

MIN SJUKDOM ÄR FLER ÄN EN, MEN FÄRRE ÄN MÅNGA

Att följa begreppet multipla verkligheter genom olika praktiker som gör och uppför sjukdom

LENA ARONSSON

För några år sedan började jag få svullna vader. Inte bara svullna vid värme eller långa flygresor, utan svullna hela tiden. Hela den våren och sommaren irriterades jag över hur fult och missklädsamt det var med tjocka underben och att sandaler fick mina fötter att se ut som kassler. I spegeln fanns en tant som jag inte kände igen (eller ville kännas vid) med ben som stack ut ur shortsens som stockar och fötter som bara fick plats i badskor. Jag provade att sova med benen högt, att gå långa promenader, att dricka mycket (och lite) vatten – ingenting hade synbar effekt. I september gav jag efter för min mans tjat och gick till läkare. Mitt motstånd bottnade inte i rädsla för att vara sjuk, den tanken föll mig aldrig in, utan mer det genanta i att uppta läkarens tid med mina tjocka vader. Som medelålders kvinna förväntade jag mig att få höra att jag måste acceptera kroppsliga förändringar när jag blir äldre och att ökad motion kan motverka. Till min förvåning togs jag på allvar, undersöktes och fick lämna blod för ganska omfattande provtagning. Man konstaterade att halten av albumin, ett ämne som binder vätska i blodet, var onormal och att det kunde tyda på leversjukdom. Jag remitterades till en leverspecialist för fortsatta provtagningar och undersökningar. Så småningom ställdes en dubbel diagnos; jag hade samtidigt två olika autoimmuna leverinflammationer.

Just där och då hade just jag en sjukdom som kännetecknades av

vätskeansamlingar i fötter och underben, men det var sensommar och jag hade känt mig tjock i flera månader. Jag är inte säker på att sjukdomen hade varit densamma för någon annan, eller vid en annan årstid eller tidpunkt i livet. Vad är egentligen en sjukdom? Kan den benämnas på ett sammanhållet sätt, entydigt definierad och i singular? Eller är sjukdomen lika många som varje person som har den eller alla de praktiker som gör den? Och om sjukdomen kan göras och bli olika för olika personer eller praktiker (situeringar, som Donna Haraway (1991) skulle sagt) väcks frågor om kroppens genus och sociala position, var för sig och i kombination. Vad spelar kön, genus, klass och social position för roll för vad en sjukdom kan vara och bli? Att jag var en medelålders kvinna med ständiga ambitioner att gå ner några kilo spelade uppenbarligen roll för hur jag uppfattade sjukdomen. Antagligen också att jag är välutbildad och socialt väletablerad, både som redskap för att förstå vad som pågick men det innebar också en potentiell sårbarhet. Det kunde ju vara så att den här sjukdomen inte var direkt kompatibel med min sociala position, inte utan anpassningar. Kan sjukdomen förändra vår uppfattning om positioner och kategoriseringar – och vilken roll spelar detta i de praktiker som är med och skapar det vi kallar *sjukdomen*?

Multipla kroppar, multipla sjukdomar och multipla verkligheter

Vi säger ofta att vi *gör* och *görs* i relation till varandra och till situationer, att vi *blir* och konstrueras som någon och dessa sociala konstruktioner av klass, kön, identitet och vad det kan vara formar vad som blir möjligt. Den jag görs (och gör mig själv) till, blir både en förklaring till det som händer och ett löfte om att det skulle kunna vara på andra sätt.

Vi själva som sociala konstruktioner – att jag är kvinna är mer än bara biologi och fysiologi – är en stark tankefigur som gör det möjligt att förklara olika synsätt som perspektiv. Antagandet att vi har olika perspektiv på en i grunden gemensam värld och verklighet har präglat mitt sätt att tänka om hur vi möter och förstår varandra. Men går det att tänka på andra sätt eller går det att lägga till andra sätt att tänka?

