

Nederlandstalige samenvatting

Suïcidaal Gedrag van Jonge Migranten Vrouwen in Nederland

Een Vergelijkende Studie op Basis van Etniciteit

Introductie

De aanleiding voor dit onderzoek betreft een rapportage van hulpverleners in Den Haag eind jaren negentig, waarin duidelijk werd dat jonge vrouwen en meisjes van Surinaams-Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst tussen de 15 en 24 jaar vaker suïcidaal gedrag zonder dodelijke afloop vertonen in vergelijking tot Nederlandse meisjes en tot jongemannen van dezelfde etnische groepen (Schudel, Struben & Vroom-Jongerden, 1998). Een recente landelijke inventarisatie van het voorkomen van zelfmoord bij diverse bevolkingsgroepen toonde aan dat Surinaams-Hindostaanse jonge vrouwen in de leeftijd 15-35 jaar ook vaker zelfmoord plegen dan Nederlandse vrouwen (Garssen & Van der Meulen, 2008). Zelfmoord kan worden beschouwd als een graadmeter voor de mate van welbevinden van een bevolkingsgroep (Schudel et al., 1998). De bovengenoemde rapportages doen dus vermoeden dat jonge vrouwen van Surinaams-Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst in Nederland zich vaker ongelukkig voelen over hun leven dan Nederlandse jonge vrouwen.

Het gegeven dat sommige bevolkingsgroepen kwetsbaarder zijn voor suïcidaliteit dan andere groepen, haakt aan bij de baanbrekende sociologische studie naar suïcide van Emile Durkheim uit 1897. In deze studie werd empirisch onderzocht waarom er verschillen bestonden in de zelfmoordcijfers tussen culturen en landen. Durkheim's sociologische benadering gaat uit van de veronderstelling dat zelfmoord haar wortels heeft in de structuur van de maatschappij en dat het zelfmoordcijfer veelzeggend is over de aard van sociale werkelijkheid in een bepaalde

samenleving. De belangrijkste verklaring voor zelfmoord vond Durkheim in de mate waarin een samenleving individuen inperkt en verbindt. Zowel te veel als te weinig verbondenheid en gebondenheid tussen mensen maakt kwetsbaar voor suïcide.

Het onderzoek richtte zich ten eerste op het vaststellen aan de hand van epidemiologie of er (meer) gegevens bestaan waaruit blijkt dat jonge vrouwen in deze groepen vaker overgaan tot suïcidaal gedrag. Vervolgens wilden wij de relatie inzichtelijk maken tussen suïcidaal gedrag (zonder dodelijke afloop) bij jonge vrouwen en hun Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst en migratie achtergrond. Onze onderzoeksvragen zijn dus de volgende:

1. Komen suïcidaal gedrag en suïcide ideatie vaker voor bij jonge vrouwen van Hindostaans-Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst in Nederland in de leeftijd 15-24 jaar?
2. Hoe kunnen we de relatie verklaren tussen suïcidaal gedrag en suïcide ideatie bij jonge Hindostaans-Surinaamse, Turkse en Marokkaans vrouwen in relatie tot hun etnische afkomst en (familie) migratie?

Wij hanteerden in ons onderzoek de defintie van niet-dodelijk suïcidaal gedrag zoals die is opgesteld door de Wereld Gezondheid Organisatie, namelijk: 'Een handeling die geen gewoonte is, geen dodelijke afloop heeft gekend, en die een individu heeft ondernomen met de verwachting of het risico dat hij/zij dood zou gaan of schade zou toebrengen aan zijn/haar eigen lichaam'. De handeling is uitgevoerd met als doel om een gewenste verandering te kunnen bewerkstelligen (De Leo et al., 2006). De gewenste verandering kan een doodswens omvatten, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn of centraal te staan. Het kan bijvoorbeeld ook gaan om een halt toe te brengen aan vreselijk gedachten, rust willen vinden, zichzelf willen straffen of duidelijk maken aan anderen hoeveel pijn men lijdt. Veelvoorkomende methoden van niet-dodelijk suïcidaal gedrag zijn het innemen van een overdosis pillen of het snijden in het eigen lichaam. In deze samenvatting wordt 'suïcidaal gedrag zonder dodelijke afloop' ingekort tot 'suïcidaal gedrag' en 'Surinaams-Hindostaans' wordt door ons 'Hindostaans' genoemd.

