

La speranza nella cura.

Un dialogo tra scienze umane e teologia.

Hope in care.

A dialogue between human sciences and theology.

Abstract

L'articolo si propone di indagare l'origine della speranza, per comprendere il ruolo che essa ha nel percorso di cura.

Delinea, in particolar modo, le caratteristiche di contesto e le dimensioni psicologiche che la contraddistinguono, per riflettere su come essa possa essere attivata nella cura e con quale funzione.

Si sofferma sugli aspetti relazionali che definiscono la speranza e sulle modalità attraverso le quali può essere sviluppata e rafforzata.

Si approfondisce, inoltre, il ruolo della fede, in quanto, se speranza è relazione, come emerso dall'analisi qui realizzata, la relazione con l'Altro aiuta ad accedere ad essa e ad esercitarla in modo ancor più attivo e consapevole nelle situazioni di sofferenza.

Parole chiave: speranza, sofferenza, attesa, desiderio, fede, relazione, Dio.

Keywords: hope, suffering, expectation, desire, faith, relationship, God.

Introduzione

Il significato della parola 'Speranza', si rimanda alla sua origine etimologica: proviene dal latino tardo 'sperantia', participio presente di 'sperare', che deriva da 'spès'.

'Spès' risale alla radice sanscrita 'spa' e significa 'tendere verso una meta'.

I Greci indicavano la 'Spès' con il termine 'Elpis', che originariamente significava 'desiderio'.

Nelle opere d'arte di epoche diverse e di differente natura artistica, la 'Speranza' è raffigurata da alcuni elementi che si sono susseguiti nel tempo e che hanno permesso di delineare e diffondere il significato della parola, associandolo ad alcuni aspetti salienti.

La 'Speranza' è stata spesso raffigurata come una giovane donna con le ali d'angelo, con le mani che si elevano in cielo o che si uniscono in preghiera. Mani che sembrano 'proteggere' da un lato e allo stesso tempo 'accogliere', 'ricevere', 'invocare' aiuto.

Il volto della giovane è stato solitamente raffigurato come un viso preoccupato, sofferente. Tuttavia, non 'ripiegato' su se stesso, sulla propria condizione ma con lo sguardo orientato verso il cielo, in un atteggiamento di 'attesa'.

La Speranza è raffigurata 'sola', eppure 'in attesa' dell'altro. In attesa di una possibile 'salvezza', di aiuto nella sofferenza e di sollievo dalla propria condizione.

Nella predicazione cristiana, la speranza rappresenta proprio l'attesa *'di una salvezza che non è possibile prevedere con la certezza della conoscenza scientifica, verso la quale tuttavia apriamo il nostro cuore e le nostre migliori energie'* (Curi, p. 2).

La dimensione dell'attesa di una salvezza e la sua relazione con la speranza, vengono descritte da Eugenio Borgna come segue:

L'attesa è 'una esperienza psicologica e umana che assume molteplici aspetti tematici e che riempie di sé la vita di ciascuno di noi: in ogni età della vita. (...) Essa è legata al tempo, (...) all'avvenire come sua struttura portante: essa fa parte della vita, della vita di ogni giorno, e si accompagna abitualmente, ma non sempre, all'angoscia che è l'ombra dell'attesa.' (Borgna, 2005, p. 62-64)

Eugenio Borgna considera il contributo di Minkowski sul tema, secondo cui l'attesa è un'esperienza fortemente ancorata all'angoscia e, talvolta, all'immagine della morte. Senz'altro l'attesa può anche riferirsi ad avvenimenti gioiosi, ma Minkowski afferma che essa, nella sua forma originaria, è sempre ricolma di angoscia e di spavento.

L'attesa, secondo Eugenio Borgna, *'non è se non un momento della vita che si ripete senza fine e senza sosta, ogni giorno e ogni ora'* (Borgna, 2005, p. 65).

Siamo quindi 'abituati' all'attesa e al possibile sentimento di angoscia che l'accompagna, fin da piccoli.

L'attesa nella sofferenza

Nell'esperienza della sofferenza e della malattia, la dimensione dell'attesa è fortemente amplificata, dilatata nel tempo ed è per questo che viene solitamente percepita dal

paziente come 'lunga' e 'faticosa'. *'Nell'attesa - infatti - esiste un restringimento dell'essere vivente, un 'divenire più piccolo' che si contrappone all'espansione dell'attività. Nell'attesa l'essere si ripiega su se stesso, si accartoccia, si direbbe tenti di esporre il minimo di sé ai contrasti dell'ambiente ostile e, nel farlo, si separa da questo ambiente, traccia i propri limiti nel rapporto con esso'* (Borgna, 2005, p. 65). Nell'attesa contrappongo il mio 'divenire più piccolo', ad una dimensione dilatata della sofferenza che mi 'avvolge' e mi 'coinvolge'. L'attesa, come esperienza psicologica, è caratterizzata sia dalla paura che dall'angoscia, costituite dal 'ricordo' del dolore che si è patito, dal timore di poter riviverlo e dall'incertezza di ciò che potrà accadere nel futuro.

La paura, afferma Umberto Galimberti, è rivolta ad un oggetto 'determinato', 'conosciuto', dal quale cerco di difendermi, come l'esperienza di dolore precedentemente vissuta; l'angoscia, invece, è rivolta ad una dimensione 'indeterminata', non controllabile. L'angoscia è caratterizzata dal fatto che non c'è un oggetto di cui avere paura, in quanto non è possibile 'determinarlo' (Galimberti, 2020).

Riprendendo il pensiero di Ilaria Malaguti, potremmo dire che la paura è rivolta ad un 'fatto', a ciò che è compiuto, che è stato determinato e compiutamente realizzato, a ciò che è 'conosciuto'; l'angoscia sembra invece essere relativa all'evento, a ciò che 'adviene', a ciò che sorge in modo inaspettato, lacerando la trama delle nostre attese e presentandosi 'in eccesso' rispetto ad esse, spesso 'contro' di esse. *'L'evento 'lacera' il tessuto cronologico, irrompe, scardina l'ordine, ci espone ad una alterità rispetto alla quale noi non abbiamo alcun controllo e ci raggiunge con un senso che è totalmente inatteso perché è contro ogni attesa, contro ogni possibilità di fare una previsione'* (Malaguti, 2020). L'evento non si lascia integrare nella serie dei fatti dell'esistenza, trasfigura il nostro mondo e ci sfida a riconfigurarlo, richiedendoci coraggio ed esponendoci anche al rischio del fallimento. Il senso dell'evento si dichiara a posteriori, sulla base della sua 'destinazione' (Malaguti, 2020).

Ilaria Malaguti ritiene che proprio nella sofferenza sia possibile riconoscere la struttura di 'evento': c'è da un lato l'impossibilità di rifugio, l'assoggettamento al proprio dolore, l'essere incatenato al momento presente, alla sua 'passività'. Dall'altro, tuttavia, la 'passività' non ha l'ultima parola, poiché anche rispetto ad essa posso imprimere il 'sigillo del mio io', ovvero la mia modalità di vivere questa condizione (Malaguti, 2020).

Tale pensiero si richiama a quanto affermava Viktor Frankl, sostenendo che se non posso cambiare una situazione, posso tuttavia modificare il modo di affrontarla, esprimendo la mia libertà nella scelta della modalità attraverso cui viverla. Nella libertà umana di

'affrontare spiritualmente, in un modo o nell'altro, la situazione imposta' (Frankl, 2013, p. 115).

La sofferenza appare quindi una condizione di 'fatti' ed 'eventi' che si susseguono, accompagnati da sentimenti di paura e angoscia.

La paura e l'angoscia caratterizzano quindi la dimensione dell'attesa nella situazione di sofferenza e malattia, ma l'attesa è una dimensione davvero possibile nel momento in cui il dolore si attenua.

Questo è uno snodo cruciale.

Nel momento in cui il dolore è 'intenso' e investe prepotentemente il nostro presente, ci 'paralizza', ci rende assoggettati, passivi rispetto ad esso, incatenati al più piccolo istante del tempo presente. E la 'modalità' di vivere questa condizione, questa 'libertà', questa 'scelta' è davvero limitata se non impossibile. Quando il dolore è intenso lo vivo nella sua totalità e nell'unico modo che mi è possibile, in quel momento. Quando il dolore si attenua, lascia spazio, via via, a 'spiragli di attesa'. Proprio nella dimensione dell'attesa, allora, possiamo 'scegliere', possiamo esercitare la libertà che è possibile, possiamo imprimere, in un qualche modo, il 'sigillo del nostro io' (Malaguti, 2020).

Lo sviluppo dell'attesa

Come la dimensione dell'attesa, può svilupparsi e attraverso quali fasi?

E' opportuno ricordare, in tal senso, gli stadi esperiti dal paziente, individuati e descritti da Fabrizio Benedetti (Benedetti, 2012, p. 49).

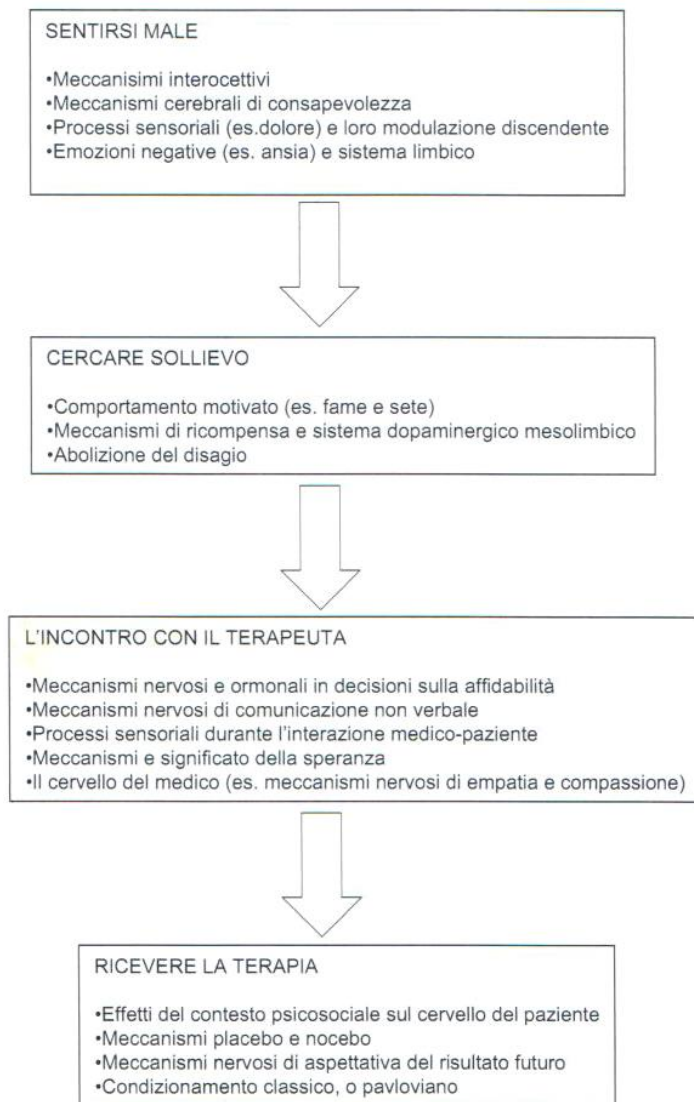


Fig. 1. L'immagine rappresenta gli stadi e i relativi processi nervosi che il paziente deve affrontare.

