

LA COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE: DIMENSION-PIVOT DE LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES



Branka Zei et Yves Morel***

Résumé: *La communication verbale et non-verbale: dimension-pivot de la gestion des maladies chroniques.* – La relation et la communication entre le patient et le soignant étant au centre d'intérêt pour la gestion des maladies chroniques, il est proposé que le comportement communicatif de l'équipe soignante s'enrichisse 1) de la transparence de l'engagement émotionnel du soignant (à travers des indices non verbaux), 2) de la prise en compte des aspects non verbaux de l'expression émotionnelle du patient, 3) d'une analyse détaillée des aspects cognitifs déterminants l'attitude émotionnelle du patient et 4) d'un travail approfondi sur chaque facteur entravant la gestion active de la maladie (de la part du patient).

Summary: *The role of verbal and non verbal communication in coping with chronic illness.* – Communication with the patient being a central issue in successful coping with a chronic disease, it is suggested that the communicative behaviour of the care taking team be enriched by the following characteristics: 1) non-verbal expression of their own emotional attitude, 2) sensitivity to non-verbal signs of the patient's emotional state, 3) a detailed analysis of cognitive factors underlying the patient's emotional attitudes and 4) thorough work on each of the factors disturbing active management of the chronic disease by the patient himself.

Mots-clés: Communication – Emotion – Voix – Cognition – Expression non verbale.

Key-words: Communication – Emotion – Voice – Cognition – Non-verbal expression.

* Docteur en psychologie.

Adresse: Unité comportement et communication, Département de psychiatrie, HUG, 51 boulevard de la Cluse, CH-1207 Genève (Dr M. Archinard).

** Chef de clinique de la division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques (Pr J.-Ph. Assal).

Adresse: Hôpital Cantonal, 24 rue Micheli-du-Crest, CH-1211 Genève 14.

Introduction

Que le suivi d'une maladie chronique implique pour les soignants de tenir compte de l'état affectif du patient, nous paraît évident car ce dernier détermine sa façon de faire face (coping) à la maladie.

Il est aussi acquis que le travail sur l'affect se situe dans le contexte de la communication soignant-soigné.

Ce qui est moins clair c'est comment des buts thérapeutiques de la prise en charge s'articulent avec le «tissu» émotionnel du patient d'une part et avec les compétences communicatives du médecin (et de son équipe soignante) d'autre part. Nous proposons une réponse à ces questions en mettant en évidence les liens entre ces trois domaines, à savoir : les objectifs thérapeutiques, l'état émotionnel et la communication verbale et non verbale.

Dans son bel article, *J. Ph. Assal* (1996) nous rappelle que, mis à part des soins proprement médicaux, le médecin et son équipe soignante ont d'autres objectifs majeurs tels que :

- aider le patient à arriver jusqu'à l'acceptation de sa maladie incurable, en faisant le deuil d'un état de santé perdue et en réorganisant sa vie en fonction du handicap ;
- assurer son adhésion au traitement en le motivant à s'engager personnellement dans la gestion de la maladie ;
- l'instruire afin que cette tâche puisse être pleinement assumée.

Pour y parvenir, le médecin doit acquérir une identité bio-psychosociale et pédagogique car il va s'investir pour longtemps et sa relation avec le malade jouera un rôle central. Cette relation est alors à construire dans le processus de la communication verbale et non verbale et dans un contexte d'empathie envers le patient.

Nous estimons que les objectifs mentionnés (acceptation de la maladie, adhésion au traitement et gestion autonome de la maladie) pourront être réalisés plus facilement si le patient partage son expérience émotionnelle avec le soignant dans un climat favorable de compréhension mutuelle. Aussi nous pensons que :

1. les attitudes empathiques et la réceptivité positive du soignant devraient devenir «transparentes» aux yeux du patient à travers les indices non verbaux (vocaux et faciaux par ex.) et que
2. l'attitude émotionnelle du patient devrait faire l'objet d'une évaluation précise.

Pour la transparence de l'attitude du soignant

Nous proposons que le soignant fasse une « prise de position non verbale » quant à son propre engagement émotionnel. Il s'agirait donc d'un partage émotionnel bilatéral.

Dans son article « Social influence and emotions transfer », *Scherer* (1993) propose un modèle de l'influence de l'expression émotionnelle sur le comportement du récepteur :

