

Дещо по-іншому вчителі характеризують підручник «Літературне читання», автором якого є В. О. Науменко. Як вказують респонденти, вибір цієї навчальної книги зумовлений тим, що: «Лише підручник цього автора наявний у шкільній бібліотеці», «Вона рекомендована Міністерством освіти і науки України». Вказують, що позитивними сторонами цього підручника є такі: «Вдале оформлення», «В підручнику є короткі відомості про поетів, письменників», «Простежується зв'язок з іншими елементами навчально-методичного комплексу». Педагоги, які користуються цим підручником, зазначили, що недоліком цієї навчальної книги є наявність у ній великої кількості текстів, важких для розуміння учнями. Ось що вони зазначають з цього приводу: «У підручнику багато текстів, які з труднощами сприймаються учнями», «Не всі твори відповідають віку дітей», «Є важкі для сприймання учнів тексти». Тому вчителі висловили такі побажання щодо вдосконалення підручників з літературного читання В. О. Науменко: «Більше доступних і повчальних творів», «Підбирати твори, які відповідають віковим особливостям дітей», «Більше поезій Т. Шевченка, Л. Українки, І. Франка», «Більше розвивальних і творчих завдань».

Окрім підручників, на уроках літературного читання педагоги використовують навчальні посібники (рис. 2).



Рис. 2. Питома вага навчальних посібників, що використовуються на уроках літературного читання

Як видно з рис. 2, найбільш затребуваними є хрестоматії для позакласного читання (39%) та робочі зошити з літературного читання (32%). 17% опитаних послуговуються довідковою літературою (тлумачними словниками, енциклопедіями). Чільне місце займають інші навчальні посібники (12%), серед яких твори В. Сухомлинського, «Казки та оповідання для дитячого читання» та ін.

При підготовці до уроків літературного читання педагоги користуються різноманітними методичними матеріалами, зокрема посібником «Сто двадцять розповідей про письменників» (авт. Я. П. Кодлюк, Г. С. Одинцова), розробками уроків з літературного читання, посібником «Успішні сходинок» (тематичне оцінювання) (авт. І. А. Бикова).

Таким чином, з метою з'ясування думки вчителів початкової школи стосовно підручників з літературного читання нами була розроблена анкета, яка дала змогу з'ясувати як позитивні сторони обраних підручників, так і їх недоліки. Незважаючи на те, що метод опитування є дещо суб'єктивним, все ж авторам книг варто прислухатися до рекомендацій педагогів — безпосередніх користувачів читанок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гончаренко С. Український педагогічний словник / С. Гончаренко – К. : Либідь, 1997. – 376 с.
2. Кодлюк Я. П. Теорія і практика підручникотворення в початковій освіті / Я. П. Кодлюк – К. : Наш час, 2006. – 368 с.
3. Перелік навчальних програм, підручників та навчально-методичних посібників, рекомендованих Міністерством освіти і науки України для використання в початкових класах загальноосвітніх навчальних закладів з навчанням українською мовою у 2015/2016 навчальному [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/perelik-navchalnix-program.html>.
4. Навчальні програми для початкової школи [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/pochatkova-shkola.html>.
5. Савченко О. Методичний аналіз навчального комплексу з предмета «Літературне читання» для 3 класу / О. Савченко // Початкова школа. – 2014. – № 7. – С. 3–8.

Штокалюк Д

Науковий керівник – доц. Тіунова О.В.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ-ВОЇНІВ АТО

Проблема психологічної травматизації військовослужбовців постала дуже давно, оскільки вона виникає під час ведення бойових дій і впливає на подальше життя ветерана.

Актуальність даної статті полягає у важливості дослідження впливу бойових умов на психіку військовослужбовців в період перебування в зоні АТО та їх наслідків для учасника-воїна АТО.

Особливо проблема психологічної травматизації гостро постала з початком антитерористичної операції на сході України, оскільки в результаті бойових дій відбувається деструктивний вплив на військовослужбовців, який в подальшому впливає на життя учасника-воїна АТО.

Мета дослідження полягає у вивченні психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників-воїнів АТО.

