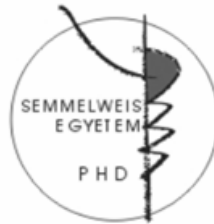


# Agresszív és proszociális viselkedés értelmezése externalizációs zavarokban

Doktori tézisek

**Vida Péter**

Semmelweis Egyetem  
Mentális egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Halász József, Ph.D., egyetemi docens

Hivatalos bírálók:

Dr. Pulay Attila, Ph.D., egyetemi adjunktus

Dr. Varró-Horváth Diána, Ph.D., egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Túry Ferenc, DSc., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Révész György, Ph.D., egyetemi tanár

Dr. Jekkel Éva, Ph.D., egyetemi adjunktus

Budapest  
2022

## **Bevezetés**

A társas működés viszonyainak leírásában az agresszív és a proszociális viselkedés dimenziói hasznos szempontok, mert a másokhoz való viszonyulás lehetőségeit az ember érzelmileg is fontos jellemzői mentén kategorizálják.

Az agressziót szándékos ártalomkókozó viselkedésként lehet meghatározni. A reaktív agresszió (RA) az észlelt (külső szemlélő számára vélt, vagy valós) fenyegetésre adott agresszív válasz, proaktív (PA) formában egy cél elérése érdekében jelenik meg. RA-t és PA-t számos módszerrel el lehet különíteni, ugyanakkor egyes esetekben nehéz a megkülönböztetés.

Kutatások alacsony-közepes korrelációt találtak agresszió és proszocialitás – azaz a segítő viselkedés – között, emellett léteznek olyan alcsoportok, amelyek mindkét viselkedés magas értékeit mutatják. 2013-as cikkünkben amellet érveltünk, hogy a proszocialitás és az agresszió két külön dimenzión elhelyezhető konstruktumnak tekinthető, amelyek nem függenek össze közvetlenül, legalábbis nem minden formájukban. A legszorosabb kapcsolatot a PA és az empátiadeficit mentén feltételezzük.

Az externalizációs zavarok több ponton kapcsolódnak az agresszív és a proszociális viselkedéshez. A viselkedési zavarban (conduct disorder, CD) a limitált proszocialitás specifikáció erősen kötődik a PA-hoz, idegi szinten pedig a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely hipokativitásához és a limbikus rendszer atipikus működéséhez, melyeket prefrontális területi deficitek egészíthetnek ki. Az oppozíciós zavarban (oppositional defiant disorder, ODD) és a viselkedési zavar egyes formáiban a HPA tengely hiperaktivitása, ehhez kapcsolódóan limbikus rendszeri eltérések és a RA magas foka jellemző, hangulati érintettség (irritabilitás) mellett, amely növeli a fenyegetéssel kapcsolatos torzítást. A hiperaktív-figyelemzavar (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) az impulzivitás (elhamarkodott cselekvés) mentén kapcsolódik szorosabban az agresszió mindkét formájához, ehhez idegi szinten a limbikus rendszert és a HPA tengelyt vezérlő prefrontális területek atipikus működése járul hozzá.

Kérdőíves vizsgálatok alapján a különböző információforrások (szülő, tanár, önjellemzés) hasznos különbségtevésre adhatnak lehetőséget. Magyar adatok alapján a szülői kérdőívek a klinikai csoportban magasabb értéket mutatnak az önbevalláshoz képest. Externalizáló zavarok

vizsgálatánál a CD, az ODD és az ADHD jelenléte is emeli az agresszió mindkét típusának szintjét. Nemi különbségek tekintetében nem egyértelműek az eredmények. Egy új nemzetközi vizsgálat alapján a lányok magasabb értékeket értek el RA és PA tekintetében.

### **Célkitűzések**

*Mindhárom, externalizáló serdülő populáción végzett vizsgálatra megfogalmazható hipotézisek*

- 1.** A RA és a PA emelkedett értékeit várjuk az ADHD diagnózis és CD/ODD diagnózis jelenléte mentén, a kontrollcsoportokhoz képest.
- 2.** Feltételezzük, hogy a proszocialitás értékei nem különböznek az ADHD és a CD/ODD mentén.
- 3.** A klinikai csoportokban a szülői értékelések tekintetében magasabb szintet várunk a problémakálákra és alacsonyabbat a proszocialitásra vonatkozó adatokban.
- 4.** Megvizsgáljuk az agresszióban és proszocialításban található nemi különbségeket az externalizációs diagnosztikus kategóriák függvényében. A nemi különbségekre vonatkozó adatok sporadikusak, ezért konkrét hipotézist nem fogalmazunk meg.

