

La speranza come risorsa nell’etica della relazione con il malato

Hope as a resource in the ethics of the relationship with the patient

MARIA TERESA RUSSO

Università degli Studi di Roma Tre, Roma

Inseparabile dalla fiducia, la speranza è una delle tre dimensioni radicali dell’essere umano, assieme alla credenza e all’amore. Nell’articolo, le riflessioni filosofiche sul tema della speranza si intrecciano con le indagini scientifiche, che mostrano come, oltre all’antropologia della speranza, esista anche una fisiologia della speranza, che si manifesta nella situazione di malattia o persino in prossimità della morte. Poiché appare evidente il nesso tra speranza, benessere fisico e guarigione, si sottolinea la necessità che il personale sanitario sia formato in quella che è stata definita “hope-inspiring competence”.

Parole chiave: Etica medica, fiducia, Láin Entralgo Pedro, malattia, speranza

Inseparable from trust, hope is one of the three radical dimensions of the human being, together with belief and love. In this paper, philosophical reflections on the theme of hope are intertwined with scientific investigations, which show how, in addition to the anthropology of hope, there is also a physiology of hope, which manifests itself in the situation of illness or even near death. Since the link between hope, physical well-being and healing is evident, the need for healthcare personnel to be trained in what has been defined as hope-inspiring competence is emphasized.

Key words: Hope, Láin Entralgo Pedro, medical ethics, illness, trust

Indirizzo per la corrispondenza

Address for correspondence

Maria Teresa Russo

Dipartimento di Scienze della Formazione

Università degli Studi di Roma Tre

Via del Castro Pretorio 20, 00185 Roma

e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it



Premessa

Tra il 24 febbraio e il 26 marzo 2020, la società Almax del Gruppo Almax, specializzata in intelligenza artificiale, Social Intelligence e analisi del linguaggio naturale scritto e parlato, ha realizzato una ricerca raccogliendo oltre 7 milioni di tweet e oltre 60mila post su Instagram, sui temi legati al coronavirus. Dall'analisi delle parole chiave ricorrenti nelle conversazioni, è emerso un dato interessante: nel periodo più drammatico della pandemia, il trend emozionale, dopo le prime settimane in cui era caratterizzato prevalentemente da paura e tristezza, si è modificato lasciando spazio a vissuti di speranza e di solidarietà.

Gli analisti della società hanno voluto riconoscere in questi dati la capacità della tecnologia di favorire l'inclusione e la prossimità in un momento di isolamento fisico. Si potrebbe tuttavia anche darne una lettura diversa, addirittura ribaltando la prospettiva: sono stati i social a favorire il cambiamento o, piuttosto, è stata la radicata propensione alla speranza a dare una nuova direzione, dopo l'iniziale smarrimento, allo scambio di messaggi?

Queste considerazioni costituiscono la premessa per una riflessione sul ruolo che la speranza riveste nella vita umana, soprattutto in momenti difficili, come le calamità, le guerre o, in questo caso, la malattia presente o imminente, propria o di persone care.

L'uomo, un essere che spera

Il medico e filosofo spagnolo Laín Entralgo ha individuato tre dimensioni radicali dell'essere umano, che determinano il senso primario del suo vivere: la credenza, l'attesa e l'amore. L'esistenza umana possiede, dunque, contemporaneamente, una struttura *pistica* (*pístis*: credenza), *elpidica* (*elpis*: speranza), *filica* (*philia*: amicizia, amore) (Laín Entralgo, 1957).