Метою дослідження обумовлені завдання, зокрема:

- Розкрити суть посттравматичного стресового розладу;
- З'ясувати причини виникнення ПТСР в учасників-воїнів АТО;
- Виокремити психологічні ознаки посттравматичного стресового розладу;
- Проаналізувати психологічний вплив ПТСР на особистість та життя учасника-воїна АТО.

Дослідженням психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців займалися ряд дослідників: Агаєва Н.А. [1], Караяні А.Г. [2], Коваль І.А. [3], Литвиненко Е.С. [4], Ломакіна Г.І. [5], Малкіна-Пих І.Г. [6], Марута Н. [7], Маційчук П. [8], Мюлер М. [10], Цихоня В. [10].

Особливості виникнення та перебігу ПТСР у військовослужбовців розкривають: Агаєва Н.А. [1], Караяні А.Г. [2], Коваль І.А. [3], Литвиненко Е.С. [4], Ломакіна Г.І. [5], Малкіна-Пих І.Г. [6], Мюлер М. [10]. Проблему психологічної травматизації військовослужбовців ЗСУ проаналізували: Марута Н. [7], Маційчук П. [8], Цихоня В. [10].

Вперше наслідками війни у вигляді посттравматичного стресового розладу зацікавились американські психіатри та психологи після закінчення війни у В'єтнамі (1964-73 рр.). У військовослужбовців, котрі повертались з війни спостерігались психологічні зміни, які деструктивно впливали на особистість.

Для підтвердження наведу дані статистики: на війні загинуло близько 58 тис. осіб, від наслідків ПТСР, в тому числі від суїцидів померло близько 128 тис. осіб. Траплялись випадки, коли ветерани війни потрапляли у в'язниці. Подібна тенденція спостерігалась в учасників війни в Афганістані (1979-89 рр.) [5, с. 57; 8, с. 16].

За даними 1989 року 3700 ветеранів афганської війни знаходилися у в'язницях; кількість сімейних розлучень і гострих сімейних конфліктів складало в родинах «афганців» 75 %; більше двох третин ветеранів були не задоволені роботою і часто змінювали її через виникаючі конфлікти; 90 % студентів-«афганців» мали академічну заборгованість або погану успішність; 60 % страждали від алкоголізму і наркоманії; спостерігались випадки самогубств чи спроб до них; близько 50 %. За деякими відомостями, до 70 % готові були в будь-який момент повернутися до Афганістану [4].

Американська та радянська статистика показує, що не страшна сама війна, а страшні її наслідки для учасників бойових дій у вигляді пост-травматичного стресового розладу.

Прояви ПТСР мають різні форми, – в деяких випадках травмована особистість замикається в собі, уникає спілкування з іншими людьми, а в деяких випадках стає агресивною і соціально небезпечною.

ПТСР формується внаслідок бойовий стресу, який є дестабілізуючим станом, перед патологічним, який обмежує функціональний резерв організму та збільшує резерв організму та збільшує ризик дезінтеграції. Стресовий механізм закріплюється в пам'яті нових емоційно-поведінкових навичок і стереотипів, першорядно значущих для збереження життя. [1, с. 2].

Причини формування бойового стресу численні. Це – жахи війни, страх бути вбитим, пораненим, фізичне і психічне перенапруження, порушення режимів життєдіяльності, хвороби, травми і поранення, невизначеність і дефіцит інформації, незвичність ситуації, відсутність в колишньому досвіді запасу можливих відповідних реакцій. Важливе значення мають також і соціокультурний контекст, популярність війни, фактор соціальної підтримки. Свідомість безглуздості війни, специфічний комплекс винуватості знижує психічну стійкість і опірність стресам [5, с. 48].

Різні бойові стресори поділяються на специфічні, з підвищеним рівнем стресогенності – загроза життю, і фізичній цілісності військовослужбовця, випадки загибелі товаришів по службі та неспецифічні – підвищений рівень загрози життю, тривале виконання напруженої роботи тощо [5, с. 49].