Le fasi descritte sono il 'sentirsi malati', quindi la dimensione del dolore, il 'cercare sollievo' come ricerca della rimozione o dell'attenuazione del dolore, 'l'incontro con il terapeuta' e, infine, la 'terapia' come 'azione per l'attenuazione e la scomparsa del dolore'.

Possiamo quindi affermare che l'attesa emerga sin dalla prima fase, se il dolore non è intenso né continuo, per amplificarsi in modo graduale attraverso le fasi successive ed emergere, in modo decisivo, nell'ultima, quando la terapia consente l'attenuazione importante o la totale rimozione del dolore.

A volte il dolore può manifestarsi come 'dolore totale' (Saunders, 2008). Un dolore che, ancor più nella malattia terminale, coinvolge l'aspetto somatico, psicologico-emotivo, psicosociale-economico, affettivo relazionale e spirituale. Farsi carico del malato, significa,

in tal senso, farsi carico del dolore che investe tutte queste dimensioni, senza dimenticare che la dimensione psicologica e spirituale sono all'origine della resilienza.

L'esperienza di dolore 'amplifica' e 'dilata' gli istanti del presente. Allora quel presente che nell'assenza di sofferenza, risulta fuggente e 'neutro', 'impalpabile', 'impercettibile', quel presente che 'scorre' in un eterno futuro, diviene, nell'esperienza del dolore, un presente statico e immobile, un presente che divora rapidamente passato e futuro.

L'attesa è possibile dall'attenuazione del dolore ed emerge in modo decisivo nell'ultima fase individuata da Benedetti, nella fase della 'terapia', laddove è possibile un'attenuazione significativa o la rimozione totale del dolore. L'atto terapeutico 'attiva' i meccanismi di aspettativa, 'attiva' quei 'meccanismi dell'attesa' che hanno un ruolo decisivo nel risultato terapeutico.

Se da un lato quindi, l'attenuazione e la rimozione del dolore, sono fondamentali, per far accedere il paziente alla dimensione dell' 'attesa', dobbiamo approfondire, perchè proprio l'attesa sia uno dei fini e al contempo uno dei mezzi imprescindibili dell'atto terapeutico.

L'attesa restituisce al soggetto il 'sigillo dell'io', la 'dimensione' futura della vita, il suo poter 'pensarsi' nel futuro. Restituisce al soggetto un 'io' attivo e non più 'assoggettato alla passività del dolore presente'.

In questo senso, restituisce via via al soggetto quel 'sé autobiografico' a cui fa riferimento Antonio Damasio, come una delle manifestazioni più 'umane' ed 'estese' della mente cosciente (Fongaro, 2012).

L'attesa 'determina' l'evento della sofferenza, lo tramuta in 'fatto', diminuendone, proprio per questo, un po' alla volta, la sua angoscia costitutiva.

Questa dimensione futura è cruciale poiché l'attesa, è caratterizzata non solo dai frequenti sentimenti di paura e di angoscia, ma anche da questa possibilità di 'pensarsi' nel futuro, realizzabile attraverso la dimensione del 'desiderio'.

La dimensione del desiderio

Il desiderio, nella sofferenza, si configura come un desiderio di 'cambiamento' della situazione e dello stato d'animo che si sta vivendo, un desiderio di risoluzione del momento e di gioia come stato d'animo a cui tendere.

Attesa deriva dal latino 'attendere', che significa proprio 'rivolgere l'animo a', 'tendere lo spirito', significa quindi tendere verso qualcosa che non si possiede ma alla quale si aspira. Tendere alla realizzazione del proprio desiderio.

Massimo Recalcati descrive il desiderio come l'esperienza di una mancanza, di una debolezza, di caduta dell'io. Ma è anche, ed è qui il suo paradosso, un'esperienza di forza: la forza di una spinta che mi sovrasta e mi supera, decentrando il mio io. Il desiderio è, allo stesso tempo, mio e mi porta al di là di me stesso, è esperienza di una alterità (Recalcati, 2018).

Il desiderio è una forza che ci attraversa, ma la sua umanizzazione passa attraverso una crescita: è quando il desiderio diventa appello all'altro, invocazione dell'altro, quando diventa una preghiera: la vita umana è vita che si rivolge all'altro (Recalcati, 2018).

L'attesa del paziente, quel 'tendere verso una meta', è costituita quindi anche dalla tensione verso quel 'qualcosa' che chiamiamo 'desiderio'.

Nella speranza non può esserci l'attesa senza il desiderio, né il desiderio senza la pazienza dell'attesa.

L'attesa senza desiderio resterebbe nella sua dimensione 'immobile' di paura, angoscia, 'disperazione'. La speranza, invece, è 'attesa che desidera' e, al contempo, 'desiderio 'paziente', desiderio che attende'.

Perché la dimensione del desiderio è così importante per la speranza?

Se la paura è rivolta ad un oggetto determinato, possiamo dire che il 'desiderio' determini l'oggetto della speranza.

Il desiderio, definisce un oggetto di cui non aver paura, ma al quale tendere; mi obbliga, inoltre, ad 'uscire da me', dalla mia condizione di dolore, dalla mia disperazione: mi obbliga ad uscire da me, chiedendo aiuto all'altro.

Salvatore Natoli definisce il desiderio come *'manifestazione e di conseguenza metamorfosi della potenza, che tende ad espandersi o a decrescere'* (Natoli, 2017). Tale potenza è dinamica, è un movimento, è 'azione verso'. Riferendosi a Spinoza, afferma che *'posse existere potentia est'*, poter esistere è potenza, laddove non c'è potenza non c'è esistenza (Natoli, 2017).

Il desiderio restituisce all'uomo, dunque, la sua potenza in quanto vivente e la potenza di ciò che esiste. Allo stesso tempo, gli restituisce la dignità legata al suo esistere in quanto essere che può, il suo essere *'potenza tra potenze'* (Natoli, 2017).

Il desiderio è rivolto sempre a qualcuno, è espresso sempre a chi lo può ascoltare. Il desiderio implica l'ascolto dell'altro, necessita di rivolgersi all'altro. Infatti, non lo esprimo mai solo a me stesso... è un 'cercare le stelle che mancano' (*de-sidera* indica l'assenza nel cielo una stella che rassicuri sul ritorno degli amici ancora impegnati in battaglia), è un cercare 'l'altro', 'là fuori' e nel futuro che mi attende.

Nel desiderio si fa *'l'esperienza che quando manca qualcosa manca sempre anche qualcuno. Come disse Gilles Deleuze, il desiderio non è mai di un singolo oggetto, anche se a volte sembra così, ma è desiderio di un intero paesaggio, sempre abitato e condiviso'* (Vantini, 2019, p.128). Il desiderio, infatti, *'è sempre esperienza di una alterità e, dunque, porta con sé sempre una quota di perdita dell'identità, una disidentità, una non coincidenza, Lacan direbbe una divisione del soggetto. (...) l'esperienza del desiderio non è dell'io ma è senza io. (...) io sono preso, portato, posseduto, animato, invaso, percorso dal desiderio. E proprio per questa ragione il desiderio non è mai tutto mio, ma è piuttosto sempre aperto sulla figura dell'Altro e sulla sua alterità. (...) è un'esperienza di indebolimento della credenza narcisistica dell'io come identità chiusa e autosufficiente che afferma se stessa. Dove c'era l'io, dove c'era il dominio incontrastato dell'io, dove c'era la falsa padronanza dell'io, lì deve avvenire il desiderio, ovvero quello che il soggetto è sempre stato nel suo essere più proprio'* (Recalcati, 2018, p. 19-21).

Il desiderio 'umanizza', proprio per questo, la condizione del paziente in quanto gli restituisce il suo 'essere più proprio'. Determinando l'oggetto della speranza si tramuta in 'appello' all'Altro, in invocazione di un aiuto che prega di poter essere ascoltato.

Il desiderio umanizza la nostra condizione perché ci ricorda che *'l'uomo è per essenza uno che spera. Nessun uomo può vivere, amare, lavorare, intraprendere qualcosa, senza sperare e senza avere una relazione al futuro. Appartiene all'essenza della persona il fatto di trovarsi gettata nell'esistenza con un compito da svolgere. Il futuro è l'apertura costitutiva per la persona umana, è il campo d'azione della sua libertà'* (Kasper, 2018, p. 115).

Umberto Veronesi affermava che il nostro pensiero è fatto di speranza, *'perché noi valutiamo il nostro futuro ogni minuto, anche soltanto per il minuto successivo, e desideriamo che sia un futuro positivo. Dunque la speranza ha una base logica che ci proietta nel futuro'* (Veronesi, 2015).

Se l'attesa, dunque, si sviluppa laddove il dolore si attenua, se essa può essere caratterizzata da sentimenti di paura e di angoscia, ma al contempo dal 'desiderio', come possiamo rendere realmente 'umana' l'attesa del paziente?

Come, l'attesa, può costituire un mezzo della terapia e come può rappresentare, al contempo, un fine?

E quale può essere l'attesa come 'fine'? A quale attesa aspiriamo?

Come descritto in precedenza, la prima porta d'accesso all'attesa è l'attenuazione del dolore in termini di intensità e costanza.

Tale attenuazione, laddove il dolore sia importante e significativo, è possibile, solitamente, attraverso l'uso di farmaci specifici.

La somministrazione del farmaco, tuttavia, avviene in un contesto che può essere più o meno favorevole alla risposta terapeutica e che, proprio per questo, può condizionarla.

Infatti, *'quando viene fornito al paziente un trattamento medico, per esempio un farmaco, esso non è somministrato nel vuoto, ma all'interno di un insieme complesso di stati psicologici che varia da paziente a paziente e da situazione a situazione. Questo insieme complesso di stati psicologici dice al paziente che si sta per verificare un miglioramento o un peggioramento, e rappresenta il contesto attorno a terapia e paziente'* (Benedetti, 2012, p. 191).

