent (21) anser också att den är *omskrivande* – [s]om man inte vill prata om "det hemska". Omskrivande har ofta en

förmildrande effekt, s.k. eufemismer, där syftet är ”to avoid and camouflage life’s harsh realities (Halmari 2011:828).

## 5.5. Sammanfattning av resultaten

Personbenämningspraktiken är komplex, men ett övergripande mönster går att urskilja: *har*-konstruktionen är den mest prefererade av samtliga grupper när det gäller ASD-diagnos. Vid kommunikation om bipolär diagnos är respondenterna splittrade: B-referenter och yrkesverksamma föredrar *har*-konstruktionen, och A-referenter och anhöriga *är*-konstruktionen. 1 av 10 väljer *person först*-konstruktionen och är främst de yrkesverksammas preferens. Den minst prefererade av alla grupper är *diagnos först*-konstruktionen.

Förespråkarna för personbenämningarna *har*- och *person först*-konstruktionerna legitimerar dem typiskt med rationalisering och självauktorisering. Huvudmotiveringen kan tolkas som legitim, dvs. så självklart att den inte behöver legitimeras. Moralisk delegitimering av de icke-föredragna personbenämningarna *är*- och (i viss mån) *diagnos först*-konstruktionerna sker genom negation.

Förespråkarna för personbenämningarna *är*- och *diagnos först*-konstruktionerna legitimerar dem typiskt med självauktorisering, moraliska evalueringar och jämförelser. *Person först*-konstruktionens bruk av ordet *person* delegitimeras moraliskt med negativa evalueringar och jämförelser.

Det finns två tydliga strategier för att hantera stigma; acceptansstrategin och assimilationsstrategin. Acceptansstrategin bygger på att, via självacceptans, inte aktivt söka ett socialt erkännande, dvs. bryta mot samhällets identitetsnormer, medan assimilationsstrategin syftar till att anpassa sig efter normerna för att passera som ”normal”. Ett utmärkande diskursivt motstånd finns mot *person först*-språkets stigmatiserande potential.

Personbenämningar tillskrivs stor makt för den sociala positioneringen och konstruerandet av identitet och stigma. Trots den starka samhälleliga presuppositionen om rätten till självbenämning är detta inte alltid sant i praktiken: gränsen mellan vilka som har tolkningsföreträde är långt ifrån solid. Gränsen som överskrids när positionerna byter plats är snarare dynamisk och ibland dold. Ett ojämlikt maktförhållande mellan referenter, anhöriga, normsamhället och språket sig självt synliggörs – tydligaste blir det i kampen mellan *person först*-diskursen och diskursen om självbenämningssrätt.

En slutsats är att personbenämningar har en betydelsefull roll i konstruerandet av identitet. Personbenämningspraktik är komplex, och alla personbenämningarna i undersökningen har potential att stigmatisera. En försiktig slutsats är att *person först*-språket har en särskilt stigmatiserande effekt och utmanar de berördas benämningssmakt.

# 6. Resultatdiskussion

I detta avsnitt återkopplar jag till mitt övergripande syfte med den här undersökningen: att studera olika grupper personbenämningspraktiker när det gäller kommunikation om autism/asperger (ASD) och bipolär diagnos. Det gör jag genom att diskutera de olika diskurser som resultaten pekar på, och hur dessa hänger ihop sinsemellan (se avsnitt 6.2.1.). Jag diskuterar även undersökningens avgränsade syfte: person först-språkets position i förhållande till de andra personbenämningarna (se avsnitt 6.2.2.).

Men först diskuterar jag mitt val av insamlingsmetod.

