



**Coalition to Stop the Use of Child Soldiers**  
International Secretariat  
2-12 Pentonville Road, 2<sup>nd</sup> floor, London N1 9HF  
Tel: +44 207 713 2761 Fax: +44 207 713 2794  
Email: [info@child-soldiers.org](mailto:info@child-soldiers.org) Web: [www.child-soldiers.org](http://www.child-soldiers.org)

Registered as a limited company (no. 4411965) in England

---

Ce document fait partie de la page web psychosocial de la Coalition.  
Pour plus d'information sur l'impact psychosocial des conflits armés sur les  
enfants allez sur:  
[www.child-soldiers.org/resources/psychosocial](http://www.child-soldiers.org/resources/psychosocial)

---

Reproduction à partir de Bose, R. & Jennings, S. La psychiatrie infantile dans un contexte multiculturel. PSYCHIATRY, 2005 ; 4 :9 132-137 sous l'autorisation de La Medicine Publishing Company. La reproduction n'est pas autorisée.

## La psychiatrie infantile dans un contexte multiculturel

Ruma Bose  
Susan Jennings

Il n'existe pratiquement aucune société au monde qui soit homogène d'un point de vue culturel ou ethnique. L'immigration, la colonisation, la globalisation et l'impact des médias constitue le contexte multiculturel de nos vies et nos pensées. La juxtaposition des divers groupes culturels et la nature interdisciplinaire du discours scientifique contemporain ont créé une dynamique nouvelle pour la psychiatrie à partir de la psychologie sociale et l'anthropologie. La recherche transculturelle en psychiatrie infantile a suivi deux parcours: l'étude de la différence dans les taux de prévalence et les modèles transculturelles d'une part, et d'autre part l'étude de ce qui rend compte des différences.

La relation entre la culture et la psychiatrie infantile est établie, mais les écrits récents ont mis l'accent sur la façon de comprendre les données, dont l'interprétation soulève des questions sociales, conceptuelles et méthodologiques importantes. En rendant compte des différences observées entre des groupes ethniques, il y a plusieurs explications possibles à prendre en considération, outre les facteurs culturels, avant qu'une explication culturelle puisse être retenue.

**L'échantillonnage:** les personnes sélectionnées dans les études de psychiatrie infantile proviennent généralement d'écoles et d'unités

The Coalition to Stop the Use of Child Soldiers unites national, regional and international organisations and Coalitions in Africa, Asia, Europe, Latin America and the Middle East. Its founding organisations are Amnesty International, Defence for Children International, Human Rights Watch, International Federation Terre des Hommes, International Save the Children Alliance, Jesuit Refugee Service, the Quaker United Nations Office-Geneva and World Vision International.



pédiatriques, psychiatriques et de premiers soins, étant donné leur facilité d'accès. La généralisation ainsi faite à partir des taux de prévalence ou des modèles est d'une valeur relative dans la mesure où les ressources de spécialistes comme les écoles ou les unités psychiatriques ne sont pas accessibles pour de nombreux enfants, en particulier ceux de familles défavorisées. De plus, comme la population des enfants est probablement plus élevée que ne l'admettent les rapports officiels, les seules sources officielles sont susceptibles de produire des résultats non-représentatifs.

De nombreux chercheurs ont attiré l'attention sur les problèmes inhérents à la comparaison d'échantillonnages transculturels non comparables par plusieurs variables sociales, qui peuvent avoir pour effet de déformer ou surévaluer les différences culturelles. Toutefois, les tentatives pour éliminer cet effet en rapprochant les échantillonnages en termes de résultats variables sociodémographiques ont pour résultat la comparaison de sujets typiques d'une culture avec un groupe atypique d'une autre culture, ce qui limite la possibilité d'une comparaison transculturelle fiable.

**Les catégories ethniques:** dans un contexte multiculturel, l'usage de larges catégories comme 'Sud asiatiques' masquent des différences importantes entre les profils de communautés. La quatrième étude nationale du Policy Studies Institute à Londres révèle de grandes différences entre les statuts socioéconomiques des indiens, des pakistanais, et des Benglades, ce qui est important pour la recherche dans l'avenir<sup>1</sup>. Étant donné que la race, la culture et l'ethnie sont des constructions à la fois sociales et biologiques, une compréhension claire sur l'utilisation de tels termes est essentielle pour l'interprétation des données.

