

a social phenomenon and grammar provides the system of ideas when both the object and the formed opinions on the possibility of establishing its truth, are analyzed in the publication.

Keywords: cost, language, grammar, knowledge, theory of money, neoeconomy, social phenomenon.

Выводы: З. С., аспирантка кафедры социальной философии и философии образования, Национального педагогического университета имени М. П. Драгоманова (Киев, Украина), zarina.vyuhovanes@mail.ru

Социальный феномен формирования стоимости как образец грамматики современной экономики

Современные социально-экономические проекты с их четко определенной, финансово и стратегически-пространственно определенной обречены усиливать мобильный и коммуникативный характер труда, а язык становится необходимым атрибутом социального характера производительности труда. В представленной публикации анализируется процедура специфического соединения языкового и экономического подхода формирования стоимости как социального феномена, а грамматика обеспечивает такую систему представлений, когда одновременно придается значение объекту и формируется суждение с возможностью установления его истинности.

Ключевые слова: стоимость, язык, грамматика, знания, теория денег, неэкономика, социальный феномен.

* * *

УДК [130.1+172+364.1]:61

Lushch U.I.

PhD, lecturer at the Department of Philosophy and Economics, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University (Ukraine, Lviv), ulyana.lushch@gmail.com

PARADIGMS SHIFT IN PHILOSOPHY OF MEDICINE: FROM CARTESIAN DUALISM TO PHENOMENOLOGY

Comparative analysis of biomedical and phenomenological interpretations of pain, disease and health is performed. Examination of biomedical paradigm shows that being shaped by Cartesian dualism it considers human body as mechanism separate from mind and entails naturalist approach which reduces disease to physical dysfunction or damage and pain to mechanical reaction proportional to stimulus. Study of phenomenological paradigm reveals the gaps of biomedical model and clarifies limitations of naturalist definition of health as absence of disease. On suggesting body–mind integrity, phenomenological approach emphasizes on patient's subjective experience of pain, defines disease as disorder in person's being-in-the-world and thus embraces physical, mental and sociocultural aspects of health that are involved in the concept of wellbeing. It is proved that such normativist value-based interpretation of health as wellbeing raises the effectiveness of medical care since it allows a physician to choose the most appropriate option of treatment considering social and cultural environment of a patient.

Keywords: body, pain, disease, illness, health, wellbeing, culture.

(стаття друкується мовою оригіналу)

Pain – the inseparable part of human life – constitutes one of the most baffling problems in the research field of philosophy. Despite the efforts, pain neither has been completely understood nor can be totally controlled. Being related with two aspects of human existence – physical and spiritual – pain shows the interweaving of philosophy and medicine. A patient comes to a physician complaining not of disease, but of his/her subjective experience of pain [8]. For this reason, the emergence of medicine, the art of healing was driven by the need of pain relief [11].

In its physical aspect, being associated with diseases, inflammatory processes and tissue damages, pain serves as a sign of a problem. This warning function is of a great value for survival. There are different systems of pain classification that have been developed with the aim to facilitate interaction between researchers, healthcare teams and patients. Classification the most commonly used today distinguishes acute and chronic pain according to its duration. Acute pain has a relatively short duration, from some minutes to some weeks, and derives from tissue

damage and inflammatory processes. The majority of individuals feel it at some moment of their life. This type of pain has a positive meaning because it manifests an alarm reaction and prepares the body for the fight. However, there is a type of pain that persists after treatment and after the usual period needed for tissue cicatrization (more than three months). This type of pain is called chronic pain. Rheumatoid arthritis, degenerative spine conditions, migraine, diabetic neuropathy and phantom pain – these are some of its examples. Chronic pain is no longer merely a symptom but can be considered as an illness itself [8].

The constant presence of pain is deeply disturbing. Chronic pain changes the life of an individual: it alters his/her mobility, sleep, sexual activity and humor, entails low self-esteem, pessimism, irritation and cynicism, changes his/her family and work relationships. Thus, chronic pain challenges the usual approaches and methods of healthcare. A physician that deals with a patient suffering from chronic pain faces the need to choose an apt philosophical paradigm for his relationship with a patient in order to optimize the treatment.