Tidigt i min forskarutbildning läste jag texter av Annemarie Mol och andra inom det posthumanistiska fältet och jag både tilltalades och utmanades av den decentrering av det mänskliga subjektet som dessa teorier laborerade med. Bara en liten förskjutning; flytta människan en aning åt sidan så att icke-mänskliga ting, tankar, språk och annat också får plats att bli subjekt – och det går inte längre att se oss som användare *av* världen. Vi blir sam-användare, sam-handlare, sam-producerande. I

The Body Multiple (2002) diskuterar Annemarie Mol vad en förståelse av verkligheten som multipel kan innebära. Det handlar inte om att kunna inta många olika perspektiv på en och samma verklighet, där det implicit finns något som perspektivet bara medger att vi ser delar av. Det skulle i så fall innebära att vi ”läser” verkligheten som diskursiva tolkningar, men då är det diskurserna som är multipla och verkligheten uttrycks fortfarande i singular. I stället handlar det om olika samtidiga verkligheter. Världen och verkligheten förstås som multipel och finns därmed i flera versioner. Det intressanta blir inte vad vi gör *med* världen (som objekt) utan vad vi genererar *tillsammans med* världen (se till exempel Haraway 1991; Law 2004; Lenz Taguchi 2012; Braidotti 2013). Det Annemarie Mol visar oss med begreppet *multiple realities* är att ”verkligheten” inte är något fast och stabilt som kan betraktas från olika håll och beskrivas på olika sätt, utan i själva verket är en högst aktiv och intrasslad del i det vi gör, i våra olika praktiker.

Är jag sjuk? Har jag varit sjuk? Hur har min sjukdom uppförts (*enacts*, med Mols språkbruk) i olika praktiker? Vilka olika uppföranden eller versioner av sjukdomen kan jag beskriva genom att se sjukdomen som multipel? Hos läkaren, i laboratoriet, på webbsidor eller i min kropp uppförs kronisk autoimmun leverinflammation på olika sätt. Att säga att det är olika perspektiv på samma sjukdom skulle dels förutsätta att det fanns en central kärna, med olika sätt att betrakta den eller olika uppfattning om vad i den som är viktigt, dels att det finns anledning att vilja se det som en helhet (jämför Mol 2012: 185).

Vilken nytta kan vi ha av detta? Mol pekar på att multiplicitet innebär att vi flyttar fokus från den observerande blicken till den görande praktiken. I stället för att intressera oss för vilket perspektiv som är referens för den kunskap som genereras så intresserar vi oss för själva händelserna (praktikerna, verkligheterna) och hur de ingriper i varandra. Det innebär att frågor om verkligheten och vilken kunskap som finns i olika praktiker inte går att hålla isär och därmed inte heller hierarkier mellan olika praktiker. Kanske är det inte ens de multipla verkligheterna i sig som är det mest användbara eller intressanta, utan vad som händer när de möts och när vi ska ”få ihop det”, koordinera och i någon mening översätta mellan olika versioner av det vi ser som världen, verkligheten och livet. Låt mig belysa frågan om nytta genom att ta min leversjukdom som exempel. Den är självupplevd och exemplet kan därför bli ganska utförligt, vilket ger möjlighet att utforska frågan om vad vi ska ha de multipla verkligheterna till.

Min egen kropp och hur jag uppfattar förändringar i den är själva utgångspunkten för att de övriga praktikerna alls ska kunna uppstå. De svullna vaderna fick mig att söka läkare, även om jag själv upplevde besvären snarare som estetiska än som sjukdomssymtom. Min kroppsliga känsla var att jag var frisk, även sedan prover och läkarbesök visade annat. Både fysiskt och psykiskt kände jag mig som innan diagnoserna, utan att för den skull vare sig bagatellisera allvaret eller bortse från symtom. När jag ett par månader efter första läkarbesöket påbörjade cortisonbehandling förändrades detta. Biverkningarna i form av att känna mig frusen, trött och samtidigt speedad, svullnad i ansiktet och viktuppgång fick mig att på bara ett par dygn gå från ”frisk” till ”sjuk”. Förresten, vad är egentligen biverkningar? Är det besvär och obehagliga upplevelser som jag läst om i förväg och märker av? Eller är det effekter av medicinering som inte bidrar till att jag blir friskare? Biverkningar låter så enkelt och entydigt när vi säger det, men det kan alltså vara praktiker som är medicinska, fysiska, psykiska, upplevda, beskrivna eller förväntade. I takt med den nedtrappning av medicineringen som jag senare fick göra avtog upplevelsen av att vara sjuk.

Efter min inledande motsträvighet mot att beställa tid på vårdcentralen för mina (som jag uppfattade det) självupptagna klagomål om tjocka ben så fick jag alltså ytterligare en version av symtomen. Jag var inte en otränad medelålders kvinna som behövde acceptera min kropp eller börja gå på gym. I stället var jag allvarligt sjuk med en dubbeldiagnos; två olika autoimmuna leverinflammationer.

