

Válasz az opponensi véleményekre

Köszönöm mindhárom opponensem, Dr. Csepeli György, Dr. Janka Zoltán és Dr. Túry Ferenc professzorok javaslatait, valamint kritikai és támogató észrevételeiket. Mindhárom opponensemnek hálás vagyok a disszertáció értékeléséért, valamint azért, hogy meglátásaikkal segítették munkám továbbgondolását. A megfogalmazott észrevételekre a Doktori Tanács ajánlását követve összevontan válaszolok.

Csepeli György professzor joggal hívja fel a figyelmem a témám interdiszciplináris jellegére, s így módon az értelmezési keret tágításának lehetőségeire a filozófiai antropológia, a szociológia, az anómia-elmélet irányába. Mindezek az értelmezési keretek valóban rendkívül fontosak az addiktív magatartások megértéséhez, interdiszciplináris beágyazásához. Disszertációmiban azonban a terjedelmi korlátok, valamint a tartalmi és diszciplináris fókusz tartása, továbbá az eredmények közlésének logikája arra késztettek, hogy maradjak a kitűzött epidemiológiai, tüneti, klinikai, mérés-módszertani és személyiségpszichológiai területen belül, s ezért kényszerűen elkerültem a Csepeli professzor által felvetett irányok és szerzők tárgyalását. Ezzel együtt, hangsúlyoznom kell, hogy teljes mértékben egyetértek a felvetésekkel, olyannyira, hogy egyes más, korábbi munkáimban utalok is néhányra a felvetett szempontok közül. Ezeken túlmutatóan azonban, jövőbeli kutatásaimban mindenképp törekedni fogok ezen szempontok érvényesítésére.

Külön hálás vagyok Freud „A mindennapi élet pszichopatológiája” c. művének említéséért, amely valóban további értelmezési keretet nyújthat a disszertáció fókuszában lévő kompulzivitás-impulzivitás kérdéshez. A freudi determinizmus elképzelés ugyanis valóban azt veti fel, hogy bár a két működésmód látszólag egymással ellentétes, valójában mindkettő pszichésen determinált, hasonló célokat szolgál, s hasonló mechanizmusok mentén bonatkozik ki. Tulajdonképp, ha a jelenlegi diagnosztikus szempontrendszerrel eltekintünk, akkor beláthatjuk – s e tekintetben Freud említett műve fontos támpont – az impulzív viselkedés kényszeres jellegét és a kényszeres viselkedésben rejlő impulzivitást.

Szintén igaza van opponensemnek, hogy a „network” hatások elemzése nem kapott kellő hangsúlyt, holott az adott viselkedési zavar nyilvánvaló kapcsolatot kell mutasson a személy társas hálózatának zavarával is. Ezt a felvetést igazolja az is, hogy a kutatásaink során kialakításra került, az internethasználat, illetve az onlinejáték-használat problémásságát mérő kérdőívekben (PIUQ, illetve POGQ), csakúgy, mint a motivációs háttérrel vizsgáló MOGQ kérdőívben markánsan megjelent a szociális aspektus. A PIUQ-ban az *elhanyagolás faktor* szociális aspektusa, a POGQ-ban még explicitebben az *interperszonális konfliktus*, illetve a *társas izoláció* dimenziók, míg az MOGQ esetében a *társas motívum* faktor jelzi a társas tér fontosságát. Opponensem felvetése mindazonáltal jogos. A disszertációban ezen tényezők tüneti, klinikai elemzésével foglalkozom részletesen, a tágabb szociológiai vagy akár szociálpszichológiai kerettel nem. Megintcsak arra tudok hivatkozni, hogy a disszertáció másirányú fókusza és a terjedelmi keretek késztettek erre, s nem pedig ezen társadalmi vonatkozások negligálása vagy akárcsak alulértékelése. Ellenkezőleg, más munkáimban magam is hangsúlyozom annak a szélesebb társadalmi-kulturális közegnek a fontosságát, amelyben ezek a jelenségek megjelennek, értelmet nyernek, s amelyre természetesen vissza is hatnak.

