КПТ при депрессии и Мартин Селигман

Как КПТ лечит депрессию, что показали опыты о выученной беспомощности и почему через 50 лет их авторы перевернули теорию

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

18 глав ~37 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

Доказано исследованиями **Клинический консенсус** **Со слов автора** **Трактовка / спорно** **Документальный факт** **Не проверено**

Коротко: главное

- **Депрессия — не лень и не плохое настроение.** Это состояние, при котором подавленность или потеря интереса держатся большую часть дня почти каждый день не меньше двух недель. По оценке ВОЗ, у его возникновения много причин: социальные, психологические и биологические.
- **Лечение и модель придумали разные люди.** Протокол когнитивной терапии депрессии в 1979 году описали Аарон Бек и соавторы. Мартин Селигман протокола не создавал: он дал депрессии экспериментальную модель («выученная беспомощность») и теорию о том, почему одни люди сдаются, а другие нет.
- **«Беспомощность» в первых опытах не была вечной.** В одной из статей 1967 года эффект одной сессии исчезал за двое суток, а примерно треть животных в опытах тех лет вообще не становилась пассивной.
- **Важно, как человек объясняет неудачу.** «Это во мне, это навсегда, это во всём» — такой стиль объяснений надёжно связан с депрессией. Но это связь, а не доказанная причина, и тем более не вина человека.
- **Через 50 лет авторы перевернули теорию.** В 2016 году Майер и Селигман написали: пассивность при длительном стрессе не выучивается, это реакция по умолчанию; выучивается и обнаруживается контроль. Это данные на животных; выводы для терапии сами авторы называют предположением.
- **В КПТ при депрессии действие часто идёт первым.** Поведенческая активация, то есть возвращение к делам, которые дают опору и удовольствие, в исследованиях не уступала полной КПТ, хотя с мыслями напрямую не работала.

- **КПТ работает, но не лучше всех.** По сравнению с отсутствием лечения эффект заметный; по сравнению с другими полноценными психотерапиями разница почти нулевая. Психотерапия в целом сопоставима с антидепрессантами, а их сочетание лучше каждого по отдельности.
- **У Селигмана есть тёмная глава.** Он читал лекцию о беспомощности на военной конференции и встречался с психологами ЦРУ; независимое расследование не нашло достаточно данных, чтобы судить, что он знал. Ниже разобрано, что подтверждено, а что нет.

Хронология

Две линии, клиническая и экспериментальная, и исследования, которые их проверяли.

1959–1961 — Бек изучает сны пациентов с депрессией и вместо «гнева, обращённого внутрь» находит темы потери и поражения
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1967 — Книга Бека о депрессии: автоматические мысли, когнитивная триада, схемы
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1967 — Селигман, Майер и Овермайер: опыты с неизбегаемым током у собак
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1975 — Хирото и Селигман: похожий эффект у людей в лаборатории
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1977 — Раш, Бек и коллеги: первое рандомизированное испытание когнитивной терапии против антидепрессанта
ДАННЫЕ

1978 — Абрамсон, Селигман и Тисдейл: атрибутивная переформулировка теории
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1979 Бек, Раш, Шоу и Эмери: руководство «Когнитивная терапия депрессии»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1986 Метаанализ 104 исследований: стиль объяснения неудач связан с депрессией

ДАННЫЕ

1989 Абрамсон, Металски и Аллой: теория безнадёжности

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1996 Джекобсон и коллеги: поведенческая часть КПТ работает не хуже полного протокола

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

2000 Первое испытание MBCT — когнитивной терапии на основе осознанности для профилактики рецидивов

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

2005 Холлон и коллеги: после окончания когнитивной терапии рецидивов меньше, чем после отмены препарата

ДАННЫЕ

2016 Майер и Селигман: «Выученная беспомощность в пятьдесят» — теория перевёрнута

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

2016 Испытание COBRA: поведенческая активация не уступает КПТ

ДАННЫЕ

2022 Британские рекомендации NICE по депрессии у взрослых (NG222)

ДАННЫЕ

2023 ○ Метаанализ 409 испытаний КПТ при депрессии

ДАННЫЕ

Линии здесь — способ рассказать историю, а не строгая классификация. Позитивная психология Селигмана (с 1998 года) и история с ЦРУ в ленту не вошли: о них отдельные главы ниже.

Как читать: метки надёжности

У каждого важного утверждения здесь стоит метка в скобках: она показывает, насколько твёрдо на нём можно стоять. **Доказано исследованиями** — рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают) или метаанализы (сводки многих испытаний). **Клинический консенсус** — клинические рекомендации, например британские NICE, или позиция ВОЗ. **Со слов автора** — так говорит сам исследователь или его центр; независимо не проверено. **Трактовка** — прочтение фактов, в том числе наше. **Документальный факт** — даты, публикации, должности. **Источники расходятся** — приводим обе версии. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось. Числа приводятся так, как в источнике, с годом.

> Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Конспект не заменяет помощь врача или психотерапевта и не подходит для самостоятельного лечения тяжёлой депрессии. В тексте упоминаются суицидальные мысли и безнадёжность. Если вам сейчас тяжело или появляются мысли о том, что не хочется жить, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Что такое депрессия и чем она не является

Прежде чем говорить о лечении, нужно договориться, о чём речь: клиническая депрессия — не то же самое, что грустный день.

В быту «депрессия» означает и плохое настроение после неудачной недели, и тяжёлое состояние, при котором человек месяцами не может работать. В клиническом смысле это второе. ВОЗ описывает депрессивный эпизод так: подавленное настроение или потеря интереса и удовольствия большую часть дня почти каждый день в течение не менее двух недель **клинический консенсус; ВОЗ, 2026**. К этому обычно добавляются другие признаки: нарушения сна и аппетита, усталость, трудности с концентрацией, чувство вины или никчёмности, безнадёжность.

По оценке ВОЗ, депрессия встречается примерно у 5% взрослых (точнее, 5,2%), у женщин примерно в полтора раза чаще, чем у мужчин документальный факт; ВОЗ, 2026. Причины ВОЗ называет сложным взаимодействием социальных, психологических и биологических факторов клинический консенсус; ВОЗ, 2026.

Пример. Человек после увольнения две недели почти не выходит из дома, перестал отвечать друзьям, просыпается в четыре утра и думает, что «всё кончено». Это не каприз и не слабость характера. Это повод обратиться к специалисту, а не «взять себя в руки».