Бойовий стрес невисокої інтенсивності, як правило, ефективно долається більшістю комбатантів і на початковому етапі може сприяти підвищенню їх бойової активності. Надалі він або стає звичним для учасників бойових дій, або переходить у бойовий стрес підвищеної інтенсивності, що може значно ускладнювати діяльність як окремого військовослужбовця, так і військових колективів та може проявитися у вигляді бойової психічної травми [5, с. 49].

На індивідуальному рівні він може проявлятися, як: різке, неадекватне бойовій обстановці підвищення або, навпаки, зниження бойової активності; неадекватне бойовій ситуації підвищення емоційного збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, емоційна «тупість»; поява деструктивних форм мотивації бойової діяльності

або, навпаки, бажання «вийти» з бою, за всяку ціну зберегти собі життя; втрата орієнтації в ситуації бою; відчуття нереальності того, що відбувається у бойовій ситуації [5, с. 49].

Бойовий стрес підвищеної інтенсивності, як правило, впливає негативно на протікання фізіологічних процесів в організмах військово-службовців, що виражається в помітному погіршенні стану здоров'я, виникненні нових або загостренні захворювань, що були раніше, розладах автоматизмів фізіологічного рівня [5, с. 49].

Бойова психічна травма, як наслідок дії бойових стрес-факторів, викликає патологічний стан центральної нервової системи, обумовлюючи регулювання поведінки потерпілого за допомогою патофізіологічних механізмів. В результаті психотравмування відбувається накопичення змін в структурах центральної нервової системи, наростання специфічної особової дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворення [5, с. 48]. Наслідком бойового стресу є гострий стресовий розлад.

Гострий стресовий розлад протікає протягом 1-3 місяців, а хронічні – симптоми ПТСР наявні більше 3 місяців, із затриманим початком – симптоми з'являються через 6 місяців після травми [3, с. 215].

ГСР починається в перші хвилини отримання травми, триває не більше трьох діб (зі зменшенням інтенсивності симптомів до чотирьох тижнів); проявляється гострими афективними реакціями (дезорієнтація або ажитація, гнів, жах, агресія і аутоагресія, психоз, суїцидальні спроби, заперечення події – може бути схожим на «гнівну» депресію) [3, с. 215].

На відмінну від ГСР посттравматичний стресовий розлад (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час громадянської війни в США і були названі «синдром солдатського серця» [5, с. 57].

Діагноз ПТСР з'явився відносно нещодавно. В США в DSM III – в 1980 році, в Міжнародній класифікації хвороб – в 1995 році. Проте ПТСР не можна назвати молодими захворюваннями. ПТСР існував стільки ж, скільки існували люди, скільки велися війни, скільки були вбивства та природні катаклізми. Ці події викликали стресові розлади у людині. Він включений в офіційну американську номенклатуру психічних захворювань DSM-III, як стан, викликаний важким стресом психічних розладів [1, с. 1; 10, с. 57].

В медичній історії відомо декілька назв ПТСР: «окопний синдром», синдром «серця солдата», «снарядний шок», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «бойова психотравма», «стрес бойової обстановки», «бойове виснаження» [1, с. 1; 10, с. 57].

В психіатрії та медицині виділяють наступні ознаки ПТСР:

- Повторюванні спогади про пережиту подію;
- Флешбеки – небажанні спогади, завдяки яким особа знову переживає травматичну подію;
- Нічні жахи або погані сни;
- Сильні емоційні реакції на пережиту травму – звук сирени, постріл феєрверку і т.д.;
- Сильні фізичні реакції – пришвидшення серцебиття або падіння в стан обливання холодним потом, як щойно особа опиняється поблизу місця травматичної події [9, с. 15].

Психологічно травмована особистість схильна зловживати алкоголем та наркотиками, які виступають засобом подолання бойового стресу [9, с. 16].

Травмована особистість може уникати спогадів про травмуючу подію, в деяких випадках впадати в стан заціпеніння [9, с. 16].

Також в учасників бойових спостерігається депресія, реактивний психоз, який знаходить своє вираження у вигляді раптових спалахів гніву в травмованій особі [9, с. 17].