Jogos opponensem felvetése a survey módszer és az önbeszámolás kérdezés limitációi tekintetében is. Valamennyi kutatásban a legkörültekintőbb módszertani megfontolásokkal élünk és

az általunk alkalmazott személyes megkérdezésen alapuló adatfelvételek módszere sok év sok korábbi kutatása alatt csiszolódott olyan formára, hogy minél inkább biztosítani tudjuk az eredmények megbízhatóságát ilyen szenzitív témák esetében is. Hasonlóképp az online kérdezés esetében is több olyan módszertani fogással élünk, amelyek segíthették az adatfelvételt. Így például az V., VIII. és IX. adatfelvételek résztvevőit személyesen, szisztematikus mintavétel során rekrutáltuk, s ezt követően került sor az online megkeresésre és kérdőívkitöltésre. Ezzel együtt el kell ismerjem, a legkörültekintőbb módszertani eljárás sem oldja meg természetesen az önbeszámolás korlátjait, s ily módon külön köszönöm opponensemnek, hogy felhívta a figyelmem Barabási Albert-László Villanások c. kötetére, illetve az általa idézett japán kutatásra. Valóban fontos olyan objektív viselkedéses vagy egyéb markerek azonosítása, feltárása, amelyek a különböző zavarok diagnosztizálásában kiküszöbölik az önbeszámolás szubjektív torzításait.

A módszertani kérdéseknél maradv Janka professzor úr rákérdez a testi kinézettel való elégedettséget mérő kérdések tartalmára. Mivel a kérdőív saját alkotású eszköz volt a kutatásban, így valóban szerencsésebb lett volna, ha bekerül a mellékletekbe. A kérdőív olyan, általános, a testi kinézettel kapcsolatos kérdéseket tartalmazott, mint pl. „Elégedetlen vagyok a külsőmmel”, „Fürdőruhában feszengek”, „A külsőm legtöbbször tetszik az embereknek”. A nyolc kérdés alkotta kérdőív magas belső konzisztenciát mutatott (Cronbach-alfa=0,809), így az elemzések során összesítve, egységes skálaként alkalmaztuk.

Opponensem – a fenti kutatással kapcsolatosan, de tágabb vonatkozásban is – felveti azt a releváns kérdést, hogy amikor depresszióról vagy depresszív tünetekről van szó, akkor mennyire klinikai értelemben vett (major) depressziót vagy pusztán depresszív tüneteket kell érteni ez alatt. Magam, ebben a vonatkozásban minden esetben törekedtem arra, hogy „depresszív tünetekről”, s ne depresszióról beszéljek, hiszen az alkalmazott módszerek semmi esetre sem tettek lehetővé diagnózist. Mind az I. kutatásban alkalmazott CES-D kérdőív, mind a többi tanulmányban alkalmazott SCL-90-R, illetve BSI kérdőívek, csakúgy, mint az alkalmazott önbeszámolós módszer, a tünetek súlyosságának becslésére igen, azonban a depresszió diagnosztizálására nem voltak alkalmasak. Hasonló a helyzet a szorongás, illetve szorongásos tünetek esetében is. Ily módon az általunk alkalmazott módszerek arra a kérdésre nem tudnak választ adni, hogy milyen arányban beszélhetünk klinikai értelemben vett (major) depresszióról; igaz, jelen kutatások célkitűzése és módszertana ténylegesen nem is célozta ezeket a komorbiditás vonatkozásokat feltárni, hanem sokkal inkább a depresszív, illetve szorongásos tünetek megjelenése és az egyes viselkedési addikciók közötti kapcsolatot akartuk vizsgálni. Nemzetközi viszonylatban is nagyon kevés a vonatkozó adat, ahol klinikai mintán pszichiátriai diagnózis mentén tárták fel a depresszió és/vagy szorongásos zavarok, illetve az online játszás vagy internetfüggőség komorbiditását. Bozkurt és mtsai. (2013) például 60 internetfüggő serdülő (10-18 évesek) esetében 71,7%-nál azonosítottak szorongásos zavart, míg 38,3%-nál hangulatzavart, míg Müller, Beutel és Wölfling (2014) felnőtt mintán igazolták a kapcsolatot. A kérdést azonban tovább nehezíti, hogy az internetfüggőség, illetve az online játékokkal kapcsolatos függőség diagnózisa sem megoldott egyelőre.