Миф и как на самом деле **Миф:** депрессия — это лень, достаточно собраться. **Как на самом деле:** ВОЗ описывает депрессию как результат сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов; эпизод отличается от обычных колебаний настроения длительностью и тем, насколько он мешает жить клинический консенсус; ВОЗ, 2026. Фраза «возьми себя в руки» обычно добавляет стыда и откладывает обращение за помощью трактовка.

Кому нужен врач, а не только психолог

Тяжёлая депрессия, психотические симптомы, высокий суицидальный риск, эпизоды мании в прошлом, отсутствие улучшения, вопросы о назначении и отмене лекарств — это зона психиатра клинический консенсус; ВОЗ, 2026; NICE, 2022. Отменять антидепрессанты, по NICE, нужно постепенно, в течение месяцев, а не недель, и только вместе с врачом клинический консенсус; Kendrick et al., 2022.

Две линии: кто дал лечение, а кто модель

Имя Селигмана часто ставят рядом с КПТ при депрессии. Это верно только наполовину.

У КПТ при депрессии две родословные, и их часто склеивают.

Клиническая линия — Аарон Бек. Психиатр из Пенсильванского университета в конце 1950-х проверял психоаналитическую идею, что депрессия — это «гнев, обращённый внутрь». По его собственному рассказу, он ожидал найти в снах пациентов больше враждебности, а нашёл темы потери, поражения, отвержения и образ себя как дефектного со слов автора; Beck, 2008. Из этого выросла когнитивная модель депрессии, а в 1979 году — руководство Бека, Раша, Шоу и Эмери «Когнитивная терапия депрессии», то есть сам протокол лечения документальный факт; Beck Institute, 2021. Ещё раньше, в 1977 году, вышло первое рандомизированное испытание, где когнитивную терапию сравнили с антидепрессантом документальный факт; Rush et al., 1977. Подробно история Бека рассказана в выпуске 1.

Экспериментальная линия — Мартин Селигман. Он работал в той же Пенсильвании, но в лаборатории. Из опытов с животными выросла модель «выученной беспомощности», затем

атрибутивная теория у людей (о ней ниже) и школьные программы профилактики. Протоколом лечения депрессии эта линия не стала документальный факт; Maier & Seligman, 1976; Abramson et al., 1978.

Коротко: Бек дал депрессии лечение, Селигман — экспериментальную модель и вопрос, почему одни люди сдаются, а другие нет трактовка.

> Миф и как на самом деле **Миф:** Селигман создал КПТ при депрессии или был соавтором Бека. **Как на самом деле:** протокол когнитивной терапии депрессии — Бек, Раш, Шоу и Эмери, 1979 документальный факт; Beck Institute, 2021. Селигман — автор модели беспомощности, соавтор атрибутивной теории и руководитель профилактических программ.

Кто такой Селигман

Мартин Селигман окончил Принстон по философии в 1964 году, получил степень PhD по психологии в Пенсильванском университете в 1967-м, в 1998 году был президентом Американской психологической ассоциации (APA). Сейчас он профессор Пенсильванского университета и директор Центра позитивной психологии документальный факт; Positive Psychology Center, Penn. В мемуарах «Контур надежды» (The Hope Circuit, 2018) он, по заметке о книге, пишет, что в молодости сам боролся с депрессией со слов автора; Princeton Alumni Weekly. Книгу целиком для этого конспекта не открывали, поэтому другие подробности его биографии здесь не приводятся.

Собаки, которые не прыгнули: опыт 1967 года

С чего началась «выученная беспомощность» и что в этих опытах обычно не рассказывают.

Тройной дизайн

В середине 1960-х Селигман и Стивен Майер, тогда аспиранты Пенсильванского университета, поставили опыт с тремя группами по восемь собак документальный факт; Maier & Seligman, 1976:

Группа	Что происходило	Что потом
С контролем	Получали удары тока и могли прекратить их, нажав на панель	Быстро научились убегать
«Связанная» (yoked)	Получали ровно те же удары, но повлиять на них не могли	6 из 8 так и не научились убегать
Контроль	Тока в станке не получали	Быстро научились убегать

На следующий день всех собак помещали в камеру с низким барьером: чтобы ток прекратился, достаточно было перепрыгнуть на другую сторону. «Связанная» группа — это главная находка дизайна. Удары у неё были те же, что у группы с контролем, отличалась только возможность на них влиять. Поэтому авторы заключили, что пассивность вызвал «не сам ток, а невозможность его контролировать» **документальный факт, цитата в нашем переводе; Maier & Seligman, 1976**. Исходная теория описывала три последствия неконтролируемых событий: падение мотивации, трудность в усвоении того, что действие помогает, и эмоциональные нарушения, тревогу и подавленность **со слов автора; Maier & Seligman, 1976**.

Пример из жизни, которым эту идею обычно иллюстрируют. Человек отправил сотню резюме и получил сотню отказов. Через какое-то время он перестаёт отправлять, даже когда появляется подходящая вакансия. Это аналогия, а не доказательство: опыт был на животных.

Две детали, которые редко пересказывают

Первая. В статье Овермайера и Селигмана того же 1967 года после одной сессии неизбегаемого тока беспомощность была временной. Если проверка шла через 24 часа, не убегали 50% собак; через 48, 72 и 144 часа — 12,5%, столько же, сколько в группе без тока **доказано исследованиями, малая выборка; Overmier & Seligman, 1967**.

Вторая. По сводке самих авторов, из примерно 150 собак в опытах 1965–1969 годов около двух третей после неизбегаемого тока не научились убегать **документальный факт; Maier & Seligman, 1976**. Значит, примерно треть не сдалась. Тот же ток, та же процедура — и разный результат. Вопрос «почему одни сдаются, а другие нет» стал для Селигмана сквозным **трактовка**.

Миф и как на самом деле **Миф:** выученная беспомощность — навсегда. **Как на самом деле:** в опыте 1967 года эффект одной сессии рассеивался за 48 часов, а около трети собак беспомощными не становились **доказано исследованиями; Overmier & Seligman, 1967; Maier & Seligman, 1976**.

Об этике

Опыты проводились с ударами тока у собак; во втором эксперименте Овермайера и Селигмана часть животных обездвиживали препаратом **документальный факт; Overmier & Seligman, 1967**. Сегодня такие исследования вызывают серьёзные этические вопросы **трактовка**. Документа о том, нарушали ли они нормы своего времени, для этого конспекта не найдено, поэтому мы не утверждаем ни того, ни другого.