## 6.1. Metodkritik

Anledningen till mitt val av enkät som insamlingsmetod var för att få ett brett underlag, jämfört med t.ex. intervjuer som lämpar sig för en djupare studie. Bredden hade jag kunnat komma åt med en korpussökning, där jag även hade kunnat studera det *faktiska* språkbruket jämfört med det mitt enkätmaterial består av: det språkbruk respondenterna *säger* att de använder. Det gör det svårt att bedöma reliabiliteten – hur pålitlig är respondenternas självskattning? Samtidigt talar enkätsvarens anonymitet för att de kvalitativa beläggen har större potential att vara mer ärliga, i motsats till exempelvis i en offentlig bloggtext. Fördelen med att respondenterna svarar på samma frågor gör dem även mer lämpade för jämförelse, och mer statistiskt hållbara.

En enkät är svår att konstruera ur ett validitets- och begriplighetsperspektiv, därför var det viktigt med en pilotomgång för att säkerställa just det. Kvaliteten och innehållet i beläggen vittnar om att validiteten är hög; jag har fått den typ av svar som jag sökte.

## 6.2. Diskussion

Resultatet pekar på några tydliga diskurser. Här diskuterar jag först de olika diskurserna och hur de kan koppla samman delanalysernas resultat, sedan fokuserar jag på person först-språket för att knyta ihop undersökningens avgränsade syfte: person först-språkets position i förhållande till de andra personbenämningarna.

### 6.2.1. Diskurser

Resultatet från legitimeringsanalysen i avsnitt 5.2. och 5.4. och stigmaanalysen i avsnitt 5.3. synliggör flera diskurser. Identitetsdiskursen är huvudsaklig och innehåller tre deldiskurser: de dikotoma *integrations-* och *segregationsdiskursen*, där person först-diskursen ingår i den senare. De andra diskurserna är stigma-, benämningsmakt- och klarspråksdiskursen. I avsnitt 3.1. definierar jag diskurs som ”specifika sätt att tala om, förstå och därmed konstruera kategorier, händelser, identiteter, relationer, kunskap, och annat, utifrån en viss förståelseram” (Wojahn 2015:21).

## Identitetsdiskursen

En av identitetsdiskurserna är den jag kallar för *integrationsdiskursen* som bygger på ideologin om att en psykisk och neuropsykiatrisk diagnos är *en del av* identiteten (se avsnitt 5.2.2.), och det är viktigt att poängtera. Det verkar vara de diskursiva medlemmarnas definition av att vara bipolär/autist/autistisk/aspergare; att säga *jag är x* eller (i viss mån) *jag är en x person* är att säga ”diagnosen är **en del av** min identitet”:

- (1) Vi ser det som **en del av** hur vi fungerar, **en del av** vårt väsen. Det går inte att avskilja från vem (sic!) vi är.

I den brittiska studien gjord av Kenny m.fl. (2016) är just resultatet att referenterna föredrar personbenämningen *autistic*, vilket ingår i *är-och diagnos först*-konstruktionerna; *jag är autistisk* (eller *autist* i min enkät) och *autistisk person*. Respondenterna resonerar på liknande sett som i min undersökning: diagnosen är *en del av* identiteten. Den stora skillnaden mellan undersökningarna är att i min är *diagnos först*-konstruktionen den minst föredragna.

Att en diagnos är en del av identiteten som realiserar språkligt med *är-* och *diagnos först*-konstruktionen anses vara sant i den integrationsdiskursiva gemenskapen, men den är inte på något sätt ett förgivtagande som dominerar i samhället. Det ska snarare förstås som ett diskursivt motstånd mot en diskursiv makt, ett försök att ändra sättet att tala och tänka om hur personbenämningar kopplat till identitet bör tolkas (jfr Svensson 2019:96).

De som innehar den diskursiva makten tar avstånd från *är-* och *diagnos först*-konstruktionen och argumenterar för vikten av att språkligt separera diagnos och person, dvs. frigöra diagnos från identitet (se avsnitt 5.2.3.). Förespråkarnas tolkning är att konstruktionerna betydelsemässigt inte gör skillnad mellan diagnos och identitet: att säga ”**jag är** bipolär/autist/autistisk/aspergare” är att säga ”diagnosen är **hela** min identitet”. Här hamnar vi alltså i en annan identitetsdiskurs, den jag kallar för *segregationsdiskurs*.