Valóban lényegi a Janka professzor úr által felvetett kérdés, amely a pszichotikusság és az ellenségesség kiemelkedésére vonatkozik a BSI faktorok közül mind az internetfüggőség, mind – bár itt más dimenziók is szerepet kapnak, de – az online játszás esetében is. A pszichotikusság és a problémás internethasználat kapcsolatára valóban alig utalnak korábbi tanulmányok (Mittal, Dean és Pelletier, 2013; Müller és mtsai, 2014), igaz, ez a kérdés nem is került soha a figyelem fókuszába. Ezzel együtt, mind az internethasználatában általában, mind pedig specifikusan az online játékok használatában megjelenik a realitás, a valóságos világ távolításának a motívuma, s tulajdonképp egy

másfajta valóság keresésének igénye, ami magyarázhatja a talált összefüggést. Ezt erősíti az online játszás háttérében azonosított fantázia és eszképzizmus dimenziók megjelenése is. Hasonlóképp utalhatunk a versengés, mint motivációs faktor és az ellenségesség kapcsolatára. Meg kell azonban jegyezni egy további módszertani szempontot is. Valóban, mindkét korrelációs táblázat azt jelzi, hogy a külön-külön nézett korrelációkban a PIUQ és a POGQ kapcsolata az egyes SCL/BSI tüneti dimenziókkal nagyon hasonló mértékű (a PIUQ esetében a szomatizáció dimenzió kivételével 0,28-0,41 közötti, míg a POGQ esetében 0,40-0,50 közötti), ugyanakkor, az egyes tüneti dimenziók egymással igen magas korrelációt mutatnak. Egy friss elemzésünk szerint (Urbán és mtsai, 2014), ez tulajdonképp azt jelzi, hogy a tüneti faktorok az eredeti modellben jelzett elkülönülés mellett egy magasabb szinten egy közös, globális tünetsúlyossági faktorba rendeződnek. Mindez magyarázza egyes, esetlegesen a modellben szignifikánsnak várt dimenziók kiesését. Emiatt ugyanakkor újabb elemzéseinkben (Király és mtsai, 2014) a BSI dimenziókat egységesen, egy globális tüneti skálaként kezeltük, s az eredmények, részben a disszertáció eredményeit is megerősítve azt mutatták, hogy a fent említett eszképzizmus, illetve a versengés motivációs dimenziói járultak hozzá a legnagyobb mértékben a problémás játszáshoz, illetve a pszichiátriai tünetek mediálásához (l. 1. ábra).

Elgondolkodtató kérdést vet fel Janka professzor úr a POGQ és a POGQ-SF skálakon végzett látens profil elemzések eredményeként kapott eltérő mintázatok tekintetében. Az eredmények szerint ugyanis míg a POGQ esetében a *megvonás* dimenzió mutatja a legmagasabb értéket, amit a társas izoláció, majd az interperszonális konfliktus és az obszesszió követ, addig a POGQ-SF esetében a *belefeledkezés* mutatkozik dominánsnak, amelyet az obszesszió, a megvonás és az interperszonális konfliktus követ. A lényegi különbség tehát elsősorban a *belefeledkezés* kiemelkedésében van a POGQ-SF esetében, illetve a *társas izoláció* és kisebb részt a *megvonás* megnövekedett hangsúlyában a POGQ vonatkozásában. A tételek, köztük a POGQ-SF esetében elhagyott néhány tétel tartalmi elemzése éppúgy, mint az elhagyás során alkalmazott pszichometriai megfontolások nem teszik valószínűvé, hogy a jelenséget a faktorok tartalmi módosulása okozná. Valószínűbb magyarázatot a két minta eltérése adhat, hiszen míg a POGQ esetében felnőtt, férfi dominanciájú mintát vizsgáltunk (90% férfi, átlagéletkor 21 év [SD=5,85 év]), addig a POGQ-SF elemzés mintájában lényegesen több nő (lány) volt (34,6%) és az átlagéletkor is közel 5 évvel alacsonyabb volt (16,4 év [SD=0,85 év]). Ez az életkori, illetve nemi eltérés reális magyarázat lehet a különbségekre, ami azt jelezne, hogy a serdülő populációban a belefeledkezés nagyobb kockázatot jelenthet a játékokkal kapcsolatos problémák kialakulása szempontjából, mint a felnőtteknél, utóbbiaknál azonban társas izoláció és a megvonás bír relatív nagyobb jelzőértékkel.