Почему одни сдаются: от беспомощности к стилю объяснений

Модель «собаки и ток» плохо объясняла депрессию у людей. Ответом стала идея, что важно не только событие, но и то, как человек объясняет себе его причину.

Беспомощность у людей

В 1975 году Дональд Хирото и Селигман проверили эффект на 96 студентах. Одни слышали громкий звук, который нельзя было выключить, другие решали задачи без решения. После этого им было труднее справиться с новой задачей: выключить звук в другом устройстве или решить анаграммы. Эффект получили во всех четырёх экспериментах, в том числе когда тип задачи менялся **доказано исследованиями; Hiroto & Seligman, 1975**. Авторы оговаривали, что это лаборатория и насколько эффект устойчив в жизни, неизвестно.

Переформулировка 1978 года

К концу 1970-х стало видно, что старая модель не работает для людей. В статье с говорящим названием «Выученная беспомощность у людей: критика и переформулировка» Лин Абрамсон, Селигман и британский исследователь Джон Тисдейл назвали её слабые места **со слов автора; Abramson et al., 1978**:

- она не различала **универсальную** беспомощность («никто не может повлиять») и **личную** («другие могут, а я нет»);
- она не объясняла, почему человек в депрессии так плохо думает о себе;
- она мало говорила о том, почему беспомощность иногда распространяется на всю жизнь и становится хронической.

Ответ авторов: человек ищет причину неудачи, и у этой причины три измерения. **Атрибуция** — это объяснение причины события; **атрибутивный (объяснительный) стиль** — привычный для человека способ таких объяснений.

Измерение	Полюса	Что, по теории, определяет	Пример
Внутренняя — внешняя	«Во мне» или «в обстоятельствах»	Падает ли самооценка	«Я глупая» или «тест был нечестный»
Стабильная — нестабильная	«Навсегда» или «сейчас»	Хроническая ли беспомощность	«Я всегда такая» или «сегодня не выспалась»
Глобальная — специфическая	«Во всём» или «здесь»	Распространяется ли на другие сферы	«Я ни на что не способна» или «продажи — не моё»

со слов автора; Abramson et al., 1978

Пример. Двое не прошли собеседование. Первый думает: «Я неудачник, мне никогда не найти работу, у меня ничего не получается». Второй: «Я плохо подготовился к вопросам про цифры, а в этой компании их любят». Событие одно, объяснения разные. По теории, у первого выше риск, что неудача перерастёт в беспомощность.

Что показала проверка

Метаанализ Суини, Андерсон и Бейли (1986) объединил 104 исследования почти на 15 тысячах участников. Объяснения негативных событий внутренними, стабильными и глобальными причинами оказались надёжно и значимо связаны с депрессией; для позитивных событий связь была слабее **доказано исследованиями; Sweeney et al., 1986**.

Но это корреляционные данные: они показывают, что стиль и депрессия встречаются вместе, а не что стиль вызывает депрессию **трактовка**. Возможно, депрессия сама окрашивает объяснения в тёмный цвет. Поэтому о стиле мышления правильно говорить как об уязвимости, а не как о вине.

> **Важно** Если вы узнали себя в «это во мне, навсегда, во всём», это не значит, что вы «неправильно думаете» и сами виноваты в своём состоянии. Связь стиля объяснений с депрессией корреляционная **доказано исследованиями; Sweeney et al., 1986**. Это повод присмотреться, а не повод для самокритики.

Из этой линии выросли опросник атрибутивного стиля ASQ и метод CAVE, которым стиль объяснений оценивают по текстам, например по интервью или письмам **документальный факт; Positive Psychology Center, Penn**.

Теория безнадёжности (1989)

Абрамсон, Металски и Аллой развили идею уже без Селигмана. По их теории безнадёжности уязвимость складывается из трёх привычек: объяснять плохие события стабильными и глобальными причинами, ожидать от события новых плохих последствий и делать из него негативные выводы о себе. Такая уязвимость, по словам авторов, — «ни необходимая, ни достаточная» причина депрессии: она срабатывает вместе со стрессом **со слов автора; Abramson et al., 1989, по обзору UNED**.

В проекте Temple–Wisconsin у студентов с высоким когнитивным риском большая депрессия в прошлом встречалась в 42% случаев, у студентов с низким риском — в 17% **доказано исследованиями; по обзору UNED**. Эти данные ретроспективные, то есть собраны «задним числом», и причинности не доказывают.

Безнадёжность важна и клинически: в традиции Бека это один из ключевых признаков суицидального риска; для её оценки Бек в 1974 году создал шкалу безнадёжности BHS **документальный факт; подробнее в выпуске 1**. Поэтому хороший специалист при депрессии всегда спрашивает о мыслях о смерти; это часть безопасности, а не формальность.

Через 50 лет: «мы всё перевернули»

В 2016 году авторы выученной беспомощности пересмотрели её главную идею.

В статье «Выученная беспомощность в пятьдесят: что показала нейронаука» Майер и Селигман написали: «Пассивность в ответ на ток не выучивается. Это исходная, невыученная реакция на длительные неприятные события» **со слов автора, цитата в нашем переводе; Maier & Seligman, 2016, с. 349**. Исходную теорию они сами назвали перевёрнутой.

Что изменилось, если коротко **доказано исследованиями на животных; Maier & Seligman, 2016**:

	Теория 1967 года	Пересмотр 2016 года
Что выучивается	Животное узнаёт, что от него ничего не зависит, и становится пассивным	Пассивность — реакция по умолчанию на длительный стресс; выучивается и обнаруживается контроль
Механизм	Ожидание, что действие бесполезно	Пассивность связана с активностью дорсального ядра шва в стволе мозга; когда контроль есть, часть префронтальной коры его «замечает» и тормозит эту реакцию
Ключевая фраза	—	«Обнаруживается присутствие контроля, а не его отсутствие» (с. 353)

Префронтальная кора — передняя часть мозга, связанная с оценкой ситуации и регуляцией реакций. В исследованиях на крысах опыт контроля в прошлом защищал от пассивности потом, даже в другой, неконтролируемой ситуации; авторы называют это «иммунизацией» доказано исследованиями на животных; Maier & Seligman, 2016. Майер ещё в 2009 году сформулировал это так: по умолчанию мозг предполагает, что стресс неконтролируем со слов автора; Dingfelder, 2009.

