



Pour citer cet article :

Fabienne Cassiers, Julien Lociuro,
" De la musicothérapie à la thérapie non-verbale : le modèle Benenzon et son évolution ",
Revue Française de Musicothérapie, Volume XXXVIII, , ,
mis en ligne le 20 décembre 2019.
URL : <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=4171>

[Voir l'article en ligne](#)

AVERTISSEMENT

Les publications du site REVEL sont protégées par les dispositions générales du Code de la propriété intellectuelle.

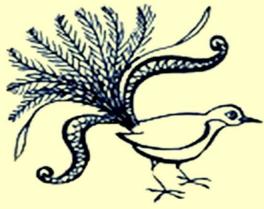
Conditions d'utilisation - respect du droit d'auteur et de la propriété intellectuelle

L'accès aux références bibliographiques et au texte intégral, aux outils de recherche ou au feuilletage de l'ensemble des revues est libre, cependant article, recension et autre contribution sont couvertes par le droit d'auteur et sont la propriété de leurs auteurs.

Les utilisateurs doivent toujours associer à toute unité documentaire les éléments bibliographiques permettant de l'identifier correctement et notamment toujours faire mention du nom de l'auteur, du titre de l'article, de la revue et du site Revel. Ces mentions apparaissent sur la page de garde des documents sauvegardés sur les postes des utilisateurs ou imprimés par leur soin.

L'université de Nice-Sophia Antipolis est l'éditeur du portail REVEL @Nice et à ce titre détient la propriété intellectuelle et les droits d'exploitation du site.

L'exploitation du site à des fins commerciales ou publicitaires est interdite ainsi que toute diffusion massive du contenu ou modification des données sans l'accord des auteurs et de l'équipe Revel.



La Revue Française de Musicothérapie

*La Revue Française
de Musicothérapie*



ISSN : 2107-7150

Volume XXXVIII - numéro 02 - décembre 2019

De la musicothérapie à la thérapie non-verbale : le modèle Benenzon et son évolution

Fabienne Cassiers

Musicothérapeute, thérapeute non-verbal, psychologue, responsable du Centre Benenzon Belgique. Avenue Général Eisenhower, 132 – 1030 Bruxelles – Belgique. E-mail : fabienne.cassiers@centrebenenzon.be

Julien Lociuro

Musicothérapeute, thérapeute non-verbal, psychologue. E-mail : julien.lociuro@centrebenenzon.be

Résumé

Modèle théorique de musicothérapie, le modèle Benenzon n'a cessé de se repenser et d'évoluer vers ce qui se nomme aujourd'hui : la thérapie non-verbale benenzonienne. Dans cet article, nous tenterons d'en tracer les principaux contours. Nous verrons quels en sont les fondements théoriques et les concepts clés tels que celui d'Identité Sonore (devenu aujourd'hui Identité Sensorielle), les No-out et les Co-out, etc. Nous aborderons le positionnement particulier du thérapeute et l'éthique à laquelle il se réfère et qui guidera sa pratique. Nous comprendrons ainsi que cette approche n'est pas uniquement clinique, mais qu'il s'agit plus largement d'un modèle théorique, philosophique, psychologique et clinique de la communication non-verbale.

Abstract

As a theoretical model of music therapy, the Benenzon model has constantly rethought itself and evolved towards what is now called: Benenzonian non-verbal therapy. In this article, we will try to draw its main outlines. We will see what are the theoretical foundations and key concepts such as Sound Identity (now Sensory Identity), No-out and Co-out, etc. We will discuss the therapist's particular positioning and the ethics to which he refers and which guides his practice. We will thus understand that this approach is not only clinical, but more broadly a theoretical, philosophical, psychological and clinical model of non-verbal communication.

Introduction

S'il est certain que le modèle Benenzon est inscrit comme l'un des cinq modèles théoriques de musicothérapie officiellement reconnus par la Fédération Mondiale de Musicothérapie, il n'a cessé de se transformer, de s'enrichir et d'évoluer jusqu'à s'appeler aujourd'hui : thérapie non-verbale benenzonienne. En effet, le professeur Benenzon n'a jamais été convaincu que le terme *musicothérapie* représentait réellement son approche. Ce terme pourrait laisser entendre que la musique aurait en soi un effet thérapeutique ou, plus globalement, que l'outil de travail serait essentiellement la musique dans toute sa dimension esthétique, alors que l'essentiel de son approche se situe dans la relation qui se construit entre le thérapeute et le patient et que les interactions de ceux-ci sont souvent bien en deçà de toute esthétique musicale.

