

**Der Einfluss des Gesundheitsstatus einer Beraterin  
auf die Annahmefähigkeit von Beratungsangeboten  
für Frauen mit HIV**

Linn Mehnert und Birte Siem

FernUniversität in Hagen

Institut für Psychologie

Lehrstuhl für Sozialpsychologie

E-Mail: Linn.Mehnert@fernuni-hagen.de

**Zusammenfassung**

*Die vorliegende Studie untersuchte die Rolle von Ähnlichkeit in Lebenserfahrung auf Grund einer stigmatisierenden Erkrankung im Rahmen eines HIV-spezifischen Beratungsangebotes. Es wurde ein positiver Effekt eines gemeinsamen Gesundheitsstatus zwischen einer ratsuchenden HIV-positiven Frau mit einer Beraterin auf die Annahmefähigkeit eines Beratungsangebotes vermutet. Per Online-Erhebung wurden die Daten von 89 Frauen, die mit HIV leben, erhoben und die Hypothesen experimentell getestet. Den Teilnehmerinnen wurde ein Steckbrief einer fiktiven Beraterin präsentiert, deren Ähnlichkeit auf Grund ihres Gesundheitsstatus auf drei Stufen variierte (hohe Ähnlichkeit – die Beraterin lebte auch mit HIV, mittlere Ähnlichkeit – die Beraterin lebte mit Hepatitis C, niedrige Ähnlichkeit – die Beraterin lebte ohne HIV/Hepatitis C). Die fiktive Beraterin wurde in Hinblick auf ihre Ähnlichkeit, Empathie und Glaubwürdigkeit eingeschätzt sowie die Bereitschaft, ein Beratungsangebot mit dieser Beraterin anzunehmen, erfasst. Die Daten wurden mittels korrelations-, regressions- und varianzanalytischer Verfahren untersucht. Es zeigten sich positive Effekte von Ähnlichkeit auf die Annahmefähigkeit des Beratungsangebotes. Frauen, denen ein Profil einer Beraterin mit HIV präsentiert wurde, zeigten die höchste Annahmefähigkeit. Der Zusammenhang zwischen Ähnlichkeit und Annahmefähigkeit konnten durch die erwartete Glaubwürdigkeit und Empathie der Beraterin erklärt werden. Besonders stark wirkte sich der positive Effekt von Ähnlichkeit auf die Annahmefähigkeit bei hoher HIV-spezifischer Stigmatisierung, geringer sozialer Unterstützung und niedrigem Selbstwertgefühl aus. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Gesundheitsstatus von Beraterinnen einen Einfluss auf die Annahme von Beratungsangeboten für Frauen mit HIV hat. Es wird empfohlen, Frauen, die mit HIV leben, als Beraterinnen auszubilden und stärker innerhalb der AIDS-Organisationen einzubinden.*

Schlüsselwörter: Ähnlichkeit, Beratung, Hilfe annehmen, HIV/AIDS, Stigma

## Hintergrund

Innerhalb der Forschung zu Beratungsangeboten konnte gezeigt werden, dass sich Ähnlichkeit zwischen einer ratsuchenden Person und einer beratenden Person, z. B. in Hinblick auf Geschlecht oder ethnischen Hintergrund, positiv auf die Annahme eines Beratungsangebotes auswirken kann (Cabral & Smith, 2011; Furnham & Swami, 2008). Auch im Kontext von stigmatisierenden Erkrankungen, wie einer Infektion mit dem Immunschwäche-Virus HIV, wird angenommen, dass sich Ähnlichkeit auf Grund einer HIV-Diagnose und der damit einhergehenden Gemeinsamkeit in der Lebenserfahrung zwischen Berater\_in und Klient\_in positiv auswirken kann. Unterstützung von Menschen, die mit der gleichen Diagnose konfrontiert sind, wird als besonders wertvoll und nützlich wahrgenommen weil sie authentisch und vertrauenswürdig wirkt (Gusdal et al., 2011; Messias, Moneyham, Vyavaharkar, Murdaugh, & Phillips, 2009). Häufig entsteht ein tiefes Gefühl von Verbundenheit und Empowerment innerhalb der Hilfebeziehung, die ganz ohne Machtgefälle auskommt (Harris & Larsen, 2007).