Пример-аналогия. Ребёнок, который несколько раз сам справился с трудной задачей, легче берётся за следующую, даже незнакомую. Это аналогия, а не перенос данных с крыс на людей.

Чего пересмотр не доказывает

- Это данные на животных. Как это применимо к терапии людей, сами авторы называют спекуляцией со слов автора; Maier & Seligman, 2016.
- У пересмотра есть критики: по их мнению, данных недостаточно, чтобы исключить научение, а у людей беспомощность после повторяющихся неудач явно наблюдается трактовка; Journal of Psychological Science, 2021.
- Мысль «контроль надо выучить, значит, помогает опыт действия» хорошо сочетается с поведенческой активацией (о ней ниже). Но это наша интерпретация, а не результат клинического исследования трактовка.

Миф и как на самом деле **Миф:** беспомощность выучивается. **Как на самом деле:** авторы теории в 2016 году пишут, что пассивность при длительном стрессе — реакция по умолчанию, а выучивается контроль со слов автора; Maier & Seligman, 2016. Это вывод из опытов на животных, и у него есть критики.

Как устроена когнитивная терапия депрессии

Протокол Бека: что меняют в терапии и в каком порядке.

Когнитивная модель депрессии

В модели Бека три ключевых понятия клинический консенсус; Padesky, 2004; Beck, 2008:

- **Когнитивная триада** — негативный взгляд на себя, на мир и на будущее. Например: «Я неудачник, всем на меня плевать, ничего не изменится».
- **Автоматические мысли** — быстрые оценки, которые возникают сами и кажутся правдой. Например, «опять всё испортила» после опоздания на пять минут.
- **Схемы** — устойчивые глубинные убеждения, которые включаются в стрессе, похожем на их содержание. Например, «меня невозможно любить» просыпается после расставания.

Что спорно: модель лучше описывает, как депрессия поддерживается, чем почему она возникает, а негативное мышление отчасти само является симптомом трактовка.
Подробнее о когнитивной модели — в выпуске 2, об ошибках мышления — в выпуске 3.

Порядок работы

По классическому описанию протокола клинический консенсус; руководство Beck et al., 1979 для этого конспекта не сверялось постранично:

1. Оценка состояния, объяснение модели, общая картина случая — концептуализация (выпуск 4).
2. **Поведенческие методы в начале**, особенно при выраженной депрессии: наблюдение за тем, что человек делает в течение дня и как меняется настроение; планирование небольших дел; оценка каждого дела по двум шкалам — «справилась» (мастерство) и «было приятно» (удовольствие); постепенное усложнение задач (выпуск 6).
3. **Когнитивные методы:** поймать автоматическую мысль, записать её в дневник мыслей, проверить, на что она опирается, найти более точное объяснение, проверить его в поведенческом эксперименте (выпуск 5).
4. Работа с глубинными убеждениями и профилактика рецидива.

Принцип работы — **совместный эмпиризм**: терапевт и клиент вместе проверяют мысль как гипотезу, а не спорят о ней клинический консенсус; Padesky, 2004.

Пример. Клиентка с депрессией почти не встаёт с дивана. Терапевт не начинает с вопроса «почему вы так думаете о себе», а вместе с ней планирует на завтра одно дело на 10 минут и просит оценить настроение до и после. Только когда появляется немного энергии, они переходят к мыслям вроде «я ни на что не гожусь».

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ учит думать позитивно. **Как на самом деле:** КПТ учит проверять мысль на точность. Иногда мысль оказывается правдой, и тогда разговор идёт о том, что с этим делать клинический консенсус; Padesky, 2004. А в поведенческой активации мысли вообще не оспаривают, и она не уступает КПТ доказано исследованиями; Uphoff et al., 2020.

Типичные ошибки, о которых предупреждает клиническая традиция: начинать с «оспаривания мыслей» при тяжёлой депрессии без поведенческого этапа; подменять проверку мыслей позитивными фразами; давать слишком большие задания и считать их невыполнение «сопротивлением», а не симптомом; не спрашивать о суицидальных мыслях трактовка, собирательно.

Сначала действие: поведенческая активация

Одна часть протокола Бека в исследованиях оказалась не слабее всего протокола и стала отдельным методом.

Протокол разобрали на части

В 1996 году Нил Джекобсон с коллегами случайным образом распределили 150 амбулаторных пациентов с большой депрессией на три условия: только поведенческая активация; поведенческая активация плюс навыки работы с автоматическими мыслями; полная когнитивная терапия с работой над схемами. Терапию вели четыре опытных когнитивных терапевта, строго по протоколу. Полный протокол не дал лучших результатов ни к концу лечения, ни через полгода. Более того, поведенческая часть так же меняла негативное мышление и атрибутивный стиль, как полная терапия **доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996**.

Это одно из мест, где идеи Селигмана прямо проверялись внутри исследования КПТ: атрибутивный стиль предсказывал результат в группе поведенческой активации, но не в группе полной терапии **доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996**.

Вывод для теории: улучшение мышления не обязательно требует прямой работы с мыслями. Это довод против упрощённой схемы «меняем мысли — меняется настроение» **трактовка**.

Что такое поведенческая активация

Поведенческая активация (behavioural activation, BA) исходит из того, что депрессия поддерживается избеганием. Человеку плохо, он перестаёт делать то, что раньше давало опору и радость, жизнь становится беднее, и от этого ещё хуже. В терапии вместе замечают такие петли и шаг за шагом возвращаются к действиям, важным для человека, не дожидаясь, пока «появится настроение» **клинический консенсус, в общем виде; Uphoff et al., 2020**.

Пример. Вместо того чтобы весь вечер лежать с телефоном, потому что «нет сил», человек по плану выходит на десятиминутную прогулку и отмечает настроение до и после. Сил от этого может не прибавиться сразу. Смысл в том, чтобы проверить, а не ждать.

