

Sexual Addiction Screening Test – polska adaptacja

Polish adaptation of Sexual Addiction Screening Test – Revised

Mateusz Gola^{1,2}, Maciej Skorko¹, Ewelina Kowalewska³,
Aleksandra Kołodziej³, Małgorzata Sikora³, Mateusz Wodyk³,
Zuzanna Wodyk³, Paweł Dobrowolski¹

¹ Instytut Psychologii PAN

² Swartz Center for Computational Neuroscience, Institute for Neural Computations,
University of California, San Diego

³ Wydział Psychologii Uniwersytetu SWPS

Summary

Introduction. Addictive sexual behaviours are gaining more and more attention from researchers. There are actually 25 different questionnaires for assessing the level of loss of control over sexual behaviours (LoCoSB). None of them have been adapted and validated in a Polish language version.

Aim. The main aim of this work was to make such an adaptation of the Sexual Addiction Screening Test-Revised (SAST-R; the most popular and questionnaire).

Methods. For the purpose of psychometric features examination and validation of the Polish version of SAST-R (SAST-PL-M), we recruited 116 heterosexual men receiving psychological treatment due to LoCoSB and meeting the criteria for hypersexual disorder. The control group consisted of 442 heterosexual males having never looked for any psychological or psychiatric help due to LoCoSB.

Results. SAST-PL-M has high reliability (Cronbach's $\alpha = 0.904$) and good filtering characteristics for identification of people who are potentially experiencing difficulty with control over sexual behaviours (the ROC curve for a threshold of 5 out of a maximum 20 points is characterised by a sensitivity of 99.1% and a specificity of 78.3%).

Conclusions. SAST-PL-M can be used as an efficient screening test for symptoms of LoCoSB in clinical and research setups. Results below 5 points indicate a high probability of no problems, while more than 5 points can indicate the need for additional clinical interviews.

SAST-PL-M results may be successfully referred to the results of SAST-R when used with heterosexual male populations for research purposes.

Słowa kluczowe: zaburzenie hiperseksualne, test, nałogowe zachowania seksualne, SAST

Key words: hypersexual disorder, test, compulsive sexual behaviour, SAST

Wstęp

Problemy z kontrolą czynności seksualnych są spotykane w praktyce psychologicznej, psychiatrycznej i seksuologicznej [1]. Coraz więcej mówi się o nich również w środkach masowego przekazu oraz literaturze fachowej. Źródło problemów tego typu nie jest dobrze poznane. Część badaczy wskazuje na rozwój szerokopasmowego dostępu do sieci Internet, który przyczynił się do upowszechnienia łatwego dostępu do bodźców seksualnych w postaci materiałów pornograficznych [2–4], niektórzy wskazują na zmiany społeczne, które sprawiły, iż temat seksualności przestał stanowić tabu w kulturze zachodniej [5].

Osoby poszukujące pomocy psychologicznej w związku z nałogowymi zachowaniami seksualnymi najczęściej zgłaszają trudności związane z kontrolą czasu spędzanego na oglądaniu pornografii (przeważnie internetowej), częstotliwością masturbacji (zdarza im się wpadać w wielogodzinne ciągi oglądania pornografii, którym towarzyszy wielokrotna masturbacja lub w wyniku nagłego pobudzenia masturbują się w toaletach publicznych). Część osób zgłasza problemy związane z utratą kontroli nad częstotliwością korzystania z płatnych usług seksualnych oraz ilością wydawanych na to pieniędzy lub z angażowaniem się w przygodne (nierzadko ryzykowne) kontakty seksualne [6–12]. Wspólnym mianownikiem powyższych symptomów jest ich kompulsywny charakter oraz niemożność zaprzestania danego typu zachowań mimo wielu prób i kosztów, z jakimi się one wiążą.

Według różnych źródeł problem nałogowych zachowań seksualnych może dotyczyć od 0,58% [13, 14] do 4% [15] populacji mężczyzn i od 0,4 [13, 14] do 3% [15] populacji kobiet. Statystyki prowadzone przez grupy 12-krokowe, udostępnione nam na potrzeby badań, wskazują, że w Polsce między rokiem 2009 a 2012 liczba członków grup samopomocowych poświęconych nałogowym zachowaniom seksualnym wzrosła o 340% [16].

Mimo obszernej liczby prac klinicznych w tym temacie, mechanizmy problemów z kontrolą zachowań seksualnych nie zostały jeszcze dobrze poznane. W literaturze określa się te problemy jako: sexual dependence [17], sexual addiction [6, 7, 18–22], hypersexuality [23–29], compulsive sexual disorder [30–34], paraphilia-related disorder [35, 36], sexual impulsivity [35, 37], nymphomania, out of control sexual behavior [38] lub compulsive sexual behavior [11, 39, 40, 41]. Wielość etykiet odzwierciedla brak konsensusu co do tego, jaką rolę w powstawaniu symptomów odgrywają mechanizmy kompulsywne, a jaką impulsywne, na ile traktować ten problem jako nałóg, a na ile jako zaburzenie popędu seksualnego. Najnowsze badania z zastosowaniem metod neuroobrazowania oraz farmakoterapii sugerują jednak podobieństwo do uzależnień od substancji i nałogowego hazardu [39, 42–46].

Jedną z najpowszechniej akceptowanych definicji omawianego problemu jest zaproponowane przez Kafkę „zaburzenie hiperseksualne” [36] (Hypersexual Disorder – HD), które bardzo trafnie opisuje symptomy typowe dla kompulsywnych zachowań seksualnych, jednak nie proponuje żadnego wyjaśnienia mechanizmu ich powstawania.

Aby rozpoznać HD, u pacjenta przez okres sześciu ostatnich miesięcy wystąpić powinny trzy z pięciu kryteriów objawowych (A) oraz jedno subiektywne (B) przy jednoczesnej nieobecności kryteriów wykluczenia (C):

- A1. Poświęcanie dużej ilości czasu na fantazje lub zachowania seksualne, notorycznie zaniedbując inne ważne (niezwiązane z seksem) cele, aktywności i zobowiązania.
- A2. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na dysforyczne stany emocjonalne (lęk, przygnębienie, znudzenie, poirytowanie).
- A3. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na stresujące wydarzenia życiowe.
- A4. Powtarzające się, ale nieskuteczne próby kontroli lub znacznej redukcji zachowań bądź fantazji seksualnych.
- A5. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania seksualne, przy bagatelizowaniu ryzyka doznania lub zadania innym krzywdy fizycznej lub emocjonalnej.
- B. W związku z częstotliwością lub intensywnością zachowań i fantazji seksualnych u pacjenta widoczny jest wysoki poziom stresu, dysfunkcji społecznych, zawodowych lub dysfunkcji obejmujących inny ważny obszar życia.
- C. Zachowania i fantazje seksualne nie są bezpośrednim efektem fizjologicznym stosowania substancji zewnętrznych (np. narkotyków lub leków).

HD nie weszło jednak do ostatecznej wersji klasyfikacji DSM-5 ze względu na brak dostatecznej ilości danych naukowych oraz brak zgody co do mechanizmów leżących u podłoża tego zaburzenia. Aby móc skutecznie zbierać takie dane, konieczne jest posiadanie nie tylko jasno zdefiniowanych kryteriów jakościowych (takich jak np. kryteria HD zaproponowane przez Kafkę), ale również trafnych i rzetelnych testów diagnostycznych, pozwalających na pomiary ilościowe. W pracy badawczej jest to narzędzie niezbędne do trafnej rekrutacji uczestników badań, natomiast w pracy klinicznej do szybkiej i skutecznej diagnozy skali problemu. Ludzie cierpiący z powodu nałogowych zachowań seksualnych często latami poszukują skutecznej pomocy, nie wiedząc, co się z nimi dzieje. Profesjonaliści spotykający pacjentów z takimi problemami, ze względu na brak odpowiednich narzędzi diagnostycznych, mogą czasami w ogóle tych problemów nie dostrzec. Uważamy, że dostarczenie polskim klinicystom rzetelnego i trafnego testu mierzącego poziom nasilenia nałogowych zachowań seksualnych będzie niezwykle pomocne w lepszym rozpoznawaniu tego typu problemów, natomiast naukowcom umożliwi prowadzenie badań z precyzyjnie zdefiniowanymi i porównywalnymi grupami klinicznymi.