Onderzoeksopzet

Wij hebben kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksstrategieën toegepast om antwoord te krijgen op onze onderzoeksvragen. Allereerst

hebben we een literatuur onderzoek uitgevoerd waarin wij nagingen in hoeverre inzichten binnen de vier tradities op het terrein van suïcïdologie relevant waren voor onze tweede onderzoeksvraag. Wij vergeleken de tradities met hetgeen er bekend was over acht Hindostaanse meisjes die ooit een suïcidepoging hadden gedaan en die reeds geïnterviewd waren door Salverda (2004) van de GGD en Krikke et al. bij Bureau Public Health in Den Haag (2000). Vervolgens hebben wij aan de hand van reeds bestaande datasets met enquête gegevens van de GGD in Rotterdam en Utrecht geïnventariseerd hoe vaak suïcidaal gedrag voorkomt in de diverse bevolkingsgroepen. De data van de GGD Utrecht betrof een representatieve steekproef van 252 jongeren in de leeftijd 12-18 jaar van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst. Het ging om zowel de eerste, 'anderhalf' als tweede generatie van migrantenjongeren. In Rotterdam ging het om een representatieve steekproef van VMBO, HAVO en VWO scholieren (meisjes) in de leeftijd 14 tot 16 jaar, van dezelfde migrantengeneraties. Aansluitend hebben wij in dezelfde data bekeken of westerse risicofactoren voor suïcidaal gedrag een rol spelen bij minderheden en of zij de etnische verschillen in suïcidaliteit kunnen verklaren.

Aansluitend concentreerden wij ons op kwalitatieve onderzoeksstrategieën. We bestudeerden (medische) dossiers van 115 vrouwen in de leeftijd 12-41 jaar die gezien waren voor een consult of behandelingstraject bij hulpverleners (psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers). Wij hebben deze dossiers eerst geanalyseerd aan de hand van de westerse risicofactoren voor suïcidaal gedrag zoals een beschadigde of problematische ouder-kind relatie, een seksuele of fysieke misbruikervaring, en psychische problemen van de jonge vrouw en haar ouders. Gedurende deze analyse herkenden wij elementen van wat Emile Durkheim een 'fatalistische zelfdoding' noemde en hebben wij onze bevindingen gestructureerd en getoetst aan de hand van dit archetype.

Tot slot waren wij benieuwd hoe vrouwen uit de betreffende minderheidsgroepen die een suïcidepoging gedaan hadden, hun levensloop duiden. Mede omdat het meeste onderzoek in de suïcïdologie weinig aandacht besteedt aan de sociale en culturele context van suïcidepogingen, wilden wij hier verbetering in brengen. Wij kozen er daarom voor om biografische interviews af te nemen. Ook speelde bij deze keuze een rol dat er nog niet veel bekend is over oorzaken van

suïcidepogingen van etnische minderheden in Nederland. Een laatste methodologische overweging was dat aanwezigheid van risicofactoren niet altijd leidt tot een zelfmoordpoging. Dit gegeven benadrukt het belang van het perspectief van de betrokkene en het nagaan in hoeverre gebeurtenissen en omstandigheden enerzijds, en de gevoelens die ontstaan anderzijds, zich verhouden in relatie tot suïcidaal gedrag. Door middel van interviews met 47 jonge vrouwen van Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst in de leeftijd 18-40 jaar hebben wij hun levensgeschiedenissen bestudeerd en zo inzicht verkregen over de verklarende factoren om zo de relatie tussen suïcidaal gedrag, sekse en etniciteit. De levensloop van deze jonge vrouwen is vergeleken binnen en tussen de minderheidsgroepen alsmede met die van Nederlandse jonge vrouwen om te bekijken in hoeverre etniciteit, migratie, cultuur en sekse een rol spelen. De kandidaten voor interviews hebben wij gecontacteerd via hun hulpverleners en via het internet. De procedure van selectie en interviewen is goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsing Commissie.

