

Questionnaire de David Sheehan

INSTRUCTION : Tous les énoncés se rapportent aux 14 derniers jours.

Veillez cocher **UNE SEULE** case pour chaque question.

TRAVAIL* / ÉTUDES Vos symptômes ont perturbé votre travail / vos études : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Je n'ai pas travaillé ou étudié du tout pour des raisons non liées au problème. <i>*Ici, « travail » comprend le travail rémunéré, le bénévolat et la formation.</i>
VIE SOCIALE Vos symptômes ont perturbé votre vie sociale / vos loisirs : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
VIE FAMILIALE / TÂCHES DOMESTIQUES Vos symptômes ont perturbé votre vie familiale / vos tâches domestiques : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

JOURS D'INACTIVITÉ TOTALE

Combien de jours au cours de la dernière semaine vos symptômes vous ont-ils empêché(e) d'aller à l'école ou au travail, ou rendu(e) incapable d'assumer vos responsabilités quotidiennes? _____

JOURS À EFFICACITÉ RÉDUITE

Combien de jours au cours de la dernière semaine vous êtes-vous senti(e) si affaibli(e) par vos symptômes que, même si vous êtes allé(e) à l'école ou au travail, votre efficacité était réduite? _____

Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA)

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

- | | |
|----------|----------|
| a) _____ | d) _____ |
| b) _____ | e) _____ |
| c) _____ | f) _____ |

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? (Encerclez le chiffre correspondant.)

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|--------------------------|---|---|---|---|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement
excessives | | | Modérément
excessives | | | | | Complètement
excessives |

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives? (Encerclez le chiffre correspondant.)

- | | | | | | | | | |
|--------|---|---|--------------|---|---|---|---|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Jamais | | | 1 jour sur 2 | | | | | À tous les jours |

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter? (Encerclez le chiffre correspondant.)

- | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|-----------------------|---|---|---|---|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucune
difficulté | | | Difficulté
modérée | | | | | Difficulté
extrême |

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? (Cotez chaque sensation à l'aide de l'échelle)

- | | | | | | | | | |
|------------|---|---|------------|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | Modérément | | | | | Très sévèrement |

_____ Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

_____ Facilement fatigué-e

_____ Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

_____ Irritabilité

_____ Tensions musculaires

_____ Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc? (Encerclez le chiffre correspondant.)

- | | | | | | | | | |
|------------|---|---|------------|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | Modérément | | | | | Très sévèrement |

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant maritalement
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Sous-total, page 1

Verso

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur
le présent formulaire, c'est qu'il a été photocopié
en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

_____ Sous-total, page 2

_____ Sous-total, page 1

_____ Score total



HSCM

Questionnaire sur la maladie bipolaire

A. Avez-vous déjà connu une période dans votre vie où vous n'avez pas été comme vous êtes d'habitude, et où ...		Oui	Non
1.	...vous vous êtes senti tellement bien, tellement excité que les autres ont pensé que vous n'étiez pas comme vous êtes normalement, ou tellement excité que cela vous a amené des problèmes?		
2.	...vous avez été irritable au point de crier après les gens ou de provoquer des disputes ou des bagarres?		
3.	...vous avez eu beaucoup plus confiance en vous que d'habitude?		
4.	...vous avez dormi beaucoup moins sans vraiment ressentir que vous manquiez de sommeil?		
5.	...vous avez parlé plus vite ou beaucoup plus que d'habitude?		
6.	...vos pensées sont allées très vite et vous avez été incapable de les ralentir?		
7.	...vous avez été facilement distrait par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir du mal à vous concentrer ou à maintenir la direction de vos pensées?		
8.	...vous avez eu beaucoup plus d'énergie que d'habitude?		
9.	...vous avez été beaucoup plus actif ou vous avez fait beaucoup plus de choses que d'habitude?		
10.	...vous avez été beaucoup plus sociable ou extraverti que d'habitude, par ex : vous avez téléphoné à des amis au milieu de la nuit?		
11.	...vous avez été beaucoup plus intéressé par le sexe que d'habitude?		
12.	...vous avez fait des choses inhabituelles pour vous ou que les autres auraient pu trouver excessives, bizarres ou risquées?		
13.	...vous avez dépensé beaucoup d'argent au point de vous amener des problèmes, à vous, ou à votre famille?		
B. Si vous avez répondu OUI à plus d'une réponse ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces caractéristiques se sont produites durant la même période? <i>Encerlez une réponse.</i>			
OUI		NON	
C. A quel point ces comportements ou impressions vous ont-ils causé des problèmes? Par exemple : être incapable de travailler; avoir des problèmes familiaux, légaux, d'argent; avoir des disputes ou des bagarres? <i>Cochez une seule réponse.</i>			
<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Problème mineur		<input type="checkbox"/> Problème modéré <input type="checkbox"/> Problème sérieux	

Réf. : Hirschfeld, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder : the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5
 Traduction et adaptation : *Gallian Grondin, m.d., André Tremblay, t.s., J. Leblanc, m.d., Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Juillet 2004*

Est-ce que les descriptions de fonctionnements suivantes peuvent s'appliquer à vous?