Come è stato osservato (Russo, 2002), nella dimensione della speranza confluiscono tre significati, strettamente uniti. Il primo è l'attendere, il predisporre a qualcosa che deve accadere e che è, in un certo senso, il sottofondo implicito del nostro agire. Il secondo significato è costituito dall'orientarsi consapevolmente verso una meta, cercando di progettare il futuro. In terzo luogo, sperare comporta fidarsi nella realizzazione di qualcosa che non dipende completamente da noi stessi, ma che, d'altra parte, non è del tutto impossibile. Considerata da questa ultima prospettiva, la speranza è una virtù che contiene un elemento di apertura e di fiducia nell'alterità. Come afferma il filosofo Marcel, è possibile sperare solo a livello del *noi*, ma non dell'*io*, che altrimenti rimarrebbe solo rinchiuso nelle sue ambizioni personali (Marcel, 1980). La speranza è pertanto inseparabile dalla fiducia o, se si preferisce, dall'affidamento: ha carattere relazionale, perché è sempre risposta, ma è anche sempre aspettativa che si esprime in una richiesta o addirittura in una supplica. Com-

mentando l'etimologia di *expectare*, Tommaso d'Aquino osserva che equivale a *ex alio spectare*, ossia guardare verso un soccorso da parte di altri, che mi aiutino a raggiungere quel bene arduo, inattuabile solo con le proprie forze (Tommaso D'Aquino).

Si oppongono alla speranza sia la disperazione che la presunzione. Josef Pieper osserva che in entrambi gli atteggiamenti vi è un'anticipazione (*Vorwegnahme*) abusiva e indebita: la disperazione anticipa senza motivo il fallimento dell'esistenza; la presunzione anticipa con leggerezza il buon esito e il successo finale. Entrambe "distruggono il carattere itinerante dell'esistenza umana, irrigidiscono e congelano quanto è genuinamente umano, che solo la speranza è capace di mantenere in scorrevole fluidità" (Pieper, 1960).

Sperare è compatibile con la consapevole accettazione del limite, con quella passività che solo apparentemente è un atteggiamento del debole e del vinto, perché invece è esercizio del patire, ossia un'azione libera del soggetto che assume il limite come sfida e come risorsa all'interno del suo progetto di vita (Alici, 2011). Chi spera è più del semplice ottimista, in quanto mostra una essenziale disponibilità nei confronti della realtà, la *lascia essere*. Il suo assenso non è forzatamente vincolato alla realizzazione futura dei suoi desideri, ma alla convinzione che, anche ove questa non avvenisse, si potrà aprire ugualmente un varco nella sua situazione presente. Osserva Marcel: "«Tutto è perduto per me se non guarisco», era dapprima tentato d'esclamare il malato, identificando ingenuamente guarigione con salvezza. Dall'istante in cui egli avrà non tanto riconosciuto astrattamente quanto compreso dal profondo di sé stesso, cioè *veduto*, che tutto può non essere perduto anche se la guarigione non si verifica, evidentemente il suo atteggiamento interiore verso la guarigione o la non guarigione si troverà profondamente trasformato; egli avrà riconquistato libertà e capacità di distensione" (Marcel, 1980).

Ci sono dunque *situazioni-limite* (*Grenz Situation*), secondo l'espressione di Jaspers, quelle circostanze critiche costituite dalla malattia, dalla prossimità della propria morte, dall'esperienza della morte di una persona cara o dall'angoscia dell'insicurezza, che sconvolgono la totalità della persona. E col filosofo tedesco Laín Entralgo afferma che esse sconvolgono la totalità della persona, ma possono anche condurla a un vissuto che gli mostra "l'assoluto dell'essere". Con questa espressione si riferisce al processo che la persona può compiere consapevolmente: quello che Jaspers chiama "trascendere", il passaggio a una nuova dimensione che oltrepassa la chiusura del presente, ma che difficilmente è realizzabile senza la vicinanza con l'altro e il suo aiuto (Laín Entralgo, 1957).