**Outils diagnostiques:** les études transculturelles en psychiatrie infantile ont utilisé un certain nombre d'outils diagnostiques, que ce soit des instruments de dépistage ou des critères de diagnostics, qui peuvent expliquer des taux variables. La plupart des instruments n'ont pas été validés ou standardisés pour un usage au-delà de la population sur laquelle les validations et standardisations initiales ont été entreprises, habituellement en Europe et en Amérique du Nord. Les limites de ceci pour les recherches comparatives sont reconnues. Par exemple, en utilisant le check-list du comportement infantile, Bird (*et al*) ont obtenu une prévalence de 49,5% de troubles en psychiatrie infantile au Puerto Rico, ceci a été réduit à 18% lorsque des critères de diminutions ont été appliqués<sup>2</sup>; Même ce chiffre a été considéré comme trop élevé et pouvait probablement être expliqué par la tendance des mères Puerto Ricaines à aggraver les symptômes excessifs, ou également par l'application de l'outil diagnostique en langue espagnole.

**Erreurs de catégorisation :** Kleinman a argumenté que l'utilisation de catégories de diagnostics homogènes induit encore une autre erreur conceptuelle, l'erreur de catégorisation, qui recherche ce qui est identique partout, et tend à ignorer ce qui sort des paramètres serrés d'une catégorie lorsque l'interaction de la culture peut effectivement être la plus grande<sup>3</sup>. Littlewood a attiré l'attention sur un cas d'erreur de catégorisation où des



équivalents sémantiques pour des mots décrivant des états d'humeur tels que 'dépression' étaient recherchés dans d'autres cultures.<sup>4</sup> La recherche d'équivalents lexicaux ignorait les autres expressions comme les métaphores pour l'humeur dans de nombreuses cultures. L'article de Kleinman, qui proposait que la recherche transculturelle commence avec les concepts de la maladie ou système pour l'expression de la souffrance propre à la culture a provoqué un vif débat dans la psychiatrie transculturelle.

Il existe deux approches de la recherche transculturelle divergentes, auxquelles il est quelque fois fait référence d'un côté comme « étique », lorsqu'il s'agit de comparaison entre des cultures différentes en utilisant des mesures standardisées, et de l'autre comme « émique », à partir des seuils de déviance d'une société donnée. Ces termes sont issus des deux approches de l'étude du son dans le langage.<sup>5</sup> 'La phonétique' concerne les propriétés universelles des sons du langage, alors que la 'phonémique' concerne les caractéristiques de la langue spécifique à une culture.

**Traduction** : dans la recherche transculturelle, les questionnaires sont standardisés par une double traduction rigoureuse, mais ceci ne garantit pas l'équivalence de sens, dans la mesure où les mêmes mots peuvent avoir des associations différentes dans des cultures différentes. Par exemple, des scores élevés obtenus dans le test d'attitudes alimentaires pratiqué par des étudiantes en Inde du Nord ont révélé, après un examen rapproché des résultats, une mauvaise interprétation par les étudiantes d'un grand nombre de questions, pour des raisons éventuellement liées à des bases conceptuelles erronées.<sup>6</sup>

**Les variables socio-économiques** : les comparaisons transculturelles sont souvent masquées par les désavantages socio-économiques, communément associés avec le statut de minorité sociale. Il y a une corrélation entre un statut socio-économique peu élevé et une mauvaise santé physique et mentale chez des adultes. Les désavantages sociaux (pauvreté, chômage, environnement urbain défavorisé, mauvaises conditions de logement, écoles urbaines avec des enseignants instables) augmentent le risque de morbidité psychiatrique chez les enfants, à la fois comme effet direct et en compromettant l'efficacité du rôle parental.

L'interaction entre la morbidité psychiatrique et la richesse matérielle est complexe. L'étude de Hackett et Hackett à Kerala, en Inde, montre que bien que la plupart des familles dans leur échantillonnage disposait de moins de biens d'équipement que des familles occidentales, la prévalence de troubles psychiatriques infantiles n'étaient pas plus élevées.<sup>7,8</sup> Ils tirent de ce fait une conclusion importante, à savoir que ce qui importe n'est pas le degré absolu de privation, mais la privation par rapport aux autres. Un résultat intéressant de leur étude est l'association entre les troubles dans les comportements sociaux et l'adversité sociale (y compris) la pauvreté. Les taux globaux pour les troubles psychiatriques infantiles d'origine non organiques ne sont pas plus élevés dans les pays en voie de développement.