The problem of pain interpretation is anchored in the fundamental question of defining health and disease. Health and disease are two key phenomena that Healthcare system globally and a particular physician locally deal with. Each case – treating a patient or regulating health insurance – employs some standards in order to assess whether people are ill or not. So what does *disease* mean? Is it the same as *illness*? If the task of Healthcare system is to promote, restore and maintain health, than what is *health*? Is that just an absence of disease and pain? Answering these questions is invoked to raise the effectiveness of medical care.

To examine the effectiveness of phenomenological approach for medical practice based on comparison of theoretical models of health and analysis of disease and pain interpretations.

At the very beginning of its development, medicine was closely related to the witchcraft. In many cultures throughout centuries pain was explained with the influence of evil entities that were outside of the body. Physical ailments were generally seen as the result of sin or impurity. Disease was considered to be a punishment inflicted by gods or God (even in the Middle Ages such opinion still persisted) [5]. The first attempts to explain pain rationally were made by Hippocrates and Galen in Ancient Greece and Rome, respectively. Since then mind and body have been considered as two separate and unrelated substances. Hippocrates and his students strived to eradicate magical and religious elements out of the interpretation of the human body and health. Hippocrates taught physicians to search for and to treat only observable and palpable causes of illness [11].

The classical scientific paradigm originating from Antiquity was ultimately shaped in the 17th century and was strongly influenced by René Descartes. According to Descartes, the man is composed of two independent substances: soul and body. Moreover, the human body is nothing more than a complex inanimate machine, and hence medical treatment must be mechanical as well. A physician should use for treatment of a patient the same methods as for repairing a machine: replacement of broken parts and regulation of processes [3]. This famous Cartesian dualism constitutes one of the fundamental distinctive features of

modern rationalism and constitutes the biomedical model of health.

So according to the biomedical model, the body deprived of its identity becomes the object of medicine and its treatment is enough for health improvement of an individual. The development of science in the 18th and the 19th centuries contributed to the growth of medical knowledge. The invention of microscope and discovery of pathogenic microorganisms, the improvement of dissection techniques in autopsy, the usage of new anesthetics (chloroform, nitrous oxide) in surgeries, the clarification of nerve impulses transmission and the identification of pain receptors – all these new results of scientific research were regarded as the evidence supporting the biomedical theory. Therefore, the interpretation of disease and pain as exclusively biological phenomena seemed to be justified [4;8].

The biomedical model remains widely accepted in nowadays. Contemporary medicine is deeply rooted in the dualistic Cartesian model described above and it keeps focusing exclusively on the body deprived of soul (consciousness, mind). As Drew Leder puts it: “Medical education still begins with the dissection of a cadaver, just as a clinical case ends in the pathologist’s lab” [7,p.121]. Leder points out that patients are basically treated as corpses: they should lay still, be passive and mute; if they are asked to express what they feel it is always in order to find out more about their mechanical functioning. The knee is tapped to provoke reflex, a patient is asked to breathe deeply to detect any audible sounds of lungs.

This biomedical explanatory framework produces a particular theory of pain. The Specificity Theory holds that a specialized transmission system carries messages from skin receptors to the pain center in brain. It follows that pain intensity is proportional to tissue damage; and so, pain is mechanical because pain is a reaction that is proportional to the stimulus. Although this theory is verified, it has significant gaps, since it is not capable to explain pains not necessarily associated with injuries or pains persisting after treatment [8].

The biomedical model of body entails the *naturalist* approach to defining disease and health. It requires all diseases (including mental) to be reduced to physical issues [4,p.130]. Hence naturalist approach defines disease as objective and value-neutral state or condition of a person consisting in disorder, dysfunction or cessation of body functions, systems or organs. Naturalist approach embraces three theories of disease. The first one is called *ontological* since it concerns disease causing entities – infectious agents (pathogen, virus, parasite, bacterium, fungus). The second one – *physiological* theory – interprets disease as deviation from functional norm and focuses on statistical variation of *normality*. For instance, normal blood pressure ranges from 90 to 140 for systolic pressure and from 60 to 90 for diastolic pressure, so lower or higher index is disease. The third one is *evolutionary* theory that defines disease in terms of adaptive mechanisms: disease is seen as the result of maladaptation, as failure to express a defense in response to a challenge [10,p.62–66].

Biomedical model regards concept of disease as fundamental and therefore formulates negative definition of *health*: health is merely the absence of disease symptoms and pain.