På samma sätt som de svullna vaderna producerade en kropp med kön, ålder och (brister i) karaktär, så får ordet *autoimmun* en särskild betydelse när jag och leversjukdomen ska göra oss begripliga för varandra och för andra. Sjukdomar kan vi alla drabbas av, i olika organ och av anledningar som kan vara självförvållade eller oavsiktliga. Sjukdomstillstånd har över tid laddats med olika associationer och emotioner, till exempel har idéhistorikern Karin Johannisson (2009) beskrivit hur föreställningar, uttrycksformer och innehåll i tillståndet melankoli har förändrats och förståtts på olika sätt i olika tider. Det som förändras är också hur vi ser på det som är orsakat av oss själva och jag föreställer mig att det ytterst handlar om vilket värde självkontroll, behärskning och ansvarstagande har. Att till exempel vara överviktig... är det förresten en sjukdom? Oavsett, så är det kanske inte bara ett tecken på att man har råd att äta gott eller att man har en trygg kroppsuppfattning utan just tecken på bristande självkontroll och vilja att sköta

sig. Det som tidigare var ett tecken på välstånd är nu tecken på det motsatta. Och möjligt är att gränsen för vad som är sjukdom går ungefär där. Att på kirurgisk väg förminska magsäcken blir då inte ett skönhetsingrepp, en slags radikal bantningsmetod, utan en behandling av sjukdomen fetma. Går vi så tillbaka till levern så vet vi att man kan bli oavsiktligt sjuk, till exempel genom att råka äta fel sorts svamp, men också självförvällat, till exempel genom överdosering av paracetamol eller missbruk av alkohol. Och får man i sig så mycket värktabletter eller sprit att man får skador av det – ja, då finns parallellen till resonemanget om övervikt. Jag noterade att både för mig själv och andra uppstod en kort stunds osäkerhet när jag hade sagt ”leverinflammation” och innan jag lade till ”den är autoimmun och alltså inte beroende av något jag gjort”. Vi behövde inte tvivla på min förmåga till självkontroll.

Autoimmuna sjukdomar orsakas av att kroppens immunförsvar överreagerar och angriper den egna vävnaden eller egna organ, ofta utan synbar anledning. Psoriasis, glutenintolerans och MS är exempel på autoimmuna sjukdomar. Diagnosen *autoimmun hepatit* innebär alltså en, oftast kronisk, leverinflammation som uppstått utan att kunna förklaras eller till följd av något särskilt. Detsamma gäller *primär biliär cirros*, som också är en kronisk autoimmun leversjukdom. När jag får diagnoserna, som inslagna små ordpaket på latin, känns det nästan lite högtidligt. Orden är främmande och det finns laddade associationer kring dem. Hepatit kan man visserligen få på utlandssemester, men det är väl också något narkomaner har? Och cirros, är inte det skrumplever? Skillnaden mellan diagnoserna är dels var i levern och på vilket sätt den angripits, dels hur man vanligtvis behandlar sjukdomen. Läkaren beskrev att just den dubbla diagnosen faktiskt inte gjorde mitt hälsotillstånd dubbelt så allvarligt utan tvärtom kunde innebära en positiv prognos. Mycket förenklat innebär två pågående sjukdomar i levern att inflammationen är aktiv (”ett krig sinsemellan”) i stället för att vävnad dör. Olika mediciner sattes in mot de olika sjukdomarna och i stället för kronisk talade läkaren om botande behandling. Med cortisonmedicinering från november till juni sjönk levervärdena till normalvärden. För att motverka att inflammationen återkom har jag under hela tiden och även fortsättningsvis fått äta medicin som dämpar kroppens immunförsvar, för att förhindra att kroppen skulle gå i oförklarligt krig mot sig själv än en gång.