Au Royaume-Uni, bien que la plupart des familles asiatiques et afro-antillaises soient socialement désavantagées et ont tendance à vivre en zone



---

urbaine, les enfants du sud asiatique ont des taux de morbidité psychiatrique plus bas que la population locale alors que les enfants afro-antillais ont des taux légèrement plus élevés. Les mesures standards de statut économique ne reflètent probablement pas de façon exacte l'expérience des immigrés de minorité ethnique. Pour les immigrés de première génération au moins, les attentes de niveaux de vie matériels au Royaume-Uni sont influencés par leur statut antérieur à la migration et leurs aspirations de mode de vie à long terme au Royaume Uni ; celles-ci ne seront pas identiques pour les générations à venir, qui auront les attentes et aspirations de la majorité de la population.

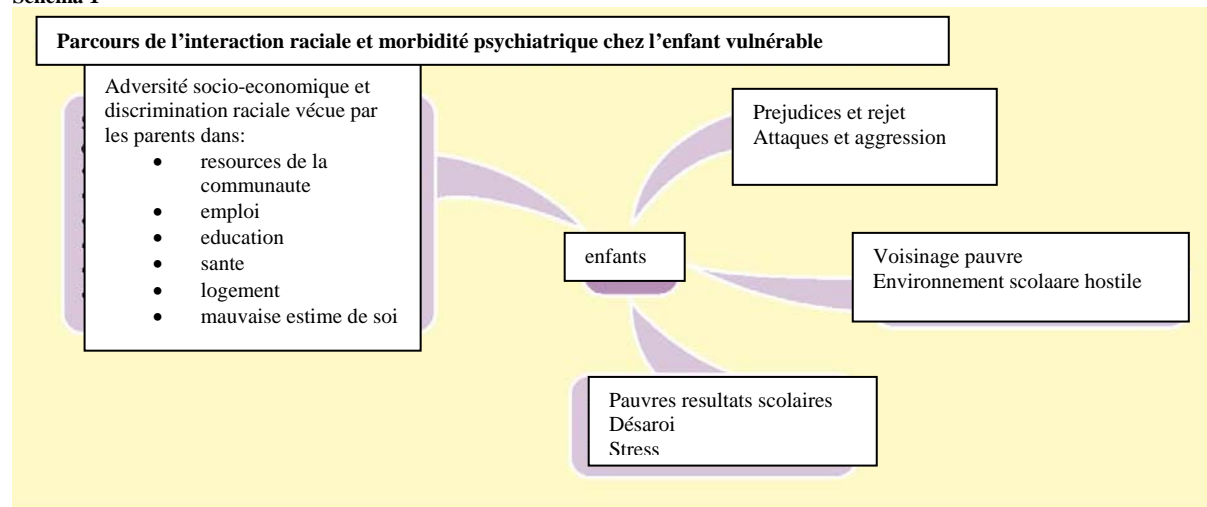
**Discrimination et désavantage** : la discrimination dans le logement, l'emploi et l'éducation a des effets négatifs sur l'allocation de ressources sociales et économiques pour les groupes ethniques de minorités désavantagées avec des conséquences significatives pour la qualité des capacités parentales (figure1). Elle a également un impact direct sur la santé mentale et l'estime de soi des enfants. La fréquentation des cliniques et des hôpitaux est susceptible d'être influencées par les différences dans l'accessibilité et la sensibilité culturelle des services vis-à-vis des groupes ethniques des minorités.