SAST na tle innych metod kwestionariuszowych

Aktualnie w języku polskim nie funkcjonuje (według naszej wiedzy) żadne zwalidowane w toku badań naukowych narzędzie psychometryczne służące do pomiaru poziomu natężenia nałogowych zachowań seksualnych. W języku angielskim w roku 2013 [47] dostępne były 24 samoopisowe narzędzia kwestionariuszowe tego typu. W roku 2014 opublikowane zostało kolejne narzędzie kwestionariuszowe [48], które można zaliczyć do tej kategorii. Spośród 25 różnych dostępnych narzędzi psychometrycznych aż cztery to kolejne wersje SAST:

- Sexual Addiction Screening Test [49] (SAST; Carnes, 1989) – pierwsza wersja SAST,
- Sexual Addiction Screening Test for Gay Men [50] (G-SAST; Corley, 1999) – adaptacja SAST dla mężczyzn o orientacji homoseksualnej,
- Sexual Addiction Screening Test for Women [51] (W-SAST; O'Hara, 1999) – adaptacja SAST dla kobiet,
- Sexual Addiction Screening Test – Revised [52] (SAST-R; Carnes i wsp., 2010) – zrewidowana wersja SAST dla kobiet i mężczyzn.

Kwestionariusz SAST był pierwszym opublikowanym [49] narzędziem psychometrycznym służącym do badania poziomu natężenia nałogowych zachowań seksualnych. Ze względu na ponad 25-letnią historię został przetłumaczony na wiele języków oraz jest wykorzystywany w dziesiątkach badań naukowych i klinicznych. Jest również jednym z najbardziej rozpowszechnionych testów dotyczących zachowań seksualnych w polskim Internecie. Dużą popularność oraz wysoką liczbę nieautoryzowanych tłumaczeń zawdzięcza on popularności książek Patricka Carnesa, tłumaczonych od lat 90. na język polski (np. [53]).

Właściwości anglojęzycznego SAST-R

Ostatnia wersja narzędzia Sexual Addiction Screening Test – Revised [52] składa się z 20 podstawowych pozycji testowych oraz 25 dodatkowych pozycji wchodzących w skład czterech podskal dotyczących odpowiednio: kobiet, mężczyzn heteroseksualnych, mężczyzn homoseksualnych oraz wykorzystania Internetu do czynności seksualnych. Kluczowych 20 pozycji zwalidowanych zostało na bardzo dużych grupach pacjentów (565 mężczyzn oraz 85 kobiet) i grupie kontrolnej (252 mężczyzn i 119 kobiet). Spójność wewnętrzna narzędzia (mierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha) w zależności od grupy wynosiła od 0,868 do 0,904 (tab. 1). W pierwotnej wersji SAST [49] składającej się z 25 pozycji testowych, w analizie czynnikowej wyodrębniono cztery podskale tego narzędzia:

- 1) negatywny wpływ na nastrój/nieemożność powstrzymania się (ang. Affect Disturbance/Cannot Stop),
- 2) negatywny wpływ na relacje (ang. Relationship Disturbance),
- 3) nadmierne zaabsorbowanie/utrata kontroli (ang. Preoccupation/Loss of Control),
- 4) czynniki towarzyszące (ang. Associated Features), takie jak doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, problemy seksualne rodziców czy podejmowanie aktywności seksualnej z osobami nieletnimi.

Łącznie powyższe cztery czynniki wyjaśniały 44% wariancji wyników. W zrewidowanej wersji SAST-R [52] podstawowa skala składa się z 20 pozycji testowych. Mimo braku analizy czynnikowej dla tej skali, autorzy proponują podział na pięć wymiarów określonych jako:

- 1) negatywny wpływ na nastrój – znaczące obniżenie nastroju, z możliwością występowania stanów depresyjnych, lub wysokie natężenie lęku, związane z własnymi zachowaniami seksualnymi i ich konsekwencjami (pozycje 4, 5, 11, 13 i 14; tab. 1 i zał. 1),
- 2) negatywny wpływ na relacje – występowanie znaczących trudności w bliskich relacjach w związku z własnymi zachowaniami seksualnymi (pozycje 6, 8 i 16),
- 3) nadmierne zaabsorbowanie – występowanie uporczywych, obsesyjnych myśli na temat zachowań seksualnych, okazji do takich zachowań lub fantazji na ich temat (pozycje 3, 18, 19 i 20),
- 4) utrata kontroli – niezdolność do zaprzestania określonych zachowań seksualnych mimo problemów i kosztów, z jakimi się one wiąże (pozycje 10, 12, 15 i 17),
- 5) czynniki towarzyszące – cztery pytania związane z doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, problemami seksualnymi rodziców oraz podejmowaniem czynności seksualnych wobec osób nieletnich (pozycje 1, 2, 7 i 9).

Według Carnesa pierwsze cztery czynniki są kluczowymi symptomami nałogu [52], natomiast traumatyczne doświadczenia seksualne z przeszłości często towarzyszą nałogowym zachowaniom seksualnym [53].

Bardzo istotną właściwością SAST-R jest wysoka zdolność dyskryminacyjna testu w różnicowaniu osób z populacji klinicznej oraz kontrolnej. W badaniach Carnesa i wsp. [52] jako populację kliniczną określano osoby, które doświadczają subiektywnego poczucia utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi i korzystają z tego powodu z pomocy psychologicznej.

Krzywa ROC (oceny jakości klasyfikacji) w przypadku grupy mężczyzn pokrywa 86% obszaru 20 pozycji testowych i charakteryzuje się 95% przedziałem ufności z wartościami granicznymi wynoszącymi 83,3% oraz 88,7%. Próg odcięcia ustalony na sześciu punktach testowych charakteryzuje się maksymalną czułością (81,7%) oraz specyficznnością (77,8%).

SAST-R cechuje również względnie wysoka kompatybilność z kryteriami diagnostycznymi HD (porównanie 24 narzędzi pod tym względem: Womack i wsp., 2013 r. [47]). W kwestionariuszu możemy odnaleźć pytania dotyczące czterech z pięciu opisanych wcześniej kryteriów objawowych: A1 (pozycje: 3, 6, 16, 18; tab. 1), A3 (pozycja 19), A4 (pozycje: 10 i 12), A5 (pozycje: 8, 9, 13). Częściowo również kryterium B testowane jest za pomocą pozycji 3, 7 oraz 11, jednak ze względu na dość szerokie sformułowanie obszarów dysfunkcji („wysoki poziom stresu, dysfunkcji społecznych, zawodowych lub dysfunkcji obejmujących inny ważny obszar życia”) w tym kryterium konieczna jest dodatkowa ocena kliniczna. Kryterium C wykluczające osoby doświadczające kompulsywnych zachowań seksualnych w wyniku zażywania

substancji chemicznych nie jest testowane przez SAST-R. Podobnie nie jest testowany aspekt czasowy HD określający sześciomiesięczny minimalny okres występowania objawów.