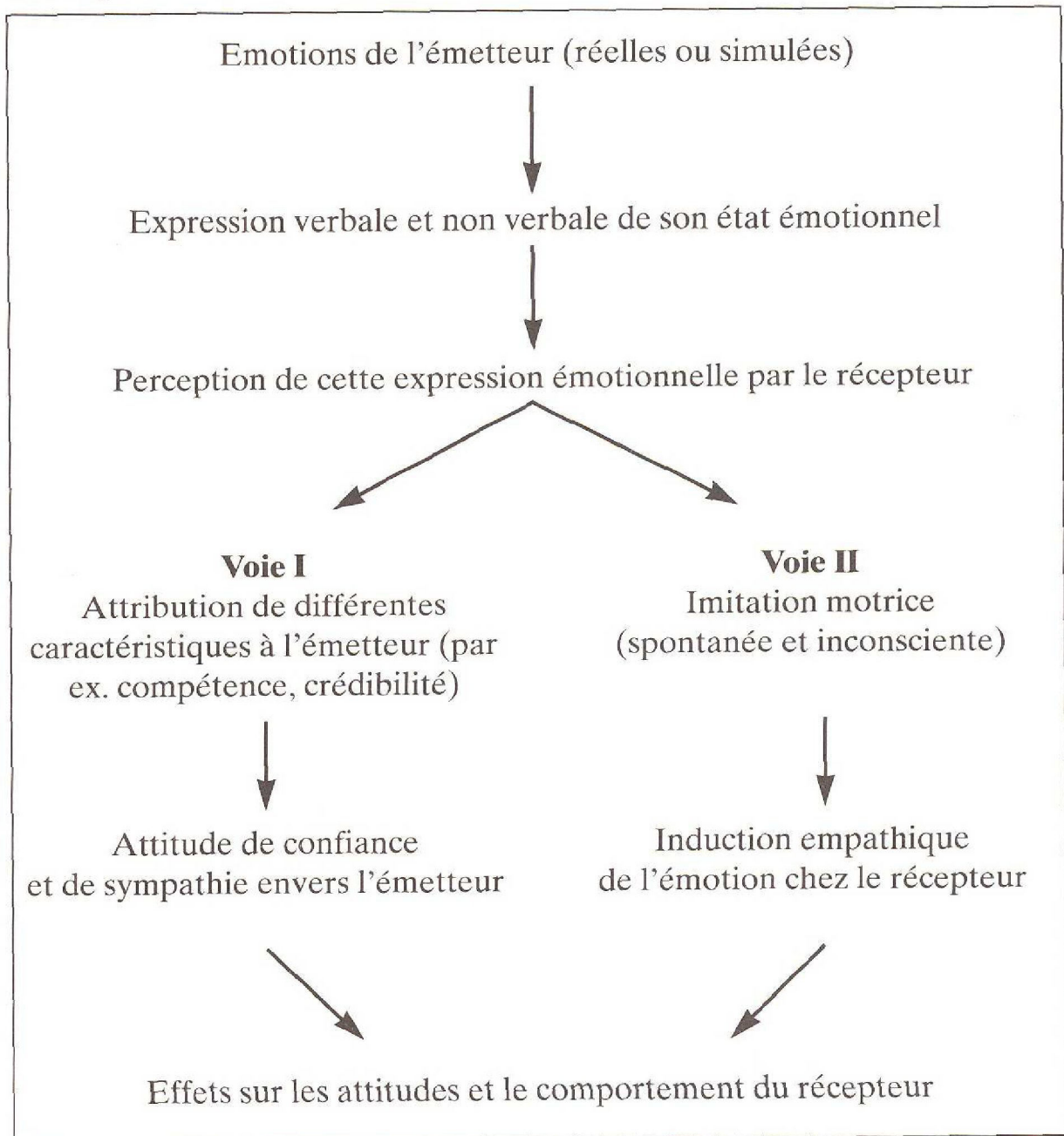


Figure 1.

La voie I du modèle de *Scherer* suggère que le locuteur, qui vise un changement d'attitude ou de comportement du récepteur, doit démontrer

sa propre attitude par l'expression de sa propre émotion. Il doit ainsi exprimer qu'il évalue la situation de façon adéquate et qu'il est prêt à passer à l'action qui s'impose. Le récepteur attribuera alors plus de crédibilité et ressentira davantage de confiance et de sympathie à son égard.

Appliquons ce modèle à l'exemple d'un patient diabétique qui doit être mis sous un traitement d'insuline. Le changement d'attitude visé, consiste à faire accepter au patient ce nouveau traitement. Si le soignant ne démontre pas (par son attitude) qu'il a évalué l'enjeu émotionnel de cette nouvelle situation, alors le patient ne lui attribuera ni la confiance, ni la crédibilité nécessaires pour lui permettre d'accepter le traitement.

La voie II, entièrement affective dans sa nature, implique un transfert automatique de l'émotion de l'émetteur au récepteur. Elle s'appuie sur l'effet de contagion motrice ou d'imitation spontanée (inconsciente) désigné par *Scherer* comme « empathy via motor mimicry » (*Hoffman*, 1984; *Wispé*, 1987). *McHugo*, *Lanzetta* et *Bush* (1991) démontrent en effet que l'expression faciale du contentement et du bonheur du locuteur se reflète dans l'expression faciale du récepteur par l'augmentation de l'activité du muscle *zygomaticus major*, alors que l'expression de la colère du locuteur provoque une activation du muscle *corrugator supercilii* chez le récepteur.

Un écho émotionnel ainsi créé, on peut s'attendre au changement d'attitude du récepteur dans les sens suivants: éveil cognitif, focalisation de l'attention sur les éléments pertinents et activation des schèmes comportementaux appropriés inconscients. Le processus de jugement y serait également affecté. Dans notre exemple, le risque imposé par les injections d'insuline serait accepté plus facilement, la motivation à l'action augmenterait et le seuil de l'inhibition de l'action serait diminué.

En effet, la tradition rhétorique (grecque et romaine) soulignait déjà l'importance de l'expression émotionnelle de la part de l'orateur pour l'efficacité du processus de persuasion (*Cicero*: *De Oratore* ou *Quintilien*: *Institutio Oratoria*). *Darwin* (1872/1965) aussi, écrit que l'on peut faire davantage confiance à la voix et au visage qu'aux mots qui sont trop facilement manipulés (p. 364).