Onderzoekstradities in de suïcidologie en studies naar zelfmoordpogingen van Hindostaanse jonge vrouwen

Onze eerste studie was een literatuuronderzoek naar tradities in suïcidologie en hun toepasselijkheid voor de verklaringen van suïcidaal gedrag van Hindostaanse meisjes. De sociologische benadering kijkt naar invloeden in de context van het individu en haar interactie met een persoon en richt zich op samenlevingsniveau en groepsniveau. Durkheim beargumenteerde dat modernisering kan leiden tot een afname van de inbedding van individuen in hechte (gezins)structuren en een verlies van een gedeelde moraal, hetgeen individuen kwetsbaar maakt voor zelfmoord (1952). Gibbs en Martin (1964) voegde hier aan toe dat wanneer een sociale rol door moderniseringsprocessen vervuld ging worden door een groep bij wie dat sociaal nog niet geaccepteerd was, dit invloed op het aantal zelfmoorden had. Uit hun onderzoek blijkt (1964) dat vrouwen in de jaren '60 in de VS, die in die periode de arbeidsmarkt betraden, eerst een stijging kenden van het aantal zelfmoorden, en dat dit cijfer pas daalde naarmate de sociale acceptatie van de werkende vrouw toenam. Uit de interviews die Salverda (2004) en Krikke et al. (2000) hielden met Hindostaanse vrouwen die suïcidaal gedrag hadden vertoond bleek dat sommige van hen een door Durkheim geschetst

proces van culturele transitie richting meer seksegelijkheid en moderniteit trachten te doorlopen. Conflicten hierover vanuit hun omgeving speelden een belangrijke rol bij hun suïcidaal gedrag.

De tradities in suicidologie vanuit de psychologie en de psychiatrie leveren inzichten in persoonsgebonden risicofactoren voor suïcidaal gedrag, bijvoorbeeld hopeloosheid, en stressvolle en/of traumatische levensgebeurtenissen zoals seksueel en lichamelijk misbruik en specifieke psychische stoornissen. Uit de interviews van Salverda (2004) en Krikke et al. (2000) bleek dat er bij sommige Hindostaanse jonge vrouwen sprake was van een grote schande van seksueel misbruik en aansluitende schaamte en familie- eer verlies die hen kwetsbaar maakte voor suicidaliteit.

Frequentie van suïcidaal gedrag bij jonge Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland

Hoe frequent suïcidepogingen en suïcidegedachten zijn onder jongeren uit diverse bevolkingsgroepen inventariseerden wij aan de hand van datasets met enquête gegevens. De analyses van deze data benadrukten de kwetsbaarheid van Turkse en Hindostaanse jonge vrouwen in de leeftijd 12 tot 18 jaar voor suïcidepogingen en suïcide gedachten. Uit de data van Utrecht bleek dat jongeren van Turkse afkomst in Utrecht in de leeftijd van 12-18 jaar vaker aan zelfmoord hebben gedacht dan Nederlandse en Marokkaanse jongeren. Bij de Turkse jongeren ging dit namelijk om 38.1 procent in vergelijking tot 17.9 procent bij Nederlandse jongeren. Uit de data van Rotterdam bleek dat 14.6 procent van de Turkse meisjes een suïcidepoging heeft ondernomen, tegenover 8.8 procent van de Nederlandse meisjes. Van de Hindostaanse meisjes in Rotterdam gaven 19.2 procent aan dat zij ooit een suïcidepoging hadden ondernomen, het hoogste percentage van alle etniciteiten. Van Hindostanen bestonden er geen gegevens in Utrecht. Van de Marokkaanse jongeren in Utrecht gaven 12.8 procent van jongeren aan dat zij ooit aan zelfmoord gedacht hebben, beduidend lager dan de Nederlandse en Turkse jongeren. Ook in Rotterdam rapporteerden de Marokkaanse meisjes iets minder zelfmoordpogingen dan de Nederlandse meisjes, namelijk 6.2 procent.

