

Отрицание ВИЧ

Коннов Д.С., Беляева В.В., Покровская А.В.

Эпидемия ВИЧ-инфекции, длящаяся более 30 лет, унесла около 30 миллионов жизней по всему миру. Вирус иммунного дефицита человека в настоящее время по праву может считаться наиболее изученным вирусом. С момента начала эпидемии основной целью ученых была разработка эффективных методов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Однако, несмотря на очевидность проблемы ВИЧ/СПИДа, находятся люди, ставящие под сомнение ее существование. Движение ВИЧ-отрицания (СПИД-диссидентство), сформировавшееся практически сразу после открытия ВИЧ и определения его, как причины СПИДа, активно продвигает антинаучные гипотезы об отсутствии как самого вируса, так и связи ВИЧ со СПИДом.

Ложная информация о ВИЧ-инфекции (дезинформация) нередко распространяется как в РФ, так и за рубежом, в том числе и через средства массовой информации, в особенности через интернет.

Основными темами этой информации являются:

- отрицание существования ВИЧ;
- отрицание связи между заражением ВИЧ и развитием СПИД;
- отрицание эффективности антиретровирусной терапии (АРВТ) или утверждение о ее «вредности».

Как результат появляется и отрицание развития в Российской Федерации эпидемии ВИЧ-инфекции, сомнение в целесообразности и эффективности профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции. Подобная дезинформация может наносить вред как организации профилактических мероприятий в целом, так и прямой ущерб здоровью отдельных лиц, которые, поддавшись ложным сообщениям, могут отказаться от лечения. Известно, что правительство Южной Африки некоторое время использовало "СПИД-диссидентство" для того, чтобы оправдывать свою бездеятельность в области борьбы с ВИЧ/СПИД, и это привело к тому, что ЮАР сейчас занимает первое место в мире по распространенности ВИЧ.

Позиция ВИЧ-отрицания является частным случаем феномена иррационального отрицания общепринятых фактов и научных данных. Этот феномен известен не только в отношении ВИЧ-инфекции, отрицанию подверглись и психиатрия (антипсихиатрия) - начиная с 60-х годов XX века и вакцинация (антивакцинаторство) - со второй половины XIX века.

Для всех вариантов отрицания характерен ряд особенностей:

- предоставление информации из непроверенных и ненаучных источников;
- недостоверность данных;

- декларация одних и тех же аргументов с момента начала движения;
- активное использование интернета на современном этапе;
- использование элементов теории заговора;
- эмоциональная окрашенность информации.

Один из первых ВИЧ-дениалистов - Каспер Шмидт в своей статье в 1984 году утверждал, что СПИД есть продукт "эпидемической истерии" и имеет психосоциальное происхождение. Он скончался от СПИДа в 1994 году.

Такая участь постигла немалое количество ВИЧ-дениалистов, отрицавших это заболевание, в том числе и у себя.

Пользуясь возможностью оставаться анонимными, сторонники позиции отрицания ВИЧ ведут свою пропаганду на форумах интернет площадок, разработанных для общения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) и убеждают в своей правоте лиц со **сниженными критическими способностями:**

- людей, живущих с ВИЧ и не имеющих возможности найти правильные ответы на свои вопросы;
- ВИЧ-позитивных, заразившихся недавно и находящихся в процессе "принятия диагноза" которым проще поверить, что этого вируса просто нет;
- пациентам, которым требуется назначение анитретровирусной терапии.

В результате следования позиции ВИЧ-отрицания, пациенты отказываются от начала необходимой им АРВ терапии, прекращают уже проводимое лечение, не проходят необходимого обследования. ВИЧ-инфекция прогрессирует, развиваются вторичные заболевания, что в большинстве случаев заканчивается гибелью пациента. Кроме того, люди, принявшие позицию отрицания, игнорируют необходимость соблюдения мер профилактики передачи ВИЧ-инфекции, что ведет к распространению эпидемии.

Анализ аргументации позиции отрицания ВИЧ, представленной в интернете.

Изучение структуры позиции отрицания позволяет понять с какими аргументами может столкнуться практикующий врач в консультировании ВИЧ-позитивных пациентов, подвергшихся влиянию ВИЧ-дениалистов, что поможет разработать адекватные методы консультирования, подготовить материалы для обучения медицинского персонала этим методикам.

После анализа более чем 2500 сообщений на форумах 2-х наиболее популярных сайтов, посвященных ВИЧ/СПИДу, за 2 временных промежутка (2005-2008 и 2009-2013гг) нами было выделено 116 высказываний, четко характеризовавших позицию ВИЧ-отрицания, и являвшихся базовыми для начала последующего обсуждения.