- (2) **Man är inte** sin diagnos! **Man HAR** en diagnos eller sjukdom eller funktionsvariation (...). (anhörig)

Man *är* inte sin diagnos, man *har* en. Det är intressant att formuleringen som exempel (2) representerar fullständigt dominerar materialet; den förefaller vara standardiserad och mekaniserad, kanske ogenomtänkt. Det kan troligtvis vara ett resultat av *person först*-diskursen som varit högst aktuell de senaste åren.

Distinktionen mellan de dikotoma diskurserna är dock inte alltid knivskarp:

- (3) För att jag inte **ÄR** min diagnos, jag har en diagnos. Min diagnos är inte den jag är, den är en del av mig men knappast allt jag är. Jag är inte min sjukdom.

Inom den diskursiva ramen finns det vissa idéer som inte går att föreställa sig. Här krockar diskurserna, och respondentens (3) resonemang skulle kunna tolkas som ett sätt att utvidga den egna diskursramen genom att överväga andra aspekter; tänka tankar som egentligen inte är möjliga inom diskursen (jfr Hornscheidt & Landqvist 2014:109).

Person först-diskursen ingår i segregationsdiskursen som står i konflikt med integrationsdiskursen. Att personbenämningar har potential att konstruera identitet är medlemmarna av de olika diskurserna överens om, kampen handlar om vems ideologi som ska gälla i konkurrensen inom samma område (jfr Winther Jörgensen & Philips 2000:134).



Det som är intressant är att kampen verkar bygga på ett definitions-missförstånd; att säga *jag är x* betyder *inte* att *jag är hela min diagnos* enligt den integrationsdiskursiva definitionen. Det är där krocken med segregationsdiskursen sker, som ju definierar det så.

### Stigmatdiskursen

Identitet är något som *görs*, *inte är*, och det är i mänsklig interaktion det görs (Goffman 2020), vilket framgår mycket tydligt i mitt material. Precis som att personbenämningar har kraft att konstruera identitet kan de även stigmatisera individer, eller snarare är det *på grund av* att en individ inte lyckas leva upp till samhällets identitetsnormer som hen kan stigmatiseras. Stigmatdiskursen är närvarande även hos Kenny m.fl. (2016), men får inte lika stort utrymme som i min undersökning.

Stigmatdiskursen kommer till uttryck på olika sätt i materialet. Respondenterna diskuterar t.ex. skam:

- (4) Det är en del av min identitet. Det är ingen sjukdom eller något jag skäms för. Det är något jag är. Som att jag också är värmlänning. Eller queer. Eller närstynt. Alla de orden skulle bli konstiga om en sa de (sic!) på andra sätt.

Frasen *en del av* dyker typiskt upp i samband med den här typen av resonemang, vilket knyter an till integrationsdiskursen.

Alla personbenämningar har potential att stigmatisera genom att förminska, diskriminera och reproducera fördomsfulla stereotypa uppfattningar grundade på okunskap:

- (5) Den låter stämplande. Som om personen inte har "fler strängar på sin lyra". (anhörig)
- (6) Förminskande och ger oönskade associationer om gamla tiders dårhus. (B-referent)
- (7) Det finns så mycket okunskap och fördomar om olika diagnoser i samhället, vilket är väldigt sorgligt, t ex att man är konstig, eller "dum i huvudet" om man är autistisk. (anhörig)
- (8) Många har en viss generell syn på vad ord betyder. Asperger = har inga känslor, autism = kan allt om tåg. (anhörig)

Exempel (6) visar på premissen för ett kritisk-diskursanalytiskt angreppssätt; att förstå att vår världsbild är präglad av vår historia och kultur. Kampen om språket bygger på vilka tolkningar som varit möjliga historiskt men som numera anses vara t.ex. *förminskande* och *ge oönskade associationer* (6). Respondenten kopplar oönskade associationer till *gamla tiders dårhus* vilket implicerar maktlöshet. Här synliggörs en diskursiv kamp om vilken betydelse som ska gälla i vår tid, detta trots att språkets mening aldrig kan vara konstant (jfr Winther Jørgensen & Philips 2000:36).