Au cours de son évolution, Benenzon a nommé cette pratique musicothérapie, puis *mu(psychothérapie*, puis *musicopsychothérapie*, pour parler aujourd'hui de *thérapie non-verbale benenzonienne (TNVB)*, parce que le champ dans lequel nous travaillons est un champ dans lequel s'intègre le corps dans son entièreté, avec toutes ses sensations, perceptions et capacités expressives. Nous ne pouvons donc pas limiter une situation au musical et au sonore alors qu'en réalité l'expérience indique que l'on travaille avec l'ensemble des phénomènes sensoriels.

Il existe deux aspects particulièrement caractéristiques de l'approche TNVB :

Le premier est le fait qu'en TNVB, le travail ne se développe pas uniquement autour du musical ou du sonore, mais avec toute l'infinité des codes non-verbaux (le corps, le regard, le silence, le mouvement, les textures, les gestes, les mimiques, les odeurs, les températures, etc.). Le matériel utilisé ne sera donc pas uniquement constitué d'instruments de musique, mais également de médiateurs divers tels que de l'eau, des éléments de la nature (feuilles, bois, cailloux...), des objets

du quotidien, des ballons, tubes en cartons ou instruments fabriqués et inventés selon les besoins.

Le second aspect est que la relation se construit et se développe exclusivement dans un environnement non-verbale, c'est-à-dire, sans l'usage de la parole parlée. C'est un des aspects du modèle Benenzon qui rencontre le plus de résistance, surtout de la part des psychologues : accepter qu'il n'est pas indispensable de passer par le verbal pour mener à bien un processus thérapeutique.

On pourrait avoir tendance à en déduire que cette approche ne s'adresse qu'aux personnes n'ayant pas ou peu accès au langage - et il est vrai qu'elle est particulièrement pertinente avec ce public – mais elle l'est tout autant avec les personnes sachant verbaliser, comme alternative ou complément à la thérapie verbale classique.

Les bases théoriques de la TNVB

Dans le cadre de cet article, nous développons quelques concepts clés du modèle Benenzon.

L'un des concepts les plus connus du modèle Benenzon (1991, 2004) est celui d'*Iso*. *Iso* signifie « Identité Sonore ». Ce concept réduit cependant l'identité d'un individu au musical et au sonore alors qu'elle est bien plus vaste. C'est pourquoi, au cours de son évolution, ce concept s'est transformé en *ISe*, qui signifie « Identité Sensorielle » (Benenzon, 2011, 2017). Il s'agit d'un complexe énergétique en perpétuel mouvement, formé de sons, silences, pauses, odeurs, températures, textures, goûts, mouvements, densités, formes, couleurs, sensations et encore toute une infinité de perceptions. L'*ISe* caractérise, différencie et représente la personnalité de chaque individu de manière singulière. L'énergie est ce qui se sent, se perçoit, tant au fond de nous-mêmes qu'au fond de l'autre avec lequel nous sommes en relation. Il s'agit d'une sorte de sensation, de force, d'impact. Chacun apprend à la reconnaître à travers son expérience de vie et surtout dans chaque rencontre

avec l'autre. Lorsqu'on interagit, ce sont nos énergies et celles de l'autre qui interagissent et s'équilibrivent.

Sans entrer dans les détails, l'*ISe* d'un individu est composé de plusieurs sous-*Ise* : *l'ISe Universel*, commun à tous les êtres humains ; *l'ISe Gestaltique*, qui se constitue et s'enrichit depuis sa conception et représente sa personnalité et la caractérise ; *l'ISe Culturel*, et encore bien d'autres (Benenzon, 2004, 2011, 2017).