Empathie ou contagion vocale

Quant aux aspects vocaux de la communication non verbale de l'émotion, l'étude de *Milmoe* démontrait déjà en 1961, que la voix anxieuse du médecin lors du premier contact avec un patient alcoolique était significativement corrélée avec le degré de réussite dans la demande de ce dernier d'un traitement pour l'alcoolisme. La même étude met en évidence qu'une

voix « factuelle et professionnelle » est négativement corrélée avec l'efficacité de l'acte de persuasion. Il est intéressant de noter que les hommes avaient plus de succès avec les alcooliques masculins que leurs collègues féminines. Il est possible que les indices vocaux de l'anxiété soient plus facilement décodables par les récepteurs du même sexe.

L'importance des aspects vocaux (para linguistiques) de l'interaction verbale a été amplement explorée dans le cadre de la théorie de l'accommodation du langage (Speech Accommodation Theory, SAT, *Giles, 1973*). Selon cette théorie, les interlocuteurs ajustent/adaptent leurs styles vocaux mutuellement ou unilatéralement dans le but de :

- obtenir l'approbation sociale de la part du récepteur
- augmenter l'efficacité de la communication
- maintenir une identité sociale positive.

Le concept de base de cette théorie est que la convergence et la divergence des styles vocaux ont des conséquences psychologiques importantes. La convergence est basée sur le principe d'attraction par ressemblance (*Byrne, 1969*) alors que la divergence est fondée sur le désir du maintien de l'identité (*Giles, Scherer et Taylor, 1979*). Nombreuses sont les études confirmant que le sens de la convergence est dirigé vers la personne ayant plus de pouvoir (si minime soit-il).

Putman et Street (1984) trouvent que la convergence de la personne interrogée envers son interviewer – au niveau de la vitesse de l'élocution et des latences des réponses – incite à davantage d'attributions positives. La convergence du style n'est pas liée de façon linéaire aux jugements positifs. Il y aurait des niveaux de convergence optimale et des plafonds de tolérance des divergences. Une divergence de vitesse d'élocution au-delà de 50 mots/minute diminue l'attribution des qualités au locuteur. Une surconvergence, par contre, peut avoir des effets néfastes. Dans l'étude de *Caporael (1983)*, les personnes âgées, ont éprouvé de l'irritation quand on s'adressait à elles d'un ton enfantin. Utilisée avec prudence, la convergence vocale renforce l'acceptation, la coopération et l'adhésion (« compliance ») du patient.

Nombreux sont les paramètres acoustiques qui influencent l'interaction verbale. Les plus importants, avec leurs unités de mesure, sont les suivants :

- la hauteur moyenne de la voix (mesurée en Hz);
- l'intonation (changement de hauteur dans le temps);
- l'intensité (mesurée en dB);
- la vitesse d'élocution (mesurée en nombre de syllabes par seconde);

- la longueur et la fréquence des pauses (mesurées en msec);
- l'accentuation (la différence en intensité, en hauteur et en longueur syllabique).

En ce qui concerne les intonations, la recherche menée par *Rosenfeld* (1987) démontre que les récepteurs manifestent (de façon non verbale) leur accord avec le locuteur plus souvent quand ses phrases se terminent avec un ton descendant.

Etre à l'écoute du patient, c'est aussi se servir des indices vocaux de son affectivité

Voici quelques exemples schématisés des indices vocaux des états émotionnels:

- une voix monotone, faible d'intensité combinée avec une élocution lente peut signaler un état dépressif;
- une voix aiguë et faible en intensité peut indiquer une attitude de soumission et de sollicitation d'aide;
- une voix forte en intensité et de hauteur très variée peut être indice de la colère.

Les indices acoustiques des états émotionnels constituent des configurations caractéristiques. Ces dernières sont objectivables à l'aide de programmes d'analyse du signal acoustique. La recherche scientifique dans ce domaine est abondante (*Kappas et coll.*, 1991; *Banse*, 1996). Elle nous fournit des résultats extrêmement intéressants et utiles pour tout travail sur la communication.

Mais l'impact du non verbal est limité

Dans le cadre des études sur les attentes interpersonnelles (interpersonal expectations) *Scherer* (*Scherer et coll.*, 1972) avait démontré qu'en manipulant l'intensité acoustique des mots positifs ou négatifs d'un discours, on peut fausser les opinions des auditeurs. Cependant, 21 ans plus tard, il (*Scherer*, 1993) nuance ces résultats si prometteurs quant à la possibilité d'influencer aussi facilement les attitudes des personnes exposées aux manipulations de la parole persuasive: l'influence de ces aspects accessoires (dits «non verbaux») se limiterait aux personnes qui sont peu impli-

quées émotionnellement, ou n'ont pas de convictions ou de connaissances dans le domaine en question.

Scherer suggère que si l'émetteur, en tant que personne, et le contenu de son message sont hautement pertinents pour le récepteur, ce dernier s'investira et une réponse émotionnelle de sa part s'ensuivra. C'est donc, conclut-il, ce facteur émotionnel qui détermine l'efficacité de l'acte communicatif.

En effet, c'est quand l'émetteur réussit à susciter une réponse émotionnelle que ses propos ont été perçus comme pertinents pour le récepteur. Aussi l'émotion devient le détecteur de pertinence.