Speranza, malattia, guarigione

Diverse sono le indagini di medici sul processo della speranza nel corso di gravi malattie. Alcune di esse rimontano

alla metà del XX secolo e, sulla base di esperienze cliniche, hanno individuato anche una dimensione, potremmo dire, fisiologica della speranza. Servendosi delle osservazioni dei medici Juan Rof Carballo e Juan José Lopez Ibor, che hanno analizzato le reazioni dell'organismo, in particolare del sistema neuroendocrino, di fronte alle situazioni di normale attesa e di allarme o pericolo imminente, Laín Entralgo sottolinea l'esistenza di un complesso di attività biologiche che, regolate da un sistema, svolgono una funzione fondamentale nell'esercizio dell'attesa umana (Laín Entralgo, 1957). Questo rende possibile l'equilibrio tra l'attesa e la memoria, fa sì che si possa affermare la propria individualità di fronte a situazioni d'allarme e, infine, che la persona non viva in un permanente stato d'ansia e d'angoscia, dovuto a un'attività vitale disordinata. Ciò dimostra che non esiste nell'uomo una sorta di strato somatico, che soggiace alla vita spirituale e che non può esservi una separazione netta tra ciò che è biologico e ciò che è mentale. Per questo, la distinzione che la lingua francese fa tra *espoir*, costituita dalla speranza vitale ed *espérance*, che è invece la speranza spirituale, secondo Laín è solo parzialmente corretta: non vi è *espérance* senza *espoir* e non c'è *espoir*, che non tenda a convertirsi in *espérance* (Laín Entralgo, 1957).

Se della speranza si può tracciare una fisiologia, la conseguenza è che anche possibile individuarne una patologia. La intima unità tra psiche e spirito fa sì che le situazioni di benessere somatico siano favorevoli alla speranza e viceversa, pur non essendo determinanti. Per questo, citando L. Binswanger e P. Janet, Laín Entralgo sottolinea che un particolare regime di vita o la presenza di una nevrosi possono rendere estremamente problematico lo sperare umano e produrre degli stati che si possono denominare di *diselpidia*, ossia di incapacità di progetto e di speranza.

Conclude il medico spagnolo: "Il corpo dell'uomo "esige" che l'attesa umana sia un progetto e lo spirito umano – lo spirito incarnato – "si vede obbligato" ad aspettare il suo futuro concependolo come progetto. Il progetto – un progetto necessariamente adeguato alle possibilità della realtà corporea in cui lo spirito umano s'incarna – è, dunque, la forma propria e primaria della speranza" (Laín Entralgo, 1957).

Herbert Plügge, autore nel 1954 di un breve saggio sul problema antropologico della speranza, arriva ad affermare che il medico non solo si trova a riscontrare nei malati gli elementi di una sorta di "esperienza del nulla", tipica di certe patologie psichiche, ma riconosce anche un altro tipo di esperienza, riconducibile a un autentico principio metafisico, che ha relazione con l'essere e non con il nulla. Si tratta di un principio che non è definibile, ma che è sperimentabile e quindi descrivibile. Esaminando due storie cliniche di malate morte di cancro, Plügge osserva che, nella misura in cui la malattia si andava aggravando e venivano meno le possibilità di cura, si faceva strada in esse una speranza nuova, di fronte alla quale non avevano alcuna importanza i giudizi razionali del malato stesso sulla propria incurabilità. Si tratta di un

principio che sostiene l'affermazione della vita e dell'essere e che si manifesta come una nuova speranza (Plügge, 1954).

Plügge distingue tra speranza *quotidiana* o *comune* (*gemeine Hoffnung*) e speranza *autentica* (*echte Hoffnung*). La prima ha per oggetto la realtà mutevole e contingente: pertanto porta sempre con sé un coefficiente di illusione ed è soggetta al caso e alla delusione. Proprio dal fallimento della speranza quotidiana sorge in modo misterioso la speranza autentica, che non ha per oggetto la realtà concreta o un futuro ben precisato, ma semplicemente *il futuro*. L'oggetto di questa speranza è qualcosa di indeterminato, ma non per questo irreali. Essa possiede un contenuto permanente e intrasferibile: grazie a essa la persona si rafforza nel suo desiderio di durata, si proietta verso un'autorealizzazione nel futuro, verso un rinnovamento indeterminabile, ma in qualche modo rassicurante. Essa non ha per oggetto semplicemente la guarigione o la scomparsa dei dolori e della debolezza, ma qualcosa di più ampio, che include tutto il resto e che Bollnow definisce "stato di salvezza" (*Heil-Sein*). Non si tratta di un'illusione che il malato escogita per sopportare meglio il suo stato e la sua incurabilità, ma di una trasformazione che porta con sé la possibilità di elevarsi a un livello di esistenza superiore a quello precedente.