However, naturalist approach in particular and biomedical model in general face different challenges. For example, sometimes a person feels ill without evident physical symptoms. In many cases (e.g. cancer, chronic diseases) treatment requires consideration of person’s lifestyle and environment. Besides, observation shows that effectiveness of treatment is strongly influenced by the emotional state of a patient. It was noticed also that the psychological aspect plays a significant role in the process of falling ill. Moreover, the epistemological shift occurred in the history of science; a new non-classical science refuted reductionism and mechanistic determinism of Newtonian physics and Cartesian philosophy.

The 20th century is the century when an attempt to connect two parts of human machine – soul and body – was made. Felix Deutsch (1884–1964) was very much interested in the problem of mind–body interaction and started to elaborate the *psychosomatic medicine* (although, the term itself had been introduced a century earlier: by Johann Heinroth in 1818) [1].

In this context, a new interpretation of health and pain appears – the *biopsychological model*, intending to replace the biomedical one. This new approach focuses on the relation between social, psychological and biological, physiological factors influencing the human organism. This relation is reflected in the idea of psychological profiles coined by Helen Flanders Dunbar, according to which people of the specific psychological profiles are predisposed to particular diseases, like migraine, asthma, hypertension etc. Ronald Melzak and Patrick Wall introduced the Theory of Gate Control (1965) holding that pain intensity is regulated by a “gate” that can be opened or closed. There is no appropriate physiological description for this “gate” mechanism but the theory emphasizes the influence of individual’s emotional state on pain experiencing and on the process of recovery in general. Consequently, the International Association for the Study of Pain (IASP) defines pain as “unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”. This definition admits individual’s subjective experience and expression of pain. Therefore, pain becomes multidimensional: pain is not only in the body but also in the mind, in the life–history, in the lifeworld. The way of experiencing pain, especially chronic pain, is shaped by individual’s sociocultural environment, his/her beliefs, value system, expectations and, thus, by the meaning he/she ascribes to his/her pain [8].

Nevertheless, in spite of consideration of mind–body interaction and attention to the private, individual pain experience, biopsychological model still asserts dualism of the human being. The proof is in etymology of a term itself: by claiming that “*biological*” and “*psychological*” are connected, it, in fact, assumes that there are two separate entities which are related somehow. However, the attempt to reunite these two parts is a significant step towards a holistic interpretation of the human being developed within phenomenology at the beginning of the 20th century.

Phenomenological approach is essentially opposite to the Cartesian dualistic model. Maurice Merleau–Ponty points out that to get an appropriate understanding of relationship between the man and the world we must go beyond any dichotomies. The man is constituted by the

world and, at the same time, the man constitutes the world. The boundaries between the man and the world are blurred, each of them exists as a part inside of the other. Edmund Husserl elaborates the concept of intentionality that refers to the close relationship between the man and the world of objects. Intentionality means that, on the one hand, consciousness is always “consciousness about something”; and, on the other hand, an object can only be defined in its relation with consciousness, because an object only exists and has meaning for a certain consciousness, it is always “object-for-a-subject”. Merleau-Ponty adds to the definition of intentionality that the body essentially mediates this man-world relationship: an individual is conscious of the world through his/her body. The human being opens himself/herself to the world through the body and perceives the world through body. Therefore, consciousness and body are not separate but constitute the unbreakable unity.

Hence, the phenomenological interpretation asserts that the body is not merely an object of the world but the intending entity in which the world emerges. The biomedical perspective on pain as something caused by physical damages and situated in a certain part of a body is too narrow because it does not consider the pain in human terms. To understand pain is to understand the individual's experience of pain [7;8]. Pain, chronic pain, in particular, changes interests of an individual, catches all his/her attention, affects even his/her interpretation of time. If for a healthy individual the past is a variety of memories and the future is expectations and plans, for a person who lives in pain the past is what he/she wants to forget and the future is something he/she cannot imagine without pain [6]. It is impossible to reduce an individual experience of pain to a number on a scale; the scale is subjective. To understand pain is to hear the voice of patient's experience.