Risicofactoren voor suïcidaal gedrag bij jonge migrantenvrouwen

Uit de data van de GGD Rotterdam en Utrecht hebben we kunnen vaststellen dat risicofactoren waarvan reeds bekend was dat zij de kwetsbaarheid vergroten voor suïcidaal gedrag bij westerse groepen, ook relevant zijn voor de niet westerse minderheden (Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse jongeren). Factoren zoals een lage sociaal economische status, het hebben van een ouder met een psychische problemen of alcohol/drugsprobleem, opgroeien in een problematische en conflictueuze thuissituatie, een ervaring van seksueel en/of fysiek misbruik, beschikken over een laag zelfbeeld, en het hebben van een depressie zijn allemaal van belang voor een zelfmoordpoging ongeacht etnische afkomst. Wel hadden sommige risicofactoren een grotere impact voor de kwetsbaarheid voor suïcidepogingen in etnische minderheidsgroepen in vergelijking tot autochtone Nederlanders. Zo ging er een groter negatief effect uit van het hebben van een ouder die een psychisch probleem of alcohol/drugverslaving had voor het doen van een suïcidepoging voor Hindostaanse en Turkse meisjes. Daarnaast bestond er een sterkere invloed van een lagere sociaal economische status voor het doen van een zelfmoordpoging voor de Turkse meisjes. De grotere impact van deze factoren, noch de aanwezigheid van de andere genoemde risicofactoren kunnen echter de etnische verschillen in het voorkomen van suïcidepogingen verklaren. Uit het feit dat de Turkse en Hindostaanse meisjes wel, en de Marokkaanse meisjes niet meer verhoogde risico's hebben voor suïcidaal gedrag, valt af te leiden dat een migratie achtergrond en etnische minderheidsstatus op zichzelf ook geen afdoende verklaring vormt. Deze bevindingen gaven aan dat etnische of cultuur specifieke risicofactoren waarschijnlijk een rol spelen bij suïcidaal gedrag. Om dit nader hebben wij ons gewend tot kwalitatieve onderzoeksstrategieën.

Autonomie, culturele normen en (zelf) beelden van vrouwen

Door de bestudering van de medische dossiers en de levensverhalen hebben we kunnen vaststellen hoe individuele factoren die een belangrijke rol spelen voor het ontstaan van suïcidaal gedrag verweven zijn met en sociaal-culturele aspecten, sekse en etniciteit. De zeggenschap over *strategische levenskeuzen* (Kabeer, 2001) was minder groot bij veel vrouwen uit de etnische minderheidsgroepen, in het

bijzonder Turkse en Marokkaanse vrouwen. Dit betrof keuzen voor of tegen een huwelijk, relatievorming, echtscheiding, seksualiteit, gezinsvorming, school, werk en bewegingsvrijheid. Sommige vrouwen werden keuzen over dit soort onderwerpen al op zeer jonge leeftijd ontzegd of verplicht, en het ontbrak hen aan de vrijheid iets voor zichzelf te verlangen. Anderen trof de inperking op deze kwesties later, als puber bijvoorbeeld, en zij kwamen dan veelal in opstand tegen deze inperking. Fysiek misbruik, manipulatie en dreiging werden ingezet door ouders en familie om strategische levenskeuzen af te dwingen. De inperkingen en dwang werd mede gerechtvaardigd door de aanwezigheid van culturele beelden van vrouwen die zich zouden moeten schikken en zich opofferen naar gelang de eisen en belangen van hun familie en echtgenoot opdat de familie eer in stand bleef. De opoffering en ondergeschiktheid die vrouwen tentoonspreidden om aan deze normen te voldoen had een negatieve invloed op hun zelfbeeld en belemmerden hun welbevinden en ontplooiing. Normatieve beelden die vrouwen geïnternaliseerd hadden zoals het volhouden van haar rol als 'de verdraagzame echtgenote' en het vermijden van het stigma van 'het meisje dat op het verkeerde pad raakt', maakte duidelijk hoe vrouwen deze sociale rol bleven vervullen en het lijdten dat hiermee samenhang verduurden.

Een jongere leeftijd waarop vrouwen met inperking van strategische levenskeuzen te maken kregen, alsmede het behoren tot de eerste of anderhalf generatie hing negatief samen met het gebrek aan autonomie. Migratieproblemen verslechterde vaak de ruimte voor autonomie ontwikkeling. Door migratie verdween het grootgezin als eenheid voor opvoeding. Er ontstonden ook vaak huwelijksproblemen. Ouders wisten niet goed hoe ze hun kind in de Nederlandse samenleving moesten opvoeden, waardoor zij de controle over hun dochter verscherpten. De moeders hadden vaak last van acculturatie stress en gezondheidsklachten. Hierdoor nam het beroep toe op hun dochters om zorgtaken voor familieleden op zich te nemen.

Het tegenovergestelde van een leven dat te sterk door familiebanden werd gedomineerd, was de kern van levensverhalen van Nederlandse en Hindostaanse vrouwen. Het ging hierbij om de afwezigheid van verbondenheid en geborgenheid. Dit benadrukt het belang van *relationele autonomie*, een concept wat door MacKenzie en Stoljar (1999) werd geïntroduceerd om te onderstrepen dat het zelfbeeld en identiteit van individuen altijd intersubjectief zijn.