Il contesto è quindi determinato da tutto ciò che circonda il paziente: ambiente, personale medico, macchinari, farmaci ma anche parole, atteggiamenti e comportamenti che vengono messi in atto. Tutti questi stimoli influenzano il cervello del paziente e condizionano in modo importante il risultato terapeutico.

Quindi possiamo affermare che l'attenuazione del dolore e il processo di cura, siano fortemente dipendenti da questi aspetti, tra i quali sembrano avere un ruolo importantissimo i fattori psicologici.

Il ruolo dei fattori psicologici

Perché i fattori psicologici sono così importanti nell'attenuazione del dolore?

Una risposta fondamentale è data dagli studi neuroscientifici sull'effetto placebo.

Gli studi sull'effetto placebo, dimostrano come l'attesa, nel suo poter essere 'esperienza del desiderio', nel suo poter manifestarsi, quindi, come 'speranza', come attesa 'umanizzata', sia un mezzo fondamentale per il risultato terapeutico.

In che modo ciò sia possibile viene delineato da Fabrizio Benedetti e dagli studi sull'effetto placebo. Egli afferma che per definizione un effetto placebo, è *'quello che segue la somministrazione di un placebo, cioè di un trattamento inerte. Poiché il trattamento inerte viene dato insieme a stimoli contestuali, ad esempio suggerimenti verbali di miglioramento clinico che fanno sì che il paziente creda che il trattamento sia reale ed efficace, il suo studio è fondamentalmente lo studio del contesto attorno al trattamento e di come esso influenzi il cervello del paziente. Quando il contesto è positivo e porta a risultati positivi si usa il termine effetto placebo; al contrario, quando il contesto è negativo e porta a risultati*

negativi si usa il termine effetto nocebo. L'effetto placebo è dunque un fenomeno neurobiologico, cioè qualcosa di attivo che si verifica nel cervello del paziente' (Benedetti, 2012, p. 193).

Esistono molti meccanismi dell'effetto placebo, quindi dobbiamo individuare quelli 'ricorrenti' nelle diverse condizioni mediche e nei diversi interventi terapeutici. I fattori comuni, risultano essere l'aspettativa e l'anticipazione del beneficio, quando sono coinvolte le funzioni fisiologiche cosce, mentre si verifica un condizionamento classico nelle funzioni fisiologiche inconscie. Per esempio, *'le aspettative non hanno alcun effetto sulla secrezione ormonale, mentre una procedura di condizionamento può indurre risposte placebo ormonali condizionate'* (Benedetti, 2012, p. 194).

Gran parte delle ricerche, ha rilevato che l'aspettativa sia il fattore principale coinvolto nella responsività al placebo, a tal punto che in letteratura 'effetto placebo' ed 'effetto aspettativa' sono spesso intercambiabili. L'aspettativa di un risultato e di una risposta futura può portare infatti ad un riaggiustamento cognitivo del comportamento appropriato; in altri casi *'gli effetti delle aspettative possono essere mediati da variazioni in altri processi cognitivi, come la diminuzione dei pensieri di auto-sconfitta quando ci si aspetta analgesia'* (Benedetti, 2012, p. 194).

Gli studi di Frank hanno analizzato il processo di guarigione entro il contesto delle aspettative del paziente e hanno rilevato che il principale meccanismo di cambiamento sia la speranza; in effetti *'la speranza può essere definita come il desiderio e l'aspettativa che il futuro sia migliore del presente'* (Benedetti, 2012, p. 194).

Le aspettative possono avere un ruolo importante anche nel cosiddetto effetto Hawthorne, secondo il quale le condizioni del paziente migliorano in quanto sa di trovarsi sotto studio, pertanto si aspetta un beneficio terapeutico maggiore, per i vari esami a cui si sottopone e per essere destinatario di un'attenzione, di un ascolto e di un trattamento speciali. Il paziente, pertanto, dimostra di solito un sentimento di fiducia nel trattamento che si sta sperimentando.

Perché, quindi, l'aspettativa, è un fattore fondamentale? Perché 'anticipa' l'evento, facendo sì che molteplici meccanismi cerebrali preparino il corpo in anticipazione a una determinata situazione. L'aspettativa di un esito positivo, può ridurre i livelli d'ansia e attivare i meccanismi di ricompensa mediati dalla dopamina; l'aspettativa di un risultato negativo, invece, tende ad anticipare una possibile minaccia, aumentando quindi l'ansia. E' dimostrato, inoltre, che le emozioni che caratterizzano l'aspettativa negativa, possono

indurre un'intensificazione del dolore, se presente, o addirittura una percezione dolorifica rispetto ad uno stimolo neutro. (Benedetti, 2012, p. 87).



Fig. 2. Il circuito neuronale della speranza (Benedetti, Amanzio, Rosato, & Blanchard, 2011).

L'aspettativa negativa, si pone come un ostacolo al processo di cura. Essa, infatti, costituisce un'attesa fagocitata dalla paura e dall'angoscia. E' un'attesa che riattiva il ricordo del dolore e lo anticipa nel futuro. Proprio per questo è un'attesa che stimola le aree cerebrali del dolore le quali manifestano un livello di attivazione molto simile a quello dovuto ad una reale stimolazione dolorifica.

L'aspettativa negativa toglie all'attesa, quindi, la dimensione del desiderio. Tende a lasciare l'individuo nella sua solitudine e nella sua disperazione.

L'individuo, in questa dimensione, è solo, perché manca il desiderio come 'appello' all'altro, come ricerca d'aiuto, come fiducia nell'altro. Resta quindi 'solo' nella sua condizione, nella sua esperienza di sofferenza.

Il compito del terapeuta nella relazione di cura, dovrebbe essere quindi quello di alleviare il dolore del paziente, al fine di aiutarlo a sviluppare non solo il desiderio ma anche l'aspettativa positiva.

Se da un lato, pertanto, l'aspettativa positiva è uno dei fini della relazione d'aiuto, che trova la sua massima espressione nella guarigione o, quando non possibile,

nell'annullamento della sofferenza, dall'altro canto costituisce un mezzo, uno dei più importanti dell'atto terapeutico.

L'aspettativa positiva, infatti, libera il paziente dalla sua disperazione, restituendogli un'attesa umanizzata. Dove c'è spazio per il desiderio, per l'appello all'altro e per la fiducia nell'ascolto della nostra 'preghiera', c'è l'umanizzazione della nostra attesa.

Oltre alla dimensione dell'aspettativa, l'apprendimento è un altro meccanismo molto importante per la responsività al placebo. Ad esempio, *'i soggetti che soffrono di una patologia dolorosa (...) e che consumano regolarmente aspirina, possono associare la forma, il colore, il gusto della pillola alla diminuzione del dolore, al punto che dopo molte associazioni, se viene data loro una pillola di zucchero che assomiglia all'aspirina, il dolore può diminuire. (...) il meccanismo di questo effetto è il condizionamento, durante il quale uno stimolo condizionato (neutro), ad esempio il colore e la forma di una pillola, possono diventare efficaci nell'indurre la riduzione di un sintomo se ripetutamente associati allo stimolo incondizionato, cioè al farmaco contenuto nella pillola. Questo tipo di apprendimento associativo può rappresentare la base di molti effetti placebo (...)'*. (Benedetti, 2012, p. 197). Un condizionamento analogo può essere possibile anche nell'apprendimento sociale, mediante l'osservazione sociale, ad esempio l'osservazione di una luce verde associata al funzionamento di un trattamento oppure grazie a specifiche istruzioni, suggerimenti verbali, mediante i quali, ad esempio, il paziente viene istruito ad aspettarsi un beneficio dalla luce verde.

Anche nell'apprendimento come condizionamento, tuttavia, è presente la dimensione dell'aspettativa positiva; in questo caso, tuttavia, è un'aspettativa positiva 'appresa', in quanto si associa ad esiti positivi rispetto a situazioni analoghe vissute in precedenza, oppure in quanto 'suggerita' e 'sollecitata' dal terapeuta.

L'aspettativa positiva, sembra essere dunque fondamentale per l'effetto placebo, e quindi per la risposta alla terapia di cura.

Alcuni studi indicano che ci sia una relazione tra determinati tratti di personalità e la responsività al placebo. Sembra infatti che le differenze individuali di suggestionabilità e di ottimismo correlino positivamente con la responsività al placebo.

Quando parliamo di aspettativa positiva, associamo il termine non solo al desiderio di miglioramento, ma all'appello all'altro e alla fiducia che possa aiutarci.

Il legame tra desiderio e aspettativa positiva è dato dalla relazione, dall'aiuto del 'Tu' a cui ci rivolgiamo.

Il desiderio da solo, non basterebbe. Il desiderio umanizza l'attesa laddove diventa appello all'altro e fiducia nel suo aiuto. L'aspettativa positiva nasce infatti da un desiderio comunicato e dalla fiducia che esso possa essere ascoltato.

Come afferma Massimo Recalcati, l'umanizzazione del desiderio passa attraverso una crescita che si manifesta quando il desiderio diventa appello all'altro, invocazione dell'altro, preghiera (Recalcati, 2018, p. 18-19).

Il desiderio cresce attraverso questa relazione, rendendo possibile l'aspettativa positiva che, a sua volta, 'umanizza' l'attesa rendendola 'spazio' di speranza.

Risulta importante, a tal proposito, la precisazione di Massimo Recalcati, che a questo punto della trattazione emerge in tutta la sua forza: la speranza appartiene all'amore. Il desiderio nell'attesa, per poter essere 'speranza' non è un desiderio qualunque, ma è basato sull'amore; *'senza la parola "amore" – scrive Massimo Recalcati, citando Pasolini - le parole "fede" e "speranza" restano parole informi e cieche, preda di fantasmi mostruosi'* (Recalcati, 2020, p. 15).

La speranza, invoca l'amore. Produce un *'pensiero anticipatore che è pensiero d'amore per l'uomo e per il mondo'*. (Moltmann, 2017, p. 28).

Don Andrea Toniolo afferma che la speranza è *'una delle passioni più belle che abbiamo dentro. Un'umanità senza speranza è un'umanità triste. (...) Speranza vuol dire 'desiderio di continuare', di vivere, di prendersi cura dell'altro'* (Toniolo, 2020).

Ecco quindi, che l'attenuazione del dolore e l'uso di quelle modalità, tra cui l'effetto placebo, che in ambito terapeutico attivano l'attesa umanizzandola con il desiderio e l'aspettativa positiva, restituiscono al paziente il diritto alla speranza.