Für Frauen, die mit HIV leben, ist es besonders wichtig, frühzeitig ein Beratungsangebot aufzusuchen und anzunehmen da sie im Vergleich zu Frauen, die ohne HIV leben, und zu Männern mit HIV deutlich stärker an Depressionen leiden (Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2014) und vor allem im ersten Jahr nach ihrer Diagnose häufig Selbstmordgedanken haben (Cooperman & Simoni, 2005; Enriquez et al., 2010). Es fällt ihnen jedoch schwerer als Männern, die mit HIV leben, Hilfe und soziale Unterstützung aufzusuchen oder anzunehmen (Gordillo et al., 2009; Peterson, 2010) und sie erleben die Stigmatisierung auf Grund ihrer HIV-Erkrankung deutlich stärker (Loutfy et al., 2012). Frauen mit HIV leben auf Grund der Nichtsichtbarkeit der Krankheit häufig isoliert voneinander und haben wenig Möglichkeiten sich gegenseitig zu unterstützen (Logie et al., 2011). Für Frauen mit HIV kann eine Beraterin, die auf einen eigenen Erfahrungsschatz im Umgang mit der Erkrankung zurückgreifen kann, eine Vorbildfunktion haben und signalisieren, dass ein Leben nach der Diagnose möglich und lebenswert sein kann (Gusdal et al., 2011). Durch die selbst erlebte Erfahrung eines Lebens mit HIV kann die Beraterin die Situation einer ratsuchenden Frau stärker wahrnehmen und hat gerade in Hinblick auf komplexe Aspekte – wie internalisierte Stigmatisierung oder die Angst und Sorge, andere Menschen mit dem Virus anzustecken – ein tieferes Verständnis für die Notlage des Gegenübers (Harris & Larsen, 2007).

Die vorliegende Studie untersuchte experimentell folgende Fragestellungen: Hat Ähnlichkeit einen positiven Einfluss auf die Annahmefähigkeit eines HIV-spezifischen Beratungsangebotes? Kann dieser mögliche Zusammenhang durch die erwartete Empathie und Glaubwürdigkeit der beratenden Person erklärt werden? Und hängt die Stärke dieses Zusammenhangs von der Ausprägung anderer Merkmale, wie z. B. dem Stigmatisierungserleben, ab?

## Stichprobe

Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 89 Frauen, die mit HIV in Deutschland leben, zusammen. Sie waren im Alter zwischen 22 und 79 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 47.22 Jahren ( $SD = 11.74$ ). Jede zweite Frau gab an, sich in einer festen Partnerschaft zu befinden und 20.2 % lebten in einer Ehe. Mit ihrem Partner zusammen lebten 33.7 %, mit Kindern 23.6 %, und 38.2 % der Frauen lebten allein. Über die Hälfte der Frauen (55.0 %) gaben an, eine berufliche Ausbildung und jede Dritte (32.6 %) einen Hochschulabschluss abgeschlossen zu haben. Von den Teilnehmerinnen arbeiteten 23.6 % in Vollzeitbeschäftigung, 20.2 % in Teilzeit und 24.7 % waren berentet bzw. pensioniert. Mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen unter 2.000 € lebten 59.6 % der Frauen.