Что показали исследования

Исследование	Кто участвовал	Результат
Dimidjian et al., 2006	241 взрослый с большой депрессией; ВА, когнитивная терапия, антидепрессант, плацебо	Среди более тяжело депрессивных пациентов ВА была сопоставима с антидепрессантом, и обе превзошли когнитивную терапию
Ekers et al., 2014	Метаанализ 26 испытаний, 1 524 участника	Против контрольных условий эффект SMD −0,74; качество большинства исследований низкое, наблюдение короткое
COBRA, Richards et al., 2016	440 человек: 221 — ВА, 219 — КПТ	Через 12 месяцев средний балл депрессии по шкале PHQ-9 — 8,4 в обеих группах (разница 0,1); ВА не уступила КПТ
Uphoff et al., 2020 (Cochrane)	53 исследования, 5 495 участников	Против КПТ различий нет (RR 0,99; 95% ДИ 0,92–1,07); уверенность умеренная, данные в основном краткосрочные

доказано исследованиями; источники в таблице

Самая неожиданная деталь COBRA — кто вёл терапию. Поведенческую активацию проводили младшие специалисты в области психического здоровья, без психотерапевтической подготовки, а КПТ — профессиональные психотерапевты **доказано исследованиями; Richards et al., 2016**. Затраты на само вмешательство у ВА были ниже (по разбору The Mental Elf; процент экономии там не указан).

Британские рекомендации NICE ставят индивидуальную поведенческую активацию третьей в списке при более тяжёлой депрессии, а групповую — третьей при менее тяжёлой **клинический консенсус; NICE, 2022**.

> **Важно** Простота метода не значит, что тяжёлую депрессию можно лечить самостоятельно по чек-листу. В исследованиях ВА проводили обученные специалисты по протоколу, с наблюдением за состоянием. При тяжёлой депрессии это работа с терапевтом и, как правило, с врачом.

Терапия, таблетки или вместе: что говорят данные

Цифры из крупнейших метаанализов и британских рекомендаций.

Насколько работает КПТ

Метаанализ Кёйперса и коллег (2023) — 409 испытаний, 52 702 пациента **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023**. **g** здесь — стандартизованная разница между группами: 0 значит «разницы нет», около 0,2 — малый эффект, около 0,5 — средний, 0,8 — большой.

Сравнение	Результат
КПТ против отсутствия лечения или обычной помощи	g = 0,79 (95% ДИ 0,70–0,89); эффект держится через 6–12 месяцев
КПТ против других психотерапий	g = 0,06 (0–0,12); разница мала и в большинстве строгих проверок незначима
КПТ против антидепрессантов через 6–12 месяцев	g = 0,34 в пользу КПТ, но испытаний мало и результат держится не во всех проверках
Сочетание КПТ и препарата против одного препарата	g = 0,51 сразу, 0,32 в долгом сроке
Самопомощь по КПТ без сопровождения	g = 0,45
Дети и подростки	g = 0,41

Вывод: КПТ — самый изученный метод, но не единственно правильный. Другие полноценные психотерапии работают примерно так же **трактовка; Cuijpers et al., 2023**.

Сетевой метаанализ 2020 года (101 испытание, 11 910 пациентов) сравнил все психотерапии с препаратами: по доле ответивших на лечение они не различаются (RR 0,99), а сочетание психотерапии и препарата лучше и одного препарата (RR 1,25), и одной психотерапии (RR 1,27) **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2020**. Долгосрочные эффекты, по словам авторов, нужно изучать дальше.

Есть и опасение, что КПТ с годами работает всё хуже. Повторный анализ с добавлением 30 испытаний показал, что такое снижение — скорее всего, ложная находка **доказано исследованиями; Cristea et al., 2017**.

Эффект, который остаётся после терапии

В исследовании Холлона и коллег (2005) участвовали 104 человека с умеренной и тяжёлой депрессией, которые ответили на лечение. За следующий год рецидив был у 30,8% тех, кто закончил когнитивную терапию; у 76,2% тех, кому антидепрессант заменили на плацебо; у 47,2% тех, кто продолжал принимать препарат. Терапия отличалась от плацебо значимо, от продолжения препарата — нет. Авторы пишут, что у когнитивной терапии «устойчивый эффект, выходящий за пределы окончания лечения»
доказано исследованиями; Hollon et al., 2005.

Ограничения: выборка небольшая, а исследование шло в центрах, где развивали когнитивную терапию **трактовка**. Это не значит, что таблетки хуже. Это значит, что навыки, по-видимому, остаются с человеком.

Что рекомендует NICE (2022)

Британские рекомендации делят депрессию на «менее тяжёлую» (лёгкая и подпороговая) и «более тяжёлую» (умеренная и тяжёлая) **клинический консенсус; Kendrick et al., 2022**.

Менее тяжёлая депрессия (порядок рекомендуемых вариантов)	Более тяжёлая депрес
1. Управляемая самопомощь	1. Индивидуальная КПТ антидепрессант
2. Групповая КПТ	2. Индивидуальная КП
3. Групповая поведенческая активация	3. Индивидуальная поведенческая активац
4. Индивидуальная КПТ	4. Антидепрессант
5. Индивидуальная поведенческая активация	5. Индивидуальное решение проблем
6. Групповые упражнения	6. Консультирование
7. Групповая осознанность и медитация	7. Краткосрочная психодинамическая терапия
8. Межличностная психотерапия	8. Межличностная психотерапия
9. Антидепрессанты группы СИОЗС	9. Управляемая самопомощь
10. Консультирование	10. Групповые упражне
11. Краткосрочная психодинамическая терапия	

клинический консенсус; NICE, 2022

При менее тяжёлой депрессии любой вариант может быть первым, но сначала стоит рассмотреть самый щадящий — управляемую самопомощь; антидепрессанты рутинно первыми не предлагают, если человек сам этого не предпочитает. В обоих случаях, если у человека есть ясное предпочтение или удачный опыт лечения, его выбор поддерживают **клинический консенсус; NICE, 2022**. **Управляемая самопомощь** — это работа по материалам КПТ с регулярной поддержкой специалиста, а не чтение книги в одиночку.

Миф и как на самом деле **Миф:** терапия — для лёгкой депрессии, а при тяжёлой помогают только таблетки. **Как на самом деле:** при более тяжёлой депрессии NICE ставит на первые места сочетание КПТ с антидепрессантом и одну КПТ, а при менее тяжёлой антидепрессант первым рутинно не предлагает

клинический консенсус; NICE, 2022. Терапию и лекарства не противопоставляют: вместе они работают лучше доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2020.

Когда депрессия возвращается: MBCT и CBASP

У части людей депрессия повторяется. Для этого есть отдельные методы, и один из них связан с соавтором Селигмана.

Рецидив — возвращение депрессии после улучшения.