Guido Biasco afferma il dovere di assicurare il 'diritto alla speranza' a tutti gli ammalati, quel 'diritto di poter uscire' dalla loro situazione critica e di poter essere curati. Questo diritto è sostenuto da un contatto e da una comunicazione delle possibili alternative, delle possibili soluzioni, esposte in modo chiaro, comprensibile ed efficace anche da un punto di vista giuridico ed etico. Il diritto alla speranza si realizza, anche ponendo l'ammalato di fronte ad una possibilità di scelta consapevole, così come previsto dalla legge 219/2017 (Biasco, 2020). Il diritto alla speranza, richiama quella libertà personale, come afferma Ilaria Malaguti, di affrontare la situazione di sofferenza, imprimendo ad essa ' il sigillo del mio io' (Malaguti, 2020).

Il diritto alla speranza

Guido Biasco riflette sul diritto alla speranza facendo riferimento anche alla 'cura dei bisogni' del paziente. Cura dei bisogni che può essere considerata anche come 'cura dei desideri'. Come afferma Lucia Vantini, infatti, *'il desiderio è radicato nei corpi e proprio per questo non è sempre possibile distinguerlo chiaramente dal bisogno. Quando desideriamo qualcosa, infatti, è sempre coinvolto quello che la psicoanalista Françoise Dolto, definisce corpo inconscio, o meglio 'l'incarnazione simbolica inconscia del soggetto desiderante'*. (Vantini, 2019, p.128-129).

Quello del desiderio è uno spazio fragile *'sempre a rischio di farsi schiavo o di spegnersi. Tuttavia, è in quel conatus che si avviano e si nutrono i legami affettivi, si sente il richiamo dell'alterità e si mettono in atto scelte e pratiche di approccio in un mondo di cui si sono colte le promesse, e si fa esperienza della verità di se stessi. Il desiderio è infatti sempre anche epifanico: rivela chi siamo perché rivela ciò che amiamo. In questa dinamica dalla forma relazionale, il desiderio viene sempre dall'altro o, se si vuole, dall'Altro'. Esso (...) può salvarci dalla chiusura in noi stessi, in un'esperienza di promessa che ci ricorda l'esistenza del limite'*. (Vantini, 2019, p.130).

Il diritto alla speranza si manifesta quindi nel diritto di poter attenuare il dolore, ampliando la dimensione dell'attesa; allo stesso tempo si compie nell'attenuazione dei sentimenti di paura e di angoscia che la caratterizzano e nella possibilità di desiderare, di rivolgere all'altro i propri bisogni, le proprie preghiere, e di poter essere ascoltato.

Il diritto alla speranza è il diritto di desiderare e di pensare di essere ascoltati, è la fiducia, l'aspettativa positiva di essere amati.

Il terapeuta ha per questo il dovere dell' 'aspettativa positiva', ancor prima del paziente. Laddove il paziente è colpito dal dolore, laddove la sua dimensione di attesa è ridotta, poiché il dolore investe totalmente il presente con intensità e grande sofferenza, il terapeuta deve 'sperare' per il paziente. L'attesa del terapeuta è un'attesa decisiva in quanto è chiamato ad affrontare e a superare le sue paure e le sue angosce per attuare quei comportamenti adatti a rispondere ai desideri e ai bisogni del paziente, in primis al bisogno di sollievo dal dolore. Il dolore del malato riporta il terapeuta alla dimensione dell'attesa nella sofferenza. Il terapeuta lavora nella dimensione dell'attesa, per sviluppare quella del malato fino all'uscita dalla situazione critica.

Il terapeuta restituisce quindi al malato, la dimensione dell'attesa, come sollievo dal dolore e, ancor più, nella sua dimensione umana: quella della 'speranza', del diritto al desiderio di essere amati, di essere ascoltati e aiutati nella sofferenza.

Il 'desiderio' del terapeuta, proprio per questo, anticipa, precede e crea quello del paziente.

Il terapeuta si configura così come uno dei primi 'desiderantes', uno dei primi *'soldati sopravvissuti al campo di battaglia - che - sotto un cielo stellato attendono i propri compagni ancora impegnati nella battaglia, a rischio di morte'* (Recalcati, 2014, p. 7-8). Essi portano con loro 'il desiderio del desiderio dell'altro' e agiscono per esso (Recalcati, 2014).

Proprio per questo, *'la speranza è anche dovere – afferma Eugenio Borgna – (...) continua a vivere in noi solo se essa è presente in chi cura, e in chi è curato. (...) Senza sperare anche per gli altri, la speranza si riduce a essere una delle molte emozioni che nascono e muoiono'* (Borgna, 2020, p. 6-69-84).

“Comunicare” speranza

Il diritto alla speranza, afferma Guido Biasco, si realizza in modo importante non solo nelle azioni di cura ma anche attraverso la comunicazione. Ricordiamo il ruolo che essa può avere, come sostiene Fabrizio Benedetti, nella responsività al placebo e, come afferma Guido Biasco, nella comprensione della situazione per poter esercitare la nostra possibilità di scelta rispetto alle alternative contemplate dal percorso di cura.

La comunicazione ha un ruolo fondamentale per la sua capacità di attenuare la percezione del dolore, di rievocare esperienze, di attivare associazioni mentali e aspettative future.

Essa è caratterizzata non solo dagli aspetti verbali, ma anche dagli aspetti non verbali che possono essere *statici*, nonché legati al nostro apparire estetico o *dinamici*, come lo sguardo, la mimica facciale, la postura, la distanza interpersonale, la gestualità e la prosodia (Milanese & Milanese, 2019).

L'importanza degli aspetti non verbali richiederebbe una trattazione a parte. Il loro ruolo risulta fondamentale in quanto concorrono a confermare o a indebolire la comunicazione verbale; ne costituiscono il contesto. Pertanto, in un contesto coerente, ciò che diciamo si svela in modo chiaro; in un contesto confuso e dissonante, invece, le nostre parole rischiano di perdere la loro intenzione e la loro efficacia comunicativa, svelando contraddizioni, negazioni, impliciti che congelano il dialogo con il paziente.

Premesso che la comunicazione è completata da un contesto specifico all'interno del quale le parole si collocano, risulta naturale chiedersi come siano, dunque, le parole che curano.

Sono innanzitutto parole che “ascoltano”.

Parole in grado di provare a conoscere nel modo più ampio e rispettoso possibile, il dolore dell'altro, le sue paure, le sue angosce. Sono parole che ascoltano la sofferenza dell'altro e che provano a dilatare la dimensione dell'attesa, 'umanizzandola' e 'agendo' per la speranza.

Barbara Marchica afferma che l'ascolto autentico e profondo si basa sulla logica della benevolenza. La benevolenza, *'il cui significato etimologico rimanda a questo comportamento scelto, ossia "volere il bene", diventa la qualità che dice il tipo di ascolto scelto per conoscere. (...) Le due si richiamano in un rapporto circolare. Non esiste un ascolto profondo e autentico senza una dinamica di benevolenza, la quale a sua volta richiede la capacità di ascolto profondo data dalla sospensione del giudizio negativo'* (Marchica, 2018, p. 23-24).

Le parole che curano, sono parole che 'sanno voler bene', poichè ascoltano in modo autentico il paziente e lo aiutano a desiderare, sono parole capaci di tener conto dei suoi desideri e che 'agiscono' con benevolenza.

Eugenio Borgna sostiene che talvolta si celi della violenza nelle parole apparentemente tecniche, nelle parole con cui si comunicano le diagnosi. A tal proposito, ricorda quanto affermato da Umberto Veronesi: se si fa una diagnosi di cancro e poi si sbaglia la diagnosi, la persona è perduta; in psichiatria, se si fa la diagnosi di schizofrenia, la persona potrà anche vincere un premio Nobel ma sarà sempre considerata come prigioniera della pazzia. Indica a tal proposito che la fenomenologia intuitiva e anche un po' poetica è quella che ha dato da subito una grande importanza alle parole, al riserbo nelle parole, alla scelta di parole che non facciano del male (Borgna & Galimberti, 2020).

Umberto Veronesi sosteneva che la parola 'cancro' dovesse essere eliminata, così come, per Borgna e Basaglia, la parola 'schizofrenia'. Basaglia aveva sostenuto la necessità di mettere 'tra parentesi' la parola schizofrenia, e per questo era stato accusato di negare la realtà (Borgna & Galimberti, 2020).

Ma la malattia non si può negare. Il paziente avverte il dolore, avverte la sofferenza, avverte la dimensione dell'attesa in tutte le sue angosce, paure, desideri. Il paziente 'vive' la sua malattia, nel corpo, nella sua dimensione psicologica e nei contesti di cura che la malattia richiede nel tempo del suo decorso. Il paziente conosce più di tutti la sua condizione perché la vive. Noi possiamo solo immaginarla, cercare di comprenderla e di essere d'aiuto.

Come sosteneva Cicely Saunders, 'Truth is not in words', la verità non è nelle parole. Riferendosi ai pazienti terminali, affermava: *'Non penso che sia essenziale per ogni paziente, sapere che sta morendo, il principio più importante è l'amore, che non dev'essere inteso come sentimentalismo ma come compassione e comprensione. (...) Nel corso della mia esperienza, ho capito che la verità si manifesta gradualmente e perfino con maggiore intensità e chiarezza, anche se non viene chiesta né comunicata. I pazienti arrivano ad accettarla con tranquillità e molte volte anche con gratitudine ma spesso non desiderano discuterne e siamo chiamati a rispettare la loro reticenza. Altri, prendono l'iniziativa e chiedono (...) tuttavia, non chiedono finché non credono di poter ricevere una risposta gentile e che abbia davvero considerazione di loro'* (Saunders, 2012, p. 14-15).

Massimo Recalcati afferma che *'anche la verità, è, insieme alla libertà, una componente irrinunciabile di ogni lessico civile, ma questo non esclude affatto che talvolta la stessa sete di verità possa capovolgarsi nel suo contrario; è la miscela esplosiva del fanatismo: l'ignoranza elevata a forma suprema della verità, l'ignoranza come passione per una sola Verità che rifiuta ogni altra possibile verità'* (Recalcati, 2020, p. 18-19).

Quindi 'scegliere le parole' che curano, non significa negare la realtà. Significa 'non violentare' il dolore, non amplificarlo, non causare un effetto nocebo, non concorrere ad attivare le aree cerebrali della matrice del dolore.

In questo senso le nostre parole devono costituire una stimolazione rispettosa e 'non dolorosa'.