**Les différences dans l'interprétation des comportements** : étant donné que les comportements à problèmes sont habituellement des exagérations de comportements normaux, leur reconnaissance dépend des attentes et de l'interprétation de ceux qui en rendent compte. La reconnaissance de problèmes qui relèvent de la psychiatrie infantile varie parmi les enseignants et les parents, et les standards de comportements normatifs varient entre les cultures. De plus, dans de nombreuses cultures les institutions de soins ne sont pas considérées comme aptes à traiter les comportements difficiles. Mann *et al.* ont décrit des variations dans les évaluations significatives faites par des cliniciens de santé mentale dans quatre pays différents d'après des enregistrements vidéos d'enfants hyperactifs.<sup>9</sup> Les différences des résultats ont été attribuées aux différences culturelles concernant la perception de ce qui est considéré comme comportement 'normal' et 'hyperactif', même lorsque des critères d'évaluation uniformes étaient appliqués. Dans une étude par Sonuga-Barke *et al.*, il apparaît que les enseignants britanniques ont un seuil plus bas d'évaluation de l'hyperactivité chez les enfants asiatiques.<sup>10</sup> Les auteurs suggèrent un certain nombre d'explications, notamment des variations dans les points de vue des enseignants sur les critères de ce qui constitue un niveau de comportement acceptable dans différents groupes ethniques ainsi que les limites d'une application des normes universelles dans un contexte multiculturel.

**L'immigration** : dans une société multiculturelle, l'interaction entre l'effet de l'immigration et la santé mentale peut être faussement interprétée comme une différence culturelle.



Schéma 1



L'immigration implique de nombreuses perturbations sociales, et l'expérience de ceux qui fuient une guerre civile, par exemple, peut avoir un effet contraire sur la santé mentale. Le lien entre la santé mentale et la raison de l'immigration est moins pertinent pour les enfants que pour les adultes, mais leur expérience de l'immigration est probablement influencée par celle de leurs parents.

**Les explications génétiques :** en médecine il y a peu d'exemples de corrélation entre la maladie et la population, telle que l'anémie à hématies falciformes. Les explications génétiques des différences inter ethniques en santé mentale n'ont pas été convaincantes. L'hétérogénéité génétique à l'intérieur de groupes raciaux définis socialement est énorme, comme l'est la similitude génétique entre les groupes.

### Les évaluations et les modèles dans un contexte multiculturel

La prévalence des troubles psychiatriques chez l'enfant dans les cultures différentes montre une divergence qui provient peut-être des différences dues à des influences culturelles, l'influence de risque et de facteurs protecteurs qui rentrent en jeu dans différents contextes, ainsi que des préjugés liés à des questions méthodologiques décrites plus haut ; Cependant il existe des similitudes générales dans les différentiels concernant les symptômes, l'âge et le sexe à travers les cultures.

Cette contribution est centrée sur des études conduites principalement au Royaume Uni auprès d'enfants du sud asiatique et des enfants afro antillais (voir Bird<sup>11</sup> et Hackett et Hackett<sup>7</sup> pour des revues d'épidémiologie et de recherches transculturelles dans les sociétés développées). Les taux de prévalence en fonction de l'ethnie. Les taux de prévalence en fonction de l'ethnie de la plus récente étude de la santé mentale des enfants au Royaume Uni sont montrés dans le tableau 2. Il y a peut-être un effet lié à l'âge puisque l'étude a porté seulement sur des enfants entre 5 et 15 ans. Les troubles



---

apparaissant plutôt chez les enfants de moins de 5 ans ou des adolescents plus âgés sont donc exclus. De plus, en raison du nombre relativement minime d'enfants de minorités ethniques, les auteurs se sont gardés de faire des interprétations statistiquement significatives.