Benenzon (2011) soutient que la pensée est d'abord non-verbale et siège dans l'inconscient sous forme de complexe énergétique organisé. Ces pensées non-verbales deviennent verbales lorsqu'elles passent de l'inconscient au préconscient, puis au conscient. Mais ces pensées ont été modifiées, ont été rendues acceptables, en passant par les filtres de défense (Freud, 1910). Ainsi, ces pensées filtrées s'éloigneraient des pensées non-verbales et donc de l'*ISe* de l'individu. Selon Benenzon, il est cependant possible d'exprimer ces pensées non-verbales et inconscientes à l'état pur, sans que celles-ci n'en passent par le verbal et les transformations du préconscient/conscient. Ces pensées non-verbales pourraient ainsi s'exprimer de manière non-verbale au travers du corps, du geste, du mouvement, de la voix, de la peau, du regard, des silences, d'odeurs, etc.

Selon Benenzon (2011), notre corps possède une mémoire non-verbale et une mémoire archaïque.

La *mémoire non-verbale* est une sorte de complexe d'énergies plus ou moins structurées qui siège dans notre inconscient sous la forme de sensations, perceptions, ressentis physiques, associés à l'ensemble de nos souvenirs non-verbaux, depuis notre conception jusqu'à ce jour. On y retrouve par exemple la sensation de berçement lorsque notre maman nous portait, les voix de nos proches, les souvenirs émotionnels heureux ou traumatiques, etc. C'est un petit peu notre *Madeleine de Proust*. C'est un objet, un geste, un petit événement, une odeur ou une sensation qui rappelle un souvenir ancien chargé d'émotion. La madeleine est le symbole de ce passé qui surgit de manière involontaire. C'est une

mémoire qui accumule des souvenirs qui resurgissent spontanément, de manière affective. Ces souvenirs viennent à nous sans avoir été convoqués de manière volontaire. Cette mémoire non-verbale persisterait bien plus longtemps et avec bien plus de force que la mémoire verbale. Prendre ceci en considération permet, par exemple, de justifier un travail non-verbal avec un patient atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade très avancé.

La *mémoire archaïque* est à rapprocher du concept d'*inconscient collectif* de Jung (1916). Selon Benenzon, l'être humain hérite en naissant de cette mémoire qui comprend tous les comportements de ses ancêtres. Elle se situe également dans l'inconscient et laisse sa trace dans le corps. Ainsi, le corps d'un individu peut exprimer toute une série de comportements en lien avec l'histoire de ses ancêtres. À titre d'exemple, nous y retrouvons la position du feu, le rythme binaire, les danses tribales ou encore le phénomène totémique (Freud, 1912).

Pour Benenzon (2004, 2011), se situer dans un contexte non-verbal vient ainsi stimuler ces mémoires non-verbales et archaïques, ce qui amène souvent à de la régression, à travers l'apparition de comportements archaïques et préverbaux infantiles.

Enfin, un autre concept benenzonien est celui d'*associations libres corpopro-sensori-non-verbales*. C'est en quelque sorte l'équivalent non-verbal de la chaîne de signifiants de Lacan (1966). Ainsi, une perception ou une expression de soi ou d'autrui va de manière involontaire et parfois inconsciente produire des associations non-verbales en chaîne interactives. Un exemple : le patient imite le son d'un oiseau, ce qui provoque le surgissement d'une image de nature chez le thérapeute, qui automatiquement l'amène à plonger sa main et la remuer dans un bac d'eau, le son de l'eau évoquant inconsciemment chez le patient la gestation, ce qui l'amène à se mettre en position du fœtus, et ainsi de suite.

Comment travaille-t-on concrètement ?

Le Modèle Benenzon n'est pas – comme nous pouvons parfois l'observer dans d'autres approches thérapeutiques – la formulation d'une série de techniques ou méthodes à appliquer. Il s'agit avant tout d'une façon de regarder, de sentir, de percevoir et d'interagir avec l'autre. Ainsi, l'éthique de la TNVB se résume principalement à ce que nous nommons les *No-out* et les *Co-out*. Les *No-out* sont les comportements thérapeutiques tendancieux que nous devons éviter car ils contredisent l'éthique du processus relationnel. Par contre, les *Co-out* sont les comportements thérapeutiques qui se développent dans l'interaction avec l'autre et qui sont à favoriser.