Questa speranza, in definitiva, attesta il carattere trascendente della persona, costituendosi come l'esperienza di una relazione che oltrepassa l'esistenza. Per di più, essa, a differenza della speranza comune, è esente da delusione, perché non si orienta verso un oggetto contingente.

Più recentemente, le indagini si sono orientate a dimostrare il valore della speranza nel processo di guarigione, come quella di Jerome Groopman, medico statunitense, nel saggio *Anatomia della speranza*.

"La scienza sta dimostrando che un cambiamento dell'atteggiamento mentale è in grado di modificare la biochimica cerebrale. L'attesa fiduciosa, un aspetto chiave della speranza, può fungere da antagonista del dolore, provocando la liberazione di sostanze, le endorfine e le encefaline, che simulano l'effetto della morfina. In certi casi, la speranza può influenzare profondamente anche fondamentali processi fisiologici, come la respirazione, la circolazione del sangue e la locomozione. È quindi possibile immaginare che, durante la malattia, la speranza causi una specie di "effetto domino", una reazione a catena in cui ogni singolo risultato biologico rende più probabile il miglioramento. Essa è un sentimento che ci trasforma in modo radicale, nello spirito e nel corpo" (Groopman, 2004).

Anche lo psichiatra Viktor Frankl ha osservato che l'aspettativa di un risultato futuro positivo coinvolge diversi meccanismi cerebrali che hanno il compito di preparare il corpo ad anticipare quell'evento, con il risultato di promuovere il benessere fisico e, in psicoterapia, di favorire il cambiamento. Al contrario, la caduta della speranza è causa di una riduzione o persino della scomparsa delle risposte immunitarie. Nel suo saggio più noto, *Uno psicologo nei lager*, egli os-

serva che, nel campo di concentramento, “quasi tutti avevano qualcosa che li sorreggeva: un pezzo di futuro”, mentre aggiunge “chi invece non sa credere più nel futuro, nel suo futuro, in un campo di concentramento è perduto. Con il futuro perde anche il sostegno spirituale, si lascia cadere interiormente e decade tanto nel fisico, quanto nello spirito” (Frankl, 2012). E racconta l'episodio di un internato che, convinto da un sogno di ottenere la libertà il 30 marzo, era pieno di speranze. Ma, quando la data si avvicinava sempre di più e le notizie facevano sembrare meno probabile la liberazione, il 29 marzo il suo amico ebbe una febbre altissima improvvisa, il 30 marzo perse i sensi, il 31 marzo morì: “La causa ultima della morte del mio amico fu la sua grave delusione. Egli attendeva un certo giorno, nel quale, lo sapeva, sarebbe stato libero: ma non andò così e subito venne meno la resistenza del suo organismo contro il tifo petecchiale che stava covando. La sua fede nel futuro e la sua volontà di futuro erano paralizzate; il suo organismo soggiacque alla malattia e così, infine, la voce del suo sogno ebbe ragione” (Frankl, 2012).

Da qui l'importanza che, nella condotta del medico, riveste la modalità comunicativa di una diagnosi negativa al malato e ai familiari: oltre all'oggettività dell'informazione e al rispetto dell'autonomia di giudizio, essa richiede prudenza ed empatia. “Ogni paziente ha il diritto di sperare, anche contro tutti i pronostici, e il compito dei medici, ma anche di tutti i professionisti che si occupano del lavoro di cura, è quello di nutrire in esso la speranza [...] La speranza del medico è speranza del paziente” (Frankl, 2012).