Inoltre, non devono attivare aspettative di dolore, in quanto, come dimostrato, non funzionali alla cura ma artefici piuttosto di un effetto nocebo non in linea con l'imperativo di Ippocrate: 'primo, non nuocere' (Milanese & Milanese, 2019). Devono essere parte, piuttosto, di una terapia 'non traumatica', in quanto ciò che proponiamo come 'terapeutico' non deve costituire una fonte di abuso (Arden, 2017).

Le parole che curano sono, prendendo in prestito un concetto di Eugenio Borgna, parole 'musicali', parole in grado di attivare il 'circuito neuronale della speranza'.

'Le parole – afferma Eugenio Borgna – sono creature viventi, sono pozzi artesiani, non sono mai inerti e mute, comunicano sempre qualcosa, sono impegnative per chi le dice, e per chi le ascolta, cambiano di significato nella misura in cui cambiano i nostri stati d'animo, e così non è facile coglierne fino in fondo le risonanze. Le parole, una volta dette, non ci appartengono più, e hanno una grande importanza nell'aprire un cuore alla speranza, o nell'avviarlo alla disperazione. (...) Le parole, che possano consolare, o confortare, si trovano solo se ci si educa, e ci si abitua, ad ascoltare. Ma come ascoltare?'

Ci sono infiniti modi di ascoltare, e non si è capaci di ascolto se non quando si tengono presenti le attese e le speranze delle persone che ci chiedono aiuto. (...) è necessario educarsi a vivere le situazioni dolorose degli altri, a sentirle come nostre, e a pensare alle parole che vorremmo sentire dagli altri, se fossimo noi a stare male, e ad avere bisogno delle parole che consolano. (...) Consolare può aiutare a vivere, a ridare un senso alla vita, ma consolare assume i suoi vasti orizzonti di senso solo quando il nostro cuore sia animato dalla speranza' (Borgna, 2018, p. 58 - 61).

La 'speranza', afferma Borgna, richiamando le parole di Benedetto XVI, 'ci ricorda che non siamo fatti per essere soli', la 'speranza è relazione'.

Essa ci restituisce la nostra umanità nella sofferenza; ci toglie dalla disperazione e dalla passività dell'attesa e la umanizza, restituendoci la relazione con l'altro, quella relazione in cui mi è data la possibilità di desiderare, di essere ascoltato, di poter ricevere aiuto.

Accennerò brevemente, per approfondire quanto descritto, ad alcuni contributi e 'orizzonti' dati dal Cattolicesimo, in quanto, come descritto da Ines Testoni, come Italiani '*siamo fortemente influenzati dalle credenze e dalle tradizioni della Chiesa Cattolica*' (Testoni, Capozza, Shams, Visintin & Carlucci, 2016, p. 176). Anche Umberto Galimberti, sostiene che sia forte tale condizionamento, in quanto ritiene che il Cristianesimo sia non solo una religione ma una "cultura", una sorta di "inconscio collettivo" (Galimberti & Borgna, 2020). Considererò brevemente alcuni spunti, pertanto, come parte del 'contesto' all'interno del quale viviamo la nostra dimensione spirituale, spunti che tuttavia necessiterebbero di una trattazione a parte.

La speranza è 'attesa desiderante e in azione'.

Come afferma Benedetto XVI, è '*speranza attiva, nella quale lottiamo perché le cose non vadano verso la 'fine perversa'. E' speranza attiva, proprio anche nel senso che teniamo il mondo aperto a Dio. (...) Ogni agire serio e retto dell'uomo, è speranza in atto*' (Benedetto XVI, 2007, p. 66).

'Finchè la speranza non afferra e trasforma il pensiero e l'azione dell'uomo, essa rimane inoperante e inefficace' (Moltmann, 2017, p. 26).

La speranza quindi, agisce amplificando l'attesa e purificandola dal dolore, stimolando il desiderio e lottando per realizzarlo.

La speranza, afferma Luigi Grassi, è parte della dignità umana, è ciò che la rende possibile. Non ci può essere dignità se non c'è speranza (Grassi, 2020).

Imparare a sperare

Possiamo comprendere il significato più autentico della speranza, nelle situazioni di sofferenza.

Benedetto XVI afferma proprio che 'agire e soffrire' sono luoghi di apprendimento della speranza (Benedetto XVI, 2007, p. 66).

Tuttavia, attraverso quali modalità possiamo imparare a sperare, oltre a quella 'fenomenologica' dataci dall'esperienza della sofferenza e dalla relazione terapeuta-paziente?

Esistono altre possibilità per 'imparare' la speranza?

Benedetto XVI afferma che 'un primo essenziale luogo di apprendimento della speranza, è la preghiera' che egli considera 'scuola della speranza'.

'Se non mi ascolta più nessuno, Dio mi ascolta ancora. Se non posso più parlare con nessuno, più nessuno invocare, a Dio posso sempre parlare. Se non c'è più nessuno che possa aiutarmi – dove si tratta di una necessità o di un'attesa che supera l'umana capacità di sperare – Egli può aiutarmi.' (Benedetto XVI, 2007, p. 61-62).

Benedetto XVI ricorda quanto sosteneva Agostino, in un'omelia sulla *Prima Lettera di Giovanni*, in merito all'intima relazione tra preghiera e speranza: egli definiva la preghiera, infatti, come un esercizio del desiderio, sostenendo che attraverso di essa, Dio 'purifica' il nostro desiderio, allarga il nostro animo e, dilatandolo, lo rende più capace di accogliere Lui stesso. In questo modo, l'uomo si apre non solo a Dio, ma anche agli altri (Benedetto XVI, 2007, p. 61-62). *'L'uomo ha bisogno di Dio, altrimenti resta privo di speranza'* (Benedetto XVI, 2007, p. 47).

Riprendendo la frase richiamata da Eugenio Borgna, sulla speranza come 'relazione', Benedetto XVI attraverso le sue parole, descrive proprio questo legame: *'La vita nel senso vero, non la si ha in sé da soli e neppure solo da sé: essa è una relazione. E la vita nella sua totalità è relazione con Colui che è la sorgente della vita. Se siamo in relazione con Colui che non muore, che è la Vita stessa e lo stesso Amore, allora siamo nella vita. Allora viviamo.'* (Benedetto XVI, 2007, p. 53-54).

A tal proposito, i tre monoteismi introducono proprio questo passaggio: il concetto di Dio come 'relazione', affermando che Dio 'è' relazione.

La relazione con Dio, dunque, educa e allarga il nostro cuore alla relazione con l'altro. A quella relazione in cui si agisce il desiderio, l'ascolto, la parola, l'aiuto, in cui diamo vita all'agire della speranza.

Una speranza che non ci toglie la responsabilità, *'ma ci impegna e ci sprona ad adoperarci per promuovere una civiltà dell'amore. (...) Essa mobilita la nostra fantasia e la nostra azione; biasima ogni adattamento e rassegnazione alle situazioni esistenti. (...) La pazienza non è già debolezza e rassegnazione, ma è per così dire il lungo respiro della speranza nella definitiva epifania di Gesù Cristo, è la passione per il regno di Dio a venire'* (Kasper, 2018, p. 174).

La preghiera aiuta questa relazione, in quanto la preghiera è un 'dialogo'. E' il 'contesto' all'interno del quale il desiderio può focalizzarsi, delinearci e fortificarsi. Nella preghiera mi abituo ad 'essere in relazione', mi abituo ad essere grato e, allo stesso, tempo, ad essere aiutato. *'Pregare – afferma Massimo Recalcati – distingue l'uomo dall'animale, perché pregare è invocare la presenza di un Altro irriducibile all'altro dello specchio (...). La preghiera come invocazione rompe la fusionalità narcisistica dello specchio e la distruttività che ne scaturisce'* (Recalcati, 2018, p. 32). La vita si umanizza, nel momento in cui il grido è tradotto come domanda d'amore. La preghiera consente di manifestare il proprio dolore, la propria sofferenza, i propri desideri, trasformandoli in una domanda d'amore.

Come afferma Andrea Toniolo, *'esiste una interdipendenza costitutiva tra "esperire" il dolore e "dire" il dolore. (...) Facciamo esperienza del dolore, ma non riusciamo a dirlo, a rappresentarlo con i simboli religiosi, e il risvolto di questa penalizzazione della vita simbolica avviene nella vita quotidiana, nella (in)capacità di speranza, che è sempre umana e religiosa insieme, intesa come possibilità di guarire, di vivere, di affrontare il dolore'* (Toniolo, 2008, p. 6).

La preghiera si pone, quindi, al contempo, come espressione della propria interiorità e come dialogo con l'altro.

Proprio per questo, fa da sfondo al mio desiderio, dà struttura ad esso, mi aiuta a trovare le parole per esprimerlo. La preghiera, in questo senso, può darci parole per ciò che non riusciamo a comunicare. Mi educa ad amare e ad essere amato.

La preghiera quindi fortifica la mia speranza, è un 'esercizio' di speranza. Attraverso la preghiera 'imparo' a sperare in modo attivo, a 'pregare e a vegliare', ad 'attendere e fare fretta', ad 'aspettare e affrettare la venuta del giorno di Dio' (Moltmann, 2011).

La speranza nasce nella dimensione dell'attesa ed è, da un lato, ciò che la rende possibile attraverso la diminuzione del dolore, dall'altro, ciò che la umanizza, attraverso la dimensione del desiderio e dell'aspettativa positiva, rinforzati e vivificati dalla preghiera e dall'ascolto dell'altro.

Tuttavia, qual è il fine della nostra speranza? Il fine è quello di farci uscire dalla situazione che stiamo vivendo, è quello di poter vivere quanto desiderato nell'attesa, è la fine di 'quel dolore' e di quella sofferenza che minacciano la nostra attesa. Il fine della speranza è la risoluzione della situazione critica, la sua dissoluzione, ciò che rende possibile il futuro della 'gioia'.

Pertanto, come diceva Filone Alessandrino, possiamo concepire la speranza come 'una gioia prima della gioia'. E così *'la gioia fa forte la speranza e la speranza fiorisce nella gioia (...) indicano un uscire da noi stessi: il gioioso non si chiude in se stesso; la speranza ti porta là, è l'ancora proprio che è sulla spiaggia del cielo e ti porta fuori. Possiamo perciò uscire da noi stessi con la gioia e la speranza'* (Papa Francesco, 2019, p. 31-32).