## **Módszerek**

### *Első vizsgálat - ADHD-s serdülő fiúk és kontrollcsoport vizsgálata*

A klinikai csoportba bevonni kívánt résztvevőket a Vadaskert Kórház egyik terápiás osztályára felvett – ADHD diagnózist kapó – fiúk közül választottuk ki. Az adatfelvétel 2010 és 2012 között zajlott. A kontrollcsoportba 22, a klinikai csoporthoz korban, nemben, IQ, családi háttér és lakóhely mentén illesztett serdülő adatai kerültek be. Informált szülői és serdülői beleegyezés és a szülői és önkitöltős kérdőívek kitöltése után a serdülők 60-70 perces vizsgálaton estek át. Először egy érzelemfelismerési tesztet (Facial Expressions of Emotion-Stimuli; FEEST) és a Raven féle Standard Progresszív Mátrixok tesztet végezték el. A viselkedéses adatokat a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ), a Ridegség-Érzéketlenség Kérdőív (ICU) és a Reaktív Proaktív Agresszió Kérdőív (RPA) kérdőívekkel gyűjtöttük a szülőktől és a serdülőkötől, a disszertációban csak a viselkedéses adatokat használtuk.

*Második vizsgálat – vegyes klinikai problémákkal jellemezhető és tipikusan fejlődő serdülők csoportjainak vizsgálata*

A vizsgálat az az „Externalizációs zavarok dimenzionális megközelítése: agresszivitás, szuicidalitás és szociális aspektusok” c. OTKA kutatás keretein belül készült. 13-17 éves serdülőkből állt a minta. A klinikai csoport résztvevői a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia osztályaira felvett serdülők közül kerültek ki. 118 serdülő (közülük 52 lány) adatait vizsgáltuk meg. A kontrollcsoport résztvevői budapesti, állami általános- és középiskolák tanulói közül kerültek ki. A csoportban 94 tanuló (53 lány) adatait elemeztük. A beleegyező nyilatkozat aláírása után a serdülő és a jelenlévő szülő önállóan töltötték ki a releváns kérdőíveket. A M.I.N.I. strukturált diagnosztikus interjú kétszemélyes helyzetben került felvételre. A vizsgálatban az előzőekben ismertetett 3 kérdőívet (RPA, SDQ, ICU) és a M.I.N.I. Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú gyermek változatát (M.I.N.I.) használtuk.

*Harmadik vizsgálat – ADHD-s serdülők és klinikai kontrollcsoport vizsgálata*

Az ADHD csoportba 391 (ebből 58 lány), 2012 január 1. és 2014. december 31. között a Vadaskert Gyermekpszichiátriai

Kórházban osztályos kivizsgálásban részesülő, és jelen kutatásba tájékozott beleegyezést adó 11-17 éves serdülők kerültek be. A klinikai kontroll csoportban résztvevők az ADHD csoportnál jelzett időszakban osztályos felvételre került gyermekek közül kerültek ki. A csoportot az ADHD csoport nemi és életkori eloszlásához ( $\pm 1$  év) illesztettük. A szülő és a gyermek írásbeli és szóbeli tájékoztatása, beleegyezése után a kérdőíveket a szülő/gondviselő és a serdülő az osztályos felvétel napján töltötték ki. A vizsgálatban az RPA, SDQ, ICU kérdőíveket használtuk.

*A kapott eredmények statisztikai analízise a három vizsgálatban*

Adatainkat mindhárom vizsgálatban General Linear Model-el (GLM) elemeztük.

## **Eredmények**

### *Első vizsgálat*

A kétutas ANOVA első faktoraként a csoport (ADHD/kontroll) mentén minden SDQ skála szignifikáns eltérést mutatott, a proszocialitás kivételével (SDQ érzelmi skála:  $F_{(1,42)} = 12,63$ ;  $p < 0,001$ ; SDQ viselkedéses skála:  $F_{(1,42)} = 46,43$ ;  $p < 0,001$ ; SDQ hiperaktivitás skála:  $F_{(1,42)} = 136,85$ ;  $p < 0,001$ ; SDQ