Duże rozpowszechnienie SAST-R, jego długa obecność w badaniach nałogowych zachowań seksualnych oraz dobre właściwości psychometryczne skłoniły nas do podjęcia wysiłku zmierzającego do opracowania polskiej adaptacji i walidacji tego narzędzia. Ze względu na prowadzone przez nasz zespół zadania badawcze, podjęliśmy się adaptacji dobrze zwalidowanej wersji podstawowej SAST-R, zawierającej 20 pozycji testowych w tłumaczeniu w wersji męskiej.

Metoda

W celu adaptacji podstawowego kwestionariusza SAST-R w wersji męskiej trzech profesjonalnych tłumaczy wykonało równoległe tłumaczenia oryginalnych pozycji z języka angielskiego na polski. Następnie po konsultacjach z 20 niezależnymi osobami dokonaliśmy wyboru tłumaczeń wskazanych jako najlepsze przez największą liczbę osób. W kolejnym kroku dokonano tłumaczenia zwrotnego wszystkich wybranych pozycji na język angielski i przedstawiono go do weryfikacji autorom oryginalnej wersji kwestionariusza. Po uwzględnieniu uwag opracowaliśmy ostateczną wersję pozycji testowych, które zostały zastosowane w badaniach walidacyjnych. Dane zbierane były od czerwca 2014 r. do stycznia 2015 r.

Material

Uczestnicy badania głównego

W badaniu wzięło udział 116 heteroseksualnych mężczyzn (w wieku od 18 do 67 lat, $M = 28,35$; $SD = 7,33$) korzystających z pomocy psychologicznej lub seksuologicznej z powodu nałogowych zachowań seksualnych, spełniających kryteria diagnostyczne HD. Pacjenci rekrutowani byli z ośrodków terapeutycznych w różnych miastach Polski (głównie Warszawy, Krakowa, Wrocławia oraz Lublina) za pośrednictwem grup samopomocowych oraz Internetu.

Grupę kontrolną stanowiło 442 heteroseksualnych mężczyzn (w wieku od 18 do 51 lat, $M = 27,72$; $SD = 6,36$) korzystających z pornografii internetowej przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku i niekorzystających nigdy z pomocy psychologicznej, seksuologicznej lub psychiatrycznej z powodu utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi. Uczestnicy grupy kontrolnej rekrutowani byli głównie za pośrednictwem Internetu. W celu kontroli, czy mężczyźni ci nie doświadczają nałogowych zachowań seksualnych, pytaliśmy ich, czy kiedykolwiek korzystali z pomocy psychologicznej, psychiatrycznej lub seksuologicznej w związku z zachowaniami seksualnymi. Osoby, które odpowiedziały pozytywnie na to pytanie ($N = 9$), zostały wykluczone z analizy. Wszystkich uczestników informowano o tym, że biorą udział w badaniu mającym pomóc w zrozumieniu zjawiska poczucia utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi. Orientację seksualną kontrolowano za pomocą polskojęzycznej adaptacji Skali

Orientacji Seksualnej Kinseya [54]. Poziom poczucia utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi oceniany był na pięciostopniowej skali (0 – nigdy, 1 – raz lub dwa razy w życiu, 2 – co jakiś czas, 3 – raz w tygodniu, 4 – częściej niż raz w tygodniu).

Uczestnicy badania replikacyjnego

W celu weryfikacji uzyskanych wyników przeprowadzono badanie replikacyjne na grupie 106 heteroseksualnych mężczyzn w wieku od 18 do 46 lat ($M = 28,45$; $SD = 8,17$). 96,2% z nich korzystało z pornografii przynajmniej raz na przestrzeni ostatniego roku.

Wyniki

Analiza rzetelności wykazała bardzo wysoką spójność wewnętrzną narzędzia, porównywalną z anglojęzycznym oryginałem (współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,904 w badaniu głównym oraz 0,931 w badaniu replikacyjnym; tab. 1).

Tabela 1. Polskojęzyczne treści poszczególnych pozycji testowych oraz ich oryginalne odpowiedniki

Pozycja	Treść pytania	Skala	Kryterium HD	Korelacja pozycji z kwestionariuszem		
				$\alpha = 0,904$	$\alpha = 0,904$	$\alpha = 0,931$
				USA (N = 508)	PL (N = 540)	PL (N = 106)
1	Czy doświadczyłeś wykorzystania seksualnego w dzieciństwie lub młodości?	T			0,136	0,114
	Were you sexually abused as a child or adolescent?			0,168		
2	Czy twoi rodzice mieli jakieś problemy z życiem seksualnym?	T			0,337	0,541
	Did your parents have trouble with sexual behavior?			0,317		
3	Czy często łapiesz się na tym, że myślisz o sprawach związanych z seksem?	Z	A1		0,220	0,357
	Do you often find yourself preoccupied with sexual thoughts?			0,634		
4	Czy masz poczucie, że twoje zachowania seksualne nie są normalne?	N			0,621	0,751
	Do you feel that your sexual behavior is not normal?			0,638		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

5	Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że czułeś się źle z powodu swoich zachowań seksualnych?	N			0,637	0,725
	Do you ever feel bad about your sexual behavior?			0,723		
6	Czy twoje zachowania seksualne kiedykolwiek spowodowały problemy w twoim życiu lub w życiu osób z twojej rodziny?	R	A1		0,669	0,816
	Has your sexual behavior ever created problems for you and your family?			0,495		
7	Czy kiedykolwiek poszukiwałeś pomocy z powodu swoich zachowań seksualnych?	T			0,718	0,820
	Have you ever sought help for sexual behavior you did not like?			0,541		
8	Czy skrzywdziłeś kogoś z powodu swoich zachowań seksualnych?	R	A5		0,397	0,492
	Has anyone been hurt emotionally because of your sexual behavior?			0,239		
9	Czy którekolwiek z twoich zachowań seksualnych było związane z łamaniem prawa?	T	A5		0,210	0,525
	Are any of your sexual activities against the law?			0,261		
10	Czy podejmowałeś wysiłki, aby zaprzestać któregoś ze swoich zachowań seksualnych, ale nie udało ci się to?	K	A4		0,724	0,820
	Have you made efforts to quit a type of sexual activity and failed?			0,700		
11	Czy są takie zachowania seksualne, które ukrywasz przed innymi ludźmi?	N			0,439	0,561
	Do you hide some of your sexual behaviors from others?			0,657		
12	Czy podejmowałeś próby, aby zaprzestać, któregoś rodzaju swojej aktywności seksualnej?	K	A4		0,704	0,823
	Have you attempted to stop some parts of your sexual activity?			0,650		
13	Czy czułeś się zagrożony lub poniżony z powodu swoich zachowań seksualnych?	N	A5		0,694	0,742
	Have you felt degraded by your sexual behaviors?			0,579		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

14	Czy po aktywności seksualnej czujesz się przygnębiony?	N			0,755	0,822
	When you have sex, do you feel depressed afterwards?			0,486		
15	Czy masz wrażenie, że twój popęd seksualny ma nad tobą kontrolę?	K			0,688	0,781
	Do you feel controlled by your sexual desire?			0,696		
16	Czy zaniedbywałeś ważne obszary swojego życia (tj. pracę, rodzinę, przyjaciół, rozrywkę w wolnym czasie) z powodu poświęcania zbyt dużej ilości czasu na seks?	R	A1		0,648	0,828
	Have important parts of your life (such as job, family, friends, leisure activities) been neglected because you were spending too much time on sex?			0,628		
17	Czy kiedykolwiek miałeś poczucie, że popęd seksualny jest silniejszy od ciebie?	K			0,586	0,671
	Do you ever think your sexual desire is stronger than you are?			0,703		
18	Czy seks jest prawie wszystkim, o czym myślisz?	Z	A1		0,387	0,475
	Is sex almost all you think about?			0,335		
19	Czy kiedykolwiek seks lub fantazje romantyczne były dla ciebie ucieczką od problemów?	Z	A3		0,458	0,564
	Has sex (or romantic fantasies) been a way for you to escape your problems?			0,641		
20	Czy seks stał się najważniejszą rzeczą w twoim życiu?	Z			0,460	0,614
	Has sex become the most important thing in your life?			0,384		

Informacja o skali, do której należą pozycje testowe (N – Negatywny wpływ na NASTRÓJ; R – Negatywny wpływ na RELACJE; Z – Nadmierne ZAABSORBOWANIE; K – Utrata KONTROLI; T – Czynniki TOWARZYSZĄCE). Powiązanie z kryteriami diagnostycznymi HD. Współczynnik alfa Cronbacha dla grupy amerykańskiej [47] oraz polskiej (badanie główne oraz badanie replikacyjne) wraz z wartościami korelacji poszczególnych pozycji z kwestionariuszem.