Come nasce e a cosa tende, quindi la speranza? Per il cattolico, essa nasce dalla croce. *'Guarda la croce, guarda il Cristo Crocifisso e da lì ti arriverà la speranza che non sparisce più, quella che dura fino alla vita eterna (...). Gesù ha trasformato il nostro peccato in perdono, la nostra morte in risurrezione, la nostra paura in fiducia. Ecco perché lì, sulla croce, è nata e rinasce sempre la nostra speranza; ecco perché con Gesù ogni nostra oscurità può essere trasformata in luce, ogni sconfitta in vittoria, ogni delusione in speranza. La speranza supera tutto, perché nasce dall'amore di Gesù che si è fatto come il chicco di grano in terra ed è morto per dare vita e da quella vita piena di amore viene la speranza.'* (Papa Francesco, 2019, p. 40).

La speranza trova quindi il suo compimento, la sua testimonianza, per il credente, nella risurrezione di Cristo; *'La speranza infusa dalla risurrezione di Cristo incoraggia a impegnarsi con amore in favore della vita dappertutto e in ogni momento, perché tiene lo sguardo fisso sulla vittoria universale della vita sulla morte. L'amore per la vita contro la morte qui è una meravigliosa rispondenza al futuro della vita eterna là. La speranza della resurrezione rivela la destinazione dell'umanità alla sopravvivenza'* (Moltmann, 2011, p. 81).

La promessa e l'attesa della risurrezione, per il credente, *'dà quindi alla vita nell'amore quel futuro di cui essa ha bisogno per poter amare, per essere l'amore che 'non verrà mai meno'. L'amore ha sempre bisogno di un po' di futuro'* (Moltmann, 2011, p. 367).

In tal senso, la speranza si 'struttura' e si 'ravviva' nella preghiera, resa forte, a sua volta, per chi crede, dalla fede nella risurrezione come fondamento 'affidabile' della speranza. C'è anche un aspetto che qualifica in maniera unica la speranza cristiana, rispetto a quella umana, nonostante siano intrecciate: "Spes contra spem" come la definisce S. Paolo (Rm

4,18) ovvero la speranza contro ogni speranza, la speranza che regge anche quando non ci sono motivi per sperare, anche di fronte alla disperazione.

La speranza della relazione

In che modo, tuttavia, è possibile dare 'struttura' alla speranza per coloro che non sono credenti?

Sembra possibile, innanzitutto, riattivando il ricordo dell'essere stati amati dalle nostre figure di attaccamento o da un sostituto affettivo, dal ricordo di una felicità di cui abbiamo potuto fare esperienza. Viktor E. Frankl, descrivendo un episodio della sua vita nei campi di concentramento, racconta: *'I cervelli non si sgelano ancora, i compagni tacciono: il mio spirito è preso ancora dall'immagine della persona amata. Io parlo con lei, lei parla con me. In quell'attimo mi turba un pensiero: non so affatto se mia moglie sia viva. E capisco una cosa – l'ho imparata in questo momento: l'amore non si riferisce affatto all'esistenza corporea di una persona, ma intende con profondità l'essere spirituale della creatura amata (...). Se la persona amata sia viva o no, io lo ignoro (...) non ho quasi bisogno di saperlo. (...) Se avessi saputo che mia moglie era morta, credo che questa consapevolezza non m'avrebbe affatto turbato: avrei continuato nell'amorosa contemplazione, i miei dialoghi spirituali sarebbero stati ugualmente intensi, m'avrebbero dato la stessa pienezza'* (Frankl, 2017, p. 55-56).

Se tali esperienze di amore sono state vissute, allora, nei momenti difficili, si farà appello ad esse. Ci si sentirà 'corazzati', si avvertirà l'esistenza di una forza superiore 'che mi protegge'. Tale forza mi garantirà amore e protezione e potrà anche essere associata all'immagine genitoriale, alle figure di attaccamento o a Dio (Cyrulnik, 2018).

In tal senso, gli stili di attaccamento sembrano giocare un ruolo importante in quanto l'esperienza di essere stati amati, 'fortifica' la nostra speranza. Ines Testoni mette in evidenza che *'il contributo psicologico della teoria dell'attaccamento dimostra come le relazioni primarie con le figure di riferimento, determini gli stili adulti di attaccamento e le relative disposizioni alla fiducia e alla religiosità'* (Testoni, Bisceglie, Ronconi, Pergher & Facco, 2018, p. 2).

Filiberti e Torre mettono in evidenza che l'immagine di Dio si struttura a partire dall'immagine-simbolo parentale, più che dal ricordo effettivo, in quanto l'immagine-simbolo che emerge dalla relazione parentale è molto più densa di significati rispetto al

ricordo dei genitori reali. Quest'immagine simbolica, trascende l'esperienza stimolando in noi la scoperta dell'Altro, cioè di Dio (Filiberti & Torre, 2010).

Un'altra possibilità, in grado di 'strutturare' la speranza, laddove gli stili di attaccamento e i tratti di personalità, non risultino 'favorevoli', può essere quella descritta da Eric-Emmanuel Schmitt nel testo 'Oscar e la dama rosa' (Schmitt, 2018).

Rivolgersi a Dio, anche se non credo che esista. Scrivergli, anche se non confido nella sua esistenza. Fare come se esistesse e come se potesse ascoltare i miei desideri.

Questo consente di creare un 'sostituto genitoriale', una presenza mentale materna e affettiva, alla quale poter rivolgere i propri pensieri e dalla quale poter sentirsi amato. E' una presenza creata da me e che quindi può integrarsi e modellarsi nella mia storia personale, è una presenza della quale posso aver fiducia e alla quale affidarmi.

Inizialmente quindi, mi rivolgo a Dio, anche se non credo; alla fine, credo proprio a quel Dio che ho sentito nascere dentro di me.

La ricerca scientifica mette in risalto la potenza della religione, nell'attivazione di determinate aree cerebrali. E' stato rilevato, ad esempio, che se invitiamo un non credente a pregare e rileviamo le sue reazioni cerebrali, con una risonanza magnetica funzionale, il cervello non reagisce, mentalmente, a questa disposizione. Se il medesimo compito, viene dato ad un credente, si 'attivano' i due lobi prefrontali connessi con il sistema limbico, che normalmente si attiva quando la persona scava nei suoi ricordi, associandoli a determinate emozioni. L'esame di tali circuiti cerebrali, dimostra che *'un ambiente affettivo strutturato da credenze religiose si imprime biologicamente nel nostro cervello e facilita il ritrovamento di un sentimento di estasi o di trascendenza acquisito nell'infanzia'* (Cyrulnik, 2018, p. 144).

Rivolgermi a Dio quindi, anche se non credo, significa 'farlo esistere', attivare modificazioni cerebrali importanti, allenare circuiti emotivi che cominciano a procedere in modo diverso, anche dal punto di vista neurobiologico. *'I benefici sono grandi: tranquillità emotiva, scomparsa dell'angoscia, aumento dell'autostima, intreccio di legami, solidarizzazione del gruppo, moralizzazione, meraviglia di esistere'* (Cyrulnik, 2018, p. 198).

'La religione – afferma Cyrulnik – calma la paura di vivere. Nelle situazioni di allerta quando ci sentiamo in pericolo o abbiamo perduto una persona cara, o l'esistenza ci ferisce, o, ancora, uno sviluppo fragile ci rende vulnerabili, gli dei diventano terapeuti. In tutti questi casi, quando cerchiamo di ricominciare a vivere dopo una sventura, la religione assume un ruolo protettivo e diventa un fattore di resilienza. In questo senso, la religiosità è un prezioso fattore di integrità mentale' (Cyrulnik, 2018, p. 196).

Numerosi studi evidenziano una correlazione positiva tra resilienza e religione. Come indica l'American Psychological Association, il *'credere in dimensioni salvifiche ultraumane che lascino intravedere la salvaguardia dell'esistenza è un patrimonio significativo per la salute mentale'* (Testoni, 2015, p. 84).

Lo studio di Laudadio rileva, in particolar modo, la relazione tra la Reintegrazione resiliente e la Fede in Dio, che rappresenta un forte fattore protettivo. *'Nella vita di un adolescente (...), il supporto della Fede consente un superamento resiliente degli eventi traumatici (interpretati sulla base del "volere di Dio") e un ripristino dell'omeostasi individuale'* (Laudadio & Mazzocchetti, 2011).

Quando parliamo di fede, possiamo distinguere due piani, mediante i quali essa può esprimersi: il piano antropologico e il piano teologico. La *'fede antropologica'*, afferma Barbara Marchica, *'appartiene a qualsiasi persona che scopre nella relazione con sé e con gli altri il valore dell'atto di fede. Noi facciamo milioni di atti di fede durante la giornata. Ci fidiamo, perché senza questa intrinseca fiducia non potremmo vivere, relazionare, mangiare, uscire di casa, guidare, negoziare... Esiste una fiducia a priori che permette il normale svolgersi della quotidianità. (...) L'atto di fede "religioso" chiama in causa altro. Il riconoscere nella struttura antropologica l'intrinsecità dell'atto di fede ci permette di comprendere come la fede cristiana non si aggiunga alla struttura umana, ma la porti a compimento. La fede teologica interpella la risposta libera e consapevole dell'uomo all'appello amorevole di Dio'* (Marchica, 2018, p. 72-74). Un appello amorevole, in quanto, afferma Marchica, di fronte alla domanda esistenziale "Chi sono io?" l'uomo avverte di non poter raggiungere da solo una risposta esauriente, pertanto si apre all'altro e "Dio" diventa l'altro per eccellenza (Marchica, 2018, p. 75).

La fede in Dio come fattore protettivo, rievoca in un qualche modo anche il concetto di Dio *'inconscio'* teorizzato da Viktor E. Frankl, riferendosi a quella spiritualità inconscia che stimola e alimenta il nostro rapporto con Dio. Un Dio che Frankl, da ragazzo, definiva in senso *'operazionale'*, affermando che *'Dio è il partner dei nostri più intimi soliloqui... Qualcuno con il quale mettersi in dialogo'* (Bongi, 2015, p. 38).

Più avanti Frankl affermò che *'se Dio esiste, non si arrabbierà se qualcuno lo scambia con il proprio sé e lo chiama con un altro nome. Che << l'ateo affermerà che è ridicolo, che se è un soliloquio, vuol dire che sto parlando con me stesso. Lo psicanalista affermerà che stiamo dialogando con il nostro Super-Io. Un altro sosterrà che stiamo parlando con la nostra coscienza. E l'essere umano religioso dice semplicemente: "lo questo lo chiamo Dio">>'*. (Bongi, 2015, p. 38).

Forse proprio in questo senso, la speranza può far parte della cura e allo stesso tempo renderla possibile. Laddove il mio Io, mantiene il desiderio di un 'Tu' a cui rivolgersi e a cui affidarsi.

Una relazione dialogica inconscia, che può divenire cosciente, quindi trascendente e proprio per questo, ancor più 'umana'.