MBCT: не спорить с мыслями, а видеть их

Когнитивную терапию на основе осознанности (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) разработали Зиндел Сигал, Марк Уильямс и Джон Тисдейл — тот самый соавтор атрибутивной переформулировки 1978 года документальный факт; Segal et al., 2002. Это групповой метод. Его идея — не проверять истинность мыслей, а научиться относиться к ним как к событиям ума; это называют **децентрацией** со слов автора; Segal et al., 2002. Например: не «я неудачница», а «у меня есть мысль, что я неудачница».

Исследование	Результат
Teasdale et al., 2000	У людей с тремя и более эпизодами MBCT значимо снижала риск рецидива за 60 недель
Ma & Teasdale, 2004	При трёх и более эпизодах рецидив снизился с 78% при обычном лечении до 36% с MBCT; для людей с двумя эпизодами пользы не показано
Kuyken et al., 2016	Данные отдельных пациентов из 9 испытаний (1 258 человек): риск рецидива за 60 недель ниже, чем без MBCT (HR 0,69), и ниже, чем при других активных методах, включая антидепрессанты (HR 0,79)

доказано исследованиями; источники в таблице

HR (отношение рисков) 0,69 означает, что в каждый момент наблюдения риск рецидива был примерно на треть ниже. По данным Kuyken и коллег, MBCT, по-видимому, больше помогает тем, у кого до начала оставались более выраженные симптомы доказано исследованиями; Kuyken et al., 2016. NICE рекомендует людям с повторной депрессией для профилактики рецидива групповую КПТ или MBCT клинический консенсус; Kendrick et al., 2022. Подробнее о MBCT — в выпуске 13.

CBASP: для хронической депрессии

Система когнитивно-поведенческого анализа психотерапии (CBASP) Джеймса Маккалоу создана для хронической депрессии. В её центре — последствия поведения человека в отношениях с другими, включая отношения с терапевтом, и решение межличностных проблем **со слов автора; Keller et al., 2000**.

В испытании Келлера и коллег (2000) на 681 взрослом с хронической депрессией на лечение ответили 48% при одном препарате (нефазодон), 48% при одной CBASP и 73% при их сочетании **доказано исследованиями; Keller et al., 2000**. А в испытании REVAMP (2009) добавление CBASP или поддерживающей психотерапии к препарату, который не помог, значимого преимущества не дало **доказано исследованиями; Kocsis et al., 2009, по резюме в American Family Physician, 2010**. Честный итог: в сочетании с препаратом CBASP показала хороший результат, но как добавка после неудачи лекарства — нет **трактовка**.

Селигман после беспомощности: позитивная психология и программы устойчивости

Следующий большой проект Селигмана и то, как его оценивают данные.

Позитивная психология

Став президентом APA в 1998 году, Селигман развернул программу, которую назвал позитивной психологией: изучать не только болезни, но и сильные стороны и благополучие. Программная статья 2000 года с Михаем Чиксентмихайи начинается с истории. Селигман полол сад с пятилетней дочерью Никки и накричал на неё. Она напомнила, что сама недавно перестала ныть, и сказала: если я могу перестать ныть, ты можешь перестать быть таким ворчуном. «Я был ворчуном», — признаёт Селигман и пишет, что тогда понял: растить ребёнка — гораздо больше, чем исправлять то, что с ним не так. Ту же мысль он перенёс на психологию **со слов автора; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000**.

Насколько работают позитивные интервенции, например упражнения на благодарность? Повторный анализ метаанализов (White, Uttl, Holder, 2019) после поправки на малые выборки показал маленький эффект на благополучие (около r = 0,10), а эффект на депрессию оказался нестабильным и в целом незначимым **доказано исследованиями; White et al., 2019**.

Миф и как на самом деле **Миф:** позитивная психология — это «думай позитивно и улыбайся». **Как на самом деле:** это научная программа изучения сильных сторон и благополучия **со слов автора; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000**. Её интервенции оказались слабее, чем сообщалось вначале **доказано исследованиями; White et al., 2019**.

Penn Resiliency Program

Группа Селигмана вместе с Джейн Гиллхэм и Карен Рейвич создала школьную программу Penn Resiliency Program (PRP). Подростки учатся замечать и проверять свои мысли, искать альтернативные объяснения, решать проблемы и отстаивать себя **документальный факт; Positive Psychology Center, Penn**. По сути это навыки КПТ для профилактики.

Метаанализ 2009 года (17 исследований, 2 498 подростков) показал маленький эффект: через 6–12 месяцев симптомов депрессии чуть меньше, чем у тех, кто ничего не получал (d от 0,11 до 0,21), но не меньше, чем у тех, кто получал другую активную программу; значимого влияния на диагнозы депрессии не найдено **доказано исследованиями; Brunwasser et al., 2009**. Одна из авторов метаанализа — разработчица программы. PRP — профилактика с малым эффектом, а не лечение депрессии **трактовка**.

Армейская программа CSF

На основе этого подхода армия США в 2009 году запустила программу устойчивости Comprehensive Soldier Fitness, а Пенсильванский университет обучал для неё сержантов **документальный факт; Burling, 2009**. Стоимость программы в источниках разная, от 100 до 140 млн долларов за разные периоды **источники расходятся; Burling, 2009; Coalition for an Ethical Psychology, 2012**. Критики писали, что программу не проверили до массового запуска: PRP никогда не изучали на военных и на профилактике ПТСР, а единственная оценка была внутренним отчётом с крошечными эффектами **трактовка, рецензируемый обзор; Steenkamp et al., 2013**.

Тёмная глава: Селигман и программа допросов ЦРУ

Здесь легко сказать больше, чем есть в документах. Поэтому разделим: что подтверждено, что вывело расследование, что говорит Селигман и что говорят критики.

Что подтверждено документами

- По независимому расследованию для APA (Hoffman Report, 2015), психологи, работавшие с ЦРУ, в том числе Джеймс Митчелл, встречались с Селигманом у него дома, чтобы разобраться в теории выученной беспомощности; Селигмана пригласили выступить о ней на конференции военной программы SERE, которая учит военных выживать в плену и сопротивляться допросам **документальный факт; Hoffman et al., 2015, с. 44, 49**.
- Лекция прошла 17 мая 2002 года в Сан-Диего **документальный факт; Seligman, 2018**.
- По докладу Комитета Сената США по разведке (2014), два психолога-контрактника построили «усиленные методы допроса» на теории выученной беспомощности; опыта следователей, по докладу, у них не было **документальный факт; по рецензируемой статье Aggarwal, 2015**. Селигман в цитируемых фрагментах доклада по имени не назван. Сам доклад для этого конспекта не открывался.