Ze względu na brak badań dotyczących struktury czynnikowej kwestionariusza SAST-R postanowiliśmy przeprowadzić zarówno eksploracyjną, jak i konfirmacyjną analizę czynnikową. Założenia teoretyczne Carnesa i wsp. [52] przewidywały pięć czynników w SAST-R, natomiast badania eksploracyjne wcześniejszej wersji [49] wskazywały na cztery czynniki. W przypadku obydwu prób polskich (badanie główne oraz replikacyjne) przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową metodą głów-

ných składowych. Jako metodę rotacji przyjęto rotację ukośną Oblimin z parametrem delta równym 0. W jej wyniku dla próby z badania głównego otrzymano trzy czynniki z wartością własną powyżej 1, które wyjaśniały łącznie 63,64% wariancji. Główny czynnik wyjaśnia 37,53% wariancji wyników, kolejne czynniki wyjaśniają odpowiednio 7,61% oraz 6,24% wariancji wyników. Wartość własna dla czynnika 1 wyniosła 7,51, czynnika 2 – 1,52, czynnika 3 – 1,25 (tab. 2).

Tabela 2. Macierz modelowa dla trzech głównych czynników uzyskanych w drodze eksploracyjnej analizy czynnikowej metodą głównych składowych z rotacją Oblimin (delta = 0) dla wszystkich 20 pozycji testowych w grupie 558 heteroseksualnych mężczyzn

		Czynniki		
Wartość własna:		7,51	1,52	1,25
Skala	Pytanie	1	2	3
T	1	0,039	0,588	,352
T	2	0,207	0,529	,183
Z	3	0,085	-0,120	-0,512
N	4	0,551	0,203	-0,122
N	5	0,781	0,001	0,071
R	6	0,374	0,500	-0,192
T	7	0,514	0,335	-0,199
R	8	0,038	0,657	-0,122
T	9	-0,167	0,565	-0,196
K	10	0,916	-0,092	0,058
N	11	0,648	-0,021	0,210
K	12	0,893	-0,089	0,063
N	13	0,563	0,272	-0,146
N	14	0,722	0,074	-0,163
K	15	0,716	-0,064	-0,196
R	16	0,444	0,217	-0,347
K	17	0,646	-0,084	-0,154
Z	18	0,068	0,056	-0,703
Z	19	0,382	0,116	-0,164
Z	20	0,105	0,252	-0,065

Analogiczną analizę przeprowadzono dla próby z badania replikacyjnego. W jej wyniku otrzymano cztery czynniki z wartością własną powyżej 1, które wyjaśniały łącznie 63,22% wariancji. Główny czynnik wyjaśnia 44,4% wariancji wyników, kolejne czynniki wyjaśniają odpowiednio 7,59%, 5,82% oraz 5,42% wariancji wyników. Wartość własna dla czynnika 1 wyniosła 8,88, czynnika 2 – 1,52, czynnika 3 – 1,16, czynnika 4 – 1,09 (tab. 3).

Tabela 3. Macierz modelowa dla czterech głównych czynników uzyskanych w drodze eksploracyjnej analizy czynnikowej metodą głównych składowych z rotacją Oblimin (delta = 0) dla wszystkich 20 pozycji testowych w grupie 106 heteroseksualnych mężczyzn

		Czynniki			
Wartość własna:		8,88	1,52	1,16	1,09
Skala	Pytanie	1	2	3	4
T	1	-0,176	0,072	0,869	-0,162
T	2	0,332	-0,004	0,464	0,168
Z	3	-0,123	0,107	-0,140	0,845
N	4	0,553	0,403	-0,024	-0,050
N	5	0,923	-0,113	-0,011	-0,089
R	6	0,476	0,480	0,096	0,032
T	7	0,588	0,426	0,076	-0,065
R	8	-0,101	0,682	0,181	0,073
T	9	0,048	0,475	0,187	0,182
K	10	0,897	0,018	-0,021	-0,018
N	11	0,476	-0,220	0,386	0,288
K	12	0,909	-0,039	-0,009	0,021
N	13	0,468	0,528	0,002	-0,135
N	14	0,695	0,221	0,116	0,002
K	15	0,576	0,194	-0,040	0,253
R	16	0,584	0,361	-0,031	0,121
K	17	0,597	-0,091	-0,038	0,383
Z	18	-0,028	0,651	-0,164	0,187
Z	19	0,157	0,165	0,165	0,496
Z	20	0,185	0,694	-0,066	-0,038

W związku z tym, że wyniki analiz eksploracyjnych (cztery i trzy czynniki) oraz założenia teoretyczne Carnesa i wsp. [52] mówiące o pięcioczynnikowej konstrukcji narzędzia okazały się rozbieżne, za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej zweryfikowaliśmy hipotezę o pięcio-, cztero-, trój – i jednoczynnikowej (warunek kontrolny) konstrukcji narzędzia. Dopasowanie modelu pięcioczynnikowego w obu próbach okazało się najlepsze (tab. 4). Wyniki analizy przedstawia wykres 1.

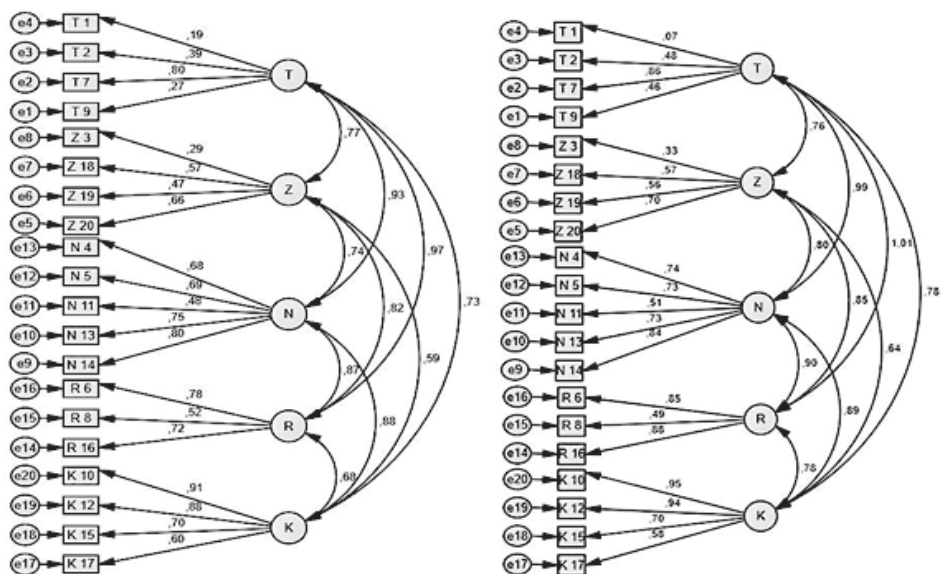
Tabela 4. Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej: porównanie dopasowania alternatywnych modeli kwestionariusza SAST-R składającego się z 20 pozycji w grupie 558 heteroseksualnych mężczyzn oraz grupie 106 heteroseksualnych mężczyzn