Tali interventi sono fondamentali perché preservano dal rischio che il paziente rinunci all'impegno per seguire il percorso terapeutico. La sua mente rischia di concentrarsi sul peggio, specialmente nelle diagnosi gravi e il suo pensiero è irrigidito dalla paura che blocca la speranza.

Far nascere e sostenere la speranza dipende, dunque, sia dalle immagini che si formano nella mente della persona e sia dagli input esterni che hanno il potere di influire positivamente o negativamente su tali immagini. Le parole e i gesti di cura dei medici, chirurghi, infermieri, assistenti sociali, educatori, psicologi, psichiatri, familiari e amici sono input esterni che hanno un'influenza sui collegamenti sinaptici della mente umana. I circuiti cerebrali legati alla speranza, pertanto, non sono statici, ma si attivano in funzione a tali segnali esterni (Frankl, 2012). Anche l'ambiente in cui si trova il paziente ha un suo peso fondamentale. Nel corso di una ospedalizzazione sono presenti molti stimoli sociali/sensoriali attorno al malato, che possono essere in grado di provocare un miglioramento o un peggioramento del suo stato d'animo e di conseguenza della sua situazione clinica.

Nelle ricerche condotte da Groopman, emerge che la scintilla della speranza rompe il circolo vizioso della visione negativa del paziente. Man mano che diminuisce la speranza, meno endorfine ed encefaline vengono liberate nel cervello, mentre si accresce la produzione di CCK (chiamata anche ‘colecistochinina’), una sostanza che interferisce sulle

vie nervose del dolore, aumentando le sensazioni di dolore e di sofferenza. Di conseguenza, il cerchio della speranza si chiude. È pertanto necessario spezzare questo circolo vizioso infondendo quella fiducia che favorisce la speranza, con la conseguente riduzione del disagio e l'acquisizione di un relativo senso di benessere. Alcuni studi riportati nell'opera di Groopman confermano che i pazienti inclini alla speranza, in larga misura per la loro fede religiosa e la fiducia nel medico, guariscono più in fretta e hanno un più alto tasso di sopravvivenza (Frankl, 2012).

Riguardo al nesso tra religiosità, speranza e processo di guarigione, alla Harvard Medical School è stata promossa un'iniziativa di “spiritualità in medicina”. Il programma ruota attorno all'interrogativo: “How may religion and spirituality in concert with public health and the practice of medicine alleviate illness and promote human well-being?”¹. Come si legge nel sito, il progetto di ricerca ha come sfondo un modello integrato di spiritualità, salute pubblica e cura del paziente, in dialogo anche con le comunità religiose. Di fronte alla dissociazione tra corpo e anima, caratteristica dell'assistenza sanitaria contemporanea, si intende realizzare, alla luce dell'integrazione tra corpo, mente e spirito, una ricerca interdisciplinare sostenuta da metodi rigorosi di analisi sociale e scientifica.

Dalle considerazioni emerse finora è evidente l'importanza che ha la pratica di cura nella relazione medico-paziente, essendo essa stessa canale privilegiato di trasmissione della speranza. “Un atteggiamento di base efficace nel trasmettere notizie negative rifugge dall'utilizzo di toni drammatici o particolarmente crudi e lascia, invece, intravedere uno spiraglio di *speranza*, purché realistica. La speranza ha un forte potere liberatore dall'angoscia, a condizione che sia reale e non una illusione” (Anfossi et al., 2008). Groopman osserva: “la speranza è il sentimento confortante che proviamo quando scorgiamo con l'occhio della mente il cammino che può condurci a una condizione migliore, ma essa non nasconde gli ostacoli e le insidie che incontriamo strada facendo” (Groopman, 2004).