### **Variation dans les taux et les modèles entre groupes ethniques**

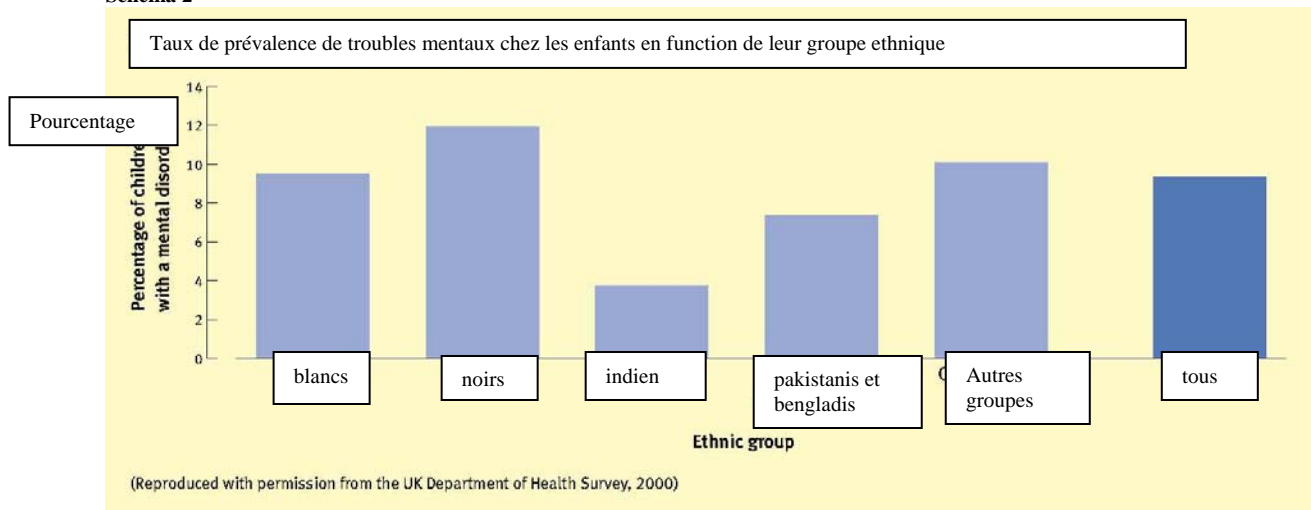
La tendance aux taux moins importants de troubles psychiatriques parmi les asiatiques est attribuée à des facteurs protecteurs dans le système familial asiatique. Des taux moindres sont aussi relevés dans la plupart des études pour les enfants asiatiques. Hackett et Hackett ont révélé des différences significatives entre les attitudes des parents Gujarati et Britanniques.<sup>12</sup> Les parents Gurajati étaient moins tolérants vis-à-vis de l'agressivité et encourageaient davantage le partage. Si la tolérance parentale vis-à-vis de l'agressivité des enfants est moindre, les parents s'occupent du comportement agressif plus tôt, diminuant ainsi les taux de problèmes de comportement. Dans une étude transculturelle dans des cultures où l'obéissance et la conformité des enfants sont très valorisées, les troubles tendaient à être associés à un comportement hyper contrôlé, tel que les peurs et les préoccupations somatiques.<sup>13</sup> Aux Etats-Unis, où l'expression personnelle est très valorisée, les troubles ont tendances à relever d'un contrôle de soi moindre, tel que les disputes et la désobéissance à la maison. Plusieurs études au Royaume-Uni ont rapporté parmi les jeunes femmes asiatiques de hauts taux de souffrances physiques auto infligées qui n'apparaissent pas dans le sous continent indien. Il est possible que les taux britanniques reflètent l'expérience qu'ont les femmes de grandir dans un monde biculturel ainsi que leur adoption d'une stratégie culturelle pour exprimer la détresse dans un milieu nouveau.

**La santé mentale des enfants afro-antillais :** a été étudiée par plusieurs chercheurs au Royaume Uni. Les résultats ont régulièrement indiqués un taux plus élevé de troubles de la conduite et difficultés affectives chez les garçons et les filles. Néanmoins, les problèmes de la conduite ne sont pas associés à des perturbations dans les relations avec les pairs, qui ont une signification plus grave. Une explication possible est la tendance des enseignants à décrire les comportements perturbateurs plus facilement chez les enfants afro-antillais. L'étude de Rutter *et al* a montré une différence significative entre l'évaluation faites par les parents et celle des enseignants concernant les comportements perturbateurs parmi les enfants Afro antillais, avec les taux des enseignants plus élevés de façon significative.<sup>14</sup> Après la prise en compte de variables indistinctes, des préjugés de la part des enseignants sont apparus comme des facteurs à prendre en compte. L'absentéisme est moins important chez les enfants afro-antillais et ils restent scolarisés après 16 ans. La prévalence de comportement délinquant chez les garçons est plus élevée de façon significative, et a été attribuée généralement à de hauts niveaux d'adversité sociale. Une surreprésentation d'autisme et d'autres troubles de ce type rapporté chez des enfants afro-antillais a aussi été notée parmi les populations immigrantes d'autre pays.<sup>15</sup> Comme les enfants afro-antillais avec



des troubles autistes sont plus susceptibles d'être gravement handicapés mentalement, cela peut refléter une proportion plus élevée d'autisme consécutif à des lésions cérébrales (par exemple à la suite d'une exposition prénatale à un virus) et une proportion plus basse due à un problème génétique.