Figyelemreméltó opponensem felvetése az MOGQ *rekreáció* faktorával kapcsolatosan. Feltehetőleg ennek a dimenzióknak a korábbi negligálása az addiktív vagy problémás magatartások azon általános megközelítéséből adódik, amely exkluzív módon a problémára, az adott viselkedés negatív következményeire és negatív (coping típusú) motivációs háttérre fókuszál. Az MOGQ kialakításánál azonban explicit célunk volt, hogy a minél teljesebb motivációs bázist feltárjuk, s ennek megfelelően azonosítottunk olyan, korábban nem tárgyalt dimenziókat, köztük elsősorban a rekreáció faktort, amely bár meghatározó motivációs ok, a problémás viselkedés szempontjából valójában elhanyagolható jelentőségű (l. újabb elemzésünket az 1. ábrán). A jelenség egyébként általános a potenciálisan addiktív viselkedések vonatkozásában, amennyiben a kutatások ritkán helyeznek hangsúlyt ezen viselkedések normál (problémamentes tartományának) vizsgálatára, s ennek motivációs háttérre. Kivétel újabban az alkoholhasználattal kapcsolatos motivációk vizsgálata, ahol elsősorban a „fokozós” motivációnak elnevezett dimenzió mutat valamelyes

hasonlóságot az általunk azonosított rekreáció faktorról (Kuntsche és mtsai, 2005; Németh és mtsai, 2011).

A kérdés további részére reagálva, azt feltételezem, hogy a rekreáció hangsúlyosságát elemzésünkben a minta heterogén és normatív volta adja. A jelen vizsgálatban nem problémás játékosokat, hanem egy változatos játékintenzitással jellemezhető játékos populációt vizsgáltunk, így reális, hogy esetükben a domináns motivációt a kikapcsolódás (rekreáció) jelentse. Ezt az értelmezést erősíti az is, hogy a társas dimenzió szintén hangsúlyosnak mutatkozott. Mindezt, az itt mellékelt 1. ábra is megerősíti, amely jól mutatja, hogy annak ellenére, hogy e két dimenzió általánosságban meghatározó motivációs faktor a játék háttérében (l. 4.2–17. táblázat a disszertációban), a problémás játékkal viszont nem mutatnak kapcsolatot (l. 1. ábra a jelen válaszban).

Opponensem rámutat, hogy míg az internethasználat esetében az impulzivitás, addig az online játékok esetében a szenzoros élménykeresés dimenziók kerültek be a tünetskálákkal való kapcsolatot vizsgáló modellekbe (4.2–4. és 4.2–5. ábrák a disszertációban). Az ok sajnos egyszerűen annyi, hogy a két vizsgálat külön tervezésénél eltérő szempontok érvényesültek, s ekkor az elemzések a disszertációban megvalósuló kontextusa még nem volt előtérben.

Érdekes opponensem felvetése a WART (Munkafüggőség Kockázata Kérdőív) adaptálásával kapcsolatosan, amely az eredeti, általunk módosított faktorstruktúrára vonatkozik, s örülök, hogy opponensem egyetért az általunk tett módosítási javaslatokkal. Valóban, a tételek tartalma alapján furcsa volt az eredeti „Sérült kommunikáció/önfeladás” elnevezés. Elemzésünk nyomán az önfeladásra utaló tételek (Több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szeretteimmel való kapcsolatomra”, illetve „Elfelejttem, vagy nem törődöm az ünnepekkel, mint pl. a születésnapok, osztálytalálkozók, évfordulók vagy a nyaralás”) kiestek a kérdőívből, illetve más faktorba kerültek, míg a fennmaradó három tétel elnevezése, véleményem szerint, egyszerűen szerencsétlen volt, ezért is javasoltuk az átnevezésüket.

