

Intégration des méthodes dans la pratique psychothérapeutique en Europe (MIPEU)

- Rapport final –

Hans-Christoph Eichert

Plan du rapport

Abstract	2
1. Contexte et question de recherche	4
2. Méthodologie	6
2.1 Conception de l'étude	6
2.2 Échantillon et accès aux échantillons	6
2.3 Évaluation	7
3. Réponse et composition de l'échantillon	7
3.1 Retour	7
3.2. Composition de l'échantillon.....	8
4. Résultats descriptifs	12
4.1 Résultats descriptifs Items.....	12
4.2 Profils de méthodes.....	13
5. Comparaison de groupes méthode – pays – contexte	17
5.1 Différences de méthodes – méthodes premières (IT – non-IT).....	17
5.2 Différences des méthodes - méthodes secondaires (IT – non-IT)	18
5.3 Différences entre les pays.....	19
5.4 Différences liées au setting (hospitalisation, ambulatoire)	20
6. Commentaires des participants à l'enquête.....	21
7. Résumé et conclusions	23
Littérature.....	25
Table des matières.....	26
Liste des illustrations	26
Pièce jointe	28

Abstract

Contexte. S'appuyant sur des recherches portant sur les facteurs thérapeutiques généraux et spécifiques en psychothérapie, des efforts répétés ont été déployés pour intégrer diverses méthodes psychothérapeutiques. On ignore dans quelle mesure ces efforts d'intégration ont également été mis en œuvre dans la pratique de la psychothérapie. La présente étude est basée sur l'approche d'intégration théoriquement fondée de Petzold (Orth, Petzold et al. 2015) et s'appuie sur deux études réalisées dans des pays germanophones (Eichert 2024, Eichert 2026).

Objectif. Cette étude examine comment des psychothérapeutes reconnus intègrent les considérations intégratives issues de la recherche en psychothérapie dans leur propre pratique. L'hypothèse est que des différences existent selon les méthodes, les pays et les contextes. On s'attend à ce que les psychothérapeutes formés à l'approche intégrative, ceux exerçant dans des pays où la méthode est largement reconnue et ceux travaillant en milieu hospitalier accordent une plus grande importance à la pertinence pratique des facteurs thérapeutiques, des modalités, des supports et des niveaux structurels dans le cadre de la thérapie intégrative (TI).

Méthode. Une enquête en ligne a été menée auprès de 954 psychothérapeutes de 31 pays européens concernant l'importance pratique des facteurs thérapeutiques, des modalités, des modalités relationnelles, des supports et des niveaux structurels (voir Petzold et al., 2016) dans leur pratique. Les données ont été analysées par analyse de variance et tests t.

Résultats. Presque tous les psychothérapeutes ont cité une ou plusieurs méthodes secondaires en plus de leur méthode principale. Globalement, les évaluations des items sont élevées ; cependant, des différences significatives dans les évaluations des items sont évidentes au sein des domaines, bien que les tailles d'effet soient faibles. Des différences conformes aux hypothèses ont été constatées en fonction de la méthode (11 pour les méthodes thérapeutiques principales et 17 pour les méthodes thérapeutiques secondaires), du pays (13) et du contexte (5). Ces différences concernent principalement l'évaluation des facteurs thérapeutiques et des niveaux structurels.

Conclusions. En conclusion, on peut constater que, dans le cadre européen de la psychothérapie, les considérations d'intégration issues de la recherche thérapeutique semblent s'être concrétisées dans de nombreux domaines, mais pas dans tous. Une formation en psychothérapie intégrative des thérapeutes, ainsi qu'une pratique de reconnaissance plus ouverte, sont associées à une pratique psychothérapeutique plus intégrative. Le cadre de la psychothérapie semble jouer un rôle moins important.

Mots-clés: intégration des méthodes, psychothérapie intégrative, comparaison internationale, comparaison des contextes

Background. Based on research into general and specific factors influencing psychotherapy, there have been repeated efforts to integrate various psychotherapeutic methods. It remains unclear to what extent these integration efforts have been implemented in psychotherapy practice. This study is based on Petzold's theoretically grounded integration approach (Orth, Petzold et al. 2015) and expands upon two studies conducted in German-speaking countries (Eichert 2024, Eichert 2026).

Objective. The study investigated how important psychotherapists consider integrative considerations from psychotherapy research to their own psychotherapeutic practice. It is assumed that there are

differences related to specific methods, countries, and settings. Psychotherapists with an integrative background from countries with broad procedural recognition practices and from the inpatient sector rate the practical significance higher than others.

Method. Psychotherapists from 31 European countries (N=954) were surveyed online regarding the practical significance of therapeutic factors, modalities, relationship modalities, media, and structural levels (see Petzold et al. 2016) in their therapeutic practice.

Results. Almost all psychotherapists named one or more secondary methods in addition to their primary method. Item ratings were generally high; however, significant differences in item ratings were observed within the various areas, albeit with small effect sizes. Hypothesis-consistent differences were found in relation to the method (11 for primary IT methods and 17 for secondary IT methods), country (13), and setting (5). These differences primarily focus on the ratings of therapeutic factors and structural levels.

Conclusions. Within the European framework of psychotherapy, integration considerations from therapy research appear to have been implemented in practice in many, though not all, areas. An integrative psychotherapeutic background and a more open recognition practice in the various countries are associated with a more integrative psychotherapeutic practice. In contrast, the setting in which psychotherapy takes place appears to play a lesser role.

Keywords: Method integration, integrative psychotherapy, international comparison, setting comparison

1. Contexte et question de recherche

Dans le cadre d'un projet de recherche sur la psychothérapie intégrative, mené par l'université PH Heidelberg en collaboration avec la Fondation de l'Académie européenne pour la santé (SEAG), l'intégration des méthodes dans la pratique psychothérapeutique est étudiée. Faisant suite aux études menées sur le milieu ambulatoire (Eichert 2024) et hospitalier (Eichert 2026), cette étude partielle porte sur les contextes ambulatoire et hospitalier en Europe.

Le cadre théorique de cette étude repose sur les recherches portant sur les facteurs thérapeutiques généraux (par exemple, Grawe, 1998) et spécifiques en psychothérapie. Si les facteurs thérapeutiques généraux, tels que l'activation des ressources, la clarification motivationnelle, l'actualisation du problème, la gestion des difficultés et la relation thérapeutique (cf. Grawe, 1998), sont efficaces dans différentes approches thérapeutiques, les facteurs thérapeutiques spécifiques désignent des techniques standard dépendant de l'approche, comme le renforcement, la libre association ou le questionnement circulaire (cf. Pfammatter & Tschacher, 2016). Selon une méta-analyse de Wampold (2018), les facteurs thérapeutiques généraux, tels que l'alliance thérapeutique ou l'empathie, jouent un rôle significativement plus important que les facteurs spécifiques, si l'on s'en tient à la force statistique de l'effet. Toutefois, se concentrer exclusivement sur les facteurs thérapeutiques généraux serait réducteur, car ces derniers doivent être « créés », ce qui, en psychothérapie, se produit notamment par l'application de méthodes et de techniques – autrement dit, les facteurs thérapeutiques spécifiques. (cf. Pfammatter 2012) Le travail intégratif, au sens d'une utilisation transversale des méthodes et des techniques, permet alors un accès psychothérapeutique plus large aux patients qui seraient autrement plus difficiles, voire impossibles à atteindre.

