

INWENTARZ UZALEŻNIENIA OD ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH SAST-PL-M

Sexual Addiction Screening Test – Revised (P. Carnes et al., PL version M. Gola et al.)

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

	TAK	NIE	
1. Czy doświadczyłeś wykorzystania seksualnego w dzieciństwie lub młodości?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
2. Czy Twoi rodzice mieli jakieś problemy z życiem seksualnym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
3. Czy często łapiesz się na tym, że myślisz o sprawach związanych z seksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z
4. Czy masz poczucie, że twoje zachowania seksualne nie są normalne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N
5. Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że czułeś się źle z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N
6. Czy Twoje zachowania seksualne kiedykolwiek spowodowały problemy w Twoim życiu lub w życiu osób z Twojej rodziny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R
7. Czy kiedykolwiek poszukiwałeś pomocy z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
8. Czy skrzywdziłeś kogoś z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R
9. Czy którekolwiek z Twoich zachowań seksualnych było związane z łamaniem prawa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
10. Czy podejmowałeś wysiłki, aby zaprzestać któregoś ze swoich zachowań seksualnych, ale nie udało ci się to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
11. Czy są takie zachowania seksualne, które ukrywasz przed innymi ludźmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N
12. Czy podejmowałeś próby, aby zaprzestać, któregoś rodzaju swojej aktywności seksualnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
13. Czy czułeś się zagrożony lub poniżony z powodu swoich zachowań seksualnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N
14. Czy po aktywności seksualnej czujesz się przygnębiony?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N
15. Czy masz wrażenie, że twój popęd seksualny ma nad tobą kontrolę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
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"/>	<input type="checkbox"/>	R
17. Czy kiedykolwiek miałeś poczucie, że popęd seksualny jest silniejszy od ciebie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
18. Czy seks jest prawie wszystkim, o czym myślisz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z
19. Czy kiedykolwiek seks lub fantazje romantyczne były dla ciebie ucieczką od problemów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z
20. Czy seks stał się najważniejszą rzeczą w Twoim życiu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z

Zsumuj ilość odpowiedzi TAK odpowiadających poszczególnym oznaczeniom literowym.

Litera K → Litera Z → Litera N → Litera R → Litera T →