Более 60% сообщений исходило от авторов, указавших свой ВИЧ-статус как "положительный".

Было показано, что качественный состав аргументов ВИЧ-дениалистов не претерпел существенных изменений за последние 10 лет.

Более 97% сообщений, несли в себе аргументы:

- Недостоверность диагностики ВИЧ-инфекции:
- недостоверность серологических методов (иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунного блота (ИБ);
- недостоверность молекулярно-биологических методов (полимеразная цепная реакция (ПЦР)).
- Отсутствие доказательств выделения вируса;
- Отсутствие связи между ВИЧ и СПИДом;
- Вред антиретровирусной терапии;
- Заговор.

Отдельно рассматривались сообщения, основанные на **собственном опыте**. Именно эти сообщения, как правило, являются наиболее убедительными для слушателя, так как они схожи по своей сути с "равным консультированием".

Тезис 1. Миф о недостоверности диагностики ВИЧ-инфекции.

1. Среди высказываний относительно отсутствия достоверности в диагностике ВИЧ-инфекции обращает на себя внимание частое упоминание методов иммуноферментного анализа и иммунного блота. Дениалисты подвергают сомнению адекватность серологических методов в диагностическом процессе, высказывая мнение о низкой специфичности используемых тестов. Однако, подавляющее большинство высказываний о неточности ИФА и ИБ носили безграмотный характер, свидетельствующий об отсутствии элементарного представления о сути и методологии обсуждаемых исследований.

Вполне возможно, в первые годы после открытия вируса иммунодефицита человека диагностические тест-системы имели несколько большую погрешность, что приводило к получению ложных результатов. Однако, в настоящее время используются современные ИФА-тесты 4-го поколения, которые обладают высокой чувствительностью на различных стадиях заболевания (более 99,9%), а также высокой специфичностью (более 99,8%).

Необходимо понимать разницу между **ложноположительным результатом ИФА** и **поставленным неверно диагнозом ВИЧ-инфекция**.

Ложноположительные результаты ИФА/ИБ так же встречаются, однако всего в 0,2% случаев, что характеризует высокую специфичность методов (более 99,8%). Необходимо понимать, что 0,2% ложноположительных тестов выявляется **при использовании одной тест-системы**, именно поэтому полученный однократно результат не может быть основанием для постановки диагноза ВИЧ-инфекция. Для этого необходимо дальнейшее

исследование с использованием других зарегистрированных тест-систем и подтверждение на последнем этапе методом иммунного блота, оценка клинических и эпидемиологических данных. Лабораторное заключение о **положительном результате** обследования на ВИЧ делается после многократной проверки исследуемой крови, что практически исключает вероятность ошибки при правильном ее проведении.

2. ВИЧ-дениалисты также подвергает сомнению адекватность методов контроля за течением заболевания, а именно **ПЦР-исследования**. Причем в подавляющем большинстве случаев эти высказывания не касаются напрямую метода ПЦР и возможных проблем при его использовании. ВИЧ-дениалисты приводят в пример Кэри Б. Муллиса, разработавшего методику ПЦР и получившего за это Нобелевскую премию по химии в 1993 году. По мнению сторонников отрицания ВИЧ, Кэри Муллис считал, что метод полимеразной цепной реакции не применим для диагностики ВИЧ-инфекции.

Вероятнее всего в то время, когда Кэри Муллис изобрел ПЦР (1983-85гг), он сам в полной мере не оценивал возможности и перспективы этого метода. За прошедшие 30 лет методика ПЦР постоянно совершенствовалась, значительно расширилась область ее применения. Вероятность ошибок при использовании ПЦР уже в 1995 году была 0,14%. Метод ПЦР позволяет определить наличие возбудителя заболевания, даже если в пробе присутствует всего несколько молекул ДНК/РНК возбудителя. Многочисленными исследованиями было показано, что чувствительность и специфичность ПЦР методики составляют 98,4 - 99% и 98,3 - 100% соответственно.

Тезис 2. Миф об отсутствии доказательств выделения ВИЧ.

NB! В данном разделе выделение вируса будет рассматриваться исключительно для подтверждения факта его проведения. Использование данной процедуры непосредственно для диагностики ВИЧ-инфекции в настоящее время нецелесообразно.