### Benämningsmaktdiskursen

Personbenämningar tillskrivs stor makt för den sociala positioneringen och konstruerandet av identitet och stigma. En stigmatiserad position kan i sin tur leda till att individen blir fråntagen sin röst, detta blir tydligt i konflikten mellan person först-diskursen och benämningsmaktdiskursen, vilket jag utvecklar i avsnitt 6.2.2.

Många anser dock att det är referenterna som har benämningsmakten:

- (9) Jag har hört personer som är bipolära själva benämna sig så och då tycker jag att jag bör respektera deras val av benämning. (anhörig)

Andra är ambivalenta i sitt resonemang. Detta sker till exempel när anhöriga å ena sidan tycker att deras val av personbenämning låter *bäst* och känns mest *rätt*, men å andra sidan menar att de inte har tolkningsföreträde. Ännu en konflikt mellan diskurser blir tydlig.

### Klarspråksdiskursen

Det förekommer respondenter som inte lägger någon större vikt vid betydelse, konnotationer och maktperspektiv, för dem är en okomplicerad syntax det viktigaste. Personbenämningarna ska vara korta, enkla, smidiga och ”ligga bra i munnen”. Det är främst *är*-konstruktionen som tillskrivs dessa egenskaper. Klarspråksdiskursen blir synlig; ett inkluderande språk är enkelt, vårdat och begripligt.

- (10) Det är den kortaste varianten. Jag krångligar (sic!) inte till det och tror att detta innebär att hela min person ÄR detta. Jag vet att jag HAR det. Inte är. Men det går fortare att säga.
- (11) Jag föredrar ordföljder som känns smidiga, har inga problem med innebörd eller dyl. (anhörig)
- (12) Ligger bäst i munnen. (A-referent)

Motsatsen är t.ex. krånglig och lång, dvs. exkluderande ur ett begriplighetsperspektiv, vilket *person först*-konstruktionen anses vara:

- (13) Det faller på att det är språkligt krångligt En Person Med Bla bla bla och kommer inte användas. (anhörig)
- (14) Det är så långt att säga heh. Jag tror att jag ofta använder det som är smidigast och flyter på bäst i sammanhanget (...). (A-referent)

Klarspråksdiskursen synliggörs i analysen av benänningsmakt (se avsnitt 5.4.4.) där språkets egenskaper tillskrivs makt att avgöra vilken personbenämning som är mest lämplig.

### 6.2.2. Person först-språket

*Person först*-konstruktionen utmärker sig i alla delar av analysen. Konstruktionen delegitimeras ofta med negativa evalueringar och ordet *person* kritiseras:

- (15) Jag tycker det känns jättekonstigt att lägga till ”person” när det inte tillför nån info för meningens betydelse. Vi är väl alla personer? Det finns inga autistiska icke-personer. (anhörig)

Respondenten menar att ordet *person inte tillför nån info för meningens betydelse* (15), vilket minst sagt är öppet för tolkning. Den tänkta betydelsen är som bekant att belysa att en är en person i första hand och att diagnosen är sekundär. Å ena sidan borde det funka så om en beaktar språkstudier som visar att ordföljd har betydelse för hur vi konceptualiserar den benämnda (Wojahn 2013:363). Förstaplatsen är definierande – om person är först borde alltså just personen fokuseras. Detta är medlemmarna av *person först*-diskursens ståndpunkt vilket många yrkesverksamma delar; det är den dominerande motiveringen för valet av *person först*-konstruktionen och det är främst de yrkesverksamma som föredrar den. Samma resultat syns i Kenny m.fl. (2016).