Schema 2



**Le taux élevé de schizophrénie** parmi les afro-antillais et les Africains de l'ouest au Royaume uni a été le sujet d'un débat considérable. Les taux de schizophrénie aux Antilles ne sont pas plus élevés qu'ailleurs, mais sont considérablement plus élevés au Royaume-Uni chez les afro-antillais. Ceci n'est pas associé à une charge familiale plus élevée, des complications génétiques ou l'usage de drogues. Normalement les taux de prévalence de maladie dans la seconde génération de migrants commencent à approcher celle du groupe indigène, mais les taux de schizophrénie sont encore plus élevés. Plusieurs hypothèses ont été avancées, bien qu'aucune ne soit satisfaisante : une théorie veut qu'une réaction nettement psychotique parmi les jeunes soit causée par le stress dû à une hostilité sociale et à la discrimination.

Une étude transversale de patients de 13 à 17 ans hospitalisés dans des unités psychiatriques à Londres en 2001 a révélé une surreprésentation d'adolescents noirs psychotiques.<sup>16</sup> Les adolescents d'origine africaine étaient particulièrement représentés mais étaient moins susceptibles de souffrir de schizophrénie. Des études plus poussées sont nécessaires pour évaluer si de hauts niveaux de facteurs de stress peuvent effectivement contribuer à la fois à une plus grande incidence et un plus grand besoin d'admission.

### Troubles spécifiquement culturels

Il y a peu d'indication de troubles spécifiques à la culture chez les enfants, bien que des différences dans la symptomatologie aient été rapportées. Des pseudo psychoses caractérisées par des hallucinations ont été décrites chez



---

de jeunes femmes asiatiques au Royaume-Uni. L'anorexie mentale, qui est maintenant largement reconnue comme trouble propre à la culture d'abondance des pays développés, a été reportée dans de nombreuses parties du monde en cours d'occidentalisation.

### **L'autorité locale par rapport à l'ethnie**

La figure 3 donne un profil comparatif si les indices de qualité de vie des enfants sont étendus aux institutions sociales. La recherche dans ce domaine a seulement récemment commencé à attirer l'attention.

### **Les questions d'évaluation et de traitement**

La pratique de la psychiatrie infantile dans une société multiculturelle exige une compréhension des causes des différences culturelles. Bien que les explications culturelles soient souvent évoquées d'emblée pour expliquer les différences, les explications sont généralement stéréotypées et ethnocentriques, le terme 'culture' étant souvent utilisé pour décrire des différences par rapport aux pratiques normatives occidentales. Alors que les précédentes recherches ont surtout montré en quoi les cultures diffèrent, l'étude des cultures a avancé grâce à la psychologie culturelle, qui a introduit une compréhension dialectique de l'interaction entre l'éducation des enfants et le cadre culturel qui détermine la socialisation des enfants. Chaque culture est comprise en ses propres termes en référence à ses propres valeurs, croyances et buts. Quelques exemples sont présentés brièvement ci-dessous.

