

Annexe 4 Sexual Addiction Screening Test-Français (SAST-Fr)

Veillez répondre par **Oui** ou par **Non** le plus sincèrement possible aux questions suivantes :

1. Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence?
Oui Non
2. Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme Playboy ou Penthouse? Oui Non
3. Vos parents avaient-ils des troubles des conduites sexuelles ? Oui Non
4. Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles? Oui Non
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal?
Oui Non
6. Est-ce que votre conjoint(e) ou d'autres personnes importantes de votre vie se sont déjà inquiétées ou plaintes de votre comportement sexuel? Oui Non
7. Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il est inapproprié? Oui Non
8. Vous sentez-vous mal à propos de votre comportement sexuel?
Oui Non
9. Votre comportement sexuel a-t-il déjà créé des problèmes pour vous ou votre famille?
Oui Non
10. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ? Oui Non
11. Avez-vous déjà craint que des personnes ne découvrent vos activités sexuelles? Oui Non
12. Est-ce que quelqu'un a été émotionnellement blessé par vos pratiques sexuelles? Oui Non
13. Certaines de vos activités sont-elles hors-la-loi ? Oui Non
14. Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de vos comportements sexuels? Oui Non
15. Avez-vous fait des efforts pour abandonner un certain type d'activité sexuelle et échoué ? Oui Non
16. Devez-vous cacher une partie de votre comportement sexuel aux autres?
Oui Non
17. Avez-vous essayé d'arrêter certaines de vos activités sexuelles? Oui Non
18. Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel? Oui Non
19. Le sexe a-t-il été un moyen pour vous d'échapper à vos problèmes? Oui Non
20. Quand vous avez un rapport sexuel, vous sentez-vous déprimé après? Oui Non
21. Avez-vous ressenti le besoin d'interrompre une certaine forme d'activité sexuelle?
Oui Non
22. Votre activité sexuelle a-t-elle interféré avec votre vie familiale? Oui Non
23. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec des mineurs ? Oui Non
24. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel? Oui Non
25. Pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous? Oui Non