Dans ce contexte, l'histoire de la recherche en psychothérapie a vu des tentatives répétées d'intégrer diverses écoles de pensée. Ces approches vont des approches éclectiques (Lazarus 1967, Beutler 1983) et des approches par facteurs communs (Frank 1961, Garfield 1982) aux approches empiriques et théoriques (Orlinsky & Howard 1986a, Grawe 1998), des approches théoriques (Prochaska & Di Clemente 1992, Orth & Petzold et al. 2015), et même aux approches transthéoriques (Castanguay & Beutler 2006, Hofman & Hayes 2019, Lutz & Rief 2033).

Cependant, la question de la mise en œuvre concrète de ces considérations reste largement sans réponse : les psychothérapeutes travaillent-ils strictement selon les directives propres à chaque établissement, ou leur pratique s'est-elle diversifiée ? Quel rôle jouent les contextes liés aux procédures, au pays (par exemple, la réglementation de la psychothérapie) et à l'établissement lui-même ? Ces questions sont au cœur de la présente étude.

La présente étude repose sur une évaluation de la pertinence pratique des facteurs thérapeutiques, des modalités, des modalités relationnelles, des supports et des niveaux structurels, tels que définis par la thérapie intégrative (Petzold et al., 2016), pour la pratique psychothérapeutique des auteurs. Petzold et d'autres auteurs ont formulé ces facteurs dans le cadre du modèle théorique de la psychothérapie intégrative, qui appartient aux approches intégratives théoriquement motivées (voir tableau 1). Les facteurs thérapeutiques désignent ce qui « produit un effet », les modalités et les modalités relationnelles la manière dont le travail est mené, les medias, les « moyens » utilisés et les niveaux structurels les « domaines et thèmes » abordés.

Tableau 1: Facteurs d'efficacité et de guérison, modalités, modalités relationnelles, médias, niveaux structurels

Facteurs efficaces et de guérison	Modalités	Modalités relationnelles	Médias	Niveaux structurels
Compréhension empathique, empathie (EV)	Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)	Contact (KON)	Langue (SPR)	Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi (SWG)
Acceptation émotionnelle et soutien (ES)	Modalité de conservation et de soutien (KSM)	Rencontre (BEG)	Médias visuels (BIM)	Renforcement de la perception de la cohérence (KOH)
Soutien pour faire face à la vie de manière réaliste (HL)	Modalité de stimulation centrée sur l'expérience (ESM)	Relation (BEZ)	Médias poétiques (POM)	Renforcement de l'auto-efficacité/souveraineté (SWS)
Promouvoir l'expression émotionnelle et la prise de décision volontaire (EA)	Modalité de découverte axée sur les conflits (KAM)	Attachement (BIN)	Mouvement et danse (BUT)	Promouvoir la confiance en soi (IST)
Promouvoir la compréhension, l'expérience du sens et l'expérience de l'évidence (EE)	Modalité axée sur le réseau et la situation de vie (NLM)	Mutualité (MUT)	Musique (MUS)	Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)
Promouvoir les compétences en communication et les aptitudes relationnelles (KK)	Modalité de soutien (SUM)	Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)	Marionnettes, masques et supports de dramathérapie (PMD)	Promouvoir la stabilité de l'identité (IDS)
Promouvoir la conscience corporelle (LB)	Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)			Promouvoir la flexibilité identitaire (IDF)
Promouvoir les opportunités d'apprentissage, les processus d'apprentissage et les intérêts (LM)				Promouvoir la physicalité du corps (LEI)
Promouvoir des expériences créatives (KG)				Promouvoir le réseau social (FSN)
Développer des perspectives d'avenir positives (PZ)				Promouvoir le travail/ la performance/les loisirs (ALF)
Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)				Promouvoir la sécurité matérielle (FMS)
Promouvoir un sens précis de soi et de son identité (PI)				Promouvoir les valeurs (WER)
Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)				Aborder les perspectives liées au genre (GSP)
Expériences d'autonomisation et de solidarité (SI)				Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)				Aborder les perspectives spécifiques à l'âge (LAP)
Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)				
Multimodalité synergique (SM)				

La psychothérapie et son cadre ne sont pas réglementés de manière uniforme en Europe. Les priorités procédurales et liées au cadre, ainsi que les cadres juridiques respectifs, varient considérablement d'un pays à l'autre (voir Strauss et al. 2009, série Deutsches Ärzteblatt 2004–2018).

Dans ce contexte, on suppose que les évaluations varient selon l'orientation thérapeutique, le cadre (ambulatoire, hospitalisation) et le contexte national. Les thérapeutes utilisant la psychothérapie intégrative comme méthode principale ou secondaire, ceux travaillant en milieu hospitalier et ceux exerçant dans des pays où les restrictions légales concernant l'agrément des méthodes sont moins contraignantes devraient attribuer une note plus élevée à l'efficacité et aux facteurs de guérison, aux modalités (relationnelles), aux supports et aux aspects structurels du travail psychothérapeutique.

Ceci conduit à trois hypothèses sous-jacentes à l'étude:

Hypothèse 1 : (Hypothèse méthodes thérapeutiques)

Les psychothérapeutes ayant une formation en thérapie intégrative accordent une plus grande importance pratique aux facteurs d'efficacité et de guérison, aux modalités, aux modalités relationnelles, aux médias et aux niveaux structurels dans le sens de la thérapie intégrative (cf. Petzold et al 2016) pour leur pratique psychothérapeutique que les thérapeutes ayant une formation différente.

Hypothèse 2 : (Hypothèse concernant le contexte national)

Les psychothérapeutes des pays où les restrictions légales concernant l'approbation des méthodes de psychothérapie sont moins nombreuses accordent une plus grande importance pratique aux facteurs de guérison, aux modalités, aux modalités relationnelles, aux médias et aux niveaux structurels dans le cadre d'une thérapie intégrative que les psychothérapeutes des pays où les restrictions sont plus strictes.

Hypothèse 3 : (Hypothèse concernant le contexte de travail)

Les psychothérapeutes exerçant en milieu hospitalier ou ambulatoire accordent une plus grande importance pratique aux facteurs de guérison, aux modalités, aux modalités relationnelles, aux médias et aux niveaux structurels dans le cadre d'une thérapie intégrative que les thérapeutes en milieu ambulatoire.

2. Méthodologie

2.1 Conception de l'étude

La question de recherche et les hypothèses ont été étudiées au moyen d'une enquête en ligne sur Soscisurvey (Leiner, 2025) à l'aide d'un questionnaire portant sur les facteurs thérapeutiques, les modalités, les modalités relationnelles, les médias et les niveaux structurels dans le cadre de la thérapie intégrative (voir Orth & Petzold, 2015). Les participants devaient évaluer la pertinence de chaque élément pour leur pratique psychothérapeutique sur une échelle de 5 points. Le questionnaire, disponible en allemand, français, anglais, espagnol, italien et néerlandais, prenait 15 minutes à remplir.