Identiteitsontwikkeling vindt nooit in een sociaal vacuüm plaats maar wordt mede vormgegeven in relatie tot andere actoren. Het gebrek aan affectie en geborgenheid in Hindostaanse gezinnen van jonge vrouwen die een zelfmoordpoging hadden ondernomen was vooral opvallend omdat Hindostaanse families eerder vooral werden getypeerd als eenheden met sterke onderlinge familiebanden (Choenni & Adhin, 2003; Saharso, 2000). Wel waren er in veel Hindostaanse gezinnen, in tegenstelling tot in de Nederlandse gezinnen, de hiërarchische familiestructuren nog aanwezig, waarin de ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteerden en er fysiek geweld voorkwam. Een dergelijke opvoeding maakte het nog moeilijker om te gaan met het gebrek aan zorg en hechte familiebanden. Bovendien lijkt de culturele overlevering ten aanzien van zelfmoord, zoals 'suttee' of zelfverbranding door weduwen in India (Vijayakumar, 2003) een rol te spelen bij de toepasselijkheid van zelfmoord voor Hindostaanse vrouwen als gedragsalternatief. Deze culturele invloeden lijken drempelverlagend te werken voor zelfmoord(pogingen) bij Hindostaanse vrouwen.

Een ander belangrijk aspect in de levensverhalen was een gebrek aan eigenwaarde die het gevolg was van een opvoeding waarin dit niet gekoesterd of gestimuleerd werd. Dit kwam bij alle etniciteiten voor, maar juist bij vrouwen van etnische minderheden speelde eerverlies door seksueel misbruik een rol bij een laag zelfbeeld.

Ook psychiatrische stoornissen waren een belangrijk thema dat centraal stond in levensverhalen van vrouwen die ooit een zelfmoordpoging ondernamen, voor zowel autochtone als allochtone vrouwen. Bij de jonge vrouwen uit etnische minderheden was migratie een factor die een grote bijdrage leverde aan de psychische problemen, met name voor het optreden van een psychose.

Samenvattend stellen wij dat een samenspel van autonomie, normatieve beeldvorming over vrouwen die hun ondergeschikte rol versterken, het aanwezig zijn van een gebrekkige eigenwaarde, en een gemis van verbondenheid en betekenisvolle sociale relaties in het gezin, cruciaal punten zijn voor suïcidaal gedrag bij vrouwen in deze bevolkingsgroepen. Door in te spelen op deze aspecten kan de kwaliteit van leven verbeterd worden voor jonge vrouwen van Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse afkomst, en een bijdrage geleverd worden aan de preventie van hun zelfmoordpogingen.

Theoretische implicaties van Durkheim's paradigma over zelfmoord

Twee begrippen stonden centraal in Durkheim's studie om zelfmoord te kunnen verklaren: gebondenheid (regulatie) en verbondenheid (sociale integratie). Bij gebondenheid gaat het om de vraag hoe vrij mensen zijn in het bepalen van de doelen in hun levensloop: in welke mate zijn mensen gebonden aan voorgeschreven sociale regels en normen en weten zij wat haalbare en passende levensdoelen zijn? Daarnaast is het belangrijk in welke mate mensen zich verbonden voelen met (anderen in) de samenleving. Samen bepalen deze factoren de structuur van de samenleving en deze structuur beïnvloedt op haar beurt het aantal suicides dat plaatsvindt. Een optimale bescherming tegen zelfmoord zou zijn om in een evenwichtige situatie te verkeren van gebondenheid aan sociale normen enerzijds, en verbondenheid door sociale relaties anderszijds.

Durkheim's sociologische studie naar de zelfmoord leverde een typologie op van vier ideaaltypische zelfmoorden, die hij achterhaalde aan de hand van gegevens op samenlevingsniveau maar die hij conceptueel beschreef op individueel niveau. Zijn vier typen 'anomische zelfmoord', 'fatalistische zelfdoding' enerzijds en de 'egoïstische zelfdoding' en 'altruïstische zelfdoding' anderzijds werden veroorzaakt door extreem lage of hoge mate van respectievelijk regulatie (gebondenheid aan regels en normen) en sociale integratie (sociale cohesie). De fatalistische zelfdoding, waarbij mensen doordat ze te sterk door regels en normen gebonden zijn, geen levensvrijheid en toekomst vooruitzichten meer kennen en hierdoor tot zelfmoord overgaan, is relevant gebleken voor de jonge migrantenvrouwen voor wie autonomiebeperking centraal stond in hun levensverhaal. Anomie bleek relevant vanuit een moderniseringsperspectief, namelijk het gegeven dat Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse dochters modernere waarden nastreefden ten aanzien van strategische levenskeuzen dan hun ouders.