I den praktik som min kropp utgör uppförs sjukdomen initialt som symtom på försämrad förmåga hos blodet att hålla vätska, orsakad av försämrad leverfunktion. Jag märker att benen svullnar och blodets koa-

guleringsförmåga försämras i relation till vad jag uppfattar som ett normaltillstånd. Som kvinna några år över femtio med vad det innebär av kroppsliga sensationer relaterat till klimakteriet är min uppfattning om ”normalt” inte bara i förhållande till hur min kropp har sett ut och uppfört sig tidigare utan inbegriper också en idé om ”normala förändringar”. De förändringar jag märker har ingen tydlig start men vid någon tidpunkt blir skillnaden tillräcklig för att jag ska uppfatta den som onormal. Dock är ett ”onormalt tillstånd” inte nödvändigtvis detsamma som att ”känna sig sjuk”, vilket är den beskrivning min kropp kan göra först när läkemedelsbiverkningarna blir kännbara. Innan dess har jag en sjukdom jag kan se, men inte känna.

När min (materiella, molekylära) kropp kommer in i den praktik som utgörs av laboratoriet uppförs sjukdomen mer entydigt. De blodprov som tas översätts till siffervärden som kan jämföras med gränsvärden för vad som anses vara normalt, acceptabelt eller anledning till behandling. Man mäter levervärden, röda och vita blodkroppar och blodplättar och över tid kan kurvor ritas som visar förändringar. Jag får göra ultraljudsundersökning av levern och biopsi för att ta vävnadsprov. Även detta översätts till värden och beskrivningar som både kan jämföras med den medicinska vetenskapens erfarenhet av det normala och ge underlag för diagnostisering och behandling. I laboratoriets praktik sker ingen värdering av resultaten i relation till min (upplevda) kropp som praktik och ingen spekulation om orsaker till de värden man iakttar. Här uppförs sjukdomen som onormala värden och ultraljudsbilder där en inflammerad lever kan ses och ”jag” är den behållare som inhyser organ och blod som laboratoriepersonal och läkare undersöker. I en bisats kommenterar ultraljudsläkaren min ”fina gallblåsa” och jag känner mig stolt över att vara invärtes snygg.

Multipla aktörer uppför tillsammans en sjukdom

Hos läkaren möts min kropps upplevelser och laboratoriets värden, men i mötet finns också fler aktörer. Läkarens kliniska erfarenhet och vetenskapliga kunskap om leversjukdomar deltar också, inte bara som uttolkare av mig och av labbrapporten utan som aktiva agenter som samhandlar i att uppföra situerad kunskap om just mitt tillstånd. Så småningom ska detta leda till att läkaren kan ställa diagnos. När jag svarar på frågor om hur jag mår, om mitt liv och mina vanor och vilka symtom jag uppfattat ökar jag läkarens kliniska erfarenhet samtidigt som det påverkar uttolkningen av laboratorieresultaten. Hen beskri-

ver möjliga diagnoser, vad dessa leversjukdomar innebär inuti min kropp och vilka konsekvenserna kan bli om man inte behandlar. Dessa beskrivningar bygger på generell kunskap och i samtalet översätter vi det till min kropp och mitt liv. Jag får berätta vad jag arbetar med, hur min familjesituation ser ut och indirekt också vilken grad av stabilitet som finns i mitt liv. Just där och då uppfattar jag frågorna som ett i situationen underligt sätt att konversera men efteråt tolkar jag det som att läkaren behöver kategorisera mig socialt och intellektuellt för att kunna formulera sig ändamålsenligt. Mitt yttre och personuppgifterna i journalen ger alltså inte tillräckliga ledtrådar till att jag är en välbalanserad akademiker med stabilt nätverk. Läkarens frågor till mig syftar till att förstå ”hur fysiskt sjuk jag intellektuellt uppfattar att jag är” och mina frågor kretsar kring ”hur sjuk sjukdomen är”. Hen behöver försäkra sig om att jag förstår allvaret och jag behöver riktlinjer för hur jag ska kommunicera detta till andra människor.

Läkaren beskriver två möjliga diagnoser och uppmanar mig att gå hem och söka information om båda, för att sedan komma tillbaka och ställa frågor. I detta öppnar hen för ytterligare ett uppförande av sjukdomen, där jag på egen hand orienterar i såväl vetenskaplig som andras upplevda situerade kunskap. I webbsidornas information, frågespalter, bloggar, vetenskapliga rapporter och populärvetenskapliga texter uppförs en kronisk sjukdom med flera olika diagnoser som upplevs och uppfattas olika, men också beskrivs olika över tid. Dödlighetsrisken har minskat i takt med säkrare diagnosticering och bättre behandling. Sjukdomens uppförande på internet är en praktik jag initialt hänvisas till av läkaren för att få incitament för frågor jag annars kanske inte hade ställt, men kan potentiellt också bli en praktik dit jag kan hänvisa andras frågor jag inte kan besvara. Kanske är det missvisande att beskriva ”sjukdomen på internet” som *en* praktik; i själva verket är det en brokig anhopning av genrer, diskurser, aspekter, röster och verkligheter. Här finns texter med anspråk på att beskriva och förklara såväl delar som helheter, här finns personliga röster som frågar, berättar, tror och oroar sig, här finns historiska, statistiska och globala uppgifter och här finns sidor som tvinnar och trasslar samman allt detta. Var det därför läkaren frågade om mitt yrke? Jag arbetar på ett universitet och är alltså kapabel att tolka, förstå och värdera information.