La coscienza, afferma Viktor E. Frankl, *'è la "voce" della trascendenza; identificata con un Tu personale, che, in virtù della sua trascendenza, parla con forza alla vita di ogni uomo. (...) La "parola-Tu" è Dio che parla ad ogni essere umano e rispetta la libertà di ognuno fino al punto di consentire il suo rinnegamento'. Tuttavia, afferma, 'l'essere umano potrà vivere felicemente nella misura in cui scoprirà il rapporto di amore che Dio vuole instaurare con lui'*. (Moscone, 2012, p. 3-4).

Laddove la speranza nasce dall'ascolto dell'altro e dalla relazione con l'altro, essa si sviluppa ancor più forte, nell'ascolto della voce della coscienza che trascende il puro essere-uomo. *'Solo l'uomo, afferma Frankl, è in grado di percepire ed ascoltare una tale voce. Eppure essa non deriva, in alcun modo dall'uomo stesso'* (Frankl, 2014, p. 61).

Fabrizio Benedetti afferma che *'sperare in un Dio e in una vita ultraterrena sia l'elemento comune alle diverse religioni, che quindi trasferiscono l'attenzione dalla speranza di guarire alla speranza di vivere eternamente'* (Benedetti, 2018, p. 93).

Tuttavia, come confermano molte testimonianze dei pazienti, l'eternità non 'fa' la speranza. La speranza è una dimensione dialogica e nelle espressioni di speranza c'è sempre un 'Tu' umano o divino a cui rivolgersi.

Quando Fabrizio Benedetti afferma, riferendosi ad un sacerdote in fase terminale, *'Teneva sempre il crocifisso in mano, lo faceva sentire come Gesù in croce, e ripeteva incessantemente: "Soffro come Lui". E' successo persino che rifiutasse la morfina, perché "Gesù Cristo non aveva la morfina quando era sulla croce trafitto dai chiodi". Ecco quindi che la sua speranza di vita eterna riusciva ad avere la potenza della morfina, al punto che il crocifisso tra le mani sostituiva la siringa con il farmaco'* (Benedetti, 2018, p. 97), in realtà descrive la speranza non tanto o non solo nella vita eterna ma in un dialogo con Gesù attraverso il simbolo del crocifisso. Questi passi evidenziano più che mai che la speranza è relazione.

Ne sono testimonianza vari racconti di pazienti, descritti non solo da Fabrizio Benedetti nei suoi testi ma anche da Cicely Saunders nel suo libro *'Vegliate con me'* (Saunders, 2008). Tali racconti testimoniano che, ancor più nella fase terminale, la speranza si manifesta come *'speranza in un dialogo con Dio'*.

Quando la situazione di sofferenza è intensa, quando avverto la precarietà e l'incertezza della vita, quando le persone che mi sono accanto, sembrano non 'bastare' per dar sollievo alla mia condizione, la mia fragilità mi apre all'Altro, mi apre ad un 'Tu' che appartiene alla realtà e che allo stesso tempo la trascende, aiutandomi a superarla.

Cicely Saunders, in *Vegliate con me*, scriveva: *'Mi ricordo di quella paziente che disse, delle persone che l'avevano veramente aiutata: "Non ti abbandonano mai. Semplicemente continuano a venire da me"'. Ricordo anche la stessa paziente che descriveva il modo in cui Dio le era venuto incontro, dicendo: "Mi manda delle persone"* (Saunders, 2008, p. 39).

Molti pazienti, dimostra Ines Testoni, associano 'Dio' alla realtà, ad una dimensione più concreta che astratta che consente loro di affrontare con minore stress la loro condizione (Testoni, Capozza, Shams, Visintin, & Carlucci, 2016).

Nel momento in cui la sofferenza si fa più intensa, tuttavia, è ipotizzabile che il concetto di 'Dio' apra ancor più alla trascendenza e sia maggiormente associato a quel 'Tu' che può aiutarmi non solo nella realtà ma anche in questa fase di prova e di transizione, nell' 'oltre' che mi attende.

Probabilmente si pone in questo modo il compito della speranza nella cura. Come percorso di relazione con l'altro e di relazione con Dio. Con quel Tu, che è al mio fianco e allo stesso tempo che mi appartiene. Un 'Tu' che mi aiuta anche e soprattutto nella sofferenza, alleviando il dolore, stimolando la capacità di desiderare e di poter pensare ad un futuro, dialogando con me per dare significato alla mia esistenza.

Quel 'Tu' che rende possibile la significazione della speranza come condizione e al contempo come massima espressione della dignità umana.

Conclusioni

Questo lavoro ha cercato di indagare il ruolo che la speranza ha nella cura, approfondendo le dimensioni esistenziali e psicologiche che la precedono e, al contempo, che la rendono possibile. Si è approfondito il significato che tale concetto assume nei contesti di sofferenza e il fine che è chiamato ad assolvere. Si è analizzato anche l'aspetto della relazione tra terapeuta e paziente, esaminando alcuni elementi specifici dell'effetto placebo e della comunicazione.

Se da un lato, quindi, si sono prese in esame, le fasi, attraverso le quali è possibile accedere alla speranza, dall'altro, si è proceduto a delineare la significazione dei vari aspetti coinvolti, attraverso un dialogo tra scienze umane e teologia.

Da tale contributo emerge che la speranza si sviluppa nell'attesa, dimensione resa possibile da una diminuzione del dolore e dall'assenza di un dolore totale.

La dimensione dell'attesa costituisce una porta d'accesso alla speranza, la quale, tuttavia, deve confrontarsi con i sentimenti di paura e angoscia.

Tali sentimenti possono essere attenuati mediante la dimensione del desiderio, come possibilità di relazione amorevole con l'altro, come domanda d'aiuto che può essere ascoltata.

Il desiderio definisce l'oggetto della speranza e, proprio per questo, aiuta ad alleviare la paura, orientando la nostra attenzione al futuro e a ciò di cui avvertiamo il bisogno.

Ma il desiderio da solo non basta. Deve poter essere comunicato, rivolto all'Altro, deve poter essere sostenuto da aspettative positive, nonché dalla fiducia nell'azione benevola dell'altro.

La speranza si pone quindi come relazione, come appello ad un Tu che mi aiuta ad alleviare il dolore, a desiderare e a comunicare i miei bisogni, che mi aiuta a credere nella loro potenza, nel loro poter esistere, e di conseguenza, a credere nella mia esistenza come essere che 'può ancora'.

Questa relazione si pone come 'speranza attiva', come esperienza di vita nella quale le speranze del terapeuta e del paziente si intrecciano, agiscono e dialogano tra loro.

La relazione con l'altro, può risultare ancora più efficace, dalla relazione con 'Dio', descritta nella pluralità delle significazioni possibili: 'Dio' in senso religioso, 'Dio inconscio', 'Tu' trascendente al quale rivolgermi, dialogo mentale con la persona amata. Ciò che accomuna le possibili significazioni sul concetto di Dio, sono le parole 'Altro' e 'Mente' (si esprime infatti come 'Tu' mentale al quale rivolgersi) e la parola 'Amore' ('Tu' mentale al quale rivolgersi e da cui potersi sentire amati). Tale relazione trascende quella che

esperiamo nella vita di tutti i giorni, aiuta ad ampliare la nostra fede, a purificare i nostri desideri e ad avere maggiore fiducia nell'aiuto dell'altro. La relazione con Dio aiuta a sentirsi amati e sostenuti nella sofferenza. E' una 'palestra' di speranza, in quanto ci allena ad uscire da noi stessi e ad affidarci. Nella relazione con Dio il dialogo avviene attraverso la preghiera, che costituisce 'l'esercizio del desiderio'.

La speranza, tuttavia, è una modalità attiva, non solo di preghiera e desiderio, ma anche di azione, per potersi pensare nel futuro, per raggiungere la 'gioia', la risoluzione, la conclusione della sofferenza. Gli studi di Fabrizio Benedetti ci indicano quanto la speranza possa essere 'appresa' e stimolata come capacità, in primis da chi cura. Tali studi evidenziano, infatti, da un lato, le basi neuronali della speranza, dall'altro le possibilità di svilupparla in modo consapevole ed efficace.

La speranza è quindi azione orientata alla gioia prima della gioia: tende infatti, attraverso il sollievo dal dolore, attraverso la dimensione dell'attesa, la preghiera e il desiderio, ad attivare tutte quelle azioni e risorse per raggiungere la meta della gioia, ciò che è stato determinato dal desiderio come oggetto della speranza.

Come fin qui descritto, in particolar modo il rapporto con Dio, il dialogo con Dio, attraverso la fede e l'esercizio della preghiera, appare costituirsi come fondamento della speranza. Sembra in grado di rafforzarla, di fortificarla, di strutturarla, ponendosi come dialogo con Colui che mi può capire e che mi può ascoltare.

E' un dialogo che aiuta a lasciarsi amare e che rende più forte la mia capacità di entrare in relazione con l'altro.

E' un dialogo di speranza anziché di ottimismo, perché, ricordando quanto afferma Eugenio Borgna, mentre l'ottimismo si illude di orientare il futuro lungo il sentiero delle aspirazioni, la speranza sa riconoscere la dimensione del mistero. Gli orizzonti di senso della speranza sono infiniti. La speranza è *'declinazione esistenziale, immaginazione e destino, che dischiude dinanzi a noi un futuro non mai prevedibile, e non mai programmabile'* (Borgna, 2020, p. 6-69-84).

La relazione con Dio arricchisce di significato la relazione con l'altro poichè apre alla capacità di accogliere il suo aiuto. Mantenere vivo l'aspetto della relazione, che è uno dei fattori più colpiti dalla sofferenza, consente di evitare quel ripiegamento su me stesso e quella separazione dall'ambiente di cui parla Eugenio Borgna, facendo riferimento al 'restringimento dell'essere vivente' che si ha nella dimensione della sofferenza.

La relazione toglie la persona dall'isolamento e dalla disperazione della sua sofferenza. Tuttavia, come scriveva Giacomo Leopardi: '(...) *la disperazione medesima non*

sussisterebbe senza la speranza, e l'uomo non dispererebbe se non isperasse' (Bogna, 2020). La speranza, in quanto relazione amorevole, è costitutiva del nostro essere umani. Lo sviluppo della nostra mente, la nostra crescita, la vita stessa, fin da piccoli, sono possibili grazie a relazioni amorevoli, che dischiudono il significato più autentico della speranza e che consentono di affermare che noi 'siamo' speranza.