Det står å andra sidan i konflikt med ett tema-rem-perspektiv. Principen är att det som kommer först i meningen eller frasen redan är känt och det som kommer efter är ny information, vilket gör att fokus automatiskt hamnar på det senare. Det betyder att det som ska döljas, i det här fallet diagnosen, i stället får en framträdande roll (jfr Halamari 2011:839).

Motståndarna verkar anse att tema-remaprintipen är dominant, vilken pekar ut det som är avvikande från normtypiska individer, dvs. diagnosen. Detta är det som Goffman (2020) menar är grundläggande för stigmatisering.

I delanalys 5.3. synliggörs det att alla personbenämningarna kan ha stigmatiserande potential, men *person först*-konstruktionen framstår som särskilt stigmatiserande:

(16) Person låter som konstigt... att **man blir utanför allt**. Att man liksom **blir en person som är udda**, att man har en (sic!) **märke på sig**. (anhörig)

Detta stämmer överens med Titchkoskys (2001) resultat där hon ser att effekten av person först-språket blir att klyftan mellan normfungerande och normavvikande människor förstärks, i stället för intentionen att minska diskriminering, inkludera och generera större förståelse för hur det är att leva med en funktionsnedsättning.

Stigmatisering ser jag som ett strukturellt fenomen som kan forma diskurser, vilket jag redogör för i avsnitt 3.1. Det betyder inte att stigmatisering alltid är gjord med avsikt, det kan lika gärna ske utan att det var menat så. Person först-språket är ett bra exempel på det sistnämnda där syftet är att vara inkluderande, men där det i stället hamnar i en överordnad position. Positionering är tvåsidig; en position är alltid överordnad den andra (Hornscheidt & Landqvist 2014:140).

Det står illa till med konstruktionens syntaktiska egenskaper; den anses vara t.ex. *krånglig*, *konstlad*, *lång* och *omskrivande*. Halmari (2011) menar att *person först*-konstruktionen är en eufemism, förmildrande eller omskrivande, vilket politiskt korrekta termer ofta är. Just politiskt korrekthet är både ett utskällt och eftersträvansvärt fenomen i svensk kultur, beroende på vilken ideologi en tillhör. Men för t.ex. myndigheter och organisationer är ett korrekt språk viktigt oavsett, språket ska vara så neutralt som möjligt. Vogel menar att här får språket en ”otacksam uppgift” (2014:1) när det gäller att formulera en neutral personbenämning, särskilt när den som benämns har någon form av funktionsnedsättning.

Jag skulle säga omöjlig uppgift. Både den här undersökningen och andra studier av personbenämningar visar samma sak: personbenämningsspråk är komplex – alla personbenämningar betyder olika saker för olika personer. Det betyder givetvis inte att ett så inkluderande språk som möjligt inte ska vara målet, men det får inte vara på bekostnad av de benämndas tolkningsföreträde.

I inledningen diskuterar jag hur benämningssmaktdiskursen utmanas av person först-diskursen. Respondenterna i materialet uttrycker frustration över det neurotypiska samhället, där NT-personer anses ”pracka på” referenterna person först-praktiken:

(17)(...) Däremot tycker jag att det är jättejobbigt att stora delar av samhället verkligen tror att alla med diagnoser vill bli refererande (sic!) som personer först och rättar autistiska personer som kallar sig autistiska och prackar på att vi är personer först. (A-referent)

Nästa respondent resonerar om person först-språket som politiskt fenomen:

(18) Krångligt och konstlat med långa konstruktioner. Tycker inte om när **aktivistiskt språk** används i neutrala sammanhang, det stöter bort vissa och ger inte säkert rätt bild. (anhörig)

Belägg (18) är intressant: [t]ycker inte om när *aktivistiskt språk används i neutrala sammanhang*. Ett kriterium för att språkligt motstånd ska betraktas som språkaktivism är att

det ”initieras av strukturellt diskriminerade grupper, dvs. bedrivs ”underifrån” (Wojahn 2015:24). Person först-språket är inte ett initiativ från språkaktivister, utan som sagt en rekommendation som kommer ”uppifrån”, ursprungligen från FN (i Europa).