I den kliniska praktiken uppförs sjukdomen som en förhandling mellan min unika kropp (och tanke), mätbara värden och generell läkarerfarenhet. När vi har en överenskommelse om gemensam representation

av objektet, alltså att vi är överens om att det är en autoimmun leverinflammation som ska tas på allvar och behandlas, kan vi gå vidare. Det som då tar vid är en koordination av den kliniska, kroppsliga och laborativa praktiken – sjukdomen uppförd i en behandlande praktik. Behandlingspraktiken gör aktörernas performativitet ännu tydligare; det materiellas aktiva deltagande blir påtagligt (*matter matters*, skulle Barad (2003) sagt). Laboratoriebesök, nålar och plåster, väntrum, provsvar, telefonsamtal med mottagningssköterskan, tablettorna, apoteksbesöken, biverkningarna och konsekvenserna av dem i min vardag samhandlar och skapar förskjutningar i beskrivningarna av hur sjuk jag är. Själva diagnosen (eller diagnoserna) är objekt för allt som sker, men samtidigt en i allra högsta grad aktiv agent. I behandlingspraktiken uppförs sjukdomen som en påverkbar motståndare, som något min kropp och övriga aktörer bekämpar tillsammans. Mina fysiska upplevelser av att bli sjuk av medicinerna översätts med hjälp av de förbättrade blodvärdena till någon slags ”stridsskador”. Samtidigt har jag inte uppfattningen att det är *jag* som bekämpar sjukdomen. Sara Danius, ledamot och ständig sekreterare i Svenska Akademien, förklarar i radioprogrammet ”Vinter i Pt” (2014) om sin cancerbehandling att det är kämpigt, men ingen kamp. Retoriken kring allvarliga sjukdomar är krigisk, man strider, besegrar och vinner. Förlorar man så är det för att man inte kämpade och försökte tillräckligt. Jag förstår vad Danius menar; jag har inga vapen för att föra krig mot en sjukdom, i strid kommer inte positiva tankar att räcka. I den krigiska metaforen är sjukvårdspersonalen soldater beväpnade med yrkets kompetens och vapen; min kropp är slagfältet.

Är jag sjuk? Har jag varit sjuk? Idag svarar jag nej på den första frågan, min lever har värden inom normalspektrumet. Jag tar fortfarande medicin som håller immunförsvaret på låg nivå, men som säkerhetsåtgärd. Den andra frågan försöker jag komma runt genom att svara ”jag har haft en sjukdom och jag blev sjuk av medicinen”. Laboratoriepraktiken beskrev ett ganska allvarligt tillstånd med värden som obehandlade skulle kunna leda till leverkollaps. I den kliniska praktiken underströks allvaret, men fokuserade på diagnos och behandling och läkaren uttryckte tilltro till att sjukdomen kunde botas. När sjukdomen uppförs på internet finns en blandning av information och personliga berättelser med det gemensamt att det kroniska tillståndet är centralt; hur länge man kan leva med sjukdomen och vad det innebär i vardagslivet. När sjukdomen uppförs som föremål för behandlande

praktik får den en tydligare dynamik och blir påverkbar. Den makt sjukdomen potentiellt har att förändra och försämra mig blir i behandlingen en kraft mot vilken man kan sätta in motkraft. Under det år som gick från första läkarbesöket tills levervärderna kunde anses normala hade jag dock svårt att besvara frågorna. Inte för att sjukdom skulle vara stigmatiserande eller för att framstå som heroisk, utan på grund av den diskrepans som fanns mellan sjukdomens uppförande i olika praktiker.