2.2 Échantillon et accès aux échantillons

L'enquête a inclus des psychothérapeutes médicaux et psychologiques exerçant en ambulatoire et en hospitalisation, ainsi que des psychothérapeutes pour enfants et adolescents, dans toute l'Europe. Le recueil des échantillons s'est déroulé en trois phases:

1. En secteur ambulatoire dans les pays germanophones, par le biais de chambres, d'associations et de contacts directs avec des psychothérapeutes (d'octobre à décembre 2023),
2. dans le secteur hospitalier des pays germanophones via des cliniques et des cliniques de jour (juillet – octobre 2025) ainsi que
3. dans les secteurs ambulatoires et hospitalières de pays européens non germanophones, par le biais d'associations, de centres hospitaliers universitaires et de contacts directs avec des psychothérapeutes par mail (octobre 2025 – février 2026). L'accès à l'échantillon s'est avéré globalement très difficile, la volonté de coopération des chambres de commerce et des associations étant très variable.

2.3 Évaluation

Les programmes R et PSPP ont été utilisés pour l'analyse des données. L'analyse descriptive comprenait la moyenne, l'écart type, le kurtosis et l'asymétrie. Les différences de notation des items au sein des domaines ont été examinées à l'aide du test de Friedman.

Les différences entre les groupes selon les différentes formes de psychothérapie (premier et deuxième traitement), les pays et les contextes (ambulatoire, hospitalier) ont été étudiées à l'aide d'une analyse de variance et d'un test t ou d'un test de Welch.

De plus, lorsque des différences significatives ont été observées, les tailles des effets ont été calculés. Pour le test de Friedman ω a été calculée avec les seuils suivants : $>0,1$: effet faible; $>0,3$: effet moyen; $>0,5$: effet important. Pour les analyses de variance η^2 a été calculée avec les seuils suivants: $<0,01$: aucun effet; $0,01-0,06$: effet faible; $0,060-0,140$: effet moyen; $>0,140$: effet important. Pour T-Test/Welch-Test, la taille de l'effect d a été calculée avec les seuils: $< 0,1$ aucun d'effet; $0,1 - 0,5$ effet moyenne; $0,5-0,8$ effet faible; $>0,8$ effet important. L'interprétation a suivi celle de Cohen (1988) (cité dans Döring, 2023, p. 804)

3. Réponse et composition de l'échantillon

3.1 Retour

Au total, 953 psychothérapeutes issus de 31 pays ont participé aux enquêtes. 20,9 % avaient une formation en thérapie comportementale, 26,1 % en psychologie des profondeurs/psychanalyse, 10,9 % en thérapie systémique, 21,9 % en thérapie humaniste et 21,9 % en thérapie intégrative. Les participants provenaient des pays suivants:

Tableau 2: Participation totale des pays

	N	Pourcentage
Autriche	7	0,85%
Belgique	7	0,85%
Bosnie-Herzégovine	5	0,61%
Bulgarie	3	0,37%
Croatie	3	0,37%
Chypre	4	0,49%
République tchèque	51	6,23%
Danemark	10	1,22%
Estonie	11	1,34%
France	96	11,72%
Allemagne	201	24,54%
Grèce	26	3,17%
Hongrie	7	0,85%
Irlande	33	4,03%
Italie	19	2,32%
Lettonie	7	0,85%
Liechtenstein	1	0,12%
Lituanie	3	0,37%
Luxembourg	14	1,71%
Pays-Bas	50	6,11%
Norvège	16	1,95%
Pologne	17	2,08%
Roumanie	4	0,49%
Slovaquie	13	1,59%
Slovénie	5	0,61%
Espagne	52	6,35%
Suède	1	0,12%
Suisse	71	8,67%

	N	Pourcentage
Ukraine	1	0,12%
Grande-Bretagne	79	9,65%
Kosovo	2	0,24%
Valeurs manquantes	134	
Total	953	

L'échantillon a été corrigé pour tenir compte des enregistrements incomplets.

3.2. Composition de l'échantillon

L'échantillon ajusté comprenait 654 psychothérapeutes. 73,1 % étaient des femmes et l'âge moyen était de 52,16 ans. La plupart des participants étaient originaires d'Allemagne (24,1 %), de France (12,3 %), de Suisse (8,9 %) et de Grande-Bretagne (8,9 %). Aucun participant ne provenait de Finlande, du Portugal, de Malte ni de certains pays des Balkans. (Voir figure 1)

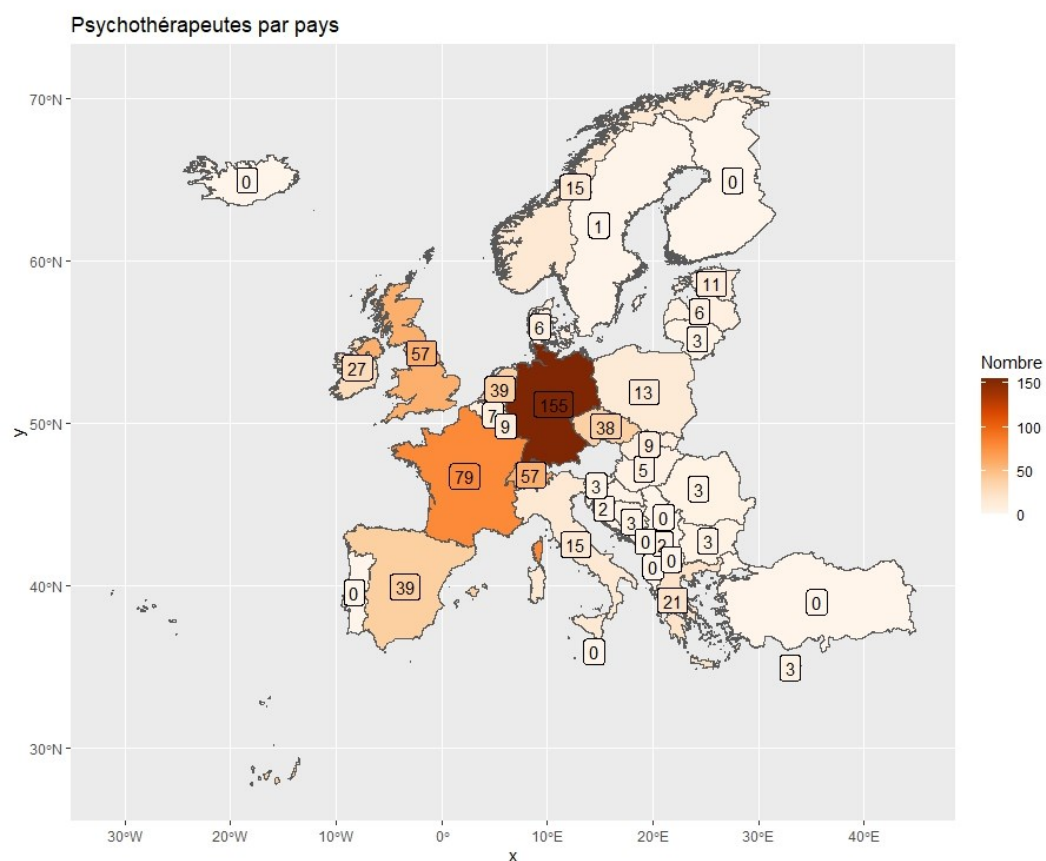


Figure 1: Psychothérapeutes par pays

En raison du manque de données disponibles sur le nombre de psychothérapeutes, le taux de réponse de chaque pays a été ajusté à des fins de comparaison en le rapportant à la population du pays concerné. La figure 2 présente les taux de participation par million habitants. Les taux les plus élevés ont été observés dans les pays les moins peuplés (Luxembourg, Liechtenstein). Des taux de participation inférieurs à 0,5 par million habitants ont été enregistrés pour la Bulgarie, l'Italie, la Pologne, la Roumanie, la Suède et l'Ukraine.