Demografische Daten	<i>n</i>	%
<b>Alter</b>		
< 30 Jahre	8	9.0
30 – 39 Jahre	16	18.0
40 – 49 Jahre	24	27.0
50 – 64 Jahre	38	42.7
≥ 65 Jahre	3	3.3
<b>Familienstand</b>		
ledig	30	33.7
verheiratet	18	20.2
getrennt lebend/geschieden	32	36.0
verwitwet	9	10.1
<b>in fester Partnerschaft</b>		
ja	45	50.6
nein	44	49.4
<b>Migrationshintergrund</b>		
ja	12	13.5
nein	77	86.5
<b>Wohnortgröße</b>		
< 20.000 Einwohner	17	19.1
20.000 – 500.000 Einwohner	31	34.8
> 500.000 – 1.000.000 Einwohner	17	19.1
> 1.000.000 Einwohner	24	27.0
<b>Berufsabschluss</b>		
ohne Berufsabschluss	11	12.4
berufliche Ausbildung, Lehre, Fachschule	49	55.0
Universität/Hochschule, Fachhochschule	29	32.6
<b>Haushaltsnettoeinkommen/Monat</b>		
< 1.000 €	19	21.4
1.000 – 1.999 €	34	38.2
2.000 – 2.999 €	15	16.8
> 3.000 €	13	14.6
o. A.	8	9.0

Anmerkung. *N* = 89, o. A. = ohne Angaben.

Fast die Hälfte der Frauen (47.2 %) lebte schon seit mindestens 14 Jahren, jede dritte Frau sogar bereits seit 20 Jahren oder länger mit ihrer HIV-Diagnose. Mit dem Krankheitsbild AIDS wurden 23.6 % der Teilnehmerinnen diagnostiziert, davon 57.1 % in der Zeit vor der Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie (ART) im Jahr 1996. Fast alle Frauen (92.1 %) befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in antiretroviraler Therapie und hatten eine Viruslast unter 1.000 Kopien/ml (89.9 %). Mit einer Hepatitis C/HIV-Koinfektion lebten 22.5 % der Frauen. Es gaben 25.8 % der Teilnehmerinnen an, sich in psychologischer Behandlung zu befinden, und 16.9 % nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung Psychopharmaka ein.

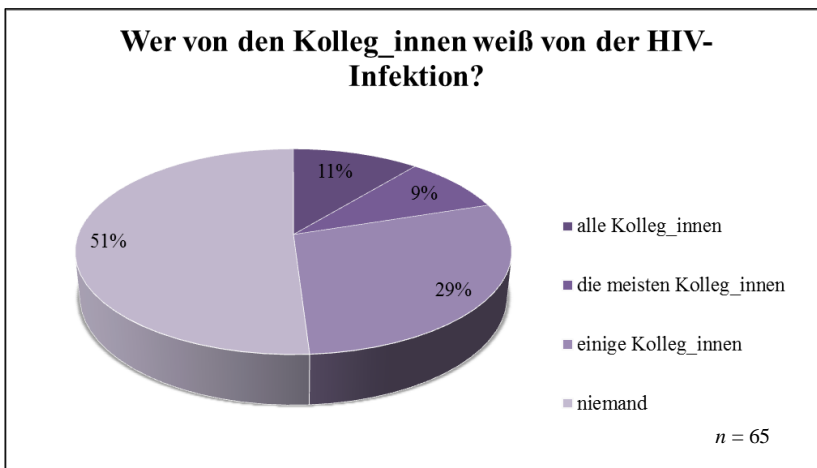
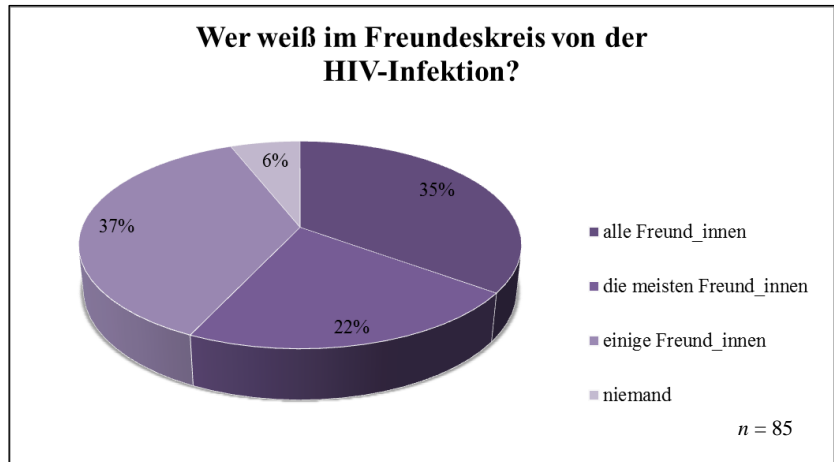
Gesundheitsparameter	<i>n</i>	%
<b>ART</b>		
ja	82	92.1
nein	5	5.6
früher, derzeit nicht	2	2.3
<b>Viruslast</b>		
unter der Nachweisgrenze	74	83.2
< 1.000 Kopien/ml	6	6.7
< 10.000 Kopien/ml	5	5.6
o. A.	4	4.5
<b>T-Helferzellen/CD4-Zellen</b>		
< 250 µl	3	3.4
250 < 500 µl	17	19.1
500 < 1000 µl	47	52.8
> 1.000 µl	5	5.6
o. A.	17	19.1
<b>in psychologischer Behandlung</b>		
ja	23	25.8
nein	63	70.8
o. A.	3	3.4
<b>Einnahme von Psychopharmaka</b>		
ja	15	16.9
nein	73	82.0
o. A.	1	1.1
<b>Hepatitis C-Koinfektion</b>		
ja	20	22.5
nein	69	77.5