L'émotion est un détecteur de pertinence

Dans le contexte de la gestion d'une maladie chronique, il nous semble essentiel de déterminer ce qui est pertinent pour le patient. Une adhésion émotionnelle nous paraît être un prérequis de la motivation du patient. Il ne suffit donc pas de faire appel au raisonnement purement rationnel pour obtenir l'adhésion du patient au traitement ou à la gestion autonome de sa maladie.

Nous suggérons que le travail sur l'adhésion émotionnelle ait son point de départ dans une « mesure » semi-objective de l'état émotionnel du patient. Cette dernière se ferait à l'aide d'une échelle comportant 15 questions (cf. graphique 2) relatives au stimulus déclencheur d'une réaction de stress émotionnel.

Nous justifions cette démarche par le fait qu'une maladie chronique peut être assimilée à un état de stress émotionnel quasi permanent. Ce dernier provient de trois sources principales, à savoir :

- la maladie en soi,
- son traitement
- l'entourage social affecté par le changement du mode de vie du patient.

Or, une expérience de stress, n'est plus conçue comme un syndrome général tel que *Selye* l'avait proposé. Elle est considérée comme une « expérience émotionnelle qui est prolongée et/ou plus intense que des épisodes d'émotion « normale » (*Scherer*, 1990). Il convient donc de parler de *l'émotion-stress* et non pas du stress en général.

Aussi, gérer une maladie de longue durée revient pour le patient à gérer l'émotion – stress qui y est rattachée. De ce fait, l'étude des émotions prend une place centrale dans la compréhension de la problématique des maladies de longue durée.

Plutchik (1989) propose un modèle des émotions et de leurs dérivés qui inclut entre autres des conduites, des mécanismes de défense et de « coping » rattachés à chaque émotion.

Inspirée des théories de *Frijda* (1986) et de *Lazarus* (1991), *Ira J. Roseman* (1994) met empiriquement en évidence la possibilité de distinguer les émotions les unes des autres selon les *tendances comportementales et les buts «émotivationnels»** qui leur sont attachés.

Cette dimension comportementale de l'émotion nous semble particulièrement féconde dans la perspective de la gestion d'une maladie chronique.

Il nous paraît évident que pour prévoir les conduites possibles et les buts émotivationnels du patient il faudrait d'abord connaître la structure cognitive de son état émotionnel. Une telle démarche permettrait de mieux cibler le travail sur la gestion de la maladie.

Parmi les théories cognitives des émotions, celle de *Scherer* (1984) nous paraît particulièrement utile pour déterminer la base même de l'émotion.

Scherer considère toute expérience émotionnelle comme une réponse adaptative de l'organisme face aux stimuli exogènes et/ou endogènes. Cette réponse est analysable en plusieurs composantes :

- cognitive (évaluation du stimulus);
- neurophysiologique (respiration, rythme cardiaque, tonus de la musculature striée, etc.);
- motrice (expressive);
- motivationnelle (tendance à l'action) et
- monitrice (sentiment subjectif résultant des feed-backs provenant des autres composantes).

La composante cognitive joue un rôle central dans la théorie de *Scherer*, selon laquelle les *processus cognitifs d'évaluation du stimulus ont un effet direct sur les autres composantes de l'expérience émotionnelle stressante*. Ainsi, par exemple, le sentiment subjectif de la peur aura comme base cognitive le fait que le stimulus a été évalué entre autres comme :

- non maîtrisable;
- intrinsèquement désagréable;
- allant à l'encontre des buts poursuivis;
- difficile à supporter.

* Un terme de *I. Roseman*, signifiant des buts émotionnellement motivés.

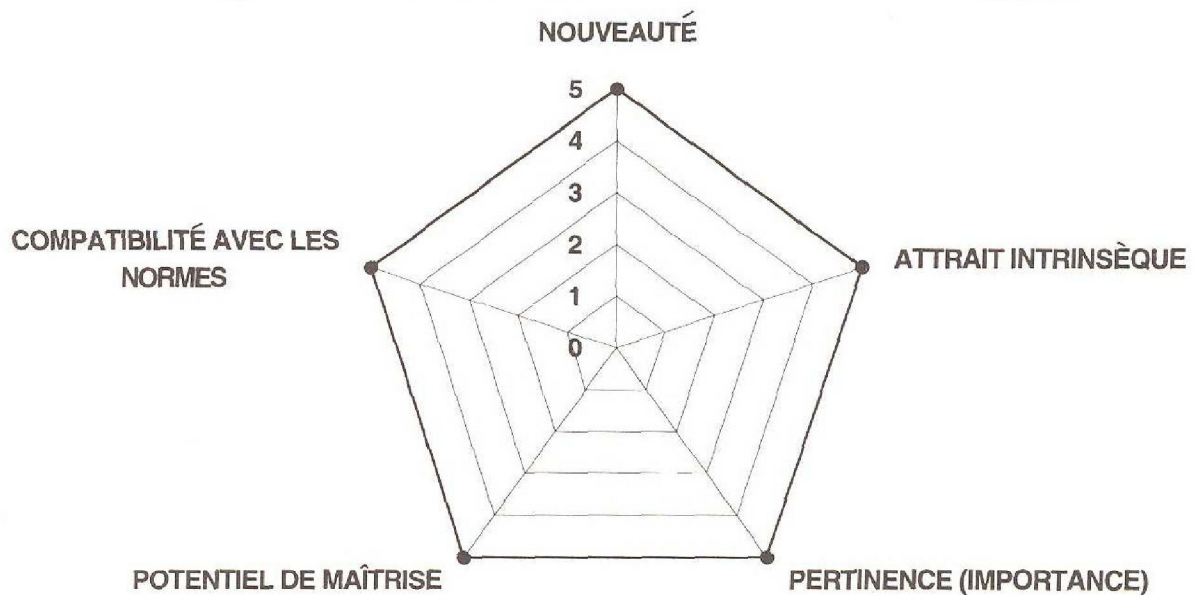
Il s'ensuivra une préparation de l'organisme à l'action (de fuite par exemple).