As Irena Madjar claims: “To understand pain we need to understand the person in pain and a phenomenological gaze can help us to do that. The key is our attentiveness to the lived experience of the person in pain, and our willingness, individually and as members of health care teams, to work as much *with* as *on* our patients” [9,p.275]. Although the positivist dualist approach still prevails within the Western medical paradigm and physicians still aim to separate pain from anxiety, suffering and depression and to assign the latter to psychological expertise, it is important to consider the phenomenological interpretation of the human being. According to the recent research results, the psychological and social aspects are crucial determinants of treatment efficiency along with the biological one.

Phenomenological model of body produces *normativist* or *humanistic* approach to define disease and health. Whereas the body is interaction between self and the world, disease is the disorder in person's being-in-the-world when body affected by disease stands out against the normal course of life, disrupts person's plans. *Normativist* approach supplements the concept of disease with a concept of *illness* and in this way besides structural-functional disturbance involves person's life. Illness means feeling unwell – patient's experience of disease within sociocultural context [2,p.49]. Cultural environment influences the way a person understands his/her disease (e.g. as destiny, God's punishment that he/she must carry or physical disorder that must be fixed for an appropriate social functioning), the

level of pain he/she can endure, the access to and confidence for healthcare system.

Therefore, *health* is no more absence of disease. Health is defined as adoption of a lifestyle that promotes being well physically, mentally and socially. The World Health Organization, indeed, currently uses this definition. Here we can see that *normativist* approach is value-based. The first proof: freedom is a value qualified as an indicator of disease, since a disease through pain, deformity and dysfunction restricts person's freedom to act. Second proof: wellbeing is a value concept because a view on what the state of being well should be reflects the ideals of a particular culture [10,p.73–77].

In 1972 John W. Travis introduced *Illness-Wellness Continuum*. This graphic illustration presents a spectrum middle zero point of which is patient's neutral state, meaning absence of symptoms, and two extreme points are death and wellbeing. According to the *naturalist* approach the goal of medical care is bringing a patient to a neutral point (absence of disease), while the *normativist* approach suggests leading him to wellbeing.

Disease is not an entity with independent existence; disease is merely an abstraction of medical theory – whereas medical practice deals with a sick person. Therefore a physician should take into consideration not only objective states of patient's body, but also his feelings, experiences, lifestyle, social activity and cultural background. A physician should aim not just at elimination of a disease but at overall wellbeing of a person. Thus for integrity of patient's treatment and effectiveness of health care scientific research and biomedical approach should be complemented with phenomenological model of man-world relationship which encourages a productive cooperation between a physician and a patient on allowing to consider a crucial influence of patient's sociocultural environment.

References

1. Aisenstein M. Beyond the dualism of psyche and soma / Marilia Aisenstein // Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. – 2008. – 36(1). – P.102–123.
2. Cassell E.J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine / Eric J. Cassell. – Oxford: Oxford University Press, 1991. – 272 p.
3. Descartes R. A discourse on the method of correctly conducting one's reason and seeking truth in the sciences / René Descartes. – Oxford: Oxford University Press, 2008. – 160 p.
4. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / George L. Engel // Science. – 1977. – P.129–136.
5. Gordon R. The alarming history of medicine / Richard Gordon. – New York: St. Martin's Griffin, 2002. – 256 p.
6. Leder D. The dys-appearing body // The absent body / Drew Leder. – Chicago: The University of Chicago Press, 1990. – P.69–99.
7. Leder D. The tale of two bodies: the Cartesian corpse and the lived body / Drew Leder // The body in medical thought and practice. Edited by Leder D. – Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992. – P.17–35.
8. Lima D.D., Alves V.L., Turato E.R. The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: going beyond the standing healthcare models / Daniela D. Lima, Vera L. Alves, Egberto R. Turato // Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine. – 2014. – 9 (1):2. –doi: 10.1186/1747-5341-9-2.
9. Madjar I. The lived experience of pain in the context of clinical practice / Irena Madjar // Handbook of phenomenology and medicine. Edited by Toombs S.K. – Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 2001. – P.263–277.
10. Marcum J.A. An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine / James A. Marcum. – Springer SBM, 2008. – 376 p.
11. Rey R. The history of pain / Roselyne Rey. – Cambridge: Harvard University Press, 1998. – 404 p.