È sempre possibile offrire una speranza, anche nei casi più gravi di malattia: in tali situazioni, come mostrano le cure palliative, la speranza sarà legata a garantire il controllo del dolore e dare la certezza della disponibilità e presenza del personale medico in ogni momento di bisogno.

Il personale sanitario, ispiratore di speranza

“Se si considera la specificità del suo essere, cos'è il medico per il malato se non un uomo esperto nell'arte di rendere possibile, di dilatare e di migliorare le infrante speranze terre-

¹ Si tratta dell'iniziativa promossa nel 2017 presso la Harvard University da Tyler VanderWeele, *Initiative on Health, Religion, and Spirituality* (<https://projects.iq.harvard.edu/rshm/home>).

ne di costui? Qualsiasi riflessione sul compito di curare dovrà tener conto, se aspira a essere profonda, di questa condizione di ‘dispensatore di speranza’ che distingue e nobilita il medico” (Lain Entralgo, 1957).

Un atteggiamento di prossimità e una comunicazione empatica possono creare nel paziente aspettative positive, aumentando la sua componente motivazionale, che è un elemento centrale nella speranza. Snyder parla di aiutare a “imparare a sperare” (Snyder, 2000), il che comporta da parte del personale sanitario lo sviluppo di una speciale sensibilità per cogliere le emozioni del paziente, senza minimizzarle o silenziarle. Come è stato osservato, le emozioni che intervengono nell’esperienza di malattia, come la paura o la rabbia, sono “permeate di intelligenza e discernimento” e pertanto possono essere determinanti nei giudizi di valore. Per questo non possono essere messe da parte, ma “dobbiamo misurarci con il caotico materiale del dolore e dell’amore, della rabbia e della paura, e con il ruolo che queste tumultuose esperienze giocano nel pensiero riguardo al bene e al giusto” (Nussbaum, 2001).

Pertanto, è fondamentale per i professionisti dell’aiuto acquisire la capacità di essere “ispiratori di speranza”, che li aiuti a essere guide affidabili e autentiche per le persone di cui devono prendersi cura (Maioni, 2020).

La psichiatra statunitense Zlatka Russinova ha esaminato il ruolo della speranza nel processo di recupero dei malati psichiatrici, coniato il termine *Hope-Inspiring Competence*, ossia la competenza da parte del personale sanitario di favorire e mantenere la speranza di guarigione o perlomeno di miglioramento. Si tratta di una integrazione creativa e flessi-

bile da usare come strategia di aiuto, atta a favorire la buona ripresa del malato (Russinova, 1999).

Per la Russinova tale competenza si acquisisce utilizzando un insieme di strategie di ispirazione della speranza, ricavate dalla sua esperienza clinica. Di seguito si riporta una tabella che le sintetizza, applicate all’ambito sanitario, ma estendibili a qualsiasi relazione di aiuto (Tab. I).

Commenta la Russinova: “Il primo gruppo di strategie riflette il potenziale curativo della relazione consulente-cliente. Una delle più importanti strategie incluse in questo gruppo è l’abilità degli operatori nel promuovere lo sforzo della persona a mantenere viva la propria motivazione interna a reagire, anche nei momenti di maggiore crisi. Tale motivazione viene favorita con un atteggiamento comprensivo ed empatico del consulente, facendo sentire accolto e non giudicato il cliente.

Le strategie del secondo gruppo si focalizzano, invece, sull’accrescimento delle capacità del paziente, incrementando la sua autostima e la percezione positiva di sé (*self-efficacy*).

In ultimo, le strategie del terzo gruppo mirano a sviluppare l’abilità del cliente nel riconoscere e usare adeguatamente le risorse esterne a disposizione, atte all’evoluzione positiva del processo di guarigione” (Russinova, 1999).