Anderzijds viel juist bij Nederlandse en Hindostaanse vrouwen die een zelfmoordpoging hadden gedaan op, dat zij weinig verbondenheid en steun hadden gekend vanuit hun familie. Hun levensverhalen vertoonden hierdoor elementen van wat Durkheim een 'egoïstische zelfdoding' noemde, namelijk vanuit een situatie waarin het iemand ontbreekt aan hechte banden. Veel van deze vrouwen misten

betekenisvolle relaties, sociale steun thuis en een omgeving waarin zij met hun ouders gevoelens, ideeën en ervaringen konden delen.

Onze analyse van de relevantie van Durkheim's theorie voor onze onderzoeksgroep maakte duidelijk dat er meerdere elementen van zijn archetypen in de zelfmoordpogingen van vrouwen kunnen voorkomen. Hierdoor wordt bevestigd dat strikte afbakeningen van zijn typen, bijvoorbeeld anomie en fatalisme lastig is. Eerder al leverden sociologen kritiek op onduidelijkheid over de precieze betekenis van het begrippenkader 'sociale integratie' en 'regulatie' en de moeilijkheid om deze af te bakenen (Taylor, 1994). Desalniettemin is het erfgoed van Durkheim nog zeer toepasselijk is in de eenentwintigste eeuw. Het gebrek aan vrijheid om de eigen levensloop te bepalen óf de afwezigheid van hechte banden maakt jonge vrouwen kwetsbaar voor suïcidaal gedrag.

Bibliografie

- Choenni, E.S. & Adhin, K.S. (2003) *Hindostanen, van Brits-Indische emigranten via Suriname tot burgers van Nederland*. The Hague, The Netherlands: Communicatiebureau Sampreshan [in Dutch]
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Bille Brahe, U. & Kerkhof, A.J.F.M. (2006) 'Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study', *Crisis, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27(1), pp. 4-15
- Durkheim, E. (1952) *Suicide*, New York, USA: The Free Press [first published in 1897]
- Garssen, J. & Van der Meulen, A. (2008) *Overlijdensrisico's naar Herkomstgroep: Daling en Afnemende Verschillen*. Den Haag, The Netherlands: Centraal Bureau voor de Statistiek [in Dutch]
- Gibbs, J.P. & Martin, W.T. (1964). *Status Integration Theory and Suicide*. Oregon, USA: University of Oregon Books
- Kabeer, N. (2001) 'Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment', in *Sidastudies, Discussing Women's Empowerment - Theory and Practice*, (3), pp. 17-57
- Krikke, H., Nijhuis, H. & Wesenbeek, R. (2000) *Aan de Grenzen. Suïcidaal Gedrag onder Allochtone Meisjes en Jonge Vrouwen*. Den Haag, The Netherlands: Bureau Public Health Service [in Dutch]
- MacKenzie, C. & Stoljar, N. (1999) *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*. Oxford, UK: University Press
- Saharso, S. (2000) 'Female autonomy and cultural imperative: Two hearts beating together' in W. Kymlicka & W. Norman (eds.), *Citizenship in Diverse Societies*. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 224-242
- Salverda, E. (2004). *Laat Me Los, Hou Me Vast: Verslag van een Kwalitatief Onderzoek naar het Psychisch Welbevinden van Dertig Haagse Meisjes van Hindostaanse Afkomst*. The Hague, The Netherlands: Public Health Services [in Dutch]
- Schudel, W.J., Struben, H.W.A. & Vroom-Jongerden, J.M. (1998) 'Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst in Den Haag', *Epidemiologisch Bulletin*, 33 [in Dutch]
- Taylor, S. (1994) 'Suicide and social theory' in D. Lester (ed.) *Emile Durkheim Le Suicide One Hundred Years Later*. USA, Philadelphia: The Charles Press, pp. 1-10
- Vijayakumar, L. (2004) 'Altruistic suicide in India', *Archives of Suicide Research*, 8(1), pp. 73-80