Anmerkung. *N* = 89, o. A. = ohne Angaben.

Die Stichprobe war mit der Patientenkohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS im Hinblick auf das Durchschnittsalter und den Therapie-Status annähernd vergleichbar (Kompetenznetzwerk HIV/AIDS, 2010). Frauen mit einem Migrationshintergrund waren in dieser Studie jedoch mit nur 13.5 % (im Vergleich zu 39.1 % in der Patientenkohorte) unterrepräsentiert. Im Hinblick auf die Dauer der HIV-Infektion, den Bildungsgrad, die Erwerbssituation, das Haushaltsnettoeinkommen

und feste Partnerschaften war die Stichprobe vergleichbar mit der Frauenstichprobe ( $N = 280$ ) der Umfrage „Positive Stimmen“ (Herrmann & Vierneisel, 2012).

Soweit vorhanden, wussten die Partner (96 %) und Familien (73 %) der Frauen überwiegend von deren HIV-Infektion. Innerhalb des Freundeskreises wussten bei der Mehrheit der Frauen (57 %) die meisten oder alle Freund\_innen von deren Erkrankung.



Im Arbeitsumfeld wurde die HIV-Diagnose jedoch überwiegend geheim gehalten. Es wussten von den möglichen Kolleg\_innen niemand (51 %) oder nur wenige (29 %) von der HIV-Infektion. Es waren nur insgesamt 20 % aller oder der meisten Kolleg\_innen, die Bescheid wussten.

## Methoden

Die Befragung fand 2014 als Online-Erhebung in einem viermonatigen Zeitraum statt. Teilnehmerinnen haben in diesem Zeitraum über verschiedene Distributionswege von der Online-Studie erfahren. Die Einladung zur Studie per Link wurde zum einen auf fünf HIV-spezifischen Webseiten veröffentlicht. Darunter waren die Webseite der Deutschen AIDS-Hilfe, die Webseite *Frauen und HIV* sowie die Webseite *Netzwerk Frauen und Aids*. Zum anderen wurde eine Einladung zur Studie als E-Mail an AIDS-Hilfen, regionale Knotenfrauen, Mitarbeiter\_innen und Aktivistinnen im HIV-Sektor gesendet und diese gebeten, die Einladung an Frauen mit HIV weiterzuleiten. Bei verschiedenen Treffen für Menschen mit HIV wurden außerdem gedruckte Flyer mit der Einladung zur Teilnahme an dieser Studie ausgelegt und verteilt. Die Bearbeitung des Fragebogens dauerte zwischen 20 und 30 Minuten.