Min undersökning visar att det inte är självklart vem som har benämningssmakt. Normsamhällets jakt efter den mest korrekta och neutrala personbenämningen bör gå via de berörda, när det gäller person först-språket är så inte fallet.

Det leder mig fram till nyttan med den här undersökningen. Antalet kvantitativa enkätsvar (155) kan ses som statistiskt hållbara, och resultaten belyser ett outforskat område inom personbenämningsspraktik i Sverige. Resultaten kan rimligtvis användas i språkvårdens rekommendationer, som tidigare inte har kunnat grundas på empiriska undersökningar av det här slaget. Det kan vara ett led i ett förändringsarbete, eftersom personbenämningsspraktik enligt mig är politisk, dvs. har potential att ändra sociala relationer.

Ett ord är aldrig bara ett ord. Orden kommer fullpackade med attityder, associationer och värderingar. Språket kategoriserar, stigmatiserar, normaliserar, positionerar, reproducerar föreställningar om världen, förändras över tid och präglas av kulturella värden. Språk har makt.

Jag avslutar med några väl valda ord från en av rösterna i mitt material:

*Låt oss med diagnoser bli mer hörda. Lyssna på oss, acceptera oss som vi är.*

# 7. Litteratur

Barlebo Wenneberg, Søren 2010. *Socialkonstruktivism – positioneringar, problem och perspektiv*. Malmö: Liber.

Börjesson, Mats. 2003. *Diskurser och konstruktioner – en sorts metodbok*. Lund: Studentlitteratur.

Fairclough, Norman. 2015. *Language and power*. Third edition. New York: Routledge.

Feldman, David; Gordon, Phyllis A; White, Michael J; Weber, Christopher 2002. The effects of people-first language and demographic variables on Beliefs, Attitudes and Behavioral Intentions Toward People with Disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling; Fall 2002; 33, 3; Social Science Premium Collection pg. 18.*

Goffman, Erving. 2020. *Stigma – den stämplades roll och identitet*. Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, Anna. 2009. *Pamfletter!*. Diss., Lunds universitet.

Halmari, Helena 2011. Political correctness, euphemism, and language change: The case of 'people first'. I: *Journal of Pragmatics nr 43*.

Hornscheidt, Lann & Landqvist, Mats. 2014. *Språk och diskriminering*. Lund: Studentlitteratur.

Hornscheidt, Lann & Wojahn, Daniel. 2017. Aktivistisk språkvetenskap. I: Håkansson, David & Karlsson, Anna-Malin (red.). 2017. *Varför språkvetenskap? Kunskapsintressen, studieobjekt och drivkrafter*. Lund: Studentlitteratur.

Kenny, Lorcan; Hattersley, Caroline; Molins, Bonnie; Buckley, Carole; Povey, Carol and Pellicano, Elizabeth 2016. Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. I: *Autism 2016, Vol. 20(4)*. S 442–462.

Rydström, Jens & Tjeder, David. 2009. *Kvinnor, män och alla andra*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, Peter. 2019. *Diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.

Titchkosky, Tanya. 2001. Disability: A rose by any other name? "People first language in Canadian society. I: *The Canadian Review of Sociology and Anthropology 38, 2*. S. 125-140.

Trost, Jan. 2001. *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

van Leeuwen, Theo. 2007. Legitimation in discourse and communication. I: *Discourse & Communication 1 (1)*. S: 83-118 Van Leeuwen, Theo. 2008.

Vogel, Anna. 2014. Laddade ord. I: *Språk & stil NF 24*.

Westberg, Gustav, 2016: *Legitimerade föräldraskap 1870–2010. En diskurshistorisk undersökning*. Stockholm studies in Scandinavia Philology, N.S., 61. Stockholm: Institutionen för svenska och flerspråkighet, Stockholms universitet.