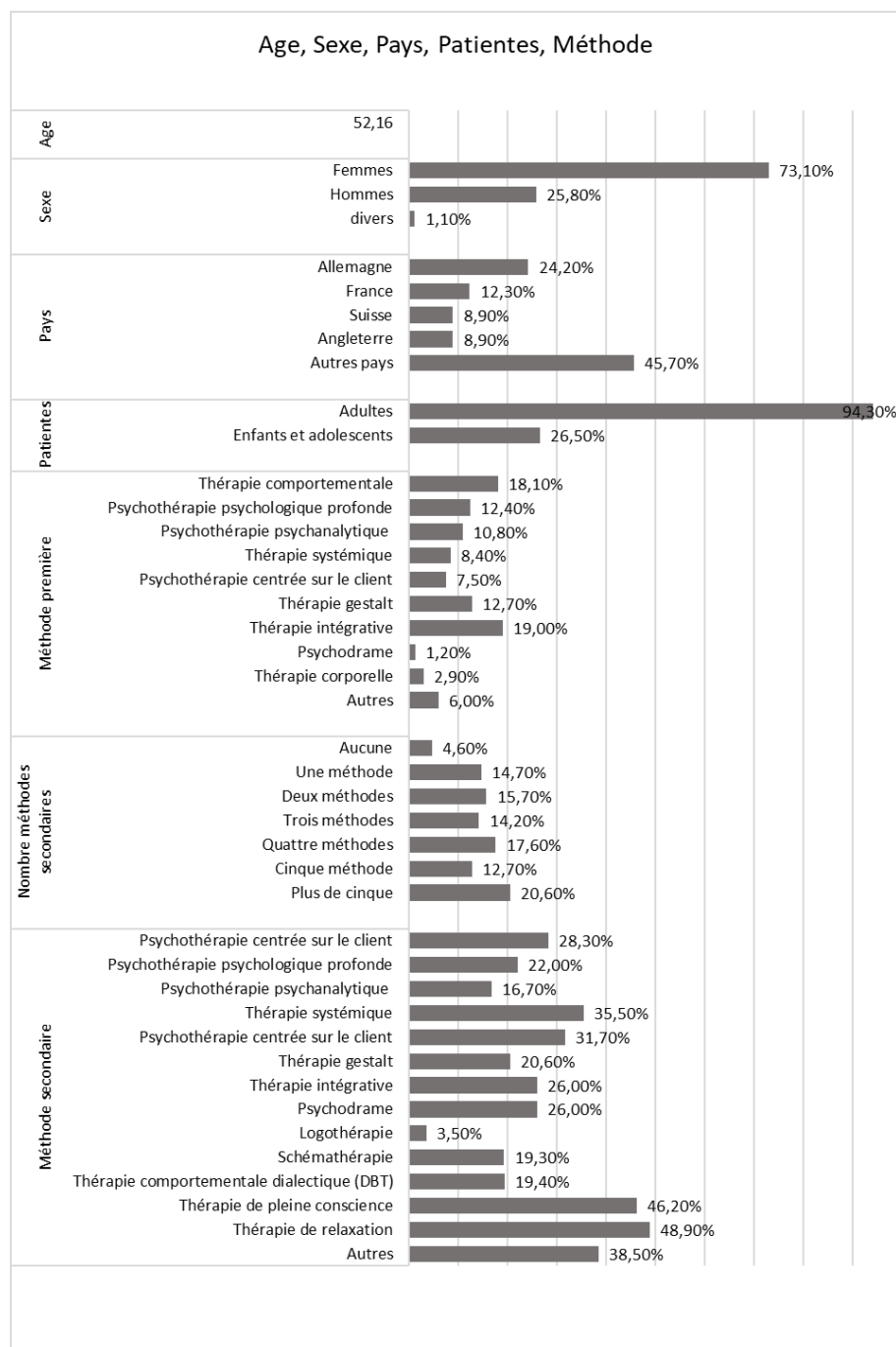


Figure 3: Sociodémographie I

Les premières méthodes de traitement mentionnées étaient la thérapie comportementale (18,1 %), la psychothérapie psychologique profonde (22 %), la psychothérapie psychanalytique (10,8 %), la thérapie systémique (8,4%), la psychothérapie centrée sur le client (7,5%), la thérapie Gestalt (12,7%), la thérapie intégrative (19%), le psychodrame (1,2%) et la thérapie corporelle (2,9%). D'autres méthodes ont été mentionnées par 6 % des répondants.¹

¹ Une liste non révisée de toutes les méthodes mentionnées figure en annexe

Une ou plusieurs méthodes secondaires ont été mentionnées par 95,45 % des répondants, les techniques de relaxation (48,9 %), la pleine conscience (46,2 %) et la thérapie systémique (35,5 %) étant les plus fréquemment citées. D'autres thérapies ont été mentionnées par 38,5 % des répondants. Au total, 201 thérapies et combinaisons de thérapies différentes, parfois concomitantes, ont été mentionnées, l'EMDR étant la plus fréquente (6,3 %) ². (Voir figure 3)