Janka Zoltán professzor végül azt kérdezi, hogy osztom-e Hollander és Wong (1995) koncepcióját, amely a különböző – addiktív jellegű – zavarokat egy kompulzivitás-impulzivitás tengely mentén helyezi el. A 4.8. fejezet alapján semmi esetre sem gondolom megerősítettnek Hollander és kollégája feltételezését, hiszen az itt közölt adatok éppen azt mutatják, hogy valamennyi általunk vizsgált jelenség esetében a probléma súlyossága mind a kényszeres tünetek, mint az impulzív jellemzők növekedésével együjtjár. Ellentmond a feltételezésnek az is, hogy a szenzoros élménykeresés, illetve az impulzivitás, jelen adatok szerint, enyhe pozitív korrelációt mutat (l. 4.1–22. táblázat és 4.2–20. táblázat a disszertációban). A klinikai megfigyelések szintén nem támasztják alá a feltételezést, hiszen ezek, ahogy fentebb is említettem, éppen ellenkezőleg a két jellemző gyakori együttes megjelenését jelzik, csakúgy, mint néhány rendelkezésre álló epidemiológiai adat (l. Grant, 2008). Áttételesen ezt az irányt igazolja az is, hogy a 2013-ban megjelent DSM-5-ben (American Psychiatric Association, 2013) létrehozott új csoport, igaz, hogy „Obszesszív-kompulzív és kapcsolódó zavarok” elnevezés alatt (azaz az impulzivitásra való utalás nélkül), de nem csak a Hollanderi kényszeres zavarokat (kényszerbetegség, test diszmorfiás zavar), hanem a korábban az impulzuskontroll-zavaroként azonosított trichotillomániát is tartalmazza. A kérdés lezáratlanságát jelzi mindazonáltal, hogy ebből – a korábbi impulzuskontroll-zavar – csoportból több zavar (pirománia, kleptománia) maradt ebben a csoportban, míg a szerencsejáték-függőség az addiktív zavarok közé került. Mindezek alapján, egyrészt csak megerősíteni tudom Janka professzor úr véleményét, hogy a „viselkedési addikciók” kifejezéssel kapcsolatosan még várhatóak koncepcionális viták, másrészt azonban megerősítettnek látom azt a nézetet is, hogy ez a

koncepció hosszabb távon, elegendő empirikus bizonyíték birtokában megfelelő keretet biztosíthat a most külön csoportokban tárgyalt zavarok egységes szemléletéhez. Ezen törekvéshez – egyetértve opponensemmel – valóban hozzájárulhatna, ha a bioinformatika mellett a pszichológiai és társadalomtudományi adatok is hasonló szisztematikussággal kerülhetnének gyűjtésre, feldolgozásra és megosztásra, mint történik az például a genetikai, genomikai vizsgálatok esetében, de kétségtelen az is, hogy ezt egyelőre sok minden nehezíti; többek között például ezen adatok heterogén jellege, sőt, ahogy korábban említettem, akár a diagnózisok bizonytalansága is.

Köszönöm opponenseim formai és nyelvi megvalósításra tett pozitív észrevételeit, s egyúttal elismerem az e téren észrevételezett hiányosságokat is. Ily módon sajnálom, hogy néhány kérdőív rövidítése nem került be a rövidítések jegyzékébe. Jogos Janka professzor úr felvetése a tekintetben is, hogy az „etalon” szó elterjedtebb, mint az általam alkalmazott „aranystandard”, s Túry professzor úr észrevételeinek is igazat kell adjak. Ezek közül kiragadnám az „eszképizmus” szó problematikáját, amely valóban végigkíséri ezirányú kutatásaink közléseit, azonban megvallom, mindeddig nem találtam, találtunk megfelelőbb kifejezést. A „menekülés” szó nem csak túlságosan általános, de foglalt is és számos olyan – jórészt köznyelvi – jelentéstartalommal (is) bír, ami nem teszi valódi jó alternatívává.