Дані статистики Н. Марути показують, що в учасників АТО, які піддавались дії травмуючи факторів в 10-20 % виникають психологічні наслідки у вигляді ПТСР [7, с. 20].

Посттравматичний стресовий розлад виникає в екстремальних, бойових умовах в зоні АТО, пов'язаних із страхом смерті, постійним вибухам снарядів та пострілів із озброєння і стрілецької зброї. Ці події бувають короткочасними і тривалими. Саме до тривалих, пролонгованих, що мають постійний вплив травматичного стресора і регулярно повторюються [7, с. 20].

Посттравматичний стресовий розлад небезпечний тим, що без необхідного лікування може тривати роками, виснажуючи психічні та фізичні сили організму. Він навіть може призвести до нервового зриву [5, с. 48].

ПТСР ускладнює здатність розслабитись. Особа постійно перебуває у стані постійної «бойової готовності», передчуваючи ймовірну майбутню небезпеку, що не дає можливості звикнути до будь-чого. Також люди, які перенесли ПТСР стають чутливішими до болю та страждань, піддаються різним захворюванням або їх починають обтяжувати фізичні проблеми, які вони ще мали до травми [9, с. 17, 19].

Для пацієнтів з посттравматичним синдромом характерна підвищена схильність до самогубства. Нерідко такі хворі роблять акт суїциду під впливом психотропних речовин (алкоголь, наркотики) або під час нападу напливу ілюзій і галюцинацій, однак значно частіше добровільний відхід з життя буває спланованим і усвідомленим дією людини, яка втратила сенс свого існування [9, с. 19].

В приклад приведу випадок в селі Новосілки, Київської області, в січні 2016 року, коли 34-річний учасник АТО, не витримавши невирішених сімейних проблем, пов'язаних із розлученням з дружиною, вчинив

самогубство на могилі дочки. Засобом для вчинення суїциду виступила осколкова граната Ф-1. На місці суїциду були знайдені: залишки від пляшки з-під спиртного і лимонаду, мобільного телефону та чека від гранати Ф-1.

Саме порушенням соціальної адаптації психологи пояснюють той факт, що хворі з посттравматичним синдромом вкрай рідко звертаються за медичною допомогою і вважають за краще рятуватися від нападів нав'язливих спогадів і нічних кошмарів за допомогою психотропних речовин або вдаються до нерідко безграмотного самолікування (снодійні, транквілізатори, антидепресанти) [9, с. 19].

Також погіршується міжособистісні стосунки із коханою людиною, з причини невміння проявляти любов і турботу до жінки, егоїзм та конфліктність, через це виникають психологічні перешкоди в міжособистісному та інтимному житті військовослужбовця [6, с. 229].

Коротко розглянемо види посттравматичних стресових розладів:

Гострий ПТСР, що характеризується яскравими проявами всіх симптомів захворювання і продовжується не більше трьох місяців [1, с. 2].

Хронічним ПТСР, вважається, коли симптоми зберігаються більш ніж 6 місяців та вираженість найбільш яскравих симптомів знижується, однак наростають ознаки виснаження центральної нервової системи і починають формуватися деформації характеру (грубість, егоїзм, звуження кола інтересів) [1, с. 2].

Відстрочений ПТСР виявляється через півроку і більше після впливу травмуючої ситуації. Як правило, відстрочена форма посттравматичного синдрому розвивається після впливу якого-небудь провокуючого фактора (додаткова психічна або фізична травма, нервові перенапруження, стрес, пов'язаний з переїздом і т.п.). При цьому захворювання може протікати як у гострій, так і в спочатку хронічній формі [1, с. 2].

При хронічному і відстроченому синдромі ПТСР через великий проміжок часу між травмою і появою симптомів зв'язок між ними схований. Симптоми наростають протягом тривалого часу і важко піддаються лікуванню [1, с. 2].

Крім негативного аспекту впливу ПТСР на людину можливий позитивний, який призводить до формування у них таких психологічних утворень:

Глибоке і всебічне самопізнання: пізнання своїх інтелектуальних, емоціональних, вольових можливостей.