Concrètement, le travail sur la gestion de la maladie commencerait par une évaluation de l'attitude émotionnelle du patient envers l'événement inducteur de l'émotion tel que, par exemple, le traitement proposé par le médecin.

Les principales catégories des critères de cette évaluation sont:

1. le degré de nouveauté du stimulus;
2. l'attrait intrinsèque du stimulus;
3. la pertinence du stimulus/ses résultats par rapport aux buts poursuivis;
4. le potentiel de maîtrise de la situation;
5. la compatibilité du stimulus/ses résultats avec les normes (externes ou internes).

Principaux critères d'évaluation de l'événement-stimulus



Graphique 1: Les 5 principales catégories d'évaluation (selon le modèle de Scherer, 1984), chacune cotée de 0-5.

Certaines de ces catégories se subdivisent en facteurs plus détaillés.

Ainsi la *pertinence du stimulus/ses résultats par rapport aux buts* est composée des facteurs suivants:

- la pertinence générale du stimulus;
- le caractère entravant/rapprochant par rapport aux buts poursuivis;

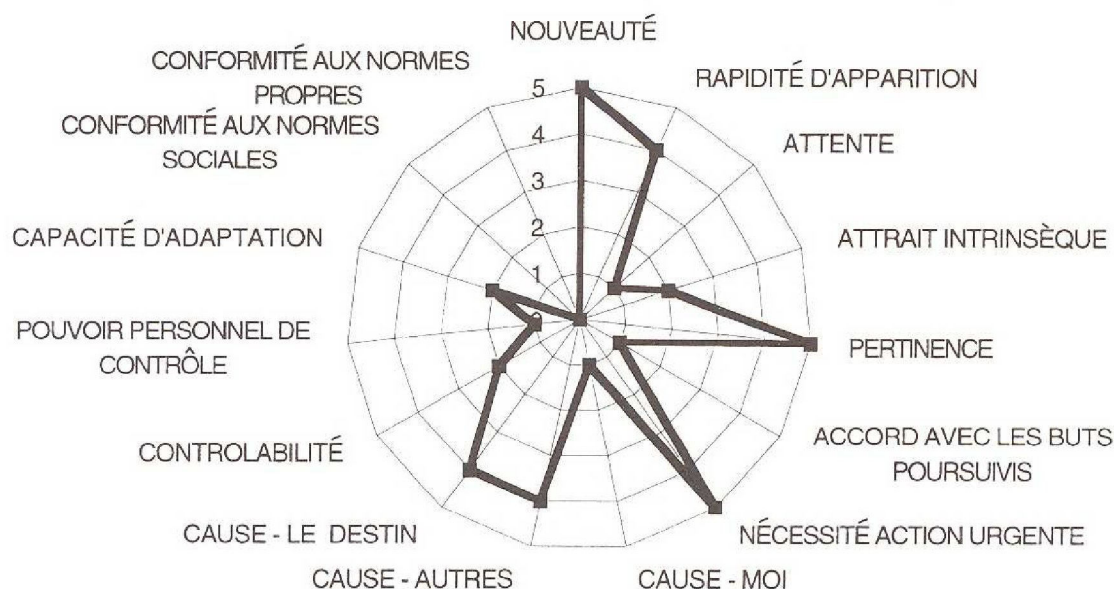
- l'attente d'un résultat donné;
- la nécessité d'une action urgente.

Le *potentiel de maîtrise* se subdivise en:

- l'attribution de la cause du stimulus (soi-même/autres/destin);
- la contrôlabilité du stimulus;
- le pouvoir de maîtrise de la situation;
- le degré d'acceptation de la situation.

De quoi est faite la peur ?

Configuration déterminant le sentiment de peur



Graphique 2: La configuration des facteurs déterminant le sentiment de la peur selon le modèle de *Scherer*. Les valeurs inscrites pour chaque facteur sont basées sur le tableau des vecteurs quantitatifs hypothétiques pour chaque émotion. Valeur 0 = non pertinent (*Scherer*, 1993; p. 344).

Dans son récent modèle, *Roseman* (1996) se penche sur le nombre minimal de conditions (en tant que résultats des évaluations cognitives) déclenchant une réaction émotionnelle.