Ide kapcsolódik Janka professzor úr teljesen jogos jelzése az MMOFPS és MMOFPSG rövidítések kettős alkalmazásáról, ami valóban nem szerencsés, illetve jelezni kellett volna, hogy utóbbiban az utolsó „G” betű már magára játékra utal. Sajnos, valóban kimaradt a rövidítések listájából az EDS (Exercise Dependence Scale; Testezés Függőség Skála) és az EAI (Exercise Addiction Inventory; Testezés Addikció Kérdőív). A 184. oldalon pedig valóban elírás nehezíti a megértést, tévesen MMORPS-t írtam az MMOFPS játékosok helyett. Az opponensem által említett mondat tehát arra utal, hogy ez a játékos csoport annak ellenére, hogy az átlagos játékidéje kevesebb, mint az MMORPG játékosoké (ami bár nem feltétlen meghatározó tényezője a problémás játéknak, de mindenképp egy releváns dimenzió), mégis külön figyelmet érdemel, mivel alacsony életkoruk és alacsony iskolai végzettségük sérülékenyebbé teheti őket. Az alacsonyabb életkor (az MMOFPS játékosok átlagosan több, mint két évvel fiatalabbak, mint a másik két csoport tagja) más kutatások alapján plusz kockázati faktort jelenthet a függőségi problémák kialakulásában. Hasonlóképp köszönöm, hogy opponensem egy másik elírásra is felhívta a figyelmem. A 242. oldalon található 4.4–5. táblázat utolsó sora valóban „összesen” címkét kellett volna, hogy kapjon.

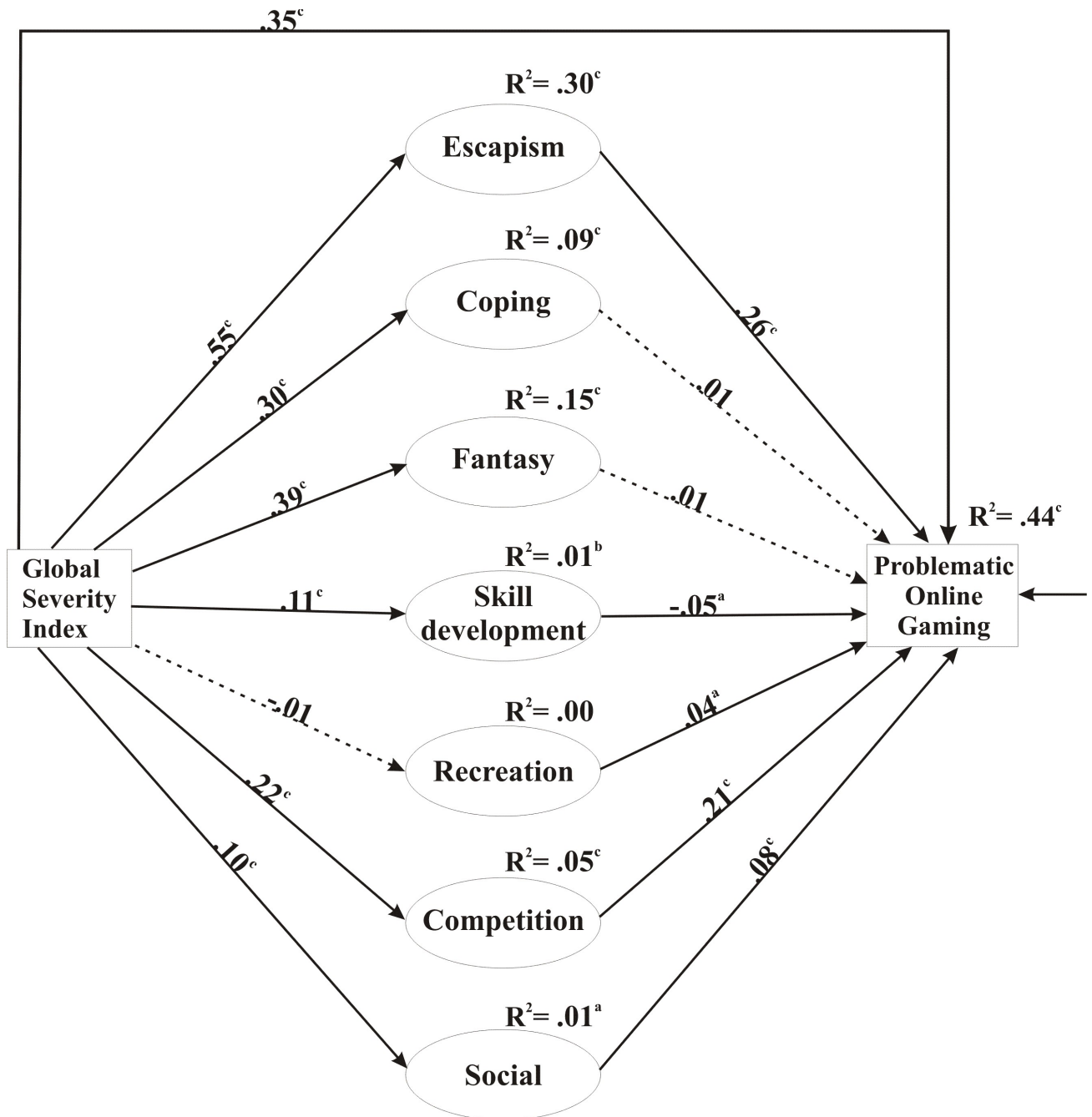
Ahogy a disszertációban is megfogalmaztam, s Csepeli György professzor is visszautalt erre, ez a munka valóban nem lezárt, s számos további kérdést vet fel, amelyek a következő évek kutatásához nyújthatnak ötleteket, múniciót. Ezen felmerülő kérdések közül több sorra is került már a disszertáció elkészülte óta eltelt közel másfél év kutatásaiban. A folyamatban lévő és folytatást jelentő kutatások közül ki kell emelnem a klinikai validálás és a kulturális összehasonlító elemzések kérdését, amelyek fontosságát Csepeli György opponensem is hangsúlyozza. Előbbi esetében jelenleg tervezünk olyan vizsgálatot, amely a klinikai validálást lehetővé tenné, míg az internetfüggőség és az online játszás esetében másfél éve folyik egy vizsgálatunk nemzetközi együttműködésben, amelyben egyesült királyságbeli, norvég, szlovén, olasz, francia, német, dél-koreai és portugál kollégákkal közösen validáljuk az általunk kialakított PIUQ, POGQ és MOGQ kérdőíveket. A validáláson túl az internethasználat és az online játék motivációs hátterét, valamint személyiségpszichológiai és pszichopatológiai korrelátumait is kulturális összehasonlító keretben vizsgáljuk.