Neben demografischen Daten wurden auch das Stigmatisierungserleben auf Grund der HIV-Infektion (HIV-Stigma Skala, HSS-D21, Dinkel et al., 2013), das Selbstwertgefühl (revidierte deutschsprachige Skala zum Selbstwertgefühl nach Rosenberg, von Collani & Herzberg, 2003) und die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld (Subskala *Wahrgenommene soziale Unterstützung* der Berliner Social Support Skalen, BSSS, Schulz & Schwarzer, 2003) erfasst. Im experimentellen Teil der Erhebung wurden die Teilnehmerinnen gebeten sich eine Interaktion mit einer auf einem Steckbrief präsentierten fiktiven Beraterin für ein HIV-spezifisches Problem vorzustellen. Per Zufallsprinzip wurde ihnen einer von drei Steckbriefen vorgelegt, in denen die Ähnlichkeit variiert

Bei der Recherche stoßen Sie auf folgenden Steckbrief einer beratenden Person:

Geschlecht: weiblich  
 Beratungstätigkeit: seit 7 Jahren  
 Beratungsschwerpunkt: Frauen mit HIV und Hepatitis C  
 Ausbildung: Beraterausbildung der Deutschen AIDS-Hilfe  
 selbst betroffen: HIV - ja  
 Hepatitis C - nein

Bitte versuchen Sie, sich diese Person vorzustellen. Nehmen Sie sich ruhig einen Moment Zeit dafür.

Weiter

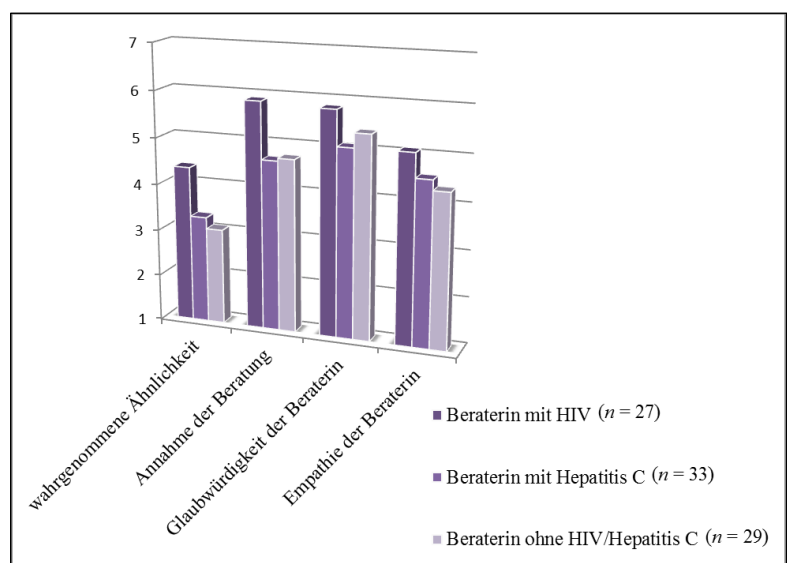
wurde und die Beraterin  
 a) selbst auch mit einer HIV-Infektion lebt;  
 b) nicht mit einer HIV-, aber einer Hepatitis C-Infektion lebt bzw.  
 c) weder mit einer HIV- noch mit einer Hepatitis C-Infektion lebt.

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, die

fiktive Beraterin in Hinblick auf ihre wahrgenommene Ähnlichkeit, ihre Empathie und Glaubwürdigkeit einzuschätzen und anzugeben, inwieweit sie bereit sind, ein Beratungsangebot mit dieser Beraterin für ein HIV-spezifisches Problem anzunehmen.