kortárskapcsolati skála:  $F_{(1,42)} = 16,44$ ;  $p < 0,001$ ). Második faktorként a kitöltő személye mentén (tehát a szülői és önkitöltés eredménye között) a hiperaktivitás skálán tendenciózus eltérést jelentkezett, míg kortárskapcsolati SDQ problémaskála szignifikánsan különbözött (SDQ hiperaktivitás skála:  $F_{(1,42)} = 3,40$ ;  $p < 0,07$ ; SDQ kortárskapcsolati skála: ( $F_{(1,42)} = 6,17$ ;  $p < 0,02$ ). A hiperaktivitás skála ( $F_{(1,42)} = 19,73$ ;  $p < 0,001$ ) és a proszocialitás ( $F_{(1,42)} = 9,20$ ;  $p < 0,01$ ) mentén az interakció is szignifikáns volt, a szülői véleményezés nagyobb értéket jelzett mint az önkitöltés eredménye a kontrollcsoportban, a klinikai csoportban fordított volt a mintázat. Az RA ( $F_{(1,42)} = 7,43$ ;  $p < 0,01$ ) és a PA ( $F_{(1,42)} = 6,17$ ;  $p < 0,018$ ) értékek is szignifikánsan különböztek a csoportok mentén. A PA esetében az életkor, mint kovariáns szintén szignifikáns eredményt hozott ( $F_{(1,42)} = 5,43$ ;  $p < 0,025$ ), az életkorral a PA csökkent.

### *Második vizsgálat*

A GLM analízis alapján az RA értéke az ADHD ( $F_{(1,200)} = 7,3$ ;  $p < 0,008$ ) és a CD/ODD ( $F_{(1,200)} = 9,4$ ;  $p < 0,003$ ) diagnózisok mentén tért el szignifikánsan, valamint egy interakciót is tapasztaltunk a klinikai/kontrollcsoportba tartozás és az ADHD diagnózis jelenléte mentén ( $F_{(1,200)} = 4,1$ ;  $p < 0,044$ ). A PA tekintetében egyedül az ADHD diagnózis jelenléte mentén



jelentkezett szignifikáns eltérés ( $F_{(1, 200)} = 5,4; p < 0,022$ ). Az SDQ önkitöltős skáláiban a GLM analízis alapján a következő eltéréseket tapasztaltuk: a klinikai/kontrollcsoport mentén az érzelmi ( $F_{(1, 207)} = 11,6; p < 0,001$ ) és a kapcsolati ( $F_{(1, 207)} = 12,2; p < 0,001$ ), az ADHD jelenléte mentén a viselkedéses ( $F_{(1, 207)} = 9,8; p < 0,002$ ) és a hiperaktivitás ( $F_{(1, 207)} = 15,2; p < 0,000$ ), a nemek mentén pedig az érzelmi ( $F_{(1, 207)} = 7; p < 0,009$ ) és a hiperaktivitás ( $F_{(1, 207)} = 4,7; p < 0,034$ ) skálák térnek el szignifikánsan. A klinikai/kontrollcsoportba tartozás és az ADHD jelenléte mentén egy szignifikáns kettős interakció mutatkozott a viselkedéses problémák skálán ( $F_{(1, 207)} = 4,4; p < 0,038$ ), valamint egy hármas interakciót is kimutatott az analízis a nem, az ADHD és klinikai/kontrollcsoport között a hiperaktivitás skálára ( $F_{(1, 207)} = 6,7; p < 0,01$ ) vonatkozásában. Analízisünk során megvizsgáltuk az SDQ skálák különbségeit a klinikai/kontrollcsoport és a kitöltő személye mentén. A GLM analízis alapján az érzelmi skála tekintetében a klinikai/kontrollcsoport és a kitöltő személye között szignifikáns interakciót tapasztaltunk ( $F_{(1, 155)} = 7,7; p < 0,006$ ). A viselkedéses skála különbözött a csoportok mentén ( $F_{(1, 155)} = 84,2; p < 0,000$ ) és egy interakció is megfigyelhető volt ( $F_{(1, 155)} = 19,1; p < 0,000$ ) ugyanúgy, mint a hiperaktivitás skálával kapcsolatban (klinikai/kontroll:  $F_{(1, 155)} = 70; p < 0,000$ ); interakció: ( $F_{(1, 155)} = 21,6; p < 0,000$ ). A kapcsolati skálán