Что вывело расследование

Hoffman Report пишет: «у нас недостаточно информации, чтобы знать, что Селигман знал или думал в то время». Рядом авторы добавляют, что было бы трудно не подозревать, что интерес ЦРУ к беспомощности был связан и с тем, как её можно использовать на допросах **документальный факт, цитата в нашем переводе; Hoffman et al., 2015, с. 49**. Связи этого с действиями APA расследование не нашло и дальше вопрос не изучало **документальный факт; Hoffman et al., 2015, с. 49**.

Что говорит Селигман

- На лекции он «подробно рассказывал о научной литературе по выученной беспомощности», в том числе о том, как захваченные американские военные могут сопротивляться; «о задержанных речи не было» **со слов автора; Seligman, 2018**.
- «Если бы я знал о применяемых методах, я не стал бы обсуждать с ними выученную беспомощность» **со слов автора; Seligman & Shaw, 2016**.
- «Жестокость — не то же самое, что выученная беспомощность» **со слов автора; Seligman, 2018**.
- Единственный его контракт с ЦРУ, по его словам, был в начале 1980-х: анализ речей мировых лидеров на оптимизм и пессимизм **со слов автора; Seligman, 2018**.

Что говорят критики

Философ Тамсин Шоу назвала утверждение о неведении «экстраординарным» **трактовка; Seligman & Shaw, 2016**. Другие критики писали, что если Селигмана держали в неведении, то его, очевидно, обманули **трактовка; Soldz et al., 2008**.

Как об этом честно говорить: Селигман читал лекцию о беспомощности и встречался с психологами ЦРУ — это подтверждено. Что он знал о применении, расследование установить не смогло. Сам он участие отрицает. Формулы «разработал пытки» и «полностью оправдан» источникам не соответствуют **трактовка**.

Миф и как на самом деле **Миф:** Селигман разработал пытки ЦРУ. **Как на самом деле:** документально подтверждены лекция о беспомощности на конференции SERE в 2002 году и встречи с психологами ЦРУ; методы, по докладу Сената, построили двое других психологов-контрактников; Hoffman Report пишет, что информации о том, что знал Селигман, недостаточно; сам он участие отрицает **документальный факт; Hoffman et al., 2015; Seligman, 2018; Aggarwal, 2015**.

Что из этого следует

Как собрать всё вместе и чем знание о беспомощности может быть полезно в обычной жизни.

Беспомощность наоборот

Если пассивность — реакция по умолчанию на длительный стресс, а контроль нужно обнаружить, то при депрессии мало уговаривать себя «перестать думать негативно». Нужен новый опыт того, что действие что-то меняет. Именно этим, по сути, занимается поведенческая активация. Повторим: это наше сопоставление, а не вывод клинического исследования **трактовка; Maier & Seligman, 2016; Jacobson et al., 1996**.

Второй полезный вывод — из атрибутивной теории. Объяснение неудачи — гипотеза, а не приговор. Три вопроса можно использовать для наблюдения за собой: целиком ли причина во мне? Это навсегда? Это везде? Это вопросы для внимания, а не техника лечения **трактовка; Abramson et al., 1978**.

Пример **Одно действие контроля.** Выберите дело на пять минут, на которое вы точно можете повлиять: вымыть одну чашку, ответить на одно письмо, выйти на балкон. Оцените настроение от 0 до 10 до и после. Ничего не ожидайте, просто заметьте, изменилось ли что-то. Так выглядит самый первый элемент планирования активности в терапии **клинический консенсус; Uphoff et al., 2020**. Это не лечение и не замена терапии.

Важно Если подавленность или потеря интереса держатся больше двух недель и мешают жить, обратитесь к специалисту. Если появились мысли о смерти или о том, что не хочется жить, не оставайтесь с этим в одиночку: см. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Мифы коротко

Миф	Как на самом деле	Метка
Депрессия — это лень	Сложное взаимодействие социальных, психологических и биологических факторов	**Клинический консенсус**
Селигман создал КПТ при депрессии	Протокол — Бек и соавторы, 1979; Селигман — модель беспомощности и атрибутивная теория	**Документальный факт**
Беспомощность выучивается навсегда	Эффект одной сессии рассеивался за 48 часов; треть собак не сдалась; в 2016 году авторы назвали пассивность реакцией по умолчанию	**Доказано исследованиями / со слов автора**
КПТ — это позитивное мышление	Мысли проверяют на точность; поведенческая активация вообще их не оспаривает	**Клинический консенсус / доказано исследованиями**
Терапия — для лёгкой депрессии, таблетки — для тяжёлой	NICE при более тяжёлой ставит первыми КПТ с антидепрессантом и одну КПТ	**Клинический консенсус**
КПТ помогает ненадолго	Рецидив за год 30,8% после КТ против 76,2% после замены препарата на плацебо	**Доказано исследованиями**
Селигман разработал пытки ЦРУ	Лекция и встречи подтверждены; что он знал — не установлено; он отрицает участие	**Документальный факт / со слов автора**

Проверьте себя

1. **Кто автор протокола когнитивной терапии депрессии?** Бек, Раш, Шоу и Эмери, 1979 год. Селигман протокола не создавал.
2. **Зачем в опыте 1967 года была «связанная» группа?** Она получала те же удары, что и группа с контролем, но не могла на них влиять. Поэтому стало видно, что пассивность вызвал не ток, а отсутствие контроля.
3. **Что определяет каждое из трёх измерений атрибуции?** Внутренняя причина — падение самооценки, стабильная — хроничность, глобальная — распространение на

другие сферы. Связь стиля с депрессией надёжная, но корреляционная.

4. **Что изменилось в теории в 2016 году?** Пассивность при длительном стрессе стали считать реакцией по умолчанию; выучивается и обнаруживается контроль. Это данные на животных.
5. **Что показало испытание COBRA?** Поведенческая активация, которую проводили специалисты без психотерапевтической подготовки, через год не уступила КПТ профессиональных терапевтов.

