

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

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

1. Czy doświadczyłaś 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 czułaś 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 poszukiwałaś pomocy z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8. Czy skrzywdziłaś 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 podejmowałaś 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 podejmowałaś próby, aby zaprzestać, któregoś rodzaju swojej aktywności seksualnej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
13. Czy czułaś się zagrożona lub poniżona z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
14. Czy po aktywności seksualnej czujesz się przygnębiona?	<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 zaniedbywałaś 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 miałaś 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:

- $\leq 7$  punktów - bardzo małe prawdopodobieństwo występowania problemów z kontrolą zachowań seksualnych
- $> 7$  punktów - może stanowić wskazanie do pogłębienia wywiadu w kierunku uzależnienia od zachowań seksualnych