Winther Jørgensen, Marianne & Philips, Louise. 2000. *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Wojahn, Daniel. 2013. De personliga pronomens makt. I: *Svenskans beskrivning 32*. Karlstad: Institutionen för språk, litteratur och interkultur.

Wojahn, Daniel. 2015. *Språkaktivism: Diskussioner om feministiska språkförändringar i Sverige från 1960-talet till 2015*. Uppsala: Institutionen för nordiska språk.

# Bilaga 1: enkätfrågor

1) Din ålder?

2) Kryssa i en av följande kategorier som stämmer in på dig:

- Jag har en autism/asperger (ASD) diagnos
- Jag har en bipolär diagnos
- Jag är anhörig/vän till någon med autism/asperger (ASD) eller bipolär diagnos
- Jag arbetar med personer som har autism/asperger (ASD) eller bipolär diagnos

3a) Vilken personbenämning föredrar du att använda när du kommunicerar om bipolär diagnos?

- Jag/hon/hen/han är bipolär
- Jag/hon/hen/han har bipolär sjukdom
- Jag/hon/hen/han har en bipolaritet
- Jag/hon/hen/han är en person med bipolär sjukdom
- Jag/hon/hen/han är en bipolär person
- Annan, vilken?

3b) Vad är anledningen till att du använder just den personbenämningen du har markerat ovan?

(Har det t.ex. att göra med vilka associationer den för med sig (vilka i så fall?), identifikation, hur den låter osv.? Utveckla gärna!

(3c) Vilken personbenämning föredrar du att använda när du kommunicerar om autism/asperger (ASD) diagnos?

- Jag/hon/hen/han är autist/aspergare
- Jag/hon/hen/han har autism/aspergers syndrom
- Jag/hon/hen/han är en person med autism/aspergers syndrom
- Jag/hon/hen/han är en autistisk person/asperger-person
- Annan, vilken?

3d) Vad är anledningen till att du använder just den personbenämningen du har markerat ovan?

(Har det t.ex. att göra med vilka associationer den för med sig (vilka i så fall?), identifikation, hur den låter osv.? Utveckla gärna!

4a) Vad tycker du om följande personbenämningar? Ge minst stjärnor till den benämning du tycker sämst om!

- Jag/hon/hen/han är bipolär/autist/aspergare
- Jag/hon/hen/han har bipolär sjukdom/autism/aspergers syndrom
- Jag/hon/hen/han är en person med bipolär sjukdom/autism/aspergers syndrom
- Jag/hon/hen/han är en bipolär/autistisk/asperger person

4b) Vad är anledningen till att du graderar personbenämningarna så som du gör?

**5) Använder du olika personbenämningar i olika sammanhang (t.ex. med kompisar vs med läkare)?**

- Nej
- Ja - berätta vilka!

**6) Hur viktigt tycker du att det är med personbenämningar?**

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte viktigt alls

**7) Hur ofta diskuterar du dessa frågor?**

- Ofta
- Sällan
- Aldrig

**8) Har du något mer att tillägga?**



## Bilaga 2: Resultat fråga 5-7 i enkäten

	Grupp 1: A-referenter	Grupp 2: B-referenter	Grupp 3: anhöriga	Grupp 4: yrkesverk- samma
<b>5. Använder du olika benämningar i olika sammanhang?</b> Procenttalen gäller de som svarade ja.	17.5 %	15,38 %	19,51 %	10 %
<b>6. Hur viktigt tycker du att det är med benämningar?</b>				
Mycket viktigt	45 %	38,46 %	29,27 %	50 %
Ganska viktigt	45 %	53,85 %	59,75 %	45 %
Inte särskilt viktigt	10 %	7,69 %	9,76 %	5 %
Inte viktigt alls	0	0	1,22 %	0
<b>7. Hur ofta diskuterar du dessa frågor?</b>				
Ofta	32,5 %	30,77 %	31,71 %	35 %
Sällan	55 %	53,85 %	58,53 %	50 %
aldrig	12,5 %	15,38 %	9,76 %	15 %