Что запомнить

- Бек дал депрессии лечение, Селигман — экспериментальную модель и вопрос, почему одни сдаются, а другие нет.
- Стиль объяснений «во мне, навсегда, во всём» связан с депрессией, но это уязвимость, а не вина.
- Авторы выученной беспомощности сами пересмотрели теорию: по их данным на животных, по умолчанию мы пассивны при длительном стрессе, а контроль нужно обнаружить.
- В КПТ при депрессии действие часто идёт первым, и поведенческая активация не уступает полной КПТ.
- КПТ работает, но не лучше других полноценных психотерапий; психотерапия и лекарства сопоставимы, вместе лучше.
- После окончания когнитивной терапии рецидивов меньше, чем после отмены препарата; при повторной депрессии помогает MBCT.
- Тяжёлая депрессия, суицидальные мысли, решения о лекарствах — это работа с врачом.

Источники

1. Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. https://core.ac.uk/download/357200055.pdf
2. Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*(2), 358–372. https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358 (содержание — по обзору UNED: https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/download/3845/3700/7164)
3. Aggarwal, N. K. (2015). Implications of the 2014 Senate Select Committee on Intelligence report for forensic mental health in the war on terror. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 43*(3), 350–358. https://jaapl.org/content/jaapl/43/3/350.full-text.pdf
4. Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 165*(8), 969–977.

5. Beck Institute (2021). Dr. Aaron T. Beck — publication list. https://www.beckinstitute.org/wp-content/uploads/2021/11/Dr.-Aaron-T.-Beck-Publist-2021.pdf
6. Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1042–1054. https://doi.org/10.1037/a0017671
7. Burling, S. (2009, 31 июля). Penn center to help Army with stress. *The Philadelphia Inquirer*. https://www.inquirer.com/philly/health/20090731_Penn_center_to_help_Army_with_stress.html
8. Coalition for an Ethical Psychology (2012, 4 июня). Press release. https://ethicalpsychology.org/resources/press-release-6-04-12.php
9. Cristea, I. A., Stefan, S., Karyotaki, E., David, D., Hollon, S. D., & Cuijpers, P. (2017). The effects of cognitive behavioral therapy are not systematically falling: A revision of Johnsen and Friborg (2015). *Psychological Bulletin, 143*(3), 326–340. https://doi.org/10.1037/bul0000062
10. Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry, 19*(1), 92–107. https://doi.org/10.1002/wps.20701
11. Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., et al. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry, 22*(1), 105–115. https://doi.org/10.1002/wps.21069
12. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658–670. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658
13. Dingfelder, S. F. (2009, октябрь). [Статья о выученной беспомощности]. *Monitor on Psychology, 40*(9). https://www.apa.org/monitor/2009/10/helplessness
14. Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One*. https://ore.exeter.ac.uk/repository/handle/10871/17506
15. Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. P. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology, 31*(2), 311–327.
16. Hoffman, D. H., et al. (Sidley Austin LLP) (2015). *Report to the Special Committee of the Board of Directors of the American Psychological Association: Independent review relating to APA ethics guidelines, national security interrogations, and torture*. https://content.news.harvard.edu/gazette/wp-content/uploads/2016/04/apa-final-report-7.2.15.pdf
17. Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 417–422. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.417

.8. Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295–304. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295

.9. Journal of Psychological Science (2021). Is learned helplessness learned: Comments on the rethinking of the theory of learned helplessness. *44*(2), 419–425. https://jps.ecnu.edu.cn/EN/Y2021/V44/I2/419

:0. Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine, 342*(20), 1462–1470.

:1. Kendrick, T., Pilling, S., Mavranezouli, I., et al. (2022). Management of depression in adults: Summary of updated NICE guidance. *BMJ*. https://doi.org/10.1136/bmj.o1557

:2. Kocsis, J. H., et al. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: The REVAMP trial. *Archives of General Psychiatry, 66*(11), 1178–1188; резюме: American Family Physician (2010). https://www.aafp.org/afp/2010/0115/p213

:3. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry, 73*(6), 565–574. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076

:4. Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31–40. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31

:5. Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General, 105*(1), 3–46. https://ppc.sas.upenn.edu/sites/default/files/lhtheoryevidence.pdf

:6. Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review, 123*(4), 349–367. https://doi.org/10.1037/rev0000033

:7. NICE (2022). Depression in adults: treatment and management (NG222). Discussing first-line treatments for less severe and more severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

:8. Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63*(1), 28–33. https://about.illinoisstate.edu/vfdouga/files/2019/10/overmeier_seligman-_-LH.pdf

:9. Padesky, C. A. (2004). Aaron T. Beck: Mind, man, and mentor. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy*. Guilford. https://www.padesky.com/clinical-corner/atb_padesky/

;0. Positive Psychology Center, University of Pennsylvania. Martin E.P. Seligman; Attributional style in adults; Resilience in children. https://ppc.sas.upenn.edu/people/martin-ep-seligman

;1. Princeton Alumni Weekly. The Hope Circuit: A Psychologist's Journey from Helplessness to Optimism. https://paw.princeton.edu/node/172466

52. Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., et al. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet, 388*, 871–880. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0 ; разбор: The Mental Elf, https://www.nationalelfservice.net/treatment/cbt/behavioural-activation-not-inferior-to-cbt-for-depression-the-cobra-rct/

53. Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*(1), 17–37.

54. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford.

55. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

56. Seligman, M. E. P., & Shaw, T. (2016, 21 апреля). 'Learned helplessness' & torture: An exchange. *The New York Review of Books*. https://www.nybooks.com/articles/2016/04/21/learned-helplessness-torture-an-exchange/

57. Seligman, M. E. P. (2018). The Hoffman report, the Central Intelligence Agency, and the defense of the nation: A personal view. *Health Psychology Open, 5*(2), 1–9. https://doi.org/10.1177/2055102918796192

58. Soldz, S., Olson, B., Reisner, S., Arrigo, J. M., & Welch, B. (2008). Torture, and the strategic helplessness of the American Psychological Association. ZNet. https://www.academia.edu/28790723

59. Steenkamp, M. M., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Post-traumatic stress disorder: Review of the Comprehensive Soldier Fitness program. *American Journal of Preventive Medicine, 44*(5), 507–512.

60. Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 974–991. https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.974

61. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623.

62. Uphoff, E., Ekers, D., Robertson, L., et al. (2020). Behavioural activation therapy for depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD013305. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013305.pub2

63. White, C. A., Uttl, B., & Holder, M. D. (2019). Meta-analyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. *PLOS ONE, 14*(5), e0216588.

64. World Health Organization (2026). Depressive disorder (depression). Fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.