Факт выделения вируса иммунодефицита человека был неоднократно представлен в ряде исследований. Все исследования соответствовали международным научным стандартам, включая не только одну из первых работ, но и последующие. Необходимо отметить, что непосредственно изоляция вируса из организма инфицированного человека является достаточно затратной и долгой процедурой, которая проводится в настоящее время исключительно с научной, а не с диагностической целью.

Среди высказываний ВИЧ-дениалистов часто можно слышать, что сам вирус никто и никогда не видел.

Тем не менее, с помощью электронной микроскопии и иммунофлуоресценции уже в 2002 году было показано каким образом происходит миграция вирусов к ядру инфицированной клетки. В 2009 году с

помощью высокоскоростной трехмерной (3D) видео микроскопии было подробно показан процесс распространения меченых вирионов ВИЧ в популяции Т-лимфоцитов.

Тезис 3. Миф об отсутствии связи между ВИЧ-инфекцией и развитием СПИДа.

Часть сторонников позиции отрицания признают факт существования ВИЧ, но отрицают его этиологическую роль в развитии СПИДа. Опасность данного тезиса заключается в том, что очень часто вслед за словами - причиной СПИДа является не ВИЧ, следует предложение дениалистов "полечить иммунодефицит" с помощью альтернативных методов, отказавшись от жизненно необходимой АРВТ. Пациенты, веря подобным аферистам (пост №14), не начинают вовремя антиретровирусную терапию или прекращают ее прием. Тем самым теряется драгоценное время и пациенты подвергают себя высокому риску развития СПИДа и смерти.

Необходимо разобраться в понятиях. Далеко не каждое заболевание, возникающее на фоне иммунодефицита классифицируется как СПИД. Именно поэтому использование терминов СПИД-ассоциируемые или СПИД-индикаторные заболевания в настоящее время не считается удачным (стр. 104), так как не все заболевания, развившиеся у ВИЧ-инфицированного пациента говорят о наличии у него ВИЧ или связаны с ним. Более грамотным будет использование термина "вторичные заболевания"(ВЗ), т.е. заболевания, развивающиеся при снижении иммунитета, вызванном ВИЧ-инфекцией. Таким образом, развитие вторичных заболеваний, свидетельствующих о наступлении стадии СПИДа, можно считать осложнением ВИЧ-инфекции. Для СПИДа характерно наличие определенных ВЗ, перечень которых четко изложен в "Протоколах диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции" (стр. 6), а так же в клинической классификации ВИЧ-инфекции CDC. Необходимо понимать, что критерии СПИДа в разных странах могут быть различными. Ряд вторичных заболеваний являются "патогномоничными для ВИЧ-инфекции", поскольку крайне редко встречаются при других состояниях.

Была показана зависимость возникновения (стр.336) вторичных заболеваний от уровня CD4-лимфоцитов. Уровень CD4-лимфоцитов в крови <200 ммЗ существенно повышает риск развития ВЗ и во многих странах является одним из критериев постановки диагноза СПИД.

Весьма обоснованные доказательства наличия связи ВИЧ - СПИД были приведены в исследованиях MACS и WINS, где было показано, что наличие ВИЧ-инфекции являлось единственным фактором, который был связан с условиями развития СПИДа. Из **40000 образцов** крови, взятых у ВИЧ-отрицательных лиц в рамках исследования только 16 проб у 6-ти человек показали уровень CD4-лимфоцитов менее 200 ммЗ. Полноценные клинические проявления СПИДа были выявлены только у пациентов с положительными тестами на ВИЧ.

Была продемонстрирована прямая связь между ростом РНК ВИЧ в крови ("вирусная нагрузка") и повышением риска развития СПИДа. Назначение высокоактивной антиретровирусной терапии, сопровождающееся снижением РНК ВИЧ в крови, приводило к резкому снижению заболеваемости СПИДом. Еще одним доказательством этиологической роли ВИЧ в развитии СПИДа являются исследования на животных. Так при инфицировании бабуинов ВИЧ-2 были выявлены - лимфоаденопатия, снижение количества CD4-лимфоцитов, прогрессирование иммунодефицита, что было схоже с развитием СПИДа у человека.

Выраженное снижение количества CD4-лимфоцитов было выявлено у макак, у шимпанзе и химерных мышей (у которых так же была показана профилактическая эффективность АРВ препаратов) после инфицирования ВИЧ.