Concernant les *No-out*, l'énumération des comportements que le thérapeute ne doit pas réaliser a pour objectif que celui-ci réfléchisse à tout moment à propos de ses propres pulsions et fantasmes, ainsi qu'aux effets résiduels laissés par ce qui s'est joué avec son patient durant la séance précédente. Voici quelques exemples de ces attitudes à éviter : interpréter, stimuler, envahir, inciter, induire, expérimenter, étiqueter, stigmatiser, évaluer, esthétiser, provoquer, préjuger, séduire, suggérer, avoir des objectifs. Pourtant, la société actuelle nous a éduqués, entraînés et formés à produire tous ces comportements. Plus encore, ce sont des comportements qui sont la majorité du temps encouragés et qui permettent de classifier un individu, l'évaluer et objectiver des résultats, malheureusement souvent au détriment de son humanité.

Parmi les *Co-out*, c'est-à-dire les conduites à favoriser, nous retrouvons par exemple : attendre, écouter, accueillir, sentir, recevoir, contenir, percevoir, accepter, tolérer.

On pourrait penser que, d'apparence, s'il pratique ces attitudes, le thérapeute ne fait rien. Cependant, ces attitudes sont extrêmement difficiles à appliquer et demandent un énorme entraînement, tant nous sommes tentés de stimuler, de provoquer une réaction, d'agir, souvent poussés par notre propre angoisse du silence, du vide ou du chaos, par notre propre

blessure narcissique de ne pas être reconnu, voire aimé par nos patients, ainsi que par la pression institutionnelle. Ainsi, plutôt que de dire que le thérapeute benenzonien ne fait rien, nous pouvons dire qu'il *fait silence*. Ce silence ne veut pas uniquement dire qu'il ne parle pas, mais également qu'il fait le silence en lui, qu'il arrête le flot de pensées habituel, qu'il se rend disponible à l'autre, de manière à accueillir au mieux ses expressions (énergétiques, non-verbales). Il s'agit également de ce silence qu'évoque Roustang (2008), un silence attentif et serein, libre d'angoisse et d'intention. C'est aussi une façon de respecter le *temps de latence* de l'autre, c'est-à-dire le temps nécessaire à une personne pour répondre à un stimulus (Benenzon, 2004). Par exemple, certains enfants autistes ont un temps de latence bien plus long que le nôtre. Il peut ainsi arriver qu'ils répondent à un stimulus plusieurs minutes après l'apparition de celui-ci. Si le thérapeute ne le perçoit pas, il pourrait interpréter cela comme une non-réponse de l'enfant et proposer un autre stimulus, ce qui pourrait avoir comme conséquence une surcharge, une saturation de stimuli et provoquer l'isolement de l'enfant, qui ne se sent pas compris ou reconnu dans ses rythmes et son mode de fonctionnement.

Le thérapeute non-verbal n'est cependant pas non plus en permanence dans cette attitude apparemment passive. Il agit avec tout son être et tout son corps, et répond aux sollicitations de son patient. Cette réponse ne devrait cependant pas émerger d'un besoin personnel, mais plutôt de la contemplation, de la perception profonde de ce qui se passe à la fois en lui, pour le patient et au sein de l'écosystème et ce, dans l'idée de s'harmoniser, de se synchroniser au mieux avec le patient.

Ainsi, le thérapeute non-verbal ne sait jamais comment va se dérouler une séance et n'a pas d'objectifs préétablis : c'est le patient qui indique le chemin à emprunter et le thérapeute tente de l'accompagner au mieux. Avant la séance, le thérapeute prépare le setting – c'est-à-dire les médiateurs qu'il met à disposition et leur emplacement dans l'espace – et il se prépare lui-même, corps et esprit, à accueillir le patient. Durant la séance, outre les attitudes que nous

avons développées plus haut, le thérapeute est aussi le garant du cadre et contient son patient dans un temps et un espace que lui-même détermine. Après la séance, enfin, il prend un temps de récupération et complète ses protocoles. Ceux-ci se présentent sous la forme de questionnaires synthétiques qui permettent de laisser une trace écrite de ce qui s'est passé en séance en se centrant sur quelques aspects fondamentaux. Ils font prendre conscience de ce qui s'est passé et permettent au thérapeute de comprendre son état psychophysiologique. En effet, les protocoles mettent en lumière le contretransfert de celui-ci et la façon dont sa propre histoire a été mobilisée à travers sa relation singulière avec le patient. Il ne s'agit donc pas d'analyser ou d'interpréter les expressions du patient.