Model	Pięcoczynnikowy		Czteroczynnikowy		Trójczynnikowy		Jednoczynnikowy	
	N = 558	N = 106	N = 558	N = 106	N = 558	N = 106	N = 558	N = 106
$\chi^2(df)$	546,57* (160)	288,24* (160)	695,49* (164)	351,44* (164)	708,28* (167)	-	904,53* (170)	382,72* (170)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

RMSEA	0,07	0,09	0,08	0,10	0,08	-	0,09	0,11
CFI	0,92	0,89	0,88	0,84	0,88	-	0,84	0,82
SRMR	0,05	0,07	0,05	0,06	0,05	-	0,06	0,07
GFI	0,90	0,80	0,87	0,75	0,87	-	0,83	0,73
$\Delta \chi^2$	-	-	148,92	63,20	161,71	-	357,96	94,48

* $p < 0,001$ Wskaźniki dopasowania: RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) – norma wynosi poniżej 0,05, dopuszczalne wartości nie większe niż 0,08; CFI (Comparative Fit Index) – norma wynosi powyżej 0,95, dopuszczalne wartości powyżej 0,90; SRMR (Standarized Root Mean Square Residual) – norma wynosi poniżej 0,05, dopuszczalne wartości nie większe niż 0,08; GFI (Goodness of Fit Index) – dopuszczalne wartości równe bądź większe niż 0,90.



Wykres 1. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej dla próby 558 mężczyzn z badania głównego (po lewej) oraz 106 mężczyzn z badania dodatkowego (po prawej)

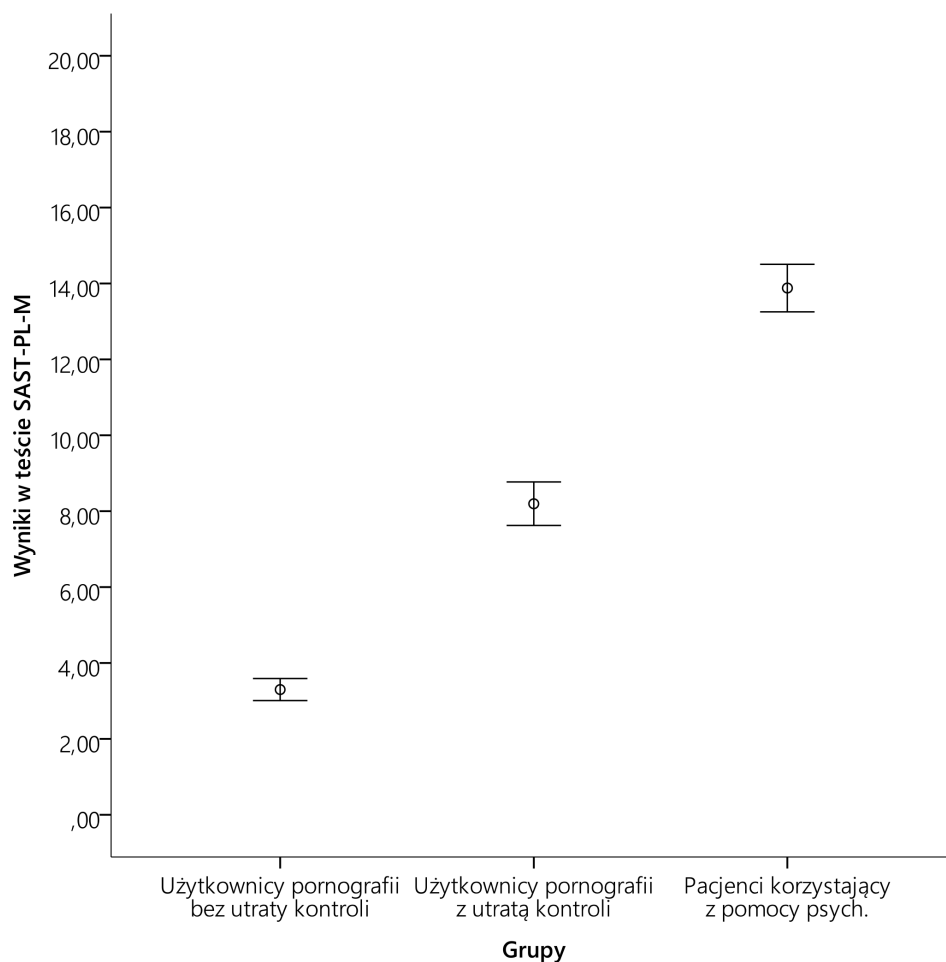
T – Czynniki TOWARZYSZĄCE; Z – Nadmierne ZAABSORBOWANIE; N – Negatywny wpływ na NASTRÓJ; R – Negatywny wpływ na RELACJE; K – Utrata KONTROLI). W konfirmacyjnej analizie czynnikowej zastosowano metodę największej wiarygodności.

W celu walidacji właściwości diagnostycznych SAST-PL-M dokonaliśmy podziału grupy kontrolnej z badania głównego na dwie podgrupy:

- 1) użytkowników pornografii internetowej, niedoświadczających poczucia utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi lub doświadczających go sporadycznie (oceny 0 oraz 1 na subiektywnej skali poczucia utraty kontroli; $N = 237$),

- 2) użytkowników pornografii internetowej, którzy doświadczają poczucia utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi: często, raz w tygodniu lub częściej niż raz w tygodniu (oceny od 2 do 4 na subiektywnej skali poczucia utraty kontroli; N = 187).

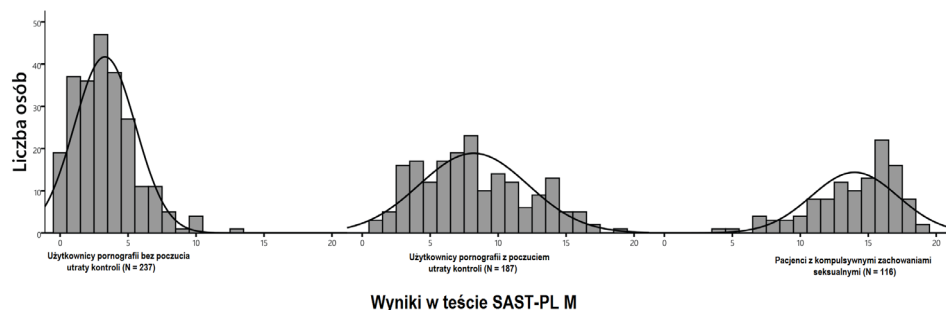
Porównanie średnich wyników w teście SAST-PL-M każdej z trzech grup za pomocą analizy wariancji (ANOVA) ujawniło istotne statystycznie różnice między wszystki-



Wykres 2. Porównanie średnich wyników w teście SAST-PL-M między użytkownikami pornografii niedoświadczającymi poczucia utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi, użytkownikami doświadczającymi takiego poczucia (niekorzystającymi z pomocy psychologicznej) oraz pacjentami korzystającymi z pomocy psychologicznej w związku z nalogowymi zachowaniami seksualnymi