Så långt uppförandet av sjukdomen i en rad olika praktiker men det tydligt multipla uppstår när uppförandet sker i min kropp. Fysiska sensationer saknas (bortsett från de inledande symtomen), intellektuellt är jag mer lättad över att få en förklaring till besvären än orolig över den eventuella risken att dö och känslomässigt låter jag den fysiskt kroppsliga upplevelsen få företräde i svaret på frågan om jag är sjuk. Efterhand lär jag mig att svara på sätt som håller isär "sjukdomen" och att "vara sjuk", för att underlätta för den som frågar. De olika praktikererna är inte olika perspektiv på sjukdomen, det är i någon mening olika sjukdomar. Tänker jag med Haraway (1991) betonas det individuella och situerade, men den generella autoimmuna leverinflammationen är också multipel. I laboratoriets, läkarens, webbsidornas och min praktik uppförs den autoimmuna leverinflammationen på olika men delvis överlappande sätt (jämför Mol 2002:51). Samtidigt innehåller det individuella och situerade också aspekter som färgar de olika praktikererna. Att jag är kvinna, vad jag väger och min ålder blir faktorer som påverkar behandlingen, läkemedelsdoseringen och tolkning av laboratorieresultat, men också hur jag själv uppfattar sjukdomen, min kropp och att vara sjuk. Min sociala position, klass och yrke blir del i min och läkarens förhandlingar och överenskommelser, men formar också min bild av sjukdomen och hur jag förhåller den till omvärlden.

Åter till frågan om vad begreppet *multipla versioner av verkligheten* kan bidra med. Som exempel har jag använt min egen sjukdom och hur den uppförts i olika praktiker för att pröva vilka svar som kan föreslås. Rent personligt kan jag se varför det varit svårt att besvara frågan "är jag sjuk?" och varför andra i min närhet haft svårt att förstå vilken grad av allvar sjukdomen haft. Det var i själva verket olika sjukdomar, multipla om man så vill, och jag försökte kommunicera *den* från olika praktiker men kanske utan att koordinera *dem*. Och om vi då säger att verkligheten är multipel kan vi alltså inte med säkerhet säga vad som är verkligt och sant, inte entydigt i alla fall, utan behöver agera trots osäkerhet och tvivel. Mol pekar mot praktiken, men inte görandet i största allmänhet

utan som platser för våra ontologiska antaganden. Verkligheten finns inte innan vi gör något, den görs.

Låt oss så släppa de multipla verkligheterna, placera själva begreppet i bakgrunden och bli en aning suddigt för att i stället rikta skärpan mot aktörerna. I varje praktik jag beskrivit finns en mängd aktörer, både mänskliga som jag själv, laboratoriepersonal och läkaren, och icke-mänskliga som tabletter, sprutor, datorer och stödstrumpor. Till de icke-mänskliga får vi också räkna sådant som texten på en webbsida, läkarens tonfall, den speedade känslan i kroppen och rösten hos en vän som frågar hur jag mår. Allt detta är performativa aktörer, som fyller de olika praktikerna med ömsesidigt formerande samspel och egentligen kan sägas *göra* praktikerna. I någon mening finns naturligtvis både jag själv, tabletterna och webbsidan redan innan den beskrivna praktiken, men inte som aktörer i *den här* handlingen. När mina svullna vader och stödstrumporna samhandlar uppstår något som inte fanns innan men det är också detta som är den unika praktiken, den finns inte heller innan. Som jag förstår Mols teori om multipla verkligheter är det just samproducerandet och samhandlandet mellan mänskliga och icke-mänskliga agenter (eller aktörer i nätverk) hon beskriver – men som en självklar bakgrund för att kunna beskriva multipla verkligheter.

Multipla verkligheter innebär också att de är situerade. De hör hemma någonstans, lokaliserade i tid och rum, med aktörer och uppföranden av praktiker. Det betyder inte att det inte finns generell och sammanfattad kunskap, vissa saker händer tillräckligt ofta för att vara vanliga, naturliga eller genomsnittliga, men situerade verkligheter är olika versioner i stället för olika perspektiv som direkt knyts till någons blick. Stannar vi i stället i praktiken (händelsen, verkligheten, görandet) kan vi inte (bort)förklara skillnader mellan versionerna med att det är olika blickar eller perspektiv, vi behöver se hur de möts, överlappar, intervenerar, koordineras. I den kliniska praktiken i mitt exempel är laboratoriepraktiken inkluderad och behandlingspraktiken överlappar både laboratoriets och den kliniska praktiken. Svårigheten för mig kom när jag skulle koordinera de andra praktikerna med en kroppslig praktik där sjukdomens effekter inte var lika märkbara.