Луц У.І., кандидат філософських наук, викладач кафедри філософії та економіки, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (Україна, Львів), ulyana.lushch@gmail.com

Зміна парадигм у філософії медицини: від картезіанського дуалізму до феноменології

Здійснено компаративний аналіз біомедичної та феноменологічної моделі болю, хвороби та здоров'я з метою виявлення ефективності феноменологічного підходу в медичній практиці. Дослідження біомедичної парадигми свідчить про те, що, сформувавшись під впливом картезіанського дуалізму, вона розглядає людське тіло як механізм, відокремлений від свідомості, та породжує натуралістичний підхід, що редує хворобу до фізичних явищ, а біль – до механічної реакції, пропорційної стимулу. В межах натуралістичного підходу сформувалися три теорії хвороби: 1) онтологічна теорія зосереджується на вивченні збудників хвороб; 2) фізіологічна теорія визначає хворобу як відхилення від статистичної норми; 3) еволюціоністська теорія розглядає хворобу як порушення адаптивної функції. Здоров'я отримує негативне визначення як стан відсутності симптомів хвороби. Однак біомедична парадигма має значні обмеження, зокрема, вона не враховує стан хронічного болю, який долає межі виключно фізичної сфери людського буття і негативно впливає на виконання людиною соціальних функцій, її відносини з близькими, її ставлення до власного майбутнього. Біомедична модель залишає поза увагою й інші ситуації, що виникають у медичній практиці та обумовлюють клінічне рішення лікаря, наприклад, вплив культури та релігії та сприйняття людиною своєї хвороби, на здатність зносити біль, на визначення очікувань від лікування та можливість належно виконувати приписи лікаря.

Ці прогалини заповнює феноменологічна парадигма, яка постулює цілісність тіла і свідомості, а також цілісність людини та навколишнього світу. Згідно з феноменологічною інтерпретацією, тіло – це посередник, за допомогою якого людська свідомість проявляє себе у світі, та своєрідний індикатор якості її взаємодії зі світом. Відтак хвороба – це розлад в людському бутті – світі, яке передбачає суб'єктивне переживання людиною цього стану. Тому феноменологічна парадигма доповнює поняття хвороби поняттям нездужання, яке якраз і відображає суб'єктивний досвід пацієнта та відображає вплив цього досвіду на соціокультурний вимір життя людини. Здоров'я визначається як певний стиль життя, спрямований на забезпечення, відновлення та підтримання гармонійного буття людини у світі. Фізичний, ментальний та соціокультурний аспекти здоров'я об'єднуються в понятті добробуту. І саме таке феноменологічне визначення наведено у Статуті Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Феноменологічна парадигма пропонує ціннісне трактування хвороби та здоров'я. Про це свідчить, по-перше, те, що воно ґрунтується на розгляді свободи як індикатора стану людини, оскільки хвороба та нездужання завжди обмежують вільну діяльність людини у соціокультурному середовищі. По-друге, поняття добробуту визначається по-іншому кожною окремою культурою, відображаючи її ідеали, що свідчить про його аксіологічне забарвлення. Покликання на запропонований Джоном Тревісом "контиуум нездужання та добробуту" дозволило встановити, що, згідно з феноменологічною парадигмою, метою медичної практики є не досягнення стану відсутності симптомів у пацієнта, а сприяння його прямуванню до фізичного, ментального та соціокультурного добробуту. Отже, доведено, що нормативістська, ціннісно орієнтована інтерпретація здоров'я як добробуту, тобто як фізичної, ментальної та соціокультурної гармонії людини, підвищує ефективність медичної допомоги, оскільки дозволяє лікарю обрати оптимальний варіант лікування з огляду на соціальне та культурне середовище пацієнта.

Ключові слова: тіло, біль, хвороба, нездужання, здоров'я, добробут, культура.

Луц У. І., кандидат философских наук, преподаватель кафедры философии и экономики, Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого (Украина, Львов), ulyana.lushch@gmail.com

Изменение парадигм в философии медицины: от картезианского дуализма к феноменологии