При работе с очищенной концентрированной культурой ВИЧ были зафиксированы три случая заражения лаборантов, у одного из которых развились клинические признаки СПИДа. Эти случаи могут быть доказательством третьего постулата Коха - "при заражении чистой культурой микроорганизма здоровый человек (или животное) заболевает". В дальнейшем, у трех пострадавших лаборантов были выделены из крови штаммы ВИЧ, идентичные тем, с которыми они работали, когда произошли случаи аварии. Это так же может свидетельствовать о косвенном выполнении четвертого постулата - "микроорганизм должен быть повторно изолирован от экспериментально заражённого человека (или животного)".

Таким образом многообразие клинических исследований, выполненных с соблюдением строгих научных критериев достоверности, показывает очевидную роль ВИЧ-инфекции в развитии СПИДа.

Тезис 4. Миф о вреде антиретровирусной терапии (АРВТ).

Основными постулатами данного тезиса являются:

- АРВТ вызывает угрожающие жизни состояния;
- использование терапии ВИЧ-инфекции приводит к развитию СПИДа.

При применении антиретровирусных препаратов возможно развитие нежелательных явлений (НЯ). Однако следует понимать, что любое нежелательное явление может быть своевременно выявлено и купировано. Подбор эффективной и безопасной схемы лечения осуществляется для каждого пациента индивидуально.

Несмотря на это, практически все сообщения дениалистов о вреде терапии ВИЧ-инфекции описывают нежелательные явления как состояния, остро угрожающие жизни пациента, часто носящие необратимый характер. Это формирует чувство страха перед неизбежностью назначения АРВТ, вынуждая пациентов отказываться от необходимой им терапии, что может приводить к развитию вторичных заболеваний и гибели. Отдельной атаке

подвергаются беременные ВИЧ-инфицированные женщины, которых настоятельно убеждают не начинать или прекратить прием антиретровирусных препаратов, пугая тяжелыми последствиями для их детей.

Правильно проводимая терапия ВИЧ-инфекции должна быть клинически, вирусологически и иммунологически эффективной, удобной в приеме и не вызывать побочных эффектов и нежелательных явлений.

Часто ВИЧ-дениалисты настоятельно рекомендуют ВИЧ-инфицированным беременным женщинам отказаться от приема антиретровирусных (АРВ) препаратов, которые предотвращают передачу ВИЧ ребенку, пугая их негативными последствиями этой профилактики.

Однако, уже в 1994 году было показано, что при проведении трехэтапной химиопрофилактики вертикального пути передачи с использованием антиретровирусных препаратов риск передачи ВИЧ от матери к ребенку снижается на 70% и выше.

С 1 января 1989 года публикуются данные Реестра по применению АРВ препаратов во время беременности, оценивающие количество врожденных дефектов у детей, матери которых получали профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности. Ежегодно около 1300 новых случаев применения АРВ препаратов у беременных женщин зачисляется в данный реестр для анализа.

Приведенные в Реестре данные, собранные за 24 года наблюдений, показывают, что **количество врожденных дефектов** у детей, матери которых получали антиретровирусные препараты во время беременности (включая начало приема АРВП в первом триместре) **не отличалось от общепопуляционного** в США (данные CDC и Texas Birth Defects Registry) и в России.

Самый главный аспект, характеризующий современную антиретровирусную терапию ВИЧ-инфекции это доказанное снижение частоты развития СПИДа и смерти.

Тезис 5. Миф о заговоре.

Данный тезис характерен для всех направлений феномена отрицания. Обвинению дениалистов подвергаются врачи и ученые, работающие в области ВИЧ/СПИДа, фармакологические фирмы, разрабатывающие препараты для лечения ВИЧ-инфекции и мифические третьи лица, для которых это может быть выгодно. Основной целью заговора, по мнению сторонников позиции отрицания ВИЧ, является личное обогащение.

Однако необходимо понимать, что разработка антиретровирусного препарата от самого начала до выхода его на рынок - процесс **очень дорогостоящий**. Считается, что создание одного инновационного

препарата в мире стоит в среднем от 800 миллионов долларов до полутора миллиардов долларов и выше. Следует отметить, что далеко не все препараты, разрабатываемые фармакологическими фирмами, применяются в дальнейшем в практике.

Считается, что вероятность успешного появления на фармацевтическом рынке новой молекулы после клинических испытаний составляет лишь 11,5%. Большинство из экспериментальных лекарственных средств, разрабатываемых для лечения ВИЧ-инфекции в настоящее время, вряд ли появятся когда-либо в продаже, а многие из уже разработанных не были одобрены для применения в практике (стр. 134). Такая тенденция прослеживается для всех групп антиретровирусных препаратов. Это связано с жесткими правилами внедрения препаратов в клиническую практику, которые регулируют и отслеживают все нежелательные явления, потенциально угрожающие жизни и здоровью пациентов.