L'auteur propose une grille de lecture des différentes évaluations du stimulus. Selon cette grille on peut prédire quels changements sont nécessaires pour qu'une émotion se transforme en une autre. Par exemple: ces-

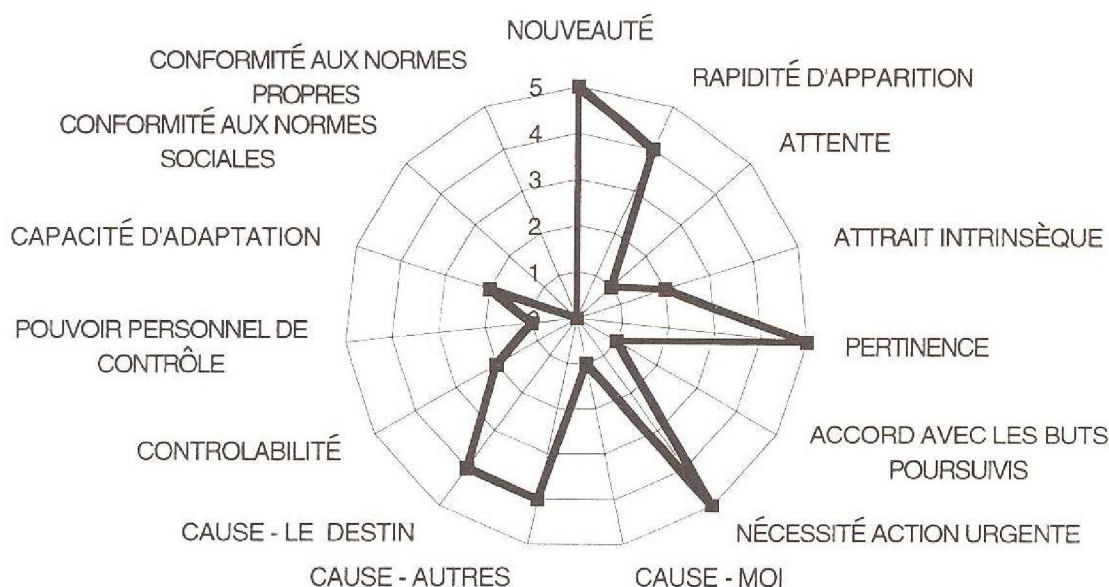
- l'attente d'un résultat donné;
- la nécessité d'une action urgente.

Le potentiel de maîtrise se subdivise en:

- l'attribution de la cause du stimulus (soi-même/autres/destin);
- la contrôlabilité du stimulus;
- le pouvoir de maîtrise de la situation;
- le degré d'acceptation de la situation.

De quoi est faite la peur ?

Configuration déterminant le sentiment de peur



Graphique 2: La configuration des facteurs déterminant le sentiment de la peur selon le modèle de *Scherer*. Les valeurs inscrites pour chaque facteur sont basées sur le tableau des vecteurs quantitatifs hypothétiques pour chaque émotion. Valeur 0 = non pertinent (*Scherer*, 1993; p. 344).

Dans son récent modèle, *Roseman* (1996) se penche sur le nombre minimal de conditions (en tant que résultats des évaluations cognitives) déclenchant une réaction émotionnelle.

L'auteur propose une grille de lecture des différentes évaluations du stimulus. Selon cette grille on peut prédire quels changements sont nécessaires pour qu'une émotion se transforme en une autre. Par exemple: ces-

ser de croire dans la possibilité d'influencer l'obtention d'une récompense, change le sentiment de frustration en sentiment de tristesse (*Roseman, op. cit.*, p. 269).

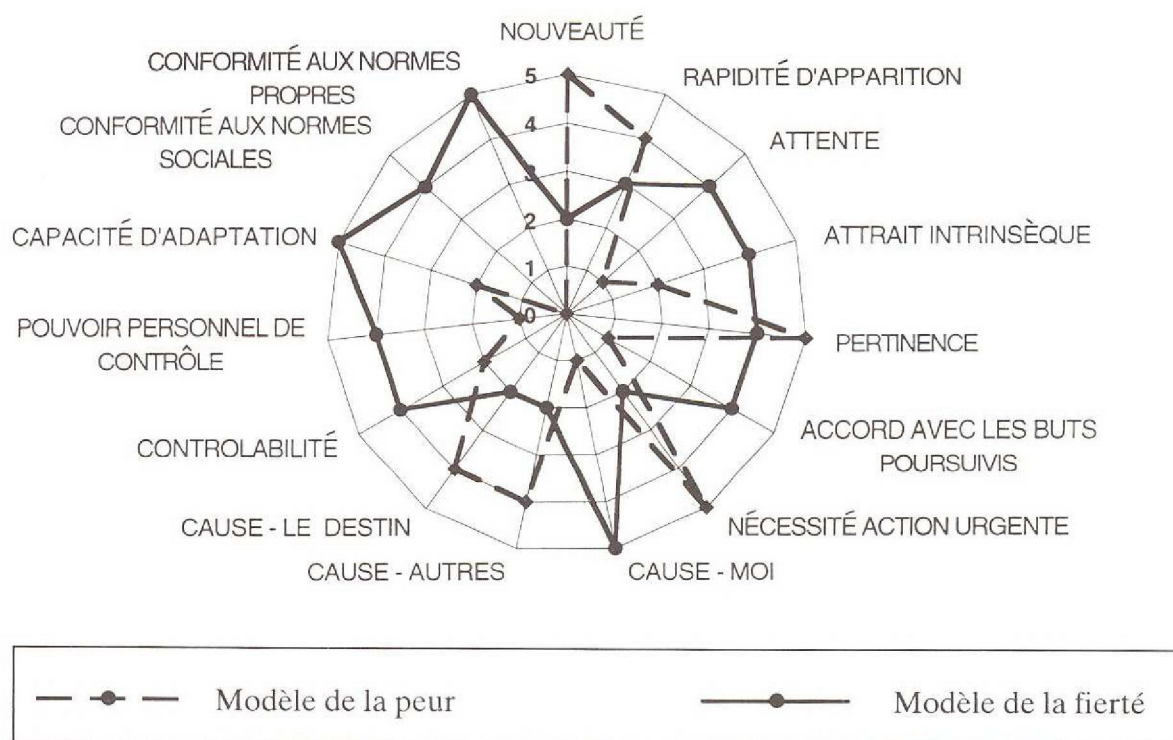
Cette perspective de travail sur la structure interne d'une émotion nous semble très séduisante et prometteuse car elle nous indique comment on peut influencer la base cognitive sous-jacente à chaque émotion.