## Ergebnisse

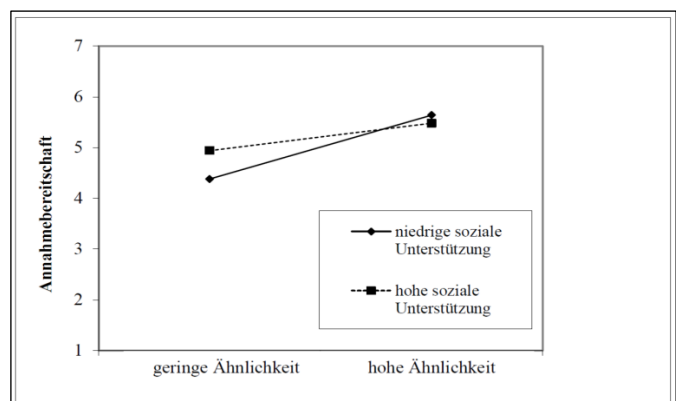
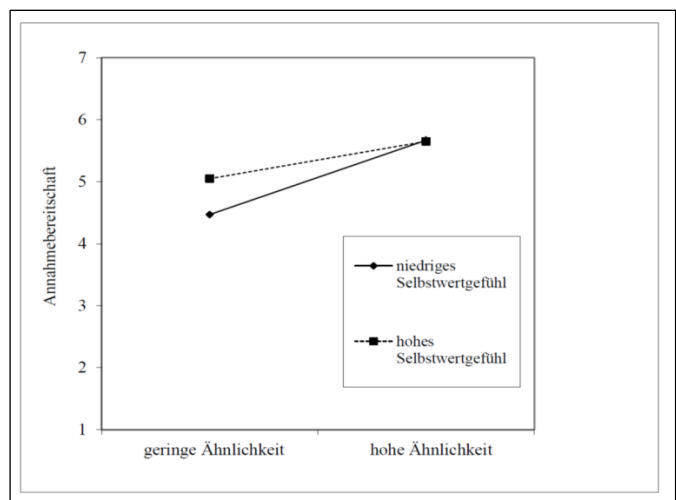
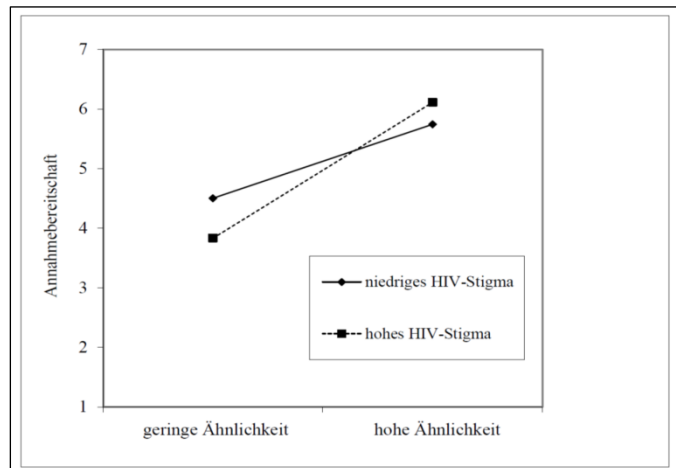
Frauen, in der Versuchsgruppe mit einer HIV-positiven Beraterin nahmen diese als deutlich ähnlicher zu sich selbst wahr und zeigten eine eindeutig stärkere Annahmefähigkeit gegenüber dem Beratungsangebot als Frauen in den beiden Gruppen mit einer HIV-negativen Beraterin. Eine andere stigmatisierende Erkrankung der Beraterin, wie Hepatitis C, erzielte diesen Effekt nicht. Die Werte in



dieser Versuchsgruppe unterschieden sich nicht deutlich von den Werten in der Gruppe mit einer Beraterin, die ohne HIV/Hepatitis C lebt. Der positive Zusammenhang zwischen wahrgenommener Ähnlichkeit und Annahmefähigkeit eines Beratungsangebotes konnte durch die erwartete Glaubwürdigkeit und Empathie der Beraterin erklärt werden. Frauen nahmen eine Beraterin, die selbst auch mit HIV lebt, als mitfühlender, authentischer, vertrauenswürdiger und erfahrener im Umgang mit HIV-spezifischen Problemen wahr, was wiederum die Annahmefähigkeit gegenüber dem Beratungsangebot deutlich förderte.