Склонность людей верить теориям заговора позволяет ВИЧ-дениалистам использовать этот аргумент для обоснования своих идей. Согласно исследованию, проведенному учеными из Чикагского университета, около половины американцев верит, по меньшей мере, в одну из теорий медицинского заговора, появившихся за последние 50 лет. Результаты социального опроса были опубликованы в журнале JAMA Internal Medicine.

СООБЩЕНИЯ, ОСНОВАННЫЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ

В общей структуре позиции отрицания ВИЧ, сообщения, основанные на собственном опыте, занимают около 30% и несут как прямой, так и завуалированный призыв следовать этому примеру.

Именно такие сообщения бывают наиболее весомыми для слушателя, так как их воздействие можно сравнить с «равным консультированием», которое во многих случаях является эффективным.

Структура высказываний, основанных на собственном опыте, выглядит следующим образом:

- эффективность альтернативных методов лечения ВИЧ-инфекции;
- безопасность отказа от: АРВТ
- химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ;
- длительное отсутствие клинических проявлений заболевания без терапии;
- отсутствие передачи ВИЧ партнеру без соблюдения мер профилактики;
- настоятельные рекомендации следовать примеру диссидентов.

В основном такие сообщения не подкрепляются фактами и при попытке слушателей получить более подробную информацию относительно предлагаемого опыта, автор, как правило, прекращает общение. Проведенный нами анализ показал, что подавляющее большинство

высказываний, основанных на собственном опыте **исходило от ВИЧ-позитивных авторов** – 95.2% в 2009-2013г. Однако в период 2005-2008г 31% таких сообщений было высказано авторами, указавшими свой статус как «отрицательный» или «не известно». В основном это были предложения альтернативных методов «лечения СПИДа» от психологического тренинга и медитации до введения раствора серебра per rectum.

Около 8% сообщений в структуре позиции отрицания носили настоятельный характер и содержали директиву следования примеру ВИЧ-дениалистов. Предлагалось немедленно останавливать проводимую АРВ терапию, отказываться:

- от проведения химиопрофилактики вертикального пути передачи,
- использования презервативов при сексуальных контактах,
- прекращать наблюдение и обследование в специализированных медицинских учреждениях - центрах профилактики и борьбы со СПИДом.

Такие сообщения привлекают к себе внимание агрессивной манерой выражения мнения автора и часто являются стартовыми для дальнейшего диалога, в ходе которого посетителей пытаются убедить в правоте позиции отрицания ВИЧ.

Юридический прецедент: дело Parezee

Андрэ Чед Пэрэнзи, 1971 г.р. ВИЧ-положительный житель Австралии, в январе 2006г. был осужден по трем пунктам обвинения о подвергании опасности человеческой жизни путем инфицирования ВИЧ половых партнеров при незащищенных сексуальных контактах. Пэрэнзи был диагностирован как ВИЧ-положительный 21 сентября 1998г. и знал о своем статусе. В течение нескольких лет у него были интимные отношения с тремя женщинами, одна из которых заразилась ВИЧ. В марте 2006г. Пэрэнзи обратился в суд с заявлением, в котором утверждал, что существование ВИЧ и его роль в развитии СПИДа не доказаны, поэтому он не может быть признан виновным в отношении подвергания опасности человеческой жизни и заражения половой партнерши. Его ходатайство было поддержано двумя членами Пертской группы, которые активно выступали с идеями отрицания ВИЧ.

В судебном решении по делу Пэрэнзи было записано следующее:

- ✓ ВИЧ был изолирован.
- ✓ ВИЧ существует и идентифицируется.
- ✓ Более научных сомнений по поводу этого положения нет.
- ✓ Электронные микрофотографии вируса существуют.
- ✓ Разработано генетическое тестирование и оно специфично и точно в отношении идентификации ВИЧ.
- ✓ Эндогенные ретровирусные последовательности неотличимы от ВИЧ.

- ✓ Метод тестирования на ВИЧ воспроизводимый высоко чувствительный, специфичный и составляет научную основу обнаружения ВИЧ инфекции.
- ✓ Тестирование на антитела используется во всем мире для тестирования на ВИЧ.
- ✓ Имеется множество доказательств того что ВИЧ может передаваться и передается при половых актах включая гетеросексуальные половые акты.
- ✓ ВИЧ вызывает СПИД.
- ✓ Несмотря на наличие различий во мнениях относительно деталей, ВИЧ вызывает уменьшение числа CD4 и вызывает, разрушение иммунной системы приводя к различным заболеваниям - определяемым как СПИД ассоциированные заболевания.