### **Les différences dans les pratiques éducatives**

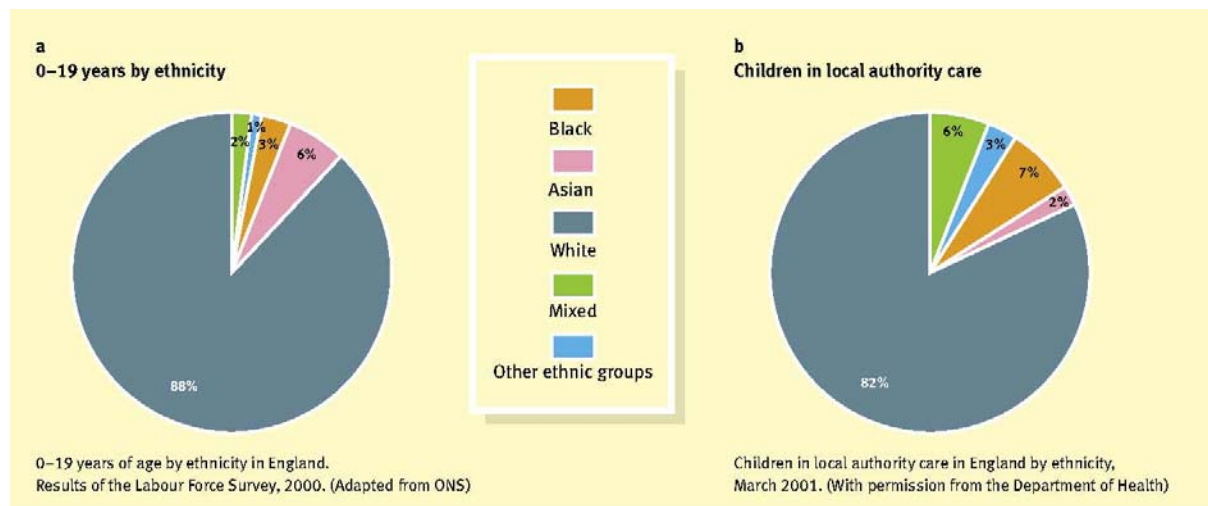
Les études culturelles révèlent des différences dans les croyances et les pratiques, telles que celles concernant la fragilité des enfants, la perception des pleurs d'un tout-petit, les croyances concernant combien les enfants ont besoin d'être tenus ou que l'on leur parle, et le besoin de développer certaines compétences comportementales par rapport à d'autres. Dans une certaine mesure les environnements de soin se développent en lien avec les compétences et les rôles qui sont attendus de la part des adultes dans cette culture.

Par exemple, dans de nombreuses parties du monde où l'unité de production économique est la famille, comme en Asie, en Afrique et parmi les populations indigènes sur le continent américain, les enfants sont encouragés à dormir avec leur mère, grands-parents ou frères et sœurs plus âgés, même lorsque de grands espaces sont disponibles. De telles pratiques dans l'enfance développent la proximité et l'unité dans des cultures où l'interdépendance et la solidarité est le but pour la famille et où les enfants sont considérés comme fragiles, en particulier dans un contexte de mortalité infantile élevée. En revanche, dans des contextes européens et américains, où l'autonomie et l'esprit d'entreprise sont très valorisés, les petits sont encouragés à dormir seuls à un très jeune âge, ce qui encourage



l'individualisme<sup>17</sup>. Aucune pratique n'est 'meilleure', mais chacune est contingente aux compétences requises dans cette société.

Schéma 3: a : pourcentages de groupes ethniques  
b: pourcentages d'enfants placés en institutions selon les groupes ethniques



De même, dans une étude faite à Paris parmi des familles africaines de cultures qui accordent une grande valeur à la construction de liens sociaux.<sup>18</sup> les mères ont fait preuve de moins de sensibilité aux initiatives de leur enfants concernant des objets (tels que des jouets et des objets familiaux) que ne l'étaient les mères françaises. Les mères africaines étaient plus sensibles aux initiatives de leurs enfants vers des activités de vocalises, de changement posturaux, de regards vers les autres et de pleurs. Les mères françaises avaient tendance à nommer les objets et décrire leurs propriétés dans leur discours qui reflétait la valeur accordée aux objets dans la socialisation des enfants dans une société technologique.

La signification de tout comportement parental doit être compris en relation avec les normes de la société. Par exemple, l'usage du châtime corporel pour discipliner les enfants peut ne pas avoir le même sens pour les enfants de différentes cultures. Deater-Deckard et Dodge ont montré que la corrélation entre la pratique du châtime corporel et le comportement agressif chez les enfants n'est pas valable pour les afro-américains chez lesquels elle n'est pas significative.<sup>19</sup> Ceci est le contraire des conclusions d'études trouvant une corrélation positive entre la discipline physique et l'agressivité chez les enfants américains d'origine européenne. Il est possible que dans les cultures où le châtime corporel est banni, son occurrence indique une perte de contrôle chez le parent ou un comportement parental déviant. Cela illustre que, pour les cliniciens, ce qui importe est de comprendre comment le risque et les facteurs de protection entrent en jeu pour les enfants dans des cultures et des contextes différents.