Avslutningsvis: Vad är egentligen en sjukdom?

Vad är egentligen en sjukdom? Kan den benämnas på ett sammanhållet sätt, entydigt definierad och i singular? Eller är sjukdomen lika många som varje person som har den eller alla de praktiker som gör den?

Inledningsvis antydde jag en vilja att problematisera ett (som jag uppfattar ganska vanligt) antagande om varandet som *sociala konstruktioner* med *olika perspektiv* på en redan existerande värld. Till min hjälp tog jag filosofen och etnografen Annemarie Mol och hennes begrepp *multiple realities*, vilket förskjuter fokus från olika blickar och ståndpunkter till de olika versionerna av verkligheten. Inget hindrar oss från att fortsatt utforska implikationerna av att se roll, klass, kön och andra kategoriseringar som konstruktioner, men med Mols teoretiska tillägg måste vi förkasta idén om att världen och verkligheten finns i förväg. I stället blir den till, uppförs och görs, i flera samtidiga versioner. ”Fler än en, men färre än många” säger Mol (2002:55) för att understryka att det inte handlar om fragment eller splittring utan om versioner som hänger ihop. Jag använde min egen sjukdom som exempel, inte bara för att Mol är professor i ”Kroppens antropologi” utan också för att kunna föra mitt resonemang från den mest bekanta arenan; min egen kropp. Att se verkligheten som multipla uppförda praktiker i stället för som perspektiv på en redan existerande verklighet innebär att ontologi måste förstås som *ontologier*; i sig ett fundamentalt skifte. Börjar man tänka på det, så förändras mycket. Men jag skulle också vilja lyfta fram den förändring som uppstår när de multipla versionerna ska *koordineras*, till skillnad från när olika perspektiv ska jämkas samman. I stället för att förstå varandras perspektiv (som uttryck för något), vilja se dem som tillägg som berikar och försöka komma överens, så kan vi lägga kraft på hur de olika versionerna samarbetar, intervenerar och informerar varandra. Intressera oss för praktikerna, inte bara för vår blick på dem.

Som sagt, börjar man tänka... så kan begrepp få nya eller utvidgade innebörder. Tänkande som en teoretisk praktik, således. Jag bjuder in Deleuze och Guattari (1994) i mitt tänkande, där de skriver att varje begrepp också har komponenter som hör till andra begrepp och, vilket kanske är viktigare, svarar mot andra problem. Begrepp är alltså inte definierade och stabila, utan konturer kring ett rörligt innehåll, överlappande varandra. *Praktik*begreppet får nya konturer för mig, nya komponenter och anknyts kanske till andra problem – det flyttar sig, vidgas och börjar överlappa andra begrepp. Jag som kropp, forskare, kvinna, medelålders, medelklass och andra kategoriseringar kan ses som definierade och omdefinierade konstruktioner, *men också som praktiker, olika versioner som kräver översättning och koordination*. För att uttrycka det lite pretentiöst, så kanske det är det livet handlar om; att koordinera verkligheterna.

Referenser

- Barad, Karen (2003) Posthumanist performativity: how matter comes to matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 28(3): 801-831
- Braidotti, Rosi (2013) *The posthuman*. Cambridge: Polity.
- Danius, Sara (2014) *Vinter i P1* <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/476892?programid=2071> (2015-03-25)
- Deleuze, Gilles och Guattari, Felix (1994) *What is philosophy?*. New York: Columbia University Press.
- Haraway, Donna (1991) *Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature*. London: Free Association Books.
- Johannisson, Karin (2009) *Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier.
- Law, John (2004) *After method: mess in social science research*. London: Routledge.
- Lenz Taguchi, Hillevi (2012) *Pedagogisk dokumentation som aktiv agent: introduktion till intra-aktiv pedagogik*. Malmö: Gleerups utbildning.
- Mol, Annemarie (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, Annemarie (2012) Ontologisk politik: ett ord och några frågor. Åsberg, Cecilia, Hultman, Martin och Lee, Francis (red) *Posthumanistiska nyckeltexter*. Lund: Studentlitteratur.

Lena Aronsson

Doktorand vid Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen,
vid Stockholms universitet
E-post: lena.aronsson@buv.su.se