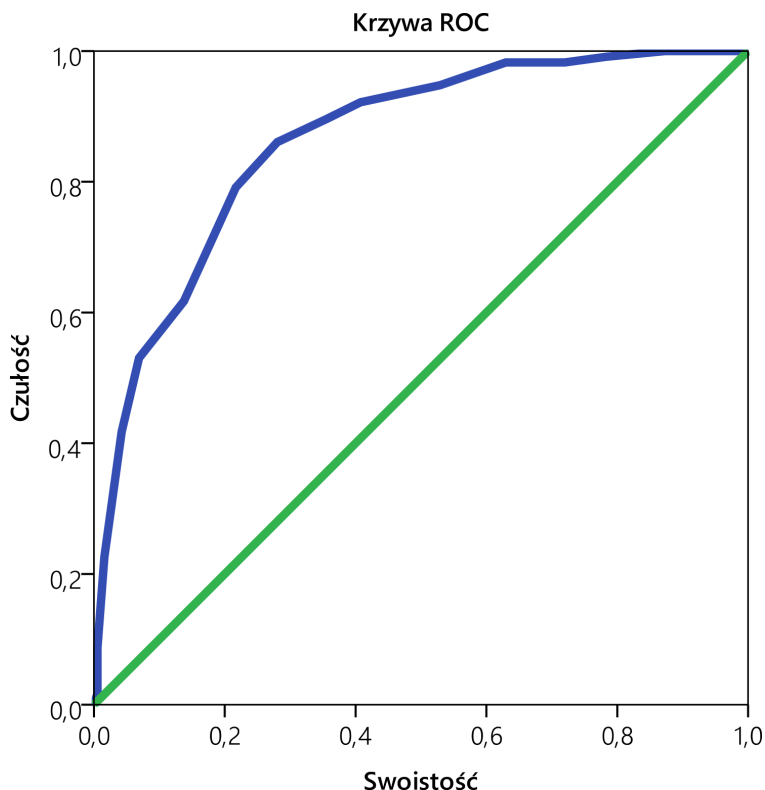
Słupki błędów średniej obrazują 95% przedziału ufności.

mi grupami ($F(2,537) = 436,15$; $p < 0,001$; wyk. 2). Grupa osób niedoświadczających poczucia utraty kontroli wobec zachowań seksualnych charakteryzowała się średnim wynikiem 3,30 ($SD = 2,67$), grupa często doświadczająca poczucia utraty kontroli, ale niekorzystająca z pomocy, uzyskała średni wynik na poziomie 8,20 ($SD = 3,99$), natomiast pacjenci korzystający z pomocy w związku z nałogowymi zachowaniami seksualnymi charakteryzowali się średnim wynikiem na poziomie 13,88 ($SD = 3,40$). Analiza post hoc z zastosowaniem poprawki Bonferroniego na wielokrotne porównania wykazała statystycznie istotne różnice między każdą parą grup ($p < 0,001$). Rozkład wyników w każdej z grup przedstawia wykres 3. Korelacja wyników (metodą rho-Spearmana) w teście SAST-PL-M z subiektywnym poczuciem utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi wyniosła 0,79; $p < 0,001$.



Wykres 3. Rozkłady wyników w teście SAST-PL-M wraz z dopasowaniem krzywej rozkładu normalnego dla (od lewej): użytkowników pornografii bez poczucia utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi ($N = 237$), użytkowników pornografii doświadczających poczucia utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi ($N = 187$), pacjentów z nałogowymi zachowaniami seksualnymi ($N = 116$)

Następnie, analizując właściwości krzywej ROC, oceniliśmy jakość klasyfikacji wyodrębnionej *a priori* grupy pacjentów korzystających z pomocy psychologicznej lub seksuologicznej w związku z nałogowymi zachowaniami seksualnymi ($N = 116$) na tle grupy kontrolnej (wyk. 4). Krzywa ROC w przypadku badanej grupy pokrywa 86,2% obszaru 20 pozycji testowych ($SE = 0,021$; $p < 0,001$) i charakteryzuje się 95-procentowym przedziałem ufności z wartościami granicznymi wynoszącymi 82,1% oraz 90,3%. Najbardziej optymalnym progiem odcięcia wydaje się wartość pięciu punktów testowych, dla której czułość wynosi 99,1%, natomiast specyficzność 78,3%. Próg odcięcia na poziomie sześciu punktów testowych (jak w oryginalnej wersji kwestionariusza) charakteryzuje się czułością 98,3% oraz specyficznością 72,0%.



Wykres 4. Krzywa oceny jakości klasyfikacji pacjentów na tle grupy kontrolnej

Dyskusja

Przeprowadzone przez nas analizy wskazują na to, że polska adaptacja testu SAST-R charakteryzuje się parametrami bardzo zbliżonymi do wersji oryginalnej. Test SAST-PL-M charakteryzuje się bardzo wysoką spójnością wewnętrzną. Wartości współczynnika alfa Cronbacha okazały się być dokładnie takie same jak wersji oryginalnej ($\alpha = 0,904$) w badaniu głównym oraz nieco wyższe w badaniu replikacyjnym ($\alpha = 0,931$; tab. 1). Wartości korelacji poszczególnych pozycji testowych ze skalą wskazują na wysokie podobieństwo do wersji anglojęzycznej (tab. 1), z wyjątkiem pytania nr 3 („Czy często łapiesz się na tym, że myślisz o sprawach związanych z seksem?”), które w wersji polskiej koreluje znacznie niżej ze skalą niż oryginał ($r = 0,22$ w porównaniu z $r = 0,63$). Jednak mimo to pytanie nr 3 zdaje się być powiązane z innymi pytaniami mierzącymi zaabsorbowanie myślami i czynnościami seksualnymi (tab. 3 i 4).

Wyniki analizy czynnikowej (nieprzeprowadzanej na anglojęzycznej wersji tego narzędzia) [52] potwierdzają założenia autorów o pięciu podskalach badających odpowiednio negatywny wpływ na nastrój, negatywny wpływ na relacje, nadmierne

zaabsorbowanie, utratę kontroli oraz czynniki towarzyszące (tab. 2 i 3). Również confirmacyjna analiza czynnikowa potwierdza, że najlepiej dopasowanym modelem jest model zakładający strukturę pięcioczynnikową (tab. 4 i wyk. 1).

Bardzo istotną właściwością jest wartość dyskryminacyjna testu określana przez parametry krzywej oceny jakości klasyfikacji (ROC). Najbardziej optymalnym progiem odcięcia dla klasyfikacji grupy klinicznej wydaje się wartość pięciu punktów testowych, dla której czułość wynosi 99,1%, natomiast specyficzność 78,3%. W wersji oryginalnej próg odcięcia ustalony został na sześciu punktach testowych i charakteryzował się czułością równą 81,7% oraz specyficznością równą 77,8%. O ile specyficzność testu jest porównywalna w obu wersjach, o tyle jego czułość w wersji polskiej jest zaskakująco wysoka. Może wynikać ona z faktu dość rygorystycznego doboru osób badanych do grupy klinicznej, zakładającego spełnienie kryteriów zaburzenia hiperseksualnego oraz korzystanie z pomocy psychologicznej lub seksuologicznej w związku z nałogowymi zachowaniami seksualnymi. Z przeprowadzonych przez nas badań [11] wiemy, że osoby, które zdecydowały się sięgnąć po pomoc w związku z nałogowymi zachowaniami seksualnymi, charakteryzują się istotnie wyższym wskaźnikiem nietypowych kompulsywnych zachowań (tj. oglądanie pornografii w miejscu pracy, w obecności innych osób, które nie wiedzą o tym, że pacjent ogląda pornografię, masturbowanie się w toaletach publicznych itp.) niż użytkownicy pornografii niedoświadczający problemów. Część pozycji testowych SAST-PL-M mierzy podobne zachowania, więc w grupie osób, które korzystają z pomocy, wyniki rzeczywiście mogą przyjmować wysokie wartości (co widać na wykresie 2).