Осуществлен сравнительный анализ биомедицинской и феноменологической интерпретаций боли, болезни и здоровья. Исследование биомедицинской парадигмы свидетельствует о том, что, сформировавшись под влиянием картезианского дуализма, она рассматривает человеческое тело как механизм, отделенный от сознания, и порождает натуралистический подход, который редуцирует болезнь к физической дисфункции или физическому повреждению, а боль – к механической реакции, пропорциональной стимулу. Изучение феноменологической парадигмы обнаруживает проблемы биомедицинской модели и проясняет ограниченность натуралистического определения здоровья как отсутствия болезни. Предполагая целостность тела и сознания, феноменологический подход акцентирует на субъективном опыте боли пациента, определяет болезнь как расстройство в человеческом бытии – в мире и таким образом охватывает физический, ментальный и социокультурный аспекты здоровья, объединенные в понятии благополучия. Доказано, что такая нормативистская, ценностная интерпретация здоровья как благополучия повышает эффективность медицинской помощи, поскольку позволяет врачу выбрать наиболее адекватный вариант лечения, учитывая социальную и культурную среду пациента.

Ключевые слова: тело, боль, болезнь, недомогание, здоровье, благополучие, культура.

* * *

УДК 3.085:316.4.004.14

М'ясникова Н. О.

кандидат філософських наук, доцент кафедри соціології та соціальної роботи, Приватний вищий навчальний заклад "Харківський інститут екології та соціального захисту" (Україна, Харків), tala832007@mail.ru

СТРАХ ТА СПОКУСА ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ)

Метою статті є аналіз та порівняльна характеристика страху і спокуси як детермінантів відповідальності в межах філософського дискурсу. У статті здійснено аналіз сутності феномену страху в екзистенціальній філософії з екстраполяцією на реалію сучасності. Зазначено, що прийняти страх – це і є взяти на себе відповідальність за своє життя, бути автором. Оскільки переживання страху – це надзвичайно важкий процес, в якому людина залишається самотньою перед небуттям, завдяки цьому стає можливим здобування екзистенції. Особлива увага приділена ідеям Г. Йонаса стосовно евристики страху. Представлений аналіз сутності спокуси в постмодерністській філософії. Зазначено, що в суспільстві постмодерну відповідальність повинна зваблювати, щоб бути дієвою. Зроблено висновок, що саме спокуса в умовах світу невизначеності, плинності, постійних викликів є особливим дієвим детермінантом відповідальності, оскільки спокуса не належить устрою реального, вона ніколи не належала устрою сили чи силових відносин, вона сильніше за це все. Відповідальність спокушає моментом екслюзивності буття, руху до автентичності, можливість породження сенсу.

Ключові слова: страх, спокуса, відповідальність.

Складність та багатоаспектність феномену відповідальності детермінують необхідність саме соціально-філософської рефлексії над ним, яка дозволяє поглибити філософське загальнотеоретичне осмислення даного феномену, продемонструвати базові засади його дослідження. Творче самоздійснення, самореалізація, авторство у власному житті чи відтворення, слідування визначеним наперед сценаріям життя – це вічні екзистенціальні питання, відповіді на які детерміновані здатністю прийняти на себе відповідальність людиною чи суспільством. Але відповідальність – це "тягар", що може лякати, від якого є спокуса ухилитись, але позбавитись його в умовах сучасної реальності все більше стає неможливим. Сучасна людина живе у миттєвостях, які швидко змінюють одна одну, що обумовлює постійну невизначеність, ризик, відчуття плинності. У таких умовах відповідальність стає необхідністю, якої неможливо уникнути. Людина приречена бути відповідальною, оскільки нереалізоване життя (нереалізований проект), неправильний вибір, неуспіх покладається на окремого індивіда, і це є його відповідальністю. Відповідальність є саме характеристикою людського буття, уникнути її просто неможливо.

Саме тому в контексті даного дискурсу повинне розглядатись питання стосовно того, що є більш дієвим детермінантом відповідальності: страх чи спокуса?

Проблема страху в історії філософії представлена багатьма концепціями, що розкривають різноманітні аспекти страху і залишаються актуальними в наш час. Даному питанню приділяли увагу Платон, Аристотель, Епікур, Лукрецій Кар, Епікур, стоїки, І. Дамаскін, Августин Блаженний, М. Монтень, Н. Макіавеллі, Ф. Бекон, Р. Декарт, Б. Паскаль, Б. Спіноза, Т. Гоббс, П. Гольбах, К. Гельвецій, І. Кант, Г.–В.–Ф. Гегель та інші. Проблема страху також була представлена в російській релігійній філософії.

Некласична філософія відіграла важливу роль у становленні проблеми страху, особливо необхідно