Besonders stark war der Effekt von wahrgenommener Ähnlichkeit auf die Annahmefähigkeit des Beratungsangebotes bei vulnerablen Frauen, die eine hohe HIV-Stigmatisierung erlebten, ein geringes Selbstwertgefühl hatten oder bzw. und wenig Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld erfuhren. Frauen mit einem hohen Stigmatisierungserleben nahmen bei einer unähnlichen Beraterin, die ohne HIV lebt, das Beratungsangebot seltener an als Frauen mit einem niedrigen Stigmatisierungserleben auf Grund der HIV-Infektion. Bei einer Beraterin mit HIV zeigten Frauen mit hohem HIV-Stigma jedoch einen deutlichen Anstieg in ihrer Annahmefähigkeit.

In der Studie hatten Frauen mit einem hohen HIV-Stigmatisierungserleben ein geringeres Selbstwertgefühl und nahmen weniger soziale Unterstützung in ihrem Umfeld wahr als Frauen mit niedrigem Stigmatisierungserleben. Frauen die neben ihrer HIV-Infektion auch mit einer Hepatitis C-Koinfektion lebten ( $n = 20$ ) nahmen eine Stigmatisierung außerdem besonders stark wahr.



## **Diskussion**

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Gesundheitsstatus von Beraterinnen einen Einfluss auf die Annahmefähigkeit von Beratungsangeboten für Frauen mit HIV hat. Frauen, die mit HIV leben, nehmen eher ein Beratungsangebot von einer Beraterin an, die selbst auch mit HIV lebt. Besonders wirksam ist dies bei Frauen, die tendenziell eher weniger bereit sind ein Beratungsangebot anzunehmen und auf Grund einer hohen Stigmatisierung, wenig Unterstützung und einem geringen Selbstwertgefühl möglicherweise besonders von einem Beratungsangebot profitieren können. Die Studie gibt Hinweise auf die psychologischen Schwierigkeiten, die bei einer HIV-Infektion entstehen können. Ein hohes HIV-Stigmatisierungserleben geht sowohl mit einer niedrigen sozialen Unterstützung als auch mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einher. Diese Ergebnisse bestätigen bisherige Forschungsergebnisse zu Stigmatisierungserleben und HIV (Berger, Ferrans, & Lashley, 2001; Dinkel et al., 2014; Logie & Gadalla, 2009). Die Studie konnte auch zeigen, dass viele Frauen in der Arbeitswelt ihren HIV-Status geheim halten und sich im kollegialen Umfeld nicht outen. Möglicher Weise geschieht dies aus Angst vor Diskriminierung oder dem Verlust der Arbeitsstelle auf Grund der HIV-Infektion (Herrmann & Vierneisel, 2012).

Für die Praxis wird empfohlen, Projekte, die nach einem Peer-to-peer-Ansatz arbeiten, stärker zu fördern und auszubauen sowie Frauen, die mit HIV leben, als Beraterinnen auszubilden und innerhalb der AIDS-Organisationen zu beschäftigen. Beratungsangebote sollten so umstrukturiert bzw. neu konzipiert werden, dass sie das Ziel haben, eine maximale Annahmefähigkeit zu gewährleisten. Bei einer Annahmeverweigerung bzw. bei erfolglosen Beratungsversuchen ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich ratsuchende Frauen zurückziehen, isolieren und keine weitere Unterstützung suchen, was sich folgeschwer auf ihre psychische und physische Gesundheit auswirken kann. Beratungsangebote, die sich an Frauen mit HIV richten, sollten darauf hinweisen, dass es möglich ist, von einer Frau beraten zu werden, die selbst mit HIV lebt. Unterstützungsangebote von Menschen mit HIV für Menschen mit HIV, wie das Buddy-Projekt „Sprungbrett“ (Deutsche AIDS-Hilfe e. V., 2015), sollten von Ärzt\_innen, Psycholog\_innen, Sozialarbeiter\_innen und Psychotherapeuten\_innen besonders dann empfohlen werden, wenn ein hohes HIV-Stigma, ein geringes Selbstwertgefühl und eine geringe Unterstützung aus dem sozialen Umfeld vermutet wird bzw. diagnostiziert wurde.