Ograniczenia testu

W odróżnieniu od języka angielskiego, narzędzia polskojęzyczne wymagają oddzielnego przygotowania wersji męsko – i żeńskoosobowych. Wykonaliśmy tłumaczenia testu SAST-R dla obu płci (wersję żeńską możemy udostępnić wszystkim zainteresowanym badaczom), jednakże ze względu na realizowane przez nasz zespół cele badawcze oraz ze względu na duży nakład pracy poniesiony w związku z rzetelnym przetestowaniem i walidowaniem narzędzia wykonaliśmy te prace tylko i wyłącznie na grupie heteroseksualnych mężczyzn. Nie wiemy, jakimi parametrami będzie charakteryzowało się polskie tłumaczenie tekstu w przypadku kobiet oraz osób o orientacji homoseksualnej. Nie wiemy również, czy test SAST-R mierzy natężenie nałogowych zachowań seksualnych jako chwilowy stan, czy jako stałą w czasie cechę. Nie było to do tej pory badane. Z treści pytań, które nie odnoszą się do chwilowych stanów, a raczej do powtarzających się okoliczności oraz do przeszłości (np. „Czy masz poczucie, że Twoje zachowania seksualne nie są normalne?” lub „Czy skrzywdziłeś kogoś z powodu swoich zachowań seksualnych?”) możemy przypuszczać, że narzędzie to będzie wykazywało zbliżone wyniki w powtarzanych pomiarach, ale trzeba to zweryfikować w przyszłych badaniach. Z przyjemnością udzielimy wsparcia osobom chcącym przeprowadzić takie badania.

Podsumowanie oraz sposób wykorzystania testu SAST-PL-M

Stosunkowo krótka forma (20 pozycji testowych) oraz dobre wartości psychometryczne i klasyfikacyjne testu SAST-PL-M czynią z niego dobre narzędzie przesiewowe, które może być z powodzeniem wykorzystywane przez terapeutów oraz naukowców rekrutujących uczestników badań. 10 z 20 pytań zawartych w kwestionariuszu może posłużyć również do testowania kryteriów diagnostycznych zaburzenia hiperseksualnego (oznaczenia pytań znajdują się w tabeli 1).

Sposób wypełniania kwestionariusza (załącznik 1) jest wyjątkowo prosty i szybki. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdej z 20 pozycji testowych za pomocą odpowiedzi „Tak” lub „Nie”. Następnie należy zsumować odpowiedzi „Tak”. Suma stanowi wynik końcowy.

Zgodnie z właściwościami krzywej klasyfikacji możemy z bardzo wysokim prawdopodobieństwem zinterpretować każdy wynik poniżej pięciu punktów jako brak występowania nałogowych zachowań seksualnych. Interpretacja wyników od pięciu punktów wzwyż nie jest już tak bardzo jednoznaczna. Z zebranych przez nas danych (wyk. 2) wynika, że 13% (31 z 237 osób) użytkowników pornografii niedoświadczających poczucia utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi (lub doświadczających takiej utraty bardzo rzadko) osiągało wyniki od sześciu do 10 punktów (jedna osoba osiągnęła wynik równy 13 punktom). Z pewnością wynik powyżej pięciu punktów może stanowić wskazanie do pogłębienia wywiadu dotyczącego zachowań seksualnych, ale sam w sobie nie powinien być traktowany jako diagnoza.

Również w przypadku klasyfikowania pacjentów z zaburzeniem hiperseksualnym [36] radzimy zachować ostrożność w stosunku do badań naukowych i ustalić próg klasyfikacji na znacznie wyższym poziomie (zob. wyk. 2 i 3) – np. 10 punktów przy jednoczesnym zastosowaniu innych pomiarów oraz pogłębionego wywiadu badającego wszystkie kryteria zaburzenia hiperseksualnego.

Należy również pamiętać, że test został zwalidowany tylko i wyłącznie na grupie mężczyzn o orientacji heteroseksualnej. Jego właściwości w przypadku grup kobiet oraz osób o orientacji homoseksualnej mogą być inne niż przedstawiono w tym artykule.

Dzięki bardzo zbliżonym właściwościom naszego testu do testu oryginalnego wyniki uzyskane za pomocą SAST-PL-M w badaniach mężczyzn o orientacji heteroseksualnej można odnosić do wyników badań wykorzystujących anglojęzyczną wersję narzędzia. Ze względu na ponad 25-letnią obecność tego narzędzia w praktyce psychologicznej oraz badawczej w krajach anglosaskich, liczba badań i doniesień klinicznych z jego wykorzystaniem jest stosunkowo duża.

Piśmiennictwo

1. Odlaug BL, Lust K, Schreiber LR, Christenson G, Derbyshire K, Harvanko A. i wsp. *Compulsive sexual behavior in young adults*. Ann. Clin. Psychiatry 2013; 25: 193–200.
2. Mitchell KJ, Wolak J, Finkelhor D. *Trends in youth reports of sexual solicitations, harassment and unwanted exposure to pornography on the Internet*. J. Adolesc. Health 2007; 40(2): 116–126.

3. Traeen B, Nilsen TSR, Stigum H. *Use of pornography in traditional media and on the Internet in Norway*. J. Sex Res. 2006; 43(3): 245–254.
4. Ybarra ML, Mitchell MJ. *Exposure to Internet pornography among children and adolescents: A national survey*. Cyberpsychol. Behav. 2005; 8(5): 473–486.
5. Kraus S, Voon, V, Potenza, M. *Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?*. Addiction [w druku]. doi:10.1111/add.13297
6. Carnes P. *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. New York, USA: Random House Digital, Inc.; 1992.
7. Carnes P. *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Center City, USA: Hazelden Publishing; 2001.
8. Coleman E. *Is your patient suffering from compulsive sexual behavior?* Psychiatr. Ann. 1992; 22(6): 320–325.
9. Gola M. *Mechanizmy, nie symptomy: drogowskaz do pracy z pacjentem z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi*. Terapia poznawczo-behawioralna [w druku].
10. Gola M. *One or multiple neural mechanisms of problematic pornography use?* J. Behav. Addict. 2016; 5(S1): 16.
11. Gola M, Skorko M. *Psychological and behavioral factors of losing control over sexual behavior and entering into treatment*. J. Behav. Addict. 2015; 4(S1): 19–20.
12. Kor A, Fogel YA, Reid RC, Potenza MN. *Should hypersexual disorder be classified as an addiction?* Sex. Addict. Compulsivity 2013; 20(1–2): 27–47.
13. Ley D, Prause N, Finn P. *The Emperor Has No Clothes: A Review of the 'Pornography Addiction Model'*. Curr Sex Health Rep. 2014; 6(2): 94–105.
14. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C. *Perceived "out of control" sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(4): 968–978.
15. Odlaug BL, Lust K, Schreiber LR, Christenson G, Derbyshire K. *Compulsive sexual behavior in young adults*. Ann. Clin. Psychiatry 2013; 25: 193–200.
16. Gola, M. *Neuronalne mechanizmy nalogowych zachowań*. W: Habrat, B. (red.) *Zaburzenia uprawiania hazardu i tzw. nalogi behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN, [w druku].
17. Deville de Periere D, Buys-Hillaire D, Favre de Thierrens C, Puech R, Elkaim G, Arancibia S. *Somatostatin-immunoreactive concentrations in human saliva and in the submandibular salivary glands of the rat. Possible sexual dependence in the human*. J. Biol. Buccale 1988; 16(3): 191–196.
18. Carnes P. *The sexual addiction*. Minneapolis, MN: CompCare Publications; 1983.
19. Gold SN, Heffner CL. *Sexual addiction: Many conceptions, minimal data*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18(3): 367–381.
20. Goodman A. *Sexual addiction: Designation and treatment*. J. Sex Marital Ther. 1992; 18(4): 303–314.
21. Goodman A. *Diagnosis and treatment of sexual addiction*. J. Sex Marital Ther. 1993; 19(3): 225–251.
22. Goodman A. *Sexual addiction: An integrated approach*. Madison, CT: International Universities Press; 1998.