L'éthique du modèle Benenzon a pour but de protéger le thérapeute, le patient et leur relation. Le postulat est qu'un thérapeute sain, ayant une bonne qualité de vie, sera mieux à même de prendre soin de l'autre.

De façon non-exhaustive, voici quelques-uns de ces principes éthiques :

Le modèle Benenzon préconise de travailler en paire thérapeutique, c'est-à-dire avec un thérapeute et un cothérapeute. Bien que dans la pratique - et essentiellement pour des raisons économiques - ce ne soit pas toujours réalisable, cela comporte de nombreux avantages, surtout lorsque l'on travaille avec un groupe de patients. Le travail en paire thérapeutique permet aux patients de se sentir plus contents. Les patients peuvent choisir d'entrer en relation de façon plus privilégiée avec l'un ou l'autre des thérapeutes et cela permet l'expression de différents aspects transférentiels. Du côté des thérapeutes, le travail en paire thérapeutique prévient davantage du passage à l'acte, stimule la réflexion autour du processus thérapeutique, diminue le risque de burn-out et aide à cicatriser les blessures narcissiques de chacun.

Le modèle Benenzon préconise également de se soumettre à une thérapie non-verbale personnelle. De même qu'un psychanalyste doit passer par sa propre analyse, le thérapeute non-

verbal doit passer par sa propre thérapie non-verbale, car ce n'est qu'à travers cette expérience personnelle qu'il pourra découvrir sa personnalité non-verbale et devenir capable d'accompagner un patient dans un processus non-verbale.

Enfin, comme tout professionnel de la santé, le thérapeute benenzonien se soumet durant toute sa carrière professionnelle à une supervision continue de sa pratique.

Pour conclure, la TNVB se veut être une approche à contre-courant de beaucoup de valeurs que la société actuelle véhicule. En effet, notre société moderne occidentale valorise les personnes actives qui agissent avec rapidité et efficience. Nous pouvons constater cela dans le monde du travail, avec la pression au rendement, ou dans la vie sociale et affective, avec l'injonction d'avoir une vie sociale et sexuelle riche, avec la sur-stimulation sensorielle que l'on retrouve dans les publicités, réseaux sociaux, télévision, où l'on passe d'un objet d'attention à un autre très rapidement et où est poussée la consommation. À l'inverse, elle dévalorise tout comportement sensible qui n'est pas de l'ordre du faire ou du produire. Le sociologue français Alain Ehrenberg (1991) nomme ceci le *culte de la performance*. Le modèle Benenzon, d'une certaine manière, va à contre-courant de cette injonction à la performance. Le thérapeute est amené à moins faire, car il ne se sent pas obligé de faire. Il permet également au patient, par son attitude, de comprendre qu'il n'est pas obligé de faire, qu'on n'attend rien de lui en particulier, ce qui est probablement peu fréquent dans sa vie quotidienne. S'il fallait mentionner un objectif général de la TNVB, ce serait de permettre au patient de retrouver son autonomie, d'agir de sa propre initiative, de libérer sa créativité, de reconnaître son identité et se sentir reconnu dans celle-ci.

Bibliographie

Benenzon, R.O. (1991). Théorie de la Musicothérapie à partir du concept de l'ISO (G. Ducourneau, Trad.). Parempuyre : Ed. du Non-Verbal/AMBx, 1992.

- Benenzon, R.O. (2004). *La Musicothérapie, la part oubliée de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck.
- Benenzon, R.O. (2011). *Le jeu du Miroir et son obscurité* (G. Ducourneau, Trad.). Parempuyre : Ed. du Non-Verbal/AMBx, 2014.
- Benenzon, R.O. (2017). *La ética del no verbal. Tomo 1*. Buenos Aires : Lumen.
- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy.
- Freud, S. (1910). *Cinq leçons sur la psychanalyse* (S. Jankélévitch, Trad.). Paris : Payot, 2004.
- Freud, S. (1912). *Totem et Tabou* (S. Jankélévitch, Trad.). Paris : Payot, 2004.
- Jung, C.G. (1916). *Psychologie de l'Inconscient* (R. Cahen, Trad.). Genève : Georg, 1997.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Le Seuil.
- Roustang, F. (2008). *Savoir attendre - Pour que la vie change*. Paris : Odile Jacob.