“Da tali strategie la studiosa ricava delle dimensioni, legate sempre alla competenza dello sperare, e che dovrebbero guidare l’agire etico dei professionisti dell’aiuto:

- certezza del terapeuta sulla potenziale guarigione del paziente: tale certezza è radicata nella conoscenza esistente riguardo alla guarigione di malattie mentali gravi, come per esempio la schizofrenia. Tuttavia, questa convinzione richiede anche una profonda fi-

Tabella I. *Insieme di strategie di ispirazione della speranza. (Fonte: Russinova Z. Providers’ hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. J Psych Rehab 1999;16:55).*

Strategie di ispirazione della speranza da utilizzare come proprie risorse per favorire la guarigione del paziente	Strategie di ispirazione della speranza per mobilitare le risorse interne del paziente atte alla sua guarigione	Strategie di ispirazione della speranza da utilizzare come risorse esterne per favorire la guarigione del paziente
1) Convinzione nel potenziale e nella forza della persona	1) Aiutare la persona a stabilire e raggiungere risultati concreti	1) Aiutare la persona, con uno stato più avanzato di benessere, a puntare su ruoli lavorativi di successo
2) Accettazione incondizionata della persona	2) Aiutare la persona a sviluppare migliori abilità di adattamento	2) Essere disponibili quando la persona è in crisi
3) Ascoltare le esperienze della persona senza giudicarle	3) Aiutare la persona a richiamare alla mente precedenti risultati ed esperienze positive	3) Aiutare la persona a trovare un giusto equilibrio nel prendere i medicinali
4) Accettare e tollerare i fallimenti e le sconfitte della persona, considerandole parte del processo di guarigione	4) Usare tecniche di cambiamento della percezione negativa di sé e dei fatti	4) Educare i pazienti riguardo la loro malattia
5) Aver fiducia nell’autenticità delle loro esperienze	5) Supportare le credenze spirituali della persona	5) Aiutare la persona a unirsi a gruppi di auto-aiuto
6) Esprimere una genuina preoccupazione per il benessere della persona	6) Aiutare la persona a rendersi conto delle occasioni belle che ha perso nella vita, spronandola a uscire fuori dalla propria sofferenza	6) Favorire la partecipazione della famiglia del paziente
7) Usare appropriatamente l’ironia		7) Supportare i pazienti a ottenere e mantenere un impiego

ducia che ciò possa essere personalmente compiuto nella propria pratica professionale;

- motivazione dell'operatore nel promuovere i risultati positivi dei suoi pazienti: tale dimensione è correlata all'abilità del terapeuta di identificare, ricordare e riconoscere le piccole conquiste del cliente. Questo incoraggiamento continuo e paziente apporta maggiore speranza, e diventa uno dei fattori cruciali dell'evoluzione positiva del processo terapeutico;
- capacità dell'operatore di fornire una fiduciosa prospettiva del futuro: questa dimensione riflette l'abilità del terapeuta nell'usare varie tecniche e approcci che generano i più alti livelli di speranza" (Russinova, 1999).

Per la Russinova c'è dunque un legame molto stretto tra speranza e guarigione:

La speranza stimola la guarigione non solo attraverso il mantenimento di aspettative positive, ma favorisce anche un valido sostegno nel trattamento di patologie psichiche, come per esempio la depressione, diminuendo il rischio di suicidio tra persone con disabilità mentale. La speranza funziona come una forza di salvezza per gli individui che sono stati sopraffatti dalla disperazione, ed essa rappresenta un ingrediente essenziale in ogni pratica medica (Russinova, 1999).

Basandosi su questa dinamica, il seguente modello ideato dalla Russinova identifica la speranza come la primaria forza motivazionale per i graduali risultati positivi del malato e persino per la sua guarigione. Quando la speranza è favorita tramite aspettative positive e rinforzi efficaci esterni, come ad esempio l'incoraggiamento, il sostegno, ecc., si riescono a contenere paure, dubbi e disperazione e si attivano nel malato le risorse interne, perché riscopra il significato della sua vita e si proponga nuovi scopi (Fig. 1).

