

Sexual Addiction Screening Test – SAST

Dr. Patrick Carnes

Test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes

		OUI	NON
1	Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Etes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation :

_____ / 25

- Score de 10 à 13 → symptômes atténués d'addiction sexuelle
- Score > 13 → addiction sexuelle