23. Bostwick JM, Hecksel KA, Stevens SR, Bower JH, Ahlskog JE. *Frequency of new-onset pathologic compulsive gambling or hypersexuality after drug treatment of idiopathic Parkinson disease*. Mayo Clin. Proc. 2009; 84(4): 310–316.
24. Ferguson J, Henriksen S, Cohen H, Mitchell G, Barchas J, Dement W. *“Hypersexuality” and behavioral changes in cats caused by administration of p-chlorophenylalanine*. Science 1970; 168(3930): 499–501.
25. Monga TN, Monga M, Raina MS, Hardjasudarma M. *Hypersexuality in stroke*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1986; 67(6): 415.
26. Klos KJ, Bower JH, Josephs KA, Matsumoto JY, Ahlskog JE. *Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson’s disease and multiple system atrophy*. Parkinsonism Relat. Disord. 2005; 11(6): 381–386.
27. Stein DJ, Hugo F, Oosthuizen P, Hawkrigde SM, Van Heerden B. *Neuropsychiatry of hypersexuality*. CNS Spectr. 2000; 5(1): 36–46.
28. Shapiro MA, Chang YL, Munson SK, Okun MS, Fernandez HH. *Hypersexuality and paraphilia induced by selegiline in Parkinson’s disease: report of 2 cases*. Parkinsonism Relat. Disord. 2006; 12(6): 392–395.
29. Uitti RJ, Tanner CM, Rajput AH, Goetz CG, Klawans HL, Thiessen B. *Hypersexuality with antiparkinsonian therapy*. Clin. Neuropharmacol. 1989; 12(5): 375–383.
30. Bradford M. *The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour*. Can. J. Psychiatry 2001; 46(1): 26–34.
31. Coleman E. *Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments*. J. Psychol. Human Sex. 1991; 4(2): 37–52.
32. Coleman MM, Ohlerking F, Raymond N. *Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity*. J. Sex Marital Ther. 2001; 27(4): 325–332.
33. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. *Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior*. Compr. Psychiatry 2003; 44(5): 370–380.
34. Quadland MC. *Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment*. J. Sex Marital Ther. 1985; 11(2): 121–132.
35. Kafka MP, Hennen J. *The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males*. J. Sex Marital Ther. 1999; 25(4): 305–319.
36. Kafka MP. *Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(2): 377–400.
37. Bancroft J, Vukadinovic Z. *Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model*. J. Sex Res. 2004; 41(3): 225–234.
38. Cooper AJ. *A placebo-controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality*. Compr. Psychiatry 1981; 22(5): 458–465.
39. Voon V, Mole TB, Banca P, Porter L, Morris L, Mitchell S. i wsp. *Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours*. PLoS One 2014; 9(7): e102419.
40. Mechelmans DJ, Irvine M, Banca P, Porter L, Mitchell S, Mole TB. i wsp. *Enhanced attentional bias towards sexually explicit cues in individuals with and without compulsive sexual behaviours*. PLoS One 2014; 9(8): e105476.

41. Gola M, Wordecha M, Sescousse G, Kossowski B, Marchewka A. *Increased sensitivity to erotic reward cues in subjects with compulsive sexual behaviors*. J. Behav. Addict. 2015; 4 (S1): 16–17.
42. Banca P, Morris LS, Mitchell S, Harrison NA, Potenza MN, Voon V. *Novelty, conditioning and attentional bias to sexual rewards*. J. Psychiatr. Res. 2015; 72: 91–101.
43. Kraus SW, Meshberg-Cohen S, Martino S, Quinones L, Potenza M. *Treatment of compulsive pornography use with naltrexone: a case report*. Am. Psychiatry J. 2015; 172(12): 1260.
44. Gola M, Kowalewska E, Wierzbą M, Wordecha M, Marchewka A. *Polska adaptacja Kwestionariusza Pobudliwości Seksualnej SAI-PL i walidacja na grupie mężczyzn*. Psychiatria 2015; 12(4): 245–254.
45. Gola M, Miyakoshi M, Sescousse G. *Sex, impulsivity and anxiety: interplay between ventral striatum and amygdala reactivity in problematic sexual behaviors*. J. Neurosci. 2015; 35(46): 15227–15229.
46. Gola M, Potenza M. *Paroxetine treatment of problematic pornography use— a case series*. J. Behav. Addict. [w druku].
47. Womack SD, Hook JN, Ramos M, Davis DE, Penberthy JK. *Measuring hypersexual behavior*. Sex. Addict. Compulsivity 2013; 20(1–2): 65–78.
48. Kraus S, Rosenberg H. *The pornography craving questionnaire: psychometric properties*. Arch. Sex. Behav. 2014; 43(3): 451–462.
49. Carnes P. *Contrary to love: Helping the sexual addict*. Center City, USA: Hazelden Publishing; 1989.
50. Corley A. *The gay and bisexual male Sexual Addiction Screening Test (G-SAST)*. St. Louis, MO: The annual conference of the National Council on Sexual Addiction and Compulsivity; 1999.
51. O'Hara S. *The women's Sexual Addiction Screening Test (W-SAST)*. St. Louis, MO: The annual conference of the National Council on Sexual Addiction and Compulsivity; 1999.
52. Carnes P, Green B, Carnes S. *The same yet different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and gender*. Sex. Addict. Compulsivity 2010; 17: 7–30.
53. Carnes P. *Od nalogu do miłości*. Poznań: Media Rodzina; 2001.
54. Wierzbą M, Riegel M, Pucż A, Lesniewska Z, Dragan W, Gola M. i wsp. *Erotic subset for the Nencki Affective Picture System (NAPS ERO): cross-sexual comparison study*. Front. Psychol. 2015; 6: 1336.

Adres: Mateusz Gola
Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk
Warszawa 00-835, ul. Jaracza 1

Otrzymano: 28.04.2015

Zrecenzowano: 11.07.2015

Otrzymano po poprawie: 15.01.2016

Przyjęto do druku: 16.01.2016

**Załącznik 1. 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.

Czy doświadczyłeś wykorzystania seksualnego w dzieciństwie lub młodości?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Twoi rodzice mieli jakieś problemy z życiem seksualnym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy często łapiesz się na tym, że myślisz o sprawach związanych z seksem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy masz poczucie, że twoje zachowania seksualne nie są normalne?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że czułeś się źle z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
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
Czy kiedykolwiek poszukiwałeś pomocy z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy skrzywdziłeś kogoś z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy którekolwiek z Twoich zachowań seksualnych było związane z łamaniem prawa?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy podejmowałeś wysiłki, aby zaprzestać któregoś ze swoich zachowań seksualnych, ale nie udało ci się to?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy są takie zachowania seksualne, które ukrywasz przed innymi ludźmi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy podejmowałeś próby, aby zaprzestać, któregoś rodzaju swojej aktywności seksualnej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy czułeś się zagrożony lub poniżony z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy po aktywności seksualnej czujesz się przygnębiony?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy masz wrażenie, że twój popęd seksualny ma nad tobą kontrolę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
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
Czy kiedykolwiek miałeś poczucie, że popęd seksualny jest silniejszy od ciebie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy seks jest prawie wszystkim, o czym myślisz?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy kiedykolwiek seks lub fantazje romantyczne były dla ciebie ucieczką od problemów?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy seks stał się najważniejszą rzeczą w Twoim życiu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Test stanowi polskojęzyczną adaptację Sexual Addiction Screening Test Revised (P. Carnes, B. Green i S. Carnes; 2010 r.) przeprowadzoną za zgodą autorów oryginału. Wykonanie: M. Gola, M. Skorko, E. Kowalewska, A. Kołodziej, M. Sikora, M. Wodyk, Z. Wodyk i P. Dobrowolski (2015 r.).