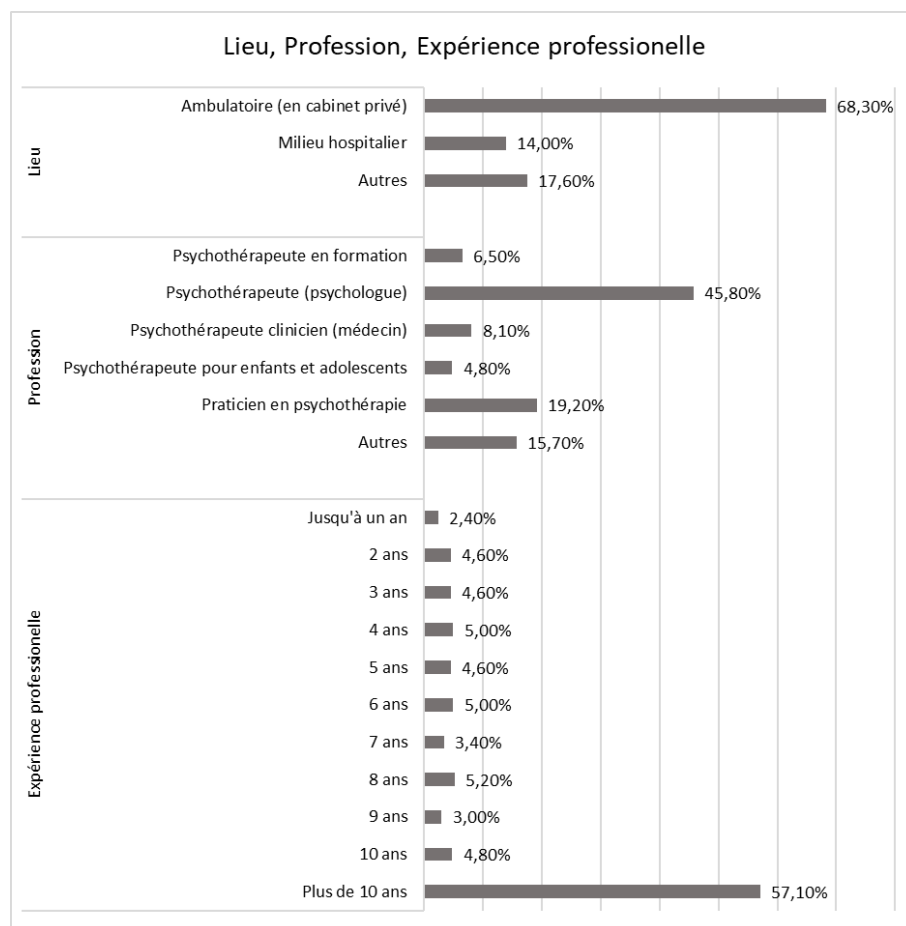


Figure 4: Sociodémographie II

68,3 % exercent en ambulatoire (en cabinet privé), 14 % en milieu hospitalier (hôpital de soins aigus, hôpital de jour, centre de rééducation médicale). 26,5 % travaillent avec des enfants/adolescents, 94,3 % avec des adultes. (cf. figure 3). Il s'agit principalement de psychothérapeutes (45,8 %) ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle (57,1 %). (cf. figure 4)

²Un aperçu de toutes les méthodes mentionnées se trouve en annexe.

4. Résultats descriptifs

4.1 Résultats descriptifs Items

Tableau 3: Résultats descriptifs

<i>Facteurs efficaces et de guérison</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Écart type</i>	<i>Variance</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Asymétrie</i>
Compréhension empathique, empathie (EV)	647	4,78	0,52	0,27	13,86	-3,08
Acceptation émotionnelle et soutien (ES)	644	4,64	0,65	0,42	5,42	-2,13
Soutien pour faire face à la vie de manière réaliste (HL)	646	3,65	1,03	1,06	-0,74	-0,29
Promouvoir l'expression émotionnelle et la prise de décision volontaire (EA)	639	4,24	0,8	0,65	0,8	-0,96
Promouvoir la compréhension, l'expérience du sens et l'expérience de l'évidence (EE)	641	4,27	0,86	0,74	0,94	-1,12
Promouvoir les compétences en communication et les aptitudes relationnelles (KK)	642	4,19	0,79	0,63	0,59	-0,82
Promouvoir la conscience corporelle (LB)	642	4,06	0,95	0,9	0,4	-0,88
Promouvoir les opportunités d'apprentissage, les processus d'apprentissage et les intérêts (LM)	640	3,42	1,02	1,04	-0,6	-0,2
Promouvoir des expériences créatives (KG)	641	3,5	1,06	1,12	-0,67	-0,18
Développer des perspectives d'avenir positives (PZ)	641	3,87	0,89	0,79	-0,18	-0,5
Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)	642	3,99	0,92	0,84	0,28	-0,76
Promouvoir un sens précis de soi et de son identité (PI)	639	4,11	0,91	0,83	0,83	-1,02
Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)	644	3,63	1,11	1,23	-0,05	-0,73
Expériences d'autonomisation et de solidarité (SI)	641	3,66	1	1,01	-0,47	-0,37
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)	642	3,06	1,09	1,19	-0,59	0,01
Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)	637	2,66	1,14	1,31	-0,57	0,31
Multimodalité synergique (SM)	635	3,47	1,27	1,62	-0,78	-0,47
<i>Modalités</i>						
Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)	637	2,95	1,27	1,62	-1,08	-0,06
Modalité de conservation et de soutien (KSM)	634	2,98	1,09	1,19	-0,56	-0,22
Modalité de stimulation centrée sur l'expérience (ESM)	639	3,92	1,06	1,13	0,47	-0,96
Modalité de découverte axée sur les conflits (KAM)	639	3,41	1,19	1,41	-0,57	-0,46
Modalité axée sur le réseau et la situation de vie (NLM)	634	3,47	1,04	1,08	-0,27	-0,36
Modalité de soutien (SUM)	636	3,89	0,97	0,94	0,09	-0,66
Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)	633	2,04	1,1	1,21	-0,53	0,72
<i>Modalités relationnelles</i>						
Contact (KON)	636	4,39	0,97	0,94	3,14	-1,83
Rencontre (BEG)	639	4,29	0,86	0,75	1,48	-1,23
Relation (BEZ)	640	4,69	0,61	0,37	7,61	-2,42
Attachement (BIN)	639	4,13	0,99	0,97	0,47	-1,01
Mutualité (MUT)	634	3,65	1,08	1,16	-0,42	-0,45
Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)	644	3,86	1,09	1,18	-0,22	-0,7
<i>Médias</i>						
Langue (SPR)	644	4,82	0,57	0,33	21,22	-4,24
Médias visuels (BIM)	637	2,9	1,22	1,48	-0,95	-0,03
Médias poétiques (POM)	632	2,21	1,14	1,29	-0,4	0,66
Mouvement et danse (BUT)	630	2,11	1,23	1,51	-0,52	0,8
Musique (MUS)	629	1,82	1,06	1,11	0,55	1,18
Marionnettes, masques et supports de dramathérapie (PMD)	631	1,88	1,21	1,46	0,24	1,19
<i>Niveaux structurels</i>						
Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi (SWG)	644	4,59	0,69	0,48	5,12	-2
Renforcement de la perception de la cohérence (KOH)	641	4,07	0,91	0,82	0,68	-0,91
Renforcement de l'auto-efficacité/souveraineté (SWS)	642	4,33	0,83	0,69	2,33	-1,4
Promouvoir la confiance en soi (IST)	632	4,02	1,07	1,14	0,84	-1,12
Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)	643	4,08	0,97	0,94	0,8	-1,03
Promouvoir la stabilité de l'identité (IDS)	641	3,89	0,98	0,96	0,45	-0,82
Promouvoir la flexibilité identitaire (IDF)	639	3,93	0,99	0,97	0,43	-0,86
Promouvoir la physicalité du corps (LEI)	636	3,24	1,15	1,33	-0,73	-0,15
Promouvoir le réseau social (FSN)	638	3,52	1,05	1,11	-0,08	-0,58
Promouvoir le travail/ la performance/les loisirs (ALF)	640	3,27	1,06	1,12	-0,42	-0,28
Promouvoir la sécurité matérielle (FMS)	638	2,55	0,99	0,98	-0,21	0,26
Promouvoir les valeurs (WER)	637	3,74	1,05	1,1	-0,24	-0,56
Aborder les perspectives liées au genre (GSP)	637	3,03	1,18	1,39	-0,87	-0,03
Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)	636	2,71	1,18	1,4	-0,79	0,24
Aborder les perspectives spécifiques à l'âge (LAP)	637	3,53	1,05	1,09	-0,07	-0,55

À l'exception du *facteur* «Facilitation des expériences esthétiques de guérison» , tous les facteurs ont obtenu une note supérieure à la moyenne ($\chi^2 = 3159,2$, $df = 16$, $p < 0,001$; $\omega = 0,320$). La «Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)», «Modalité de conservation et de soutien (KSM)» et «Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)» ont obtenu une note inférieure à la moyenne ($\chi^2 = 1031,4$, $df = 6$, $p < 0,001$; $\omega = 0,275$). Toutes les *modalités relationnelles* ont obtenu une note supérieure à la moyenne ($\chi^2 = 630,47$, $df = 5$, $p < 0,001$; $\omega = 0,202$). Parmi les *médias*, seul le langage a obtenu une note supérieure à la moyenne ($\chi^2 = 1665$, $df = 5$, $p < 0,001$; $\omega = 0,535$). Concernant les *niveaux structurels* «Promouvoir la sécurité matérielle (FMS)» et «Aborder les perspectives liées au genre (GSP)» ont été évaluées en dessous de la moyenne ($\chi^2 = 2837,4$, $df = 14$, $p < 0,001$; $\omega = 0,330$).