egyedül a csoport mentén jelentkezett eltérés ( $F_{(1, 155)} = 66,7$ ;  $p < 0,000$ ). A proszocialításban a kitöltő személye ( $F_{(1, 155)} = 6,4$ ;  $p < 0,012$ ), és a klinikai/kontrollcsoport ( $F_{(1, 155)} = 20$ ;  $p < 0,000$ ) mentén mutatkozott különbség. A klinikai csoportban a RA szignifikáns együttjárást mutatott a figyelemzavar impulzivitással ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,031$ ) és hiperaktivitással ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,004$ ) kapcsolatos tüneteket összesítő skálájával. A viselkedési zavar tünetei közül az agresszív viselkedéshez köthető skálával volt szignifikáns kapcsolat ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,000$ ), valamint az oppozíciós zavar tüneteivel is ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,000$ ). A PA szintén az impulzív ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,005$ ) és a hiperaktív ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,002$ ) alskálákkal, a viselkedési zavar összesített (és alskálára bontott) tüneteivel ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,000$ ) korrelált, az oppozíciós zavar tünetekkel viszont nem.

### *Harmadik vizsgálat*

RA és PA szintjének eltérését az ADHD-s és a klinikai kontrollcsoport között – ismételt méréses GLM analízis alapján – Vida és munkatársainak *Clinical Child Psychology and Psychiatry* c. folyóiratban megjelent cikkében közöltük (2022), az életkor és komorbid kategóriák kovariánsként kerültek az elemzésbe. A közölt GLM analízis eredményei szerint RA és PA is szignifikánsan különbözött a két csoport között ( $F_{(1, 778)} = 24,29$ ;  $p < 0,001$ ), valamint a nem x csoport x agresszió típusa

között hármás interakció ( $F_{(1, 778)} = 4,89$ ;  $p < 0,03$ ) is szignifikáns szinten volt kimutatható. Az interakció elemzése alapján az ADHD diagnózissal jellemezhető lányok a RA magasabb szintjét mutatták. Az életkor tekintetében egy szignifikáns interakció mutatkozott az életkor és az agresszió típusa között ( $F_{(1, 778)} = 16,15$ ;  $p < 0,001$ ), a PA az életkorral csökkent a mintában (a reaktív agresszióval szemben). A vizsgált komorbid diagnosztikus kategóriák közül egyedül az ODD/CD jelenléte ( $F_{(1, 774)} = 39,66$ ;  $p < 0,001$ ) emelte az agresszió mindkét vizsgált típusának szintjét szignifikánsan. Az SDQ önkitöltős, gyermek verziójának skáláin a viselkedéses ( $F_{(1, 757)} = 28,3$ ;  $p < 0,000$ ), a hiperaktivitással kapcsolatos ( $F_{(1, 757)} = 48,2$ ;  $p < 0,000$ ) és az összesített ( $F_{(1, 757)} = 17,2$ ;  $p < 0,000$ ) problémakálákon szignifikánsan nagyobb értéket ért el az ADHD csoport. Szignifikáns nemek közötti eltérés az érzelmi ( $F_{(1, 757)} = 35,8$ ;  $p < 0,000$ ) és az összesített ( $F_{(1, 757)} = 5,3$ ;  $p < 0,022$ ) problémakálák illetve a proszocialitás ( $F_{(1, 757)} = 17,9$ ;  $p < 0,000$ ) mentén volt kimutatható. Ezen kívül a hiperaktív tüneteket összesítő skálán egy szignifikáns nem x csoport interakció ( $F_{(1, 757)} = 4,9$ ;  $p < 0,028$ ) is megjelent. A szülői és az önkitöltős SDQ jellemzések átlagértékei szignifikánsan eltérnek az egyes problémakálákon (érzelmi:  $F_{(1, 690)} = 78,2$ ;  $p < 0,000$ ; viselkedéses:  $F_{(1, 690)} = 59,8$ ;  $p < 0,000$ ; hiperaktivitás:

$F_{(1, 690)} = 262,5; p < 0,000$ ; kapcsolati:  $F_{(1, 690)} = 71,2; p < 0,000$ ), illetve a proszocialitás skálán ( $F_{(1, 690)} = 13,9; p < 0,000$ ) is.