Még egyszer szeretném megköszönni opponenseimnek a disszertáció értéklésének munkáját, s különösen is azt, hogy ezen munkán túlmutatólag olyan új szempontokat nyerhettem a bírálatokból, amelyek hozzájárulhatnak az eddigi kutatások értelmezési, elemzési keretének tágításához, illetve támpontul szolgálhatnak a téma további kutatásához.

Nagyrákos, 2014. május 23.

Demetrovics Zsolt

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. DSM-5TM*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67, 352-359
- Grant, J. E. (2008). *Impulse Control Disorders: A Clinician's Guide to Understanding and Treating Behavioral Addictions*. New York, NY: Norton Press.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841–861.
- Mittal, V. A., Dean, D. J., Pelletier, A. (2013). Internet addiction, reality substitution and longitudinal changes in psychotic-like experiences in young adults. *Early Interv Psychiatry*, 7, 261-269.
- Müller, K. W., Beutel, M. E., Wölfling, K. (2014). A contribution to the clinical characterization of Internet addiction in a sample of treatment seekers: Validity of assessment, severity of psychopathology and type of co-morbidity. *Compr Psychiatry*, 55, 770-777.
- Németh, Z., Kuntsche, E., Urbán, R., Farkas, J., Demetrovics, Z. (2011). Why do festival goers drink? Assessment of drinking motives using the DMQ-R SF in a recreational setting. *Drug and Alcohol Review*, 30, 40–46.
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, Gy., Unoka, Z., Felvinczi, K., Oláh A., Demetrovics Z. (2014). Bifactor structural model of Symptom Checklists: SCL-90 and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry Research*, 216(1), 146-154.



1. ábra: A BSI globális súlyosság skálája, az online játszás motivációs dimenziói (MOGQ), illetve a problémás online játszás (POGQ) közötti mediációs útmodell (^a $p < .05$; ^b $p < .01$; ^c $p < .001$.)