Придбання унікального досвіду життєдіяльності та поведінки в екстремальних умовах, бойового досвіду і життєвої мудрості.

Набуття досвіду відкритого, спонтанного, нехитрого спілкування.

Тренування апарату стресового реагування, гартування свого здоров'я [2, с. 57].

В процесі пристосувальної активності психіка воїна радикально перебудовується, «воєнізується», набуває властивостей «надчутливості», «надрозуміння» та інше. Ці психологічні трансформації відбуваються на психофізіологічному, психологічному, соціально-психологічному рівнях і часом доходять до аномальних рівнів [2, с. 57].

В умовах війни в людини формується як би «спеціальний психологічний орган», що дозволяє миттєво розуміти «логіку» рухів елементів зорового поля, звукових стимулів, значення слів, жестів і вчинків інших людей і т.д. Цей орган «відточує» свою роботу і стає потужним регулятором поведінки військовослужбовця [2, с. 57].

Підсумовуючи вище подану інформацію, нами було досліджено психологічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників - воїнів АТО. Виявлено, що причиною виникнення ПТСР виступає бойовий стрес, який формується під впливом бойових умов. Згодом він переходить в гострий стресовий розлад, який триває до трьох місяців, потім в ПТСР.

Наслідками ПТСР є порушення звичного способу життя ветерана, оскільки через часто повторюванні нав'язливі спогади, сни, флешбеки, котрі ускладнюють життя травмованої особи, коли не очікувано починають проявлятися в непотрібний момент. Порушується соціальне життя особистості з причини дезадаптації внаслідок участі в бойових діях.

Особливо негативний вплив ПТСР має на інтимне та сімейне життя військовослужбовця. Через психологічну травму порушується еяколяція, починаються часто повторюванні конфлікти в сім'ї, тому що учасник-воїн АТО стає емоційно прохолодним і психологічно черствим, втрачає чуттєвість, яка в нього раніше була, тому він не здатний на проявляти любов і почуття до коханої людини. З цієї причини в сім'ях учасників бойових дій можливі розлучення.

Проте крім негативних наслідків слід виділити позитивний аспект впливу ПТСР на особистість, який полягає в тому, що травмована особистість стає психологічно сильною і витривалою, розвивається емоційний інтелект, завдяки якому вона вмilo читає мову тіла людей та набуває нового життєвого досвіду, який може використати на життєвому шляху.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агаєва Н.А. Проблема травматизації українських військовослужбовців – учасників миротворчих операцій / Н.А. Агаєва // Вісник Київського міжнародного університету. Сер. Психологічні науки. – 2005. – Вип. 6. – С. 1-6.
2. Караяни А.Г. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадaptация участников боевых действий / А.Г. Караяни, Ю.М. Караяни // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2014. – Серия: Психология, Выпуск № 4. – Том 7. – С. 59-66.

3. Коваль І.А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці / І.А. Коваль // Проблеми сучасної психології. – 2015. – Вип. 27. – С. 210-219.
4. Литвиненко Е.С. Проблема психотравматизації військовослужбовців Збройних сил України зі складу коаліційних сил у Республіці Ірак / Е.С. Литвиненко // Вісник Національного технічного університету України. – 2005. № 2. [Електронний ресурс, режим доступу – вільний]: http://novyn.kpi.ua/2005-2/06_Litvinenko.pdf – 01.01.2016
5. Ломакіна Г.І. Соціально-психологічні складові соціальної роботи з учасниками бойових дій: Методичний посібник / Г.І. Ломакіна. – Х.: Оберіг, 2014. – 168 с.
6. Малкіна-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкіна-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
7. Марута Н. Посттравматичний стресовий розлад: сучасні можливості діагностики та терапії / Н. Марута // Ваше здоров'я. – 2015. – № 15/16. – С. 20-21.
8. Маційчук П. Посттравматичний стресовий розлад – найбільша проблема демобілізованих / П. Маційчук // Ваше здоров'я. – 2015. – № 39/40. – С. 1, 16.
9. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. / М. Мюллер: пер. з англ. Діана Бузько; наук. ред.: Катерина Явна. (Серія «Сам собі терапевт»). – Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. – 120 с.
10. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2014, № 7/8. – С. 57-58.