## Literatur

- Arseniou, S., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2014). HIV infection and depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 96–109. doi:10.1111/pcn.12097
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24, 518–529. doi:10.1002/nur.10011
- Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537–554. doi:10.1037/a0025266
- Cooperman, J., & Simoni, N. (2005). Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 149–156. doi:10.1007/s10865-005-3664-3
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2015). Buddy-Projekt Sprungbrett. Retrieved June 3, 2015, from <http://www.sprungbrett.hiv/>
- Dinkel, A., Nather, C., Jaeger, H., Jaegel-Gruedes, E., Lahmann, C., Steinke, C., ... Ronel, J. (2014). Stigmatisierungserleben bei HIV/AIDS: Erste deutsche Adaptation der HIV-Stigma Skala (HSS-D). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64(1), 20–27. doi:10.1055/s-0033-1341449
- Enriquez, M., Kelly, P. J., Witt, J., Rodriguez, L., Lopez, N., Smueles, J., ... Sweet, D. (2010). Silence is not golden: Invisible Latinas living with HIV in the Midwest. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 932–939. doi:10.1007/s10903-010-9346-4
- Furnham, A., & Swami, V. (2008). Patient preferences for psychological counsellors: Evidence of a similarity effect. *Counselling Psychology Quarterly*, 21, 361–370. doi:10.1080/09515070802602146
- Gordillo, V., Fekete, E., Platteau, T., Antoni, M. H., Schneiderman, N., & Nöstlinger, C. (2009). Emotional support and gender in people living with HIV: Effects in psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 523–531. doi:10.1007/s10865-009-9222-7
- Gusdal, A. K., Obua, C., Andualem, T., Wahlstrom, R., Chalker, J., & Fochsen, G. (2011). Peer counselors' role in supporting patients' adherence to ART in Ethiopia and Uganda. *AIDS Care*, 23, 657–662. doi:10.1080/09540121.2010.532531
- Harris, G. E., & Larsen, D. (2007). HIV peer counseling and the development of hope: Perspectives from peer counselors and peer counseling recipients. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 843–860. doi:10.1089/apc.2006.0207
- Herrmann, U., & Vierneisel, C. (2012). „Positive Stimmen“ - der PLHIV Stigma-Index in Deutschland: Die frauenspezifischen Ergebnisse. Retrieved from <http://www.positive-stimmen.de/sites/default/files/Frauenartikel%20formatiert%203.pdf>
- Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21, 742–753. doi:10.1080/09540120802511877

- Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS Medicine*, 8(11). Retrieved from <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001124>
- Loutfy, M. R., Logie, C. H., Zhang, Y., Blitz, S. L., Margolese, S. L., Tharao, W. E., ... Raboud, J. M. (2012). Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS ONE* 7(12). Retrieved from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048168>
- Messias, D. K. H., Moneyham, L., Vyavaharkar, M., Murdaugh, C., & Phillips, K. D. (2009). Embodied work: Insider perspectives on the work of HIV/AIDS peer counselors. *Health Care for Women International*, 30, 572–594. doi:10.1080/07399330902928766
- Peterson, J. L. (2010). The challenges of seeking and receiving support for women living with HIV. *Health Communication*, 25, 470–479. doi:10.1080/10410236.2010.484878
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73–82. doi:10.1026//0012-1924.49.2.73
- von Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24(1), 3–7. Retrieved from <http://www.psycontent.com/index/01413HX7R0538441.pdf>