## **Következtetések**

### *Az első vizsgálat megbeszélése – ADHD-s és kontrollcsoport vizsgálata*

Az első hipotézist és a korábbi kutatási következtetéseket alátámasztó eredményeket kaptunk. RA és PA értéke egyaránt magasabb volt az ADHD-s csoportban a kontrollcsoportéhoz képest. Az eredmény közvetlenül alátámasztja, hogy az ADHD tünetei hozzájárulhatnak az agresszió mindkét típusának emelkedett szintjéhez. Második hipotézisünk részlegesen igazolódott be. Az önkítöltős SDQ kérdőív alapján az ADHD mentén nem különbözött a proszocialitásban, a szülői értékek mentén viszont igen. Az eredmény részlegesen megfelel a korábbi magyar eredményeknek. Harmadik hipotézisünk beigazolódott a kortárskapcsolati, a hiperaktivitás és a proszocialitás tekintetében. A több és súlyosabb problémával jellemezhető klinikai csoportban a szülő negatívabban látja a helyzetet, mint a serdülő.

*A második vizsgálat megbeszélése – ADHD-s és kontrollcsoport vizsgálata klinikai és tipikusan fejlődő serdülőknél*

Első hipotézisünk nagyobb részt beigazolódott, az ADHD és a CD/ODD jelenléte is kapcsolatot mutatott a RA-val, a PA-val csak az ADHD. A RA tekintetében replikáltuk a korábbi eredményeket. A M.I.N.I. és az RPA alapján a RA összefüggést mutatott a hiperaktivitás és az impulzivitás tüneteivel az ADHD diagnózisból (végrehajtó deficit), az agresszív tünetekkel a CD-ből (empátiahiány), és az ODD tünetekkel is (érzelmi reaktivitás, fenyegettség). A PA az impulzivitással (végrehajtó deficit) és a viselkedési zavar összes tünetével kapcsolatot mutatott. Az itt kapott eredmények szépen lefedik a bevezető fejezetben áttekintett agresszív viselkedés neurodevelopmentális hátterének viselkedéses oldalát. Második hipotézisünk részlegesen igazolódott be. A proszocialitás az önbevallás alapján nem különbözött a vizsgált csoportokban, a szülői értékelés mentén igen. A szülők – a harmadik hipotézist igazolva – alacsonyabb értékeket adtak a proszocialitás tekintetében. További eltéréseket találtunk a viselkedéses, a hiperaktivitás, és a kortárskapcsolati problémák mentén. Az eredmények a kevés rendelkezésre álló vizsgálattal egybevágóak. Nemi különbségeket nem találtunk.

*A harmadik vizsgálat megbeszélése – ADHD-s serdülők és klinikai kontrollcsoport vizsgálata*

Az első hipotézishez kapcsolódóan az ADHD diagnózis jelenléte magasabb RA és PA értékekkel járt együtt. Eredményünk egyezik a szakirodalmi adatokkal. A komorbid kategóriák közül a CD/ODD diagnózis jelenléte mindkét agressziótípus szintjének emelkedésével járt. Második hipotézisünk beigazolódott. A proszocialitás a vizsgált változók közül egyedül a nem mentén különbözött szignifikánsan, a lányok magasabb értéket értek el. Ezek az eredmények alátámasztják azt a nézetet, mely szerint az externalizációs zavarok mentén mutakozó magasabb fokú agresszió nem jár feltétlenül együtt a proszocialitás csökkent mértékével. A harmadik hipotézishez kapcsolódóan a problémakálák magasabb, a proszocialitás pedig alacsonyabb értéket mutattak a szülői jellemzésekben, az önjellemzéshez képest, alátámasztva a korábbi eredményeket. A negyedik hipotézis mentén a nem, az ADHD jelenléte és az agresszió típusa között mutakozó interakció kutatásunk egyik szélesebb tudományos érdeklődésre is igényt formáló újdonsága. Az ADHD jelenléte a lányok esetében az RA értékeket jelentősen megemeli. Az eredmény felhívja a figyelmet az externalizációs diagnózissal rendelkező lányok magasabb fokú sérülékenységének

lehetőségére. A metaanalízis alapú eredményekkel ellentétben, a vizsgált mintában nem volt eltérés a metilfenidát kezelést kapó és nem kapó ADHD-s serdülők között RA és PA tekintetében.

