

Test przesiewowy na uzależnienie od zachowań seksualnych (Sexual Addiction Screening Test - Revised) SAST-PL-M

Poniżej znajdziesz 20 stwierdzeń. Ustosunkuj się do nich udzielając odpowiedzi TAK lub NIE.
W tym teście nie ma odpowiedzi dobrych ani złych.

1. Czy doświadczyłeś wykorzystania seksualnego w dzieciństwie lub młodości?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Czy Twoi rodzice mieli jakieś problemy z życiem seksualnym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Czy często łapiesz się na tym, że myślisz o sprawach związanych z seksem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Czy masz poczucie, że Twoje zachowania seksualne nie są normalne?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że czułeś się źle z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. Czy Twoje zachowania seksualne kiedykolwiek spowodowały problemy w Twoim życiu lub w życiu osób z Twojej rodziny?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7. Czy kiedykolwiek poszukiwałeś pomocy z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8. Czy skrzywdziłeś kogoś z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9. Czy którekolwiek z Twoich zachowań seksualnych było związane z łamaniem prawa?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
10. Czy podejmowałeś wysiłki, aby zaprzestać któregoś ze swoich zachowań seksualnych, ale nie udało Ci się to?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
11. Czy są takie zachowania seksualne, które ukrywasz przed innymi ludźmi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
12. Czy podejmowałeś próby, aby zaprzestać, któregoś rodzaju swojej aktywności seksualnej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
13. Czy czułeś się zagrożony lub poniżony z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
14. Czy po aktywności seksualnej czujesz się przygnębiony?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

15. Czy masz wrażenie, że Twój popęd seksualny ma nad Tobą kontrolę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
16. Czy zaniedbywałeś ważne obszary swojego życia (tj. pracę, rodzinę, przyjaciół, rozrywkę w wolnym czasie) z powodu poświęcania zbyt dużej ilości czasu na seks?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
17. Czy kiedykolwiek miałeś poczucie, że popęd seksualny jest silniejszy od Ciebie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
18. Czy seks jest prawie wszystkim, o czym myślisz?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
19. Czy kiedykolwiek seks lub fantazje romantyczne były dla Ciebie ucieczką od problemów?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
20. Czy seks stał się najważniejszą rzeczą w Twoim życiu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Wynik końcowy stanowi suma odpowiedzi TAK. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w Teście przesiewowym na uzależnienie od zachowań seksualnych wynosi 20.

Interpretacja wyników:

- ≤ 5 punktów - bardzo małe prawdopodobieństwo występowania problemów z kontrolą zachowań seksualnych
- > 5 punktów - może stanowić wskazanie do pogłębienia wywiadu w kierunku uzależnienia od zachowań seksualnych