1. Je fais des efforts effrénés pour éviter les abandons. Ces abandons peuvent être réels ou parfois je peux les imaginer (les autres disent que je me fais des films).

• Oui

• Non

2. J'ai des difficultés dans mes relations. Celles-ci sont souvent instables et intenses. J'ai l'impression d'être hypersensible à ce que les autres peuvent dire de moi. Mes relations sont marquées par une intimité parfois très grande, mais instable et avec des conflits.

• Oui

• Non

3. Je me pose régulièrement des questions en rapport avec mon identité. J'ai des difficultés à avoir une image de moi claire par exemple en rapport avec mes valeurs, mes aspirations professionnelles, mon orientation sexuelle, ...).

• Oui

• Non

4. Je suis parfois sujet à l'impulsivité et cela entraîne des conséquences qui peuvent m'être dommageables, que ce soit dans des dépenses excessives, dans ma vie sexuelle, dans l'utilisation de substances toxiques ou toxicomanie, dans la conduite automobile dangereuse, ou dans des crises de boulimie, ...).

• Oui

• Non

5. Je suis parfois sujet à des comportements menaçant mon intégrité physique conduisant parfois à me blesser, que ce soit en parole, en menace ou en actes.

• Oui

• Non

6. Je me sens souvent déprimé et anxieux et cela peut varier très rapidement d'un extrême à l'autre. Souvent je me sens vide.

• Oui

• Non

7. Je me sens souvent en colère et irritable et ce souvent en réaction à des relations où je contrôle difficilement mes émotions.

• Oui

• Non

8. Parfois, lors de stress intense, j'ai l'impression que le monde est trop bizarre ou que je deviens trop bizarre.

- Oui
 - Non
-

Ces observations sont relativement stables au cours du temps et présentes dans la plupart des situations de ma vie.

- D'accord
- Pas d'accord

Ces observations me font souffrir ou m'empêchent de fonctionner de manière optimale.

- D'accord
- Pas d'accord



HSCM

Traduit et adapté par Fabienne Fortin, Ph. D. et Ginette Coutu Wakulczyk M. Sc.
Université de Montréal, Faculté de sciences infirmières, février 1985

Questionnaire no 2

SCL-90 R

NOM : _____

DOSSIER : _____

DATE : _____

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le chiffre qui décrit le mieux COMBIEN VOUS AVEZ ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS INCLUANT AUJOURD'HUI