4.2 Profils de méthodes

L'évaluation a fait la distinction entre la thérapie comportementale (BT), la psychothérapie psychologique en profondeur/psychanalyse (TPPA), la thérapie systémique (ST), les méthodes humanistes (HT) et la thérapie intégrative (IT).

Tableau 4: Nombre par méthode de psychothérapie

	N	Pourcentage
Thérapie comportementale (VT, CBT)	118	20,1%
Thérapie psychodynamique/psychanalyse (TPPA)	151	25,7%
Thérapie systémique (SYT)	55	9,4%
Approches humanistes (HT)	140	23,8%
Thérapie intégrative (IT)	124	21,1%
Total	654	100%

On présente les notes les plus élevées significatives par rapport aux autres méthodes.

Tableau 5: Différences de méthodes premières

Comparaisons des Méthodes premières	F	p	η^2
Facteurs efficaces et de guérison			
Compréhension empathique, empathie (EV)	2 556	0,037	0,017
Acceptation émotionnelle et soutien (ES)	2 484	0,042	0,016
Soutien pour faire face à la vie de manière réaliste (HL)	6 419	<0,001	0,041
Promouvoir l'expression émotionnelle et la prise de décision volontaire (EA)	2 538	0,039	0,017
Promouvoir la compréhension, l'expérience du sens et l'expérience de l'évidence (EE)	3 513	0,007	0,023
Promouvoir les compétences en communication et les aptitudes relationnelles (KK)	3 716	0,005	0,025
Promouvoir la conscience corporelle (LB)	6 601	<0,001	0,043
Promouvoir les opportunités d'apprentissage, les processus d'apprentissage et les intérêts (LM)	4 137	0,002	0,027
Promouvoir des expériences créatives (KG)	8 242	<0,001	0,054
Développer des perspectives d'avenir positives (PZ)	6 319	<0,001	0,041
Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)	5,78	<0,001	0,038
Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)	10,35	<0,001	0,066
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)	4 067	0,002	0,027
Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)	7 105	<0,001	0,047
Multimodalité synergique (SM)	17,44	<0,001	0,108
Modalités			
Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)	34,05	<0,001	0,192
Modalité de conservation et de soutien (KSM)	7,78	<0,001	0,051
Modalité de stimulation centrée sur l'expérience (ESM)	11,64	<0,001	0,074
Modalité de découverte axée sur les conflits (KAM)	8 695	<0,001	0,057
Modalité axée sur le réseau et la situation de vie (NLM)	5 466	<0,001	0,036
Modalité de soutien (SUM)	4 876	<0,001	0,032
Modalités relationnelles			
Contact (KON)	6 291	<0,001	0,042
Rencontre (BEG)	4 897	<0,001	0,032
Mutualité (MUT)	9 883	<0,001	0,064

Comparaisons des Méthodes premières	F	p	η^2
Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)	38,33	<0,001	0,209
Médias			
Langue (SPR)	3 735	0,005	0,025
Médias visuels (BIM)	4 877	<0,001	0,032
Mouvement et danse (BUT)	8 300	<0,001	0,055
Marionnettes, masques et supports de dramathérapie (PMD)	4 258	0,002	0,029
Niveaux structurels			
Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi (SWG)	3 176	0,013	0,021
Renforcement de l'auto-efficacité/souveraineté (SWS)	3 624	0,006	0,024
Promouvoir la confiance en soi (IST)	3,17	0,013	0,021
Promotion de la stabilité identitaire (IDS)	4 360	0,001	0,029
Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)	2 392	0,049	0,016
Promouvoir la physicalité du corps (LEI)	4 254	0,002	0,028
Promouvoir le réseau social (FSN)	8 204	<0,001	0,053
Promouvoir le travail/la performance/les loisirs (ALF)	11,17	<0,001	0,072
Promouvoir les valeurs (WER)	4 847	<0,001	0,032
Aborder les perspectives liées au genre (GSP)	3 437	0,008	0,024
Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)	3 459	0,008	0,023
Aborder les perspectives spécifiques à l'âge (LAP)	2 420	0,047	0,016

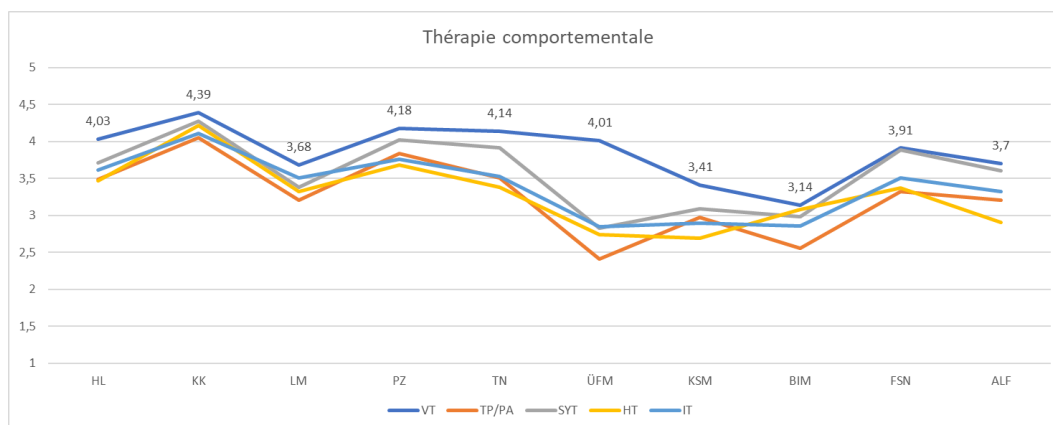


Figure 5: Profile VT

Les *thérapeutes comportementaux* ont attribué des notes plus élevées aux items suivants que les autres thérapeutes: «Promouvoir les compétences en communication et les aptitudes relationnelles (KK)», «Soutien pour faire face à la vie de manière réaliste (HL)», «Promouvoir les opportunités d'apprentissage, les processus d'apprentissage et les intérêts (LM)», «Développer des perspectives d'avenir positives (PZ)» (faibles tailles d'effet), «Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)» (taille d'effet moyenne), «Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)» (effet important), «Modalité de conservation et de soutien (KSM)», «Médias visuels (BIM)» (faible effet) et les niveaux structurels «Renforcement de l'auto-efficacité/souveraineté (SWS)», «Promouvoir le réseau social (FSN)» et «Promouvoir le travail/la performance/les loisirs (ALF)» (faibles tailles d'effet) plus élevés que ceux des thérapeutes pratiquant d'autres méthodes.