#### *A három vizsgálat eredményeinek összevetése*

Az első hipotézist és a bevezetőben tárgyalt – az agresszió neurodevelopmentális keretére vonatkozó – elméletet alátámasztja második vizsgálatunk eredménye, ahol a M.I.N.I. és az RPA kérdőív alapján a RA kapcsolatban áll a hiperaktivitás és az impulzivitás tüneteivel az ADHD diagnózisból (végrehajtó deficit), az agresszív tünetekkel a CD-ből (empátiahiány), és az ODD tünetekkel (érzelmi reaktivitás, fenyegettség). A PA az impulzivitással (végrehajtó deficit) és a viselkedési zavar összes tünetével hozható összefüggésbe. ADHD diagnózis jelenléte mellett RA és PA szintje mindhárom vizsgálatban emelkedett értéket mutatott. Ezek az eredmények replikálják, kiterjesztik más kutatások eredményeit és alátámasztják az impulzivitás szerepét az agresszió mindkét típusának neurodevelopmentális hátterében. Eredményeink felhívják a figyelmet az ADHD-s serdülők sérülékenységére az agresszív viselkedés mentén. A vizsgálatok közül egyik sem mutatott ki különbséget az önjellemzés alapján meghatározott proszocialitásban a csoportok között. Az eredmény

alátámasztja, hogy a proszocialitás nagy változatosságot mutat és nem közvetlenül kapcsolódik az agresszióhoz, legalábbis nem annak minden neurodevelopmentális útja mentén. Az SDQ és ICU kérdőívek szülői és önjellemzés eredményeinek összehasonlításában a szülői értékelés sok esetben több, súlyosabb problémát feltételez az önjellemzésnél. A különbség hangsúlyosabb a klinikai populációban és az externalizációs tünetek mentén egyaránt. Az ADHD-s lányok RA-nak magas értéke egybevág egy friss nemzetközi kutatás eredményével és felhívja a figyelmet a lányok agresszió tekintetében mutatott lehetséges sérülékenységre externalizációs zavarokban.

### *Új eredmények*

1. A reaktív és proaktív agresszió emelkedett szintjének leírása externalizáló és ADHD-s populációban, illesztett kontroll, illetve illesztett klinikai kontroll mintához viszonyítva.
2. Lány ADHD-s és externalizáló klinikai populációban a fiúkhoz viszonyítottan is jelentősen megemelkedett reaktív agresszió szintek vannak jelen.
3. Az egyes klinikai komorbiditások jelentősen befolyásolják a reaktív és proaktív agresszió szintjét externalizáló serdülőkben.



4. A proszocialitás és agresszivitás egymástól eltérő trajektoriak mentén halad, a proszocialitás megítélésében externalizáló populáció esetében a szülői minősítések szignifikánsan nagyobb különbségeket jeleznek, mint a serdülők önbevallásos eredményei.

### **Saját publikációk jegyzéke**

#### *Az értékezéshez közvetlenül kapcsolódó közlemények*

Aspan N, Bozsik C, Gadoros J, Nagy P, Inantsy-Pap J, Vida P, Halasz J. (2014) Emotion Recognition Pattern in Adolescent Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biomed Res Int*, 2014; 8. <https://doi.org/10.1155/2014/761340>

Vida P, Balazs J, Gadoros J, Nagy P, Halasz J. (2022) Reactive and proactive aggression in clinical adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: The moderating role of gender and comorbidities. *Clin Child Psychol Psychiatry* 27: 412-423. <https://doi.org/10.1177/13591045211055068>

Vida P, Halász J, Gádoros J. (2013) Aggressive and prosocial behavior in childhood psychopathology. *Psychiatr Hung*, 28: 261-273.

#### *További jegyzett közlemények*

Aspan N, Vida P, Gadoros J, Halasz J. (2013) Conduct symptoms and emotion recognition in adolescent boys with externalization problems. *Sci World J*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/826108>

Balazs J, Miklosi M, Halasz J, Horváth LO, Szentiványi D, Vida P. (2018) Suicidal risk, psychopathology, and quality of life in a clinical population of adolescents. *Front Psychiatry*, 9: 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00017>

Nagy P, Bognár E, Farkas L, Kenézlői E, Vida P, Gáboros J, Tárnok Z. (2020) Clinical characteristics of children with Tourette's Syndrome. *Psychiatr Hung*, 35: 37-45.

Szentiványi D, Halász J, Horváth LO, Kocsis P, Miklósi M, Vida P, Balázs J. (2019) Quality of life of adolescents with conduct disorder: Gender differences and comorbidity with oppositional defiant disorder. *Psychiatr Hung*, 34: 280-286.

Szentiványi D, Halász J, Horváth LO, Mészáros G, Miklós M, Velo S, Vida P, Balázs J. (2017) Cross-Informant Agreement Between Parent-Reported and Adolescent Self-Reported Quality of Life in children with externalising symptoms. *Psychiatr Hung*, 32: 332-339.