Nous renvoyons le lecteur à la revue critique de Mhemooda Malek sur le champ de questions à prendre en considération dans le développement de services de santé mentale pour des enfants de minorités ethniques.<sup>20</sup>

## Conclusion

La pratique de la psychiatrie infantile dans une société multiculturelle soulève des questions importantes pour une méthodologie trans-culturelle et pour des thérapeutes travaillant dans la diversité. Etant donné que les cultures ne sont pas statiques mais dynamiques, réactives et changeantes, le point final du débat est moins susceptible de concerner de quelles façons les cultures diffèrent que de quelle façon nous étudions la culture et nous travaillons avec la diversité culturelle. L'examen de nos propres façons de comprendre la culture révèle combien la culture influe sur toute notre façon de penser, y compris notre façon de penser la culture.

## Références:

- 1 Modood T, Berthoud R, Lakey J et al. *Ethnic Minorities in Britain: Diversity and Disadvantage*. London: Policy Studies Institute, 1997.
- 2 Bird H R, Canino G, Rubio-Stipec M et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; **45**: 1120–6.
- 3 Kleinman A M. Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Soc Sci Med* 1977; **11**: 3–10.
- 4 Littlewood R. From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *Br J Psychiatry* 1990; **156**: 308–27.
- 5 Pike K L. *Language in relation to a unified structure of human behaviour*. The Hague: Mouton, 1967.
- 6 King M B, Bhugra D. Eating disorders: lessons from a cross-cultural study. *Psychol Med* 1989; **19**: 955–8.
- 7 Hackett R, Hackett L. Child psychiatry across cultures. *Int Rev Psychiatry* 1999; **11**: 225–35.
- 8 Hackett R, Hackett L, Bhakta B, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; **40**: 801–7.
- 9 Mann E M, Ikeda Y, Mueller C W et al. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *Am J Psychiatry* 1992; **149**: 1539–42.
- 10 Sonuga-Barke E J S, Minocha K, Taylor E A, Sandberg S. Inter-ethnic bias in teachers' ratings of childhood hyperactivity. *Br J Dev Psychol* 1993; **11**: 187–200.
- 11 Bird H R. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; **37**: 35–49.
- 12 Hackett L, Hackett R. Parental ideas of normal and deviant behaviour. A comparison of two ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1993; **162**: 353–7.
- 13 Weisz J R, Sigman M, Weiss B, Mosk J. Parent reports of behavioral and emotional problems among children in Kenya, Thailand, and the United States. *Child Dev* 1993; **64**: 98–109.
- 14 Rutter M, Yule W, Berger M, Yule B, Morton J, Bagley C. Children of West Indian immigrants. I. Rates of behavioural deviance and of psychiatric disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; **15**: 241–62.
- 15 Goodman R, Richards H. Child and adolescent psychiatric presentations of second-generation Afro-Caribbeans in Britain. *Br J Psychiatry* 1997; **167**: 362–9.
- 16 Tolmac J, Hodes M. Ethnic variation among adolescent psychiatric in-patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2004; **184**: 428–31.
- 17 Shweder R A, Goodnow J, Hatano G, LeVine R A, Markus H, Miller P. The cultural psychology of developments: one mind, many mentalities. In: Damon D, Lerner R M, eds. *Handbook of child psychology*. Vol 1. Theoretical Models of Human Development. New York: Wiley, 1998.
- 18 Rabain-Jamain J. Language and socialization of the child in African families living in France. In: Greenfield P M, Cocking R R, eds. *Cross-cultural roots of minority child development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994.
- 19 Deater-Deckard K, Dodge K A. Externalising behaviour problems and discipline revisited: nonlinear effects and variation by culture, context and gender. *Psychol Inq* 1997; **8**: 161–75.
- 20 Malek M. Meeting the needs of minority ethnic groups in the UK. In *Mental health services for minority ethnic children and adolescents*. Malek M, Joughin C, eds. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

**Ruma Bose** is Consultant at the Child and Family Consultation Service in Tower Hamlets, London, UK, and Honorary Senior Lecturer at the Queen Mary College, University of London, UK.

**Susan Jennings** is a Specialist Registrar in Child and Adolescent Psychiatry at Great Ormond Street Hospital, London, UK. She qualified from St Thomas' Hospital, London, and trained in psychiatry in Sussex and London.