Les travaux de *Sigrum-Heide Filipp* et *Thomas Klauer* (1991) sur les stratégies de coping chez les malades chroniques mettent en évidence que la dimension intrapsychique centrée sur le «faire face émotionnel» («intrapyschic coping reaction») implique des manoeuvres cognitives et est déterminante pour le sentiment de bien-être chez le malade chronique.

De tels résultats nous encouragent à envisager le travail pratique basé d'abord sur la connaissance précise de la structure cognitive de l'état émotionnel du patient et ensuite sur la reconceptualisation et/ou l'élimination des facteurs gênants.

Aussi peut-on envisager de comparer la configuration émotionnelle constatée avec une configuration «idéale» pour, par la suite, focaliser le travail sur les facteurs manquants/gênants:

Configurations comparées: peur-fierté



Graphique 3: La comparaison entre la configuration caractérisant le sentiment de fierté («pride») et celle qui caractérise la peur. Les valeurs inscrites pour chaque facteur sont basées sur le tableau des vecteurs quantitatifs hypothétiques pour chaque émotion. Valeur 0 = non pertinent (*Scherer, 1993; p. 344*).

En examinant les thèmes abordés dans « Handbook of Psychology and Diabetes » (Bradley, 1994), les auteurs mettent en évidence plusieurs facteurs déterminant le succès du contrôle de la maladie. Or la plupart de ces facteurs se retrouvent dans les facteurs cognitifs du modèle de Scherer (op. cit., 1984).

En voici quelques exemples :

- l'attribution du locus de contrôle correspond aux facteurs de coping du modèle de Scherer;
- le sentiment de culpabilité se retrouve dans les facteurs de la compatibilité du stimulus avec les normes internes/externes;
- l'acceptation de la situation correspond au facteur de degré d'acceptation;
- la perception de la sévérité de l'atteinte physique correspond au facteur d'attrait intrinsèque du stimulus;
- l'estimation des bienfaits et des obstacles au traitement correspond au facteur de pertinence et d'utilité par rapport aux buts poursuivis.

Pour terminer, nous proposons que le comportement communicatif de l'équipe soignante s'enrichisse :

- de la transparence non verbale de l'engagement émotionnel du soignant;
- de la prise en compte des aspects non verbaux de l'expression émotionnelle du patient;
- d'une analyse détaillée du « tissu » cognitif déterminant l'attitude émotionnelle de chaque patient;
- d'un travail sur chaque facteur cognitif entravant le succès.

Ces éléments, nous semble-t-il, s'articulent utilement avec les objectifs thérapeutiques dans le suivi de la maladie chronique.

Quant aux dénominateurs communs de nos propositions, ils se réduisent à deux concepts :

- plus d'affect;
- plus d'effort.

Il n'est pas surprenant de constater que «more affect + more effort» sont les deux moyens de transmission des attentes interpersonnelles (Rosenthal, 1966, 1993). Les trente ans de recherche dans ce domaine ont montré la puissance du concept des attentes interpersonnelles. Au début, ce concept était étudié dans le contexte d'apprentissage scolaire pour, par la suite, être élargi à d'autres situations de communication. Le cadre de cet article ne nous permet pas d'élaborer en détail ce concept, pourtant d'importance monumentale pour toute démarche psychopédagogique. L'idée de base est que les attentes interpersonnelles jouent un rôle de médiateur dans l'acquisition de connaissances et dans la communication orale en général.

Comme l'enseignement aux malades est un des objectifs majeurs de la prise en charge d'une maladie de longue durée, l'utilisation consciente des moyens qui facilitent l'acquisition de connaissances, est au coeur d'intérêt pour le soignant.

Glossaire de quelques termes linguistiques:

- Locuteur: la personne s'exprimant oralement dans le but de communiquer.
- Emetteur: la personne qui envoie un message verbal à un destinataire.
- Récepteur: la personne qui reçoit un message verbal.
- Elocution: l'expression orale impliquée dans un acte de communication.

Bibliographie

- Assal J. P. (1996): Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), *Thérapeutique*, 25-005-A-10, 18 p.
- Banse R. and Scherer K.R. (1996): Acoustic profiles in vocal emotion expression. *Journal of Personality and Social Psychology* 70 (3), 614-636.
- Bradley C. (1994): Measures of perceived control of diabetes. In: Bradley C. (Ed), *Handbook of Psychology and diabetes*. Harwood Academic Publishers.
- Byrne D. (1969): Attitudes and attraction. *Advances in Experimental Social Psychology* 24, 35-89.
- Caporalet L. R., Lukaszewski M. P. and Culbertson G. H. (1983): Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 746-754.
- Darwin C. (1872): *The expression of the emotions in man and animals*. London: Murray. (Reprinted Chicago: University of Chicago Press, 1965).