La relazione, ancor più nella sofferenza, rivendica proprio per questo l'umanità che ci appartiene, rivendica 'quel TU' che rende possibile la vita e la sua significazione. Con la stessa modalità, affrontiamo la malattia, anche nella fase terminale. Alla ricerca di un 'TU' che possa aiutarci e che preservi la nostra dignità, il nostro essere 'umani', fino alla fine. Proprio per questo, anche la relazione con Dio, il 'desiderio di quel TU' che avvertiamo dentro di noi, sembra essere una 'porta d'accesso' importante per la speranza che si pone, nella sua dimensione dialogica, come fondamento e al contempo come massima espressione della nostra umanità.

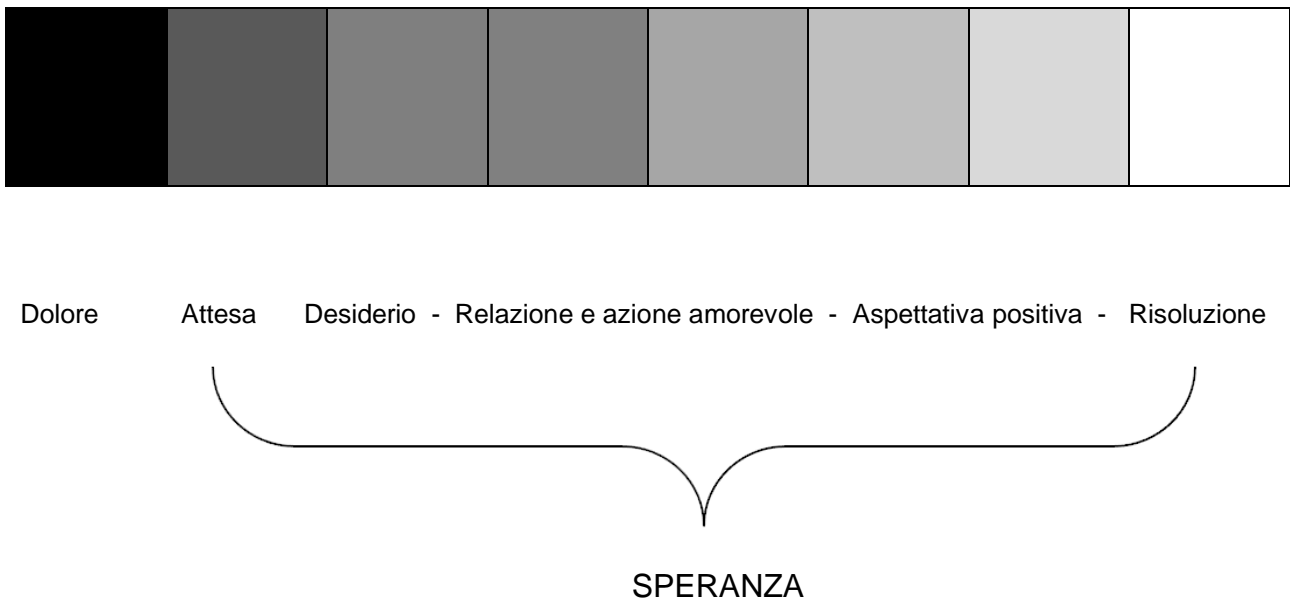


Fig.3

L'immagine rappresenta lo sviluppo graduale della speranza nella cura e ne delinea le principali dimensioni costitutive.

Bibliografia

Arden, J. B. (2017). *Istruzioni per l'uso del cervello. Aiutare i pazienti a cambiare attraverso le neuroscienze*. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.

Benedetti, F., Amanzio, M., Rosato, R., & Blanchard, C. (2011). Nonopioid placebo analgesia is mediated by CB1 cannabinoid receptors. *Nature Medicine* 17: 1228–1230. DOI: 10.1038/nm.2435

Benedetti, F. (2012). *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*. Roma: Giovanni Fioriti Editori.

Benedetti, F. (2018). *La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*. Milano: Mondadori Libri.

Benedetto XVI (2007). *Spe Salvi*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.

Bongi, V. (2015). La risposta della fede alla domanda di senso. Il contributo dell'esperienza religiosa alla maturità umana in chiave analitico-esistenziale. Roma: UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA - Facoltà di Scienze dell'Educazione, Curricolo di Psicologia dell'educazione e dello sviluppo, Tesi di Baccalaureato.

Borgna, E. (2005). *L'attesa e la speranza*. Milano: Universale Economica Feltrinelli/Saggi, p. 62-64.

Borgna, E. (2020). *Speranza e disperazione*. Torino: Einaudi editore.

Borgna, E., & Galimberti, U. (2020). Umberto Galimberti e Eugenio Borgna. Umberto Galimberti incontra Eugenio Borgna su *IL FIUME DELLA VITA*. Feltrinelli Editore. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=Xhu35KHKmZI>.

Borgna, E. (2018). *L'arcobaleno sul ruscello. Figure della speranza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Biasco, G. (2020). Le cure palliative e la pandemia da COVID-19. Catalogo delle perdite e dei ritrovamenti in tempi di Covid. Retrieved from https://mediaspace.unipd.it/media/Guido+Biasco+-+Le+Cure+Palliative+e+la+Pandemia+da+COVID-19/1_1ou0s6hv/159847601.

Cyrulnik, B. (2018). *Psicoterapia di Dio*. Torino: Bollati Boringhieri editore.

Curi, U. Speranza. La parola del filosofo. Retrieved from <http://www.acec.glauco.it/acec2/allegati/4870/Speranza.pdf>

Filiberti, A., & Torre, E. (2010). *Il religioso nella sofferenza psichica. Spunti per un dialogo tra clinica e patologia*. Milano: FrancoAngeli.

Fongaro D. (2012). Struttura della coscienza e costituzione del sé: analisi di Self comes to mind di Antonio Damasio. Verona: Tesi Laurea Specialistica in Scienze Pedagogiche.

Frankl, V. (2013). *Uno psicologo nei lager*. Milano: Edizioni Ares, p. 115.

Frankl, V. (2014). *Dio nell'inconscio. Psicoterapia e religione*. A cura di Eugenio Fizzotti. Brescia: Editrice Morcelliana.

Frankl, V. (2017). *L'uomo in cerca di senso. Uno psicologo nei lager e altri scritti inediti*. Milano: Franco Angeli.

Galimberti, U. (2020). La paura e l'angoscia. E i soggetti in campo. Feltrinelli Editore. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=-OMKYw-XaGg>.

Galimberti, U., & Borgna, E. (2020). Le sfide del vivere nell'epoca del nichilismo. Meeting 2020, Special Edition. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=9fx2Ke9N7Zo>.

Grassi, L. (2020). Lezione del Master in Death Studies and the End of Life. Padova: Università degli Studi di Padova.

Kasper, W. (2018). *La gioia nella speranza*. Brescia: Editrice Queriniana.

Laudadio, A., & Mazzocchetti, L. (2011). Spiritualità e religiosità come fattori gender specifici della resilienza. *Orientamenti Pedagogici*. Vol. 58, N°4 (346), pp. 769-784. (ISSN 0030-5391).

Malaguti, I. (2020). Evento e nuova intelligibilità. La libertà in questione. Catalogo delle perdite e dei ritrovamenti in tempi di Covid. Retrieved from https://mediaspace.unipd.it/media/Ilaria+Malaguti+-+Evento+e+Nuova+Intelligibilit%C3%A0.+La+Libert%C3%A0+in+Questione./1_hwymfri/159847601.

Marchica, B. (2018). *Consapevolezza*. Padova: P.P.F.M.C. MESSAGGERO DI SANT'ANTONIO – EDITRICE.

Milanese, R., & Milanese, S. (2019). *Il tocco, il rimedio, la parola. La comunicazione tra medico e paziente come strumento terapeutico*. Milano: Ponte alle Grazie di Adriano Salani Editore.

Moltmann, J. (2017). *Teologia della speranza*. Brescia: Editrice Queriniana.

Moltmann J. (2011). *Etica della speranza*. Brescia: Editrice Queriniana.

Moscone, M. (2012). *Viktor Frankl: Dio è nell'inconscio*. La verità rivelata dalla sofferenza. ROMA: ZENIT.org.

Natoli, S. (2017). Formazione del soggetto e terapia del desiderio. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=4PkD5OM3w2A>).

Papa Francesco (2019). *Nella gioia. Le ragioni della nostra speranza*. Milano: Piemme - Mondadori Libri – Libreria Editrice Vaticana.

Recalcati, M. (2014). *La forza del desiderio*. Biella: Edizioni QIQAJON.

Recalcati, M. (2018). *Ritratti del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Recalcati, M. 2020. *La tentazione del muro. Lezioni brevi per un lessico civile*. Milano: Feltrinelli Editore.

Saunders C. (2008). *Vegliate con me. Hospice un'ispirazione per la cura della vita*. Bologna: EDB.

Saunders, C. (2012). *Cicely Saunders Selected writings 1958-2004. Cicely Saunders Introduction by David Clark*. Oxford: Oxford University Press.

Schmitt, E. (2018). *Oscar e la dama rosa*. Roma: Edizioni e/o.

Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire e Death Education*. Torino: Bollati Boringhieri editore.

Testoni, I., Capozza, D., Shams, M., Visintin, E. P., & Carlucci, M. C. (2016). The Implicit Image of God: God as reality and Psychological Well-Being. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 55(1): 174-184. <https://doi.org/10.1111/jssr.12252>

Testoni, I., Bisceglie, D., Ronconi, L., Pergher, V., & Facco, E., (2018). Ambivalent trust and ontological representations of death as latent factors of religiosity. *Cogent Psychology*. 5:1429349. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1429349>

Toniolo, A., (2008). L'io, la domanda d'aiuto, l'apertura alla speranza. Persona, domanda di cura e speranza, oggi. *Atti del Convegno "La Speranza e la Cura" - Abano Terme, 6-8 novembre 2008*.

Toniolo, A. (2020). Stile di vita e spiritualità nei tempi del COVID-19. Catalogo delle perdite e dei ritrovamenti in tempi di Covid. Retrieved from https://mediaspace.unipd.it/media/Andrea+Toniolo+-+Stile+di+Vita+e+Spiritualit%C3%A0+nei+Tempi+del+COVID-19/1_5cxzoony/159847601

Vantini, L. (2019). Corpi che ricordano e desiderano: neuroscienze e teologia. *Credero Oggi*, 128.

Veronesi, U. (2015). Umberto Veronesi: "La speranza è essenziale per vivere". *L'Espresso*. Retrieved from <https://espresso.repubblica.it/visioni/2015/01/02/news/la-speranza-e-essenziale-per-vivere-il-sentimento-di-umberto-veronesi-per-il-2015-1.193699>