I professionisti dell'aiuto non solo hanno la responsabilità di sviluppare e fornire le risorse interne e esterne al paziente, ma devono anche aiutarlo ad acquisire consapevolezza dell'esistenza di tali risorse. Questo "permette di accompagnarlo nella ricostruzione di un sé profondamente ferito, e questo diventa il trattamento prioritario, piuttosto che focalizzare l'attenzione sulla gestione del sintomo e la prevenzione della ricaduta. Si passa, dunque, dal trattare il disordine psico-fisico al trattare l'intera persona" (Russinova, 1999).

Tali considerazioni, se risultano più immediatamente applicabili alle patologie psichiatriche, risultano preziose se trasferite ad altre situazioni in cui la prognosi per il malato è di estrema gravità, come nel caso dell'oncologia o delle patologie neurodegenerative (Maioni, 2020). In tali circostanze, è di estrema importanza che professionisti dell'aiuto e familiari siano consapevoli della grave responsabilità di decodificare

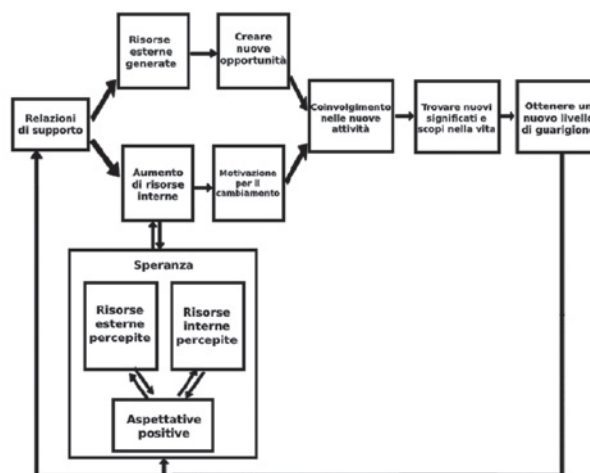


Figure 1.

Il modello ciclico della Relazione tra Speranza e Guarigione (Fonte: Russinova Z. Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *J Psych Rehab* 1999;16:52).

le esigenze inesprese del malato, il quale il più delle volte, dietro la lucidità solo apparente della domanda di morte, sta inconsapevolmente chiedendo quella prossimità che lo aiuti a continuare a sperare.

Bibliografia

Alici L, Ed. *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità. Responsabilità della cura.* Roma: Aracne 2011.

Anfossi M, Verlatto ML, Zucconi A. *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina.* Bari: Edizioni La Meridiana 2008, pp. 69-71.

Frankl V. *Uno psicologo nei lager.* Milano: Ares 2012.

Groopman J. *Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia.* Milano: Vita & Pensiero 2004.

Láin Entralgo P. *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano.* Madrid: Revista de Occidente 1957.

Maioni M. *Feriti dalla malattia, accarezzati dalla speranza. La dimensione della speranza nei pazienti oncologici. Prospettive bioetiche e cliniche.* Roma: CISU 2020.

Marcel G. *Homo viator. Prolegomeni a una metafisica della speranza.* Roma: Borla 1980.

Nussbaum M. *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti.* Bologna: il Mulino 2001.

Pieper J. *Sulla speranza.* Brescia: Morcelliana 1960.

Plügge H. *Über die Hoffnung.* Situation. Beiträge zur phänomenologischen Psychologie und Psychopathologie 1954;1:54-67.

Russinova Z. *Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes.* *J Psychiatric Rehabilitation* 1999;6:50-57.

Russo F, Ed. *Sant'Agostino. La speranza.* Roma: Città Nuova 2002.

Snyder CR. *Handbook of hope. Theory, measures, and applications.* San Diego, CA: Academic Press 2000.

Tommaso D'Aquino. *Somma Teologica I-II*, q. 40, a. 2, ad 1.