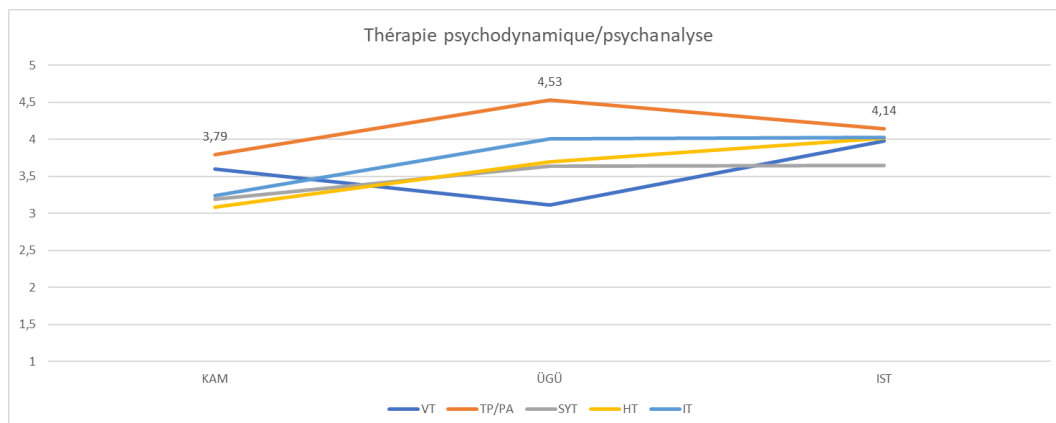


Figure 6: Profile TPPA

Les *thérapeutes psychodynamiques/psychanalytiques* ont attribué une notes les plus élevées a la «Modalité de découverte axée sur les conflits (KAM)» (faibles tailles d'effet), au «Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)» (taille d'effet importante) et au «Promouvoir la confiance en soi (IST)» que les autres psychothérapeutes.

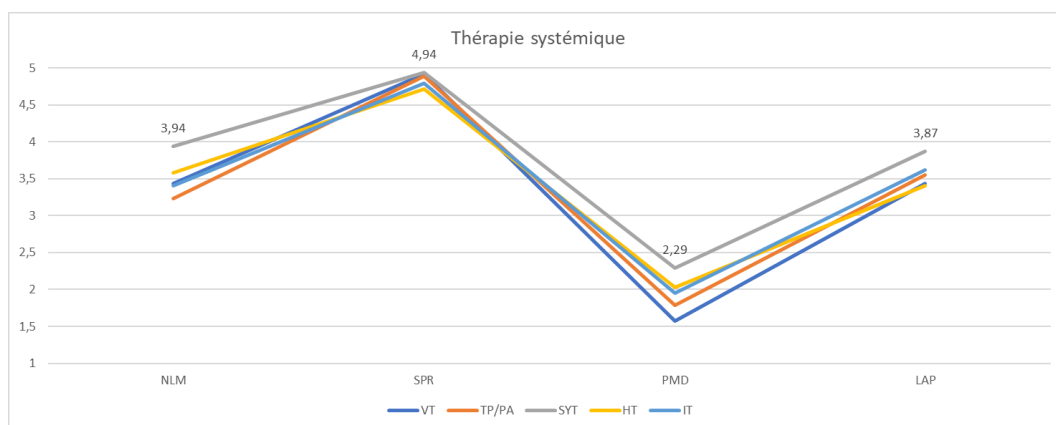


Figure 7: Profile SYT

Les *thérapeutes systémiques* ont évalué les items «Modalité axée sur le réseau et la situation de vie (NLM)» (petite taille d'effet), «langue (SPR)», «Marionnettes, masques et supports de dramathérapie (PMD)» (petite taille d'effet), et le niveau structurel «Aborder les perspectives spécifiques à l'âge (LAP)» (petit effet) plus haut que les autres.

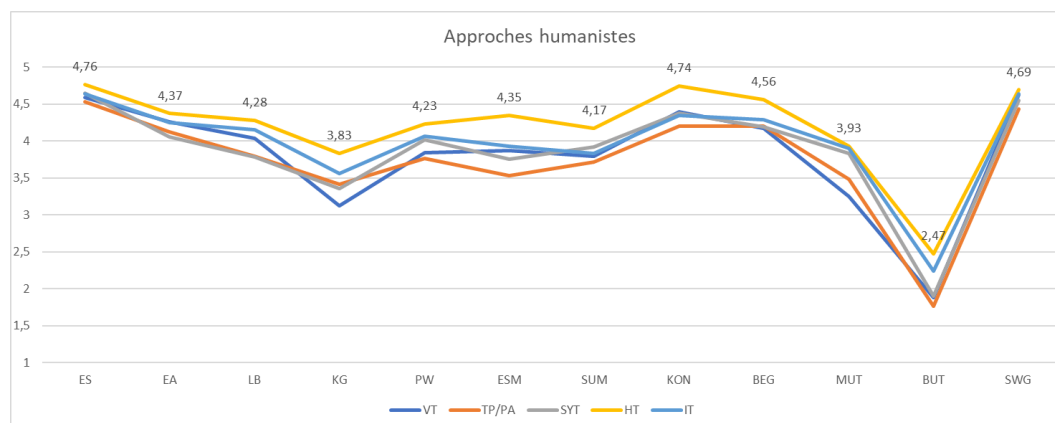


Figure 8: Profile HT

Les thérapeutes du domaine des *méthodes humanistes* ont évalué les items suivants plus haut que les autres: «Acceptation émotionnelle et soutien (ES)», «Promouvoir l'expression émotionnelle et la prise de décision volontaire (EA)», «Promouvoir la conscience corporelle (LB)», «Promouvoir des expériences créatives (KG)» et «Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)» (effets faibles), la «Modalité de stimulation centrée sur l'expérience (ESM)» (effet moyen), «Modalité de soutien (SUM)» (petite taille d'effet), les modalités relationnelles «Contact (KON)», «Rencontre (BEG)» (effets faibles) et «Mutualité (MUT)» (effet moyen), le media «Mouvement et danse (BUT)» (effet faible) et le niveau structurel «Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi (SWG)» (effet faible).

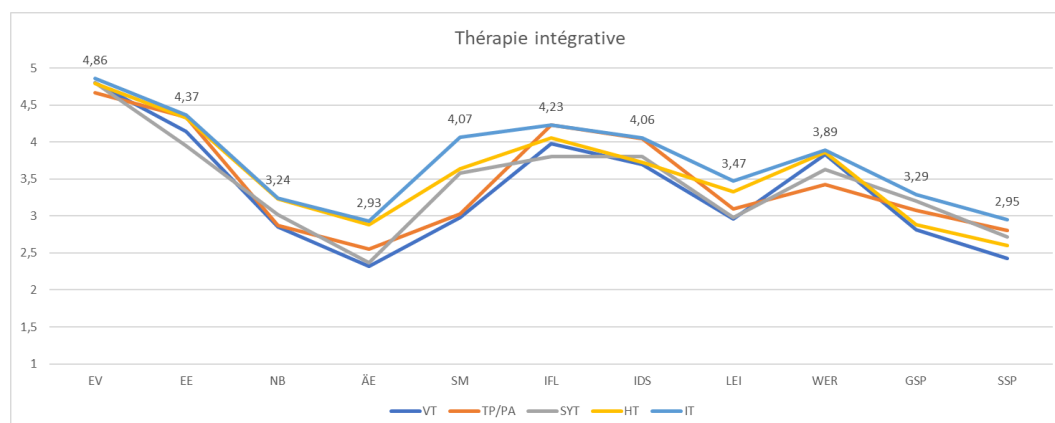


Figure 9: Profile IT

Les *thérapeutes intégratifs* ont jugé les items suivants plus haut que les autres: «Compréhension empathique, empathie (EV)», «Promouvoir la compréhension, l'expérience du sens et l'expérience de l'évidence (EE)», «Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)», «Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)» (faible ampleur d'effet), «Multimodalité synergique (SM)» (grande ampleur d'effet), «Promotion de la flexibilité de l'égo (IFL)», «Promotion de la stabilité identitaire (IDS)», «Promouvoir la physicalité du corps (LEI)», «Promouvoir les valeurs (WER)», «Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)» et «Aborder les perspectives liées au genre (GSP)» (faible ampleur d'effet). L'hypothèse procédurale a été confirmée pour ces éléments.