Ковальова С.

Науковий керівник – доц. Сіткар В. І.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ РЕВНОЩІВ В МОЛОДИХ СІМ'ЯХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ШЛЮБІ

Жодна зі сфер людського життя не пройнята такою кількістю міфів та ілюзій, як сфера сімейного життя. І в жодній сфері не виникає стільки нерозуміння і душевного болю як у стосунках між чоловіком і жінкою. При цьому, далеко не останнє місце займають почуття ревнощів. Ревнощі - це неприємне хворобливе почуття, пов'язане зі страхом втрати об'єкта кохання. Ми боїмося одержати відмову від коханої людини, а найбільше боїмося втратити її кохання. Ревнощі завжди пов'язані із суперництвом. Як правило, сильні ревнощі відчувають люди не самодостатні, не впевнені в собі, або навпаки занадто самовпевнені, які вважають іншу людину своєю «власністю».

В реаліях ХХІ століття ще гостро стоять питання про те, як нам знайти стійкий, гармонійний союз з іншою людиною і як зберегти цей союз протягом усього життя. Більшість фахівців вважають, що сучасна сім'я переживає справжню кризу, причому прояв цієї кризи виявляється тим яскравіше, чим вище загальний рівень соціального та економічного розвитку суспільства, чим вищий рівень життя та матеріального благополуччя людей. [3, с. 50]

Сьогодні значні труднощі відчуває молода сім'я, яка потребує найбільше уваги та підтримки, насамперед з боку держави. У подоланні та попередженні сімейних конфліктів важливе значення має мистецтво спілкування в сім'ї, основу якого складає прагнення згладити конфлікт, що назриває, а не розпалювати його; вміння сприймати подружжя таким, яким воно є.

Проблемою ревнощів займалися багато вчених (В. Лісовський, Г. Качук, І. Савельєв, С. Мамонтов, О. Свіаш та інші). В психології різні аспекти ревнощів вивчалися по-різному: ревнощі в соціально значимих відносинах розглядалися як базова установка особистості; ревнощі до суб'єкта відносин були предметом психотерапевтичної та психокорекційної роботи. Актуальність проблеми зумовила й мету статті, а саме: обґрунтувати теоретичні положення та практичні рекомендації щодо соціально-психологічних особливостей уникнення ревнощів в молодій сім'ї.

У вітчизняній науці тривалий час молодь не розглядалася як самостійна соціально-демографічна група. Тільки в середині ХІХ ст. з'являється перше визначення молоді як «молодих людей обох статей», які досягли фізіологічної зрілості. Згідно з переписом населення 1914 і 1920 рр., до категорії молоді були зараховані особи віком від 15 до 30 років [5, с. 115]. Молода сім'я - це сім'я в перші три роки після укладення шлюбу (у разі народження дітей - без обмеження тривалості шлюбу) за умови, що жоден з подружжя не досяг 30-річного віку [2, с. 17].

Серед факторів, що визначають стабільність молодих сімей, Н. Малярова виділяє готовність молоді до шлюбу. Це система соціально-психологічних установок особистості, що визначає емоційно-психологічне ставлення до способу життя, цінностей шлюбу [8, с. 97].

Б. Круглов стверджує, що система підготовки молоді до сімейного життя разом з статевою просвітою та статевим вихованням, разом із формуванням навичок міжособистісного спілкування, яке, насамперед, полягає в умінні порівнювати свої інтереси і вчинки з інтересами та вчинками іншого індивіда, повинна включати і формування певного рівня цивільно-правової свідомості, що поєднує в собі громадянську відповідальність за свої дії з розумінням значущості кожного свого вчинку [1, с. 109].

Тому серед багатьох аспектів проблеми формування психологічної готовності молоді до сімейного життя в якості одного з найважливіших можна виділити правильне розуміння молоддю ролі сім'ї та шлюбу в сучасному суспільстві, що, у свою чергу, пов'язане з особливостями формування у них установок, орієнтацій на вступ у шлюб. [7, с. 18]