	Pas du tout	Un peu	Passa- blement	Beaucoup	Excessi- vement
1. Maux de tête	0	1	2	3	4
2. Nervosité ou impression de tremblements intérieurs	0	1	2	3	4
3. Pensées désagréables répétées dont vous ne pouvez vous débarrasser	0	1	2	3	4
4. Faiblesses ou étourdissements	0	1	2	3	4
5. Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel	0	1	2	3	4
6. Envie de critiquer les autres	0	1	2	3	4
7. L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées	0	1	2	3	4
8. L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes	0	1	2	3	4
9. Difficulté à vous rappeler certaines choses	0	1	2	3	4
10. Inquiétude face à la négligence et l'insouciance	0	1	2	3	4
11. Facilement irrité(e) ou contrarié(e)	0	1	2	3	4
12. Douleurs à la poitrine ou cardiaques	0	1	2	3	4
13. Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue	0	1	2	3	4
14. Sentiment de vous sentir au ralenti ou de manquer d'énergie	0	1	2	3	4
15. Des pensées de vous enlever la vie	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Passablement	Beaucoup	Excessivement
6. Entendre des voix que les autres n'entendent pas	0	1	2	3	4
7. Des tremblements	0	1	2	3	4
8. Le sentiment que vous ne pouvez pas avoir confiance en personne	0	1	2	3	4
9. Manque d'appétit	0	1	2	3	4
0. Pleurer facilement	0	1	2	3	4
1. Timidité ou maladresse avec les personnes du sexe opposé	0	1	2	3	4
2. Sentiments d'être pris au piège	0	1	2	3	4
3. Soudainement effrayé(e) sans raison	0	1	2	3	4
4. Crises de colère incontrôlables	0	1	2	3	4
5. Peur de sortir seul(e) de la maison	0	1	2	3	4
6. Vous blâmer vous-même pour certaines choses	0	1	2	3	4
7. Douleurs au bas du dos	0	1	2	3	4
8. Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout	0	1	2	3	4
9. Sentiment de solitude	0	1	2	3	4
10. Sentiment de tristesse (avoir "les bleus")	0	1	2	3	4
11. Vous en faire à propos de rien et de tout	0	1	2	3	4
12. Manque d'intérêt pour tout	0	1	2	3	4
13. Vous sentir craintif(ve)	0	1	2	3	4
14. Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)	0	1	2	3	4
15. L'impression que les autres sont au courant de vos pensées intimes	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Passa- blement	Beaucoup	Excessi- vement
36. Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou ne sont pas sympathisants	0	1	2	3	4
37. Sentiment que les gens ne sont pas aimables ou ne vous aiment pas	0	1	2	3	4
38. Faire les choses très lentement pour vous assurer qu'elles sont bien faites	0	1	2	3	4
39. Avoir des palpitations ou sentir votre cœur battre très vite et fort	0	1	2	3	4
40. Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac	0	1	2	3	4
41. Vous sentir inférieur(e) aux autres	0	1	2	3	4
42. Douleurs musculaires	0	1	2	3	4
43. Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous	0	1	2	3	4
44. Difficulté à vous endormir	0	1	2	3	4
45. Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites	0	1	2	3	4
46. Difficulté à prendre des décisions	0	1	2	3	4
47. Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train	0	1	2	3	4
48. Difficulté à prendre votre souffle	0	1	2	3	4
49. Bouffées de chaleur ou des frissons	0	1	2	3	4
50. Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur	0	1	2	3	4
51. Des blancs de mémoire	0	1	2	3	4
52. Engourdissements ou picottements dans certaines parties du corps (ex. bras, jambes, figure, etc)	0	1	2	3	4
53. Une boule dans la gorge	0	1	2	3	4
54. Sentiment de pessimisme face à l'avenir	0	1	2	3	4
55. Difficulté à vous concentrer	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Passablement	Beaucoup	Excessivement
6. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
7. Sentiment de tension ou de surexcitation	0	1	2	3	4
8. Sensations de lourdeur dans les bras et les jambes	0	1	2	3	4
9. Pensées en relation avec la mort	0	1	2	3	4
10. Trop manger	0	1	2	3	4
1. Vous sentir mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou que l'on parle de vous	0	1	2	3	4
2. Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous	0	1	2	3	4
3. Envies de frapper, injurier ou faire mal à quelqu'un	0	1	2	3	4
4. Vous réveiller tôt le matin	0	1	2	3	4
5. Besoin de répéter les mêmes actions telles que toucher, compter, laver	0	1	2	3	4
6. Avoir un sommeil agité ou perturbé	0	1	2	3	4
7. Envies de briser ou de fracasser des objets	0	1	2	3	4
8. Avoir des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas	0	1	2	3	4
9. Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes	0	1	2	3	4
10. Vous sentir mal à l'aise dans des foules telles au centre d'achat ou au cinéma	0	1	2	3	4
11. Sentiment que tout est un effort	0	1	2	3	4
12. Moments de terreur et de panique	0	1	2	3	4
13. Sensations d'inconfort d'avoir à boire ou à manger en public	0	1	2	3	4
14. Vous disputer souvent	0	1	2	3	4
15. Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e)	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Passa- blement	Beaucoup	Excessi- vement
76. Vous n'êtes pas reconnu(e) à votre juste valeur	0	1	2	3	4
77. Sentiment de solitude même avec d'autres	0	1	2	3	4
78. Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez pas rester en place	0	1	2	3	4
79. Sentiment d'être bon(ne) à rien	0	1	2	3	4
80. Sentiment qu'il va vous arriver quelque chose de néfaste	0	1	2	3	4
81. Crier et lancer des objets	0	1	2	3	4
82. Peur de perdre connaissance en public	0	1	2	3	4
83. Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire	0	1	2	3	4
84. Des pensées sexuelles qui vous troublent beaucoup	0	1	2	3	4
85. L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés	0	1	2	3	4
86. Pensées ou visions qui vous effraient	0	1	2	3	4
87. L'idée que votre corps est sérieusement atteint	0	1	2	3	4
88. Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4
89. Avoir des sentiments de culpabilité	0	1	2	3	4
90. L'idée que votre esprit (tête) est dérangé	0	1	2	3	4

Copyright © 1982 by Leonard R. Derogadis, Ph. D.