В сентябре 2007 Пэрэнзи был приговорен к девяти годам тюремного заключения.

Люди часто не замечают эпидемии. На сознательном уровне это может быть связано с нежеланием делать что-то, меняющее сложившийся уклад жизни. Это характерно и для пандемии ВИЧ-инфекции. Все традиционные, известные с древних времен и ставшие возможными благодаря научно-техническому прогрессу способы борьбы с эпидемиями, не дают эффекта в противодействии этому заболеванию. Посмотреть правде в глаза и признать несостоятельность идей изоляции людей, живущих с ВИЧ, невозможность создания эффективной вакцины - трудно. Поэтому в массовом сознании уже более 20 лет находится место для веры в обещания скорого появления вакцины, которая, разумеется, «покончит со СПИДом, как с натуральной оспой». И как следствие, выгодная для некоторых людей, вера в то, что никакого вируса иммунодефицита человека не существует, находит сторонников.

Феномен отрицания чаще наблюдается в определенных социальных группах и актуализируется в особых ситуациях.

Мы предлагаем рассмотреть следующие целевые группы, где проявления отрицания ВИЧ обусловлены мотивами, доступными для анализа:

- люди, живущие с ВИЧ;
- люди, так или иначе затронутые этим заболеванием (члены близкого окружения инфицированных людей);
- люди, которые добиваются внимания и интереса, высказывая провокационные и противоречащие здравому смыслу идеи.

Очевидно, что механизмы формирования отрицания ВИЧ у представителей каждой перечисленной группы будут различными.

У людей, живущих с ВИЧ, позиция отрицания развивается по механизму психологической защиты. Трудно признать факт наличия заболевания с неблагоприятным исходом. В подобной кризисной ситуации и возникает

психологическая защита «не может быть!», которую так часто видят специалисты, проводящие после тестовое консультирование при положительном результате обследования на ВИЧ. Как правило, эта реакция непродолжительна. Однако, в некоторых случаях личность не может принять и «переработать» такое психотравмирующее известие в течение долгого времени. Человеку легче игнорировать ситуацию, оставаясь в позиции ребенка (укроюсь одеялом и бояться нечего, никто меня не увидит и не тронет).

Обнаружение позиции отрицания человека, живущего с ВИЧ, требует совместной работы со специалистом (психологом, психотерапевтом), направленной на адаптацию к условиям жизни с ВИЧ-инфекцией и формирования приверженности в контексте этого заболевания.

Сходный механизм развития отрицания можно наблюдать в группе **людей из близкого окружения ВИЧ-инфицированных пациентов**.

Иная ситуация складывается в третьей группе **сторонников отрицания ВИЧ**. Приходится признать, что в некоторых случаях нельзя «победить диссидента» т.к. его воздействие на аудиторию происходит **на эмоциональном уровне, без доказательств** и никакие **рациональные доводы «работать» не будут**. Его задача - оставаться в центре интереса к своей личности и привлечь к себе как можно больше внимания.

Проведенный клинико-психопатологический анализ ряда материалов, декларирующих позицию отрицания, позволяет обосновать наличие синдрома сверхценных идей, в том числе возникающих вследствие «чувства малой ценности, в котором нельзя себе признаться и с которым нельзя примириться».

В каждом случае «СПИД-диссидентства» или попыток уменьшить значение распространения ВИЧ можно выявить **персональный мотив**, что следует, наряду с привлечением современных научных данных, использовать для противодействия распространению ложных представлений.

Для создания эффективной системы противодействия распространению позиции отрицания ВИЧ среди людей, непосредственно затронутых темой ВИЧ/СПИДа, необходимо применять **комплексный подход**. **Терпеливое консультирование**, основанное на понимании механизмов развития феномена отрицания и его неоднородности, **осознание границ своих профессиональных возможностей**, позволяет медицинским работникам избежать эскалации напряжения и действовать максимально эффективно в каждом индивидуальном случае.

Большое значение имеет помощь "равных консультантов", которые на своем опыте могут продемонстрировать необходимость и безопасность АРВ терапии. В комплекс профилактических мероприятий должны быть включены программы повышения информированности населения по вопросам ВИЧ/СПИДа, повышение квалификации медицинского персонала, тщательный контроль распространения идей позиции отрицания ВИЧ в СМИ и на форумах сайтов для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.