La comparaison par paires entre la thérapie intégrative (IT) et les autres méthodes a mis en évidence les différences suivantes :

- EV: significativement plus élevé que TPPA
- EE: significativement plus élevé que SYT
- NB: significativement plus élevé que VT, TPPA
- ÄE: significativement plus élevé que VT, TPPA, SYT
- SM: significativement plus élevé que VT, TPPA, SYT, HT
- IFL: significativement plus élevé que SYT
- IDS significativement plus élevé que VT, HT
- LEI: significativement plus élevé que VT
- WER: significativement plus élevé que TPPA
- SSP: significativement plus élevé que VT
- GSP: significativement plus élevé que VT

5. Comparaison de groupes méthode – pays – contexte

5.1 Différences de méthodes – méthodes premières (IT – non-IT)

La comparaison entre les méthodes premières «IT» et «non-IT» (résumée) pour vérifier l'hypothèse a révélé les différences d'évaluation significatives suivantes:

Tableau 6: Différences des méthodes premières IT - Non-IT

Comparaison méthodes premières (IT - non-IT)	t	Sig.	d
Facteurs efficaces et de guérison			
Compréhension empathique, empathie (EV)	2,739	0,006	0,212
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)	2,294	0,022	0,232
Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)	3,156	0,001	0,319
Multimodalité synergique (SM)	6,890	<0,001	0,640
Modalités relationnelles			
Mutualité (MUT)	2,794	0,005	0,283
Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)	1,980	0,048	0,178
Strukturniveau			
Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)	2,021	0,044	0,174
Promouvoir la stabilité de l'identité (IDS)	2,673	0,008	0,236
Promouvoir la physicalité du corps (LEI)	2,996	0,002	0,305
Aborder les perspectives liées au genre (GSP)	2,690	0,007	0,274
Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)	2,648	0,008	0,270

Des différences ont été observées concernant les facteurs de guérison suivants: «Compréhension empathique, empathie (EV)», Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)», Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)» et Multimodalité synergique (SM)». En ce qui concerne les modalités relationnelles, les groupes différaient en termes de «Mutualité (MUT)» et de «Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)». Des différences sont apparues aux niveaux structurels de la Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)», de la «Promouvoir la stabilité de l'identité (IDS)», de la Promouvoir la physicalité du corps (LEI)», de la «Aborder les perspectives liées au genre (GSP)» et de la «Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)». Pour tous les items, les scores du groupe IT étaient significativement plus élevés que ceux du groupe non-IT, à l'exception de SM (effet moyen), les tailles d'effet étaient faibles.

Pour la comparaison de méthodes premières, l'hypothèse de la méthode peut être confirmée en ce qui concerne EV, NB, ÄE, SM, MUT, ÜGÜ, IFL, IDS, LEI, SSP et GSP.

5.2 Différences des méthodes - méthodes secondaires (IT – non-IT)

Les groupes avec et sans la méthode secondaire de thérapie intégrative mentionnée ont été comparés:

Tableau 7: Différences des méthodes secondaires IT - Non-IT

Comparaison des méthodes secondaires (IT – non-IT)	t	p	d
Facteurs efficaces et de guérison			
Soutien pour faire face à la vie de manière réaliste (HL)	2 416	0,015	0,215
Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)	2 191	0,028	0,196
Expériences d'autonomisation et de solidarité (SI)	2 735	0,006	0,245
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)	4 162	<0,001	0,373
Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)	3 372	<0,001	0,296
Multimodalité synergique (SM)	6 009	<0,001	0,494
Modalités relationnelles			
Attachement (BIN)	2 172	0,030	0,194
Mutualité (MUT)	3 252	0,001	0,292
Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)	2 388	0,017	0,197
Médias			
Médias poétiques (POM)	2 356	0,018	0,212
Niveaux structurels			
Renforcement de la perception de la cohérence (KOH)	3 243	0,001	0,290
Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)	3 583	<0,001	0,285
Promouvoir la stabilité de l'identité (IDS)	3 226	0,001	0,289
Promotion de la flexibilité identitaire (IDF)	3 192	0,001	0,287
Promouvoir la physicalité du corps (LEI)	2 421	0,016	0,218
Promouvoir la sécurité matérielle (FMS)	2 353	0,018	0,212
Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)	2 599	0,009	0,227

Des différences ont été observées concernant les facteurs de guérison suivants: «Soutien pour faire face à la vie de manière réaliste (HL)», «Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)», «Expériences d'autonomisation et de solidarité (SI)», «Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)», «Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)» et «Multimodalité synergique (SM)». Aucune différence n'a été constatée quant à la modalité. Concernant les modalités relationnelles, les groupes différaient en termes d'«Attachement (BIN)», de «Mutualité (MUT)» et de «Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)». Des différences entre les groupes ont été observées concernant les «Médias poétiques (POM)». Des différences sont apparues au niveau structurel concernant le «Renforcement de la perception de la cohérence (KOH)», «Promouvoir la flexibilité de l'ego (IFL)», «Promouvoir la stabilité de l'identité (IDS)», «Promotion de la stabilité identitaire (IDF)», «Promouvoir la physicalité du corps (LEI)», «Promouvoir la sécurité matérielle (FMS)» et «Aborder les perspectives spécifiques à la classe sociale (SSP)». Pour tous les éléments, les valeurs du groupe «avec la méthode secondaire de thérapie intégrative» étaient significativement plus élevées; toutefois, ces effets étaient faibles.

Pour la comparaison de méthodes secondaires, l'hypothèse de la méthode peut être confirmée en ce qui concerne HL, PW, SI, NB, ÄE, SM, BIN, MUT, ÜGÜ, POM, KOH, IFL, IDS, IDF, LEI, FMS et SSP.

5.3 Différences entre les pays

L'étude a comparé des groupes de pays ayant une reconnaissance limitée des méthodes thérapeutiques avec des pays appliquant moins de restrictions.

Le groupe où la reconnaissance de la procédure est plus restreinte comprend l'Allemagne, la Lettonie, les Pays-Bas, l'Espagne et le Royaume-Uni. Ce groupe comptait 296 participants à l'étude.

Tous les autres pays ont été rattachés au groupe bénéficiant d'une reconnaissance procédurale plus large. Il s'agissait de l'Autriche, de la Belgique, de la Bosnie-Herzégovine, de la Bulgarie, de la Croatie, de Chypre, de la République tchèque, du Danemark, de l'Estonie, de la France, de la Grèce, de la Hongrie, de l'Irlande, de l'Italie, du Liechtenstein, de la Lituanie, du Luxembourg, de la Norvège, de la Pologne, de la Roumanie, de la Slovaquie, de la Slovénie, de la Suède, de la Suisse, de l'Ukraine et du Kosovo. Ce groupe comprenait 358 participants à l'