- Filipp S.-H. and Klauer T. (1991): Subjective well-being in the face of critical life events: the case of successful copers. In: Strack F., Argyle M., Schwarz N. (Eds), *Subjective Well-Being, an interdisciplinary perspective*. New York: Pergamon Press.
- Frijda N.H. (1986): *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Giles H. (1973): Accent mobility. A model and some data. *Anthrological Linguistics* 15, 87-105.
- Giles H. (1977): Social psychology and applied linguistics. *ITL: Review of Applied Linguistics* 33, 27-42.
- Giles H. (1978): Linguistic differentiation between ethnic groups. In: Tajfel H. (Ed.), *Differentiation between social groups* (pp. 361-393). London: Academic Press.
- Giles H., Mulac A., Bradac J.J. and Johnson P. (1987): Speech Accomodation Theory: The First Decade and Beyond, In: McLaugham M. (Ed), *Communication Yearbook 10*. Sage, Newbury Park, CA pp 13-48.
- Giles H., Scherer K.R. and Taylor D.M. (1979): Speech markers in social interaction. In: Scherer K.R., Giles H. (Eds.), *Social markers in speech* (pp. 343-381). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman M.L. (1984): Interaction of affect and cognition in empathy. In: Izard C.E., Kagan J., & Zajonc R.B. (Eds.), *Emotion, cognition, and behavior* (pp. 103-131). New York: Cambridge University Press.
- Kappas A., Hess U. and Scherer K.R. (1991): Voice and emotion. In: Rimé B. & Feldman R.S. (Eds), *Fundamantals of nonverbal behaviour*. Cambridge, England: Cambridge University Press, pp. 200-238.
- Lazarus R.S. (1991): *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- McHugo G. J., Lanzetta J. T. and Bush L.K. (1991): The effect of attitudes on emotional reactions to expressive displays of political leaders. *Journal of Nonverbal Behavior* 15, 19-41.
- Milmoie S., Rosenthal R., Blane H. T., Chafetz M.E. and Wolf I. (1967): The doctor's Voice: Postdictor of successful referral of alcoholic patients. *Journal of Abnormal Psychology* 72, American Psychological Association, pp. 78-84.
- Pennebaker J.W.(1986): Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 274-281.
- Pennebaker J.W., Hughes C. and O'Heron N.C. (1987): The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 781-793.
- Pennebaker J.W., Barger S.D. and Tiebout J. (1989): Disclosure of traumas and health among holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine* 51, 577-589.
- Plutchik R. (1989): Measuring emotions and their derivatives. In: Plutchik R. & Kellerman H. (Eds), *Emotion Theory, Research, and Experience*, Vol. 4, *The Measurement of Emotions*. New York: Academic Press, pp 1-35.
- Putman W. and Street R. (1984): The conception and perception of noncontent speech performance: Implications for speech accomodation theory. *International Journal of Sociology of language* 46, 97-114.
- Rimé B., Mesquita B., Philippot P. and Boca S. (1991): Beyond the Emotional Event: Six Studies on the Social Sharing of Emotion. *Cognition and Emotion* 5 (5/6), 435-465.
- Roseman I. J., Wiest C. and Swartz T. S. (1994): Phenomenology, Behaviors, and Goals Differentiate Discrete Emotions. *Journal of Personality and Social Psychology* 67 (2) 206-221.

- Roseman I.J., Antoniou A.A. and Jose P.E. (1996): Appraisal Determinants of Emotions: Constructing a More Accurate and Comprehensive Theory. *Cognition and Emotion* 10 (3), 241-277.
- Rosenfeld H.M. (1987): Conversational Control Functions of Nonverbal Behavior. In: Siegman A.W., Feldstein S. (Eds), *Nonverbal Behavior and Communication*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rosenthal R. (1966): *Experimenter effects in behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rosenthal R. (1993): Interpersonal expectations: Some antecedents and some consequences. In: Blanck P.D. (Ed), *Interpersonal expectations, Theory, research, and applications*. Cambridge University Press & Editions de la Maison des sciences de l'Homme, Paris.
- Scherer K.R., Uno H. and Rosenthal R. (1972): A cross-cultural analysis of vocal behavior as a determinant of experimenter expectancy effects: A Japanese case. *International Journal of Psychology* 7, 109-117.
- Scherer K.R. (1984): Les émotions: Fonctions et composantes. *Cahiers de Psychologie Cognitive* 1, 9-39. (réimprimé dans Rimé B. et Scherer K.R. (Eds.), *Les émotions*. Paris: Delachaux et Niestlé, pp. 97-133, 1989).
- Scherer K.R. (1990): Stress et coping: Nouvelles approches. *Cahiers Psychiatriques Genevois* 9, 147-154.
- Scherer K.R. (1993a): Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition and Emotion* 7, 325-355.
- Scherer K.R. (1993b): Comment: Interpersonal expectations, social influence, and emotion transfer. In: Blank P. D. (Ed), *Interpersonal Expectations*. New York: Cambridge University Press, pp. 316-333.
- Thoits P.A. (1984): Coping, social support, and psychological outcomes. In: Shaver P. (Ed.) *Review of personality and social psychology*, Vol. 5. Beverly Hills, CA: Sage, pp. 219-238.
- Wispé L. (1987): History of the concept of empathy. In: Eisenberg N. and Strayer J. (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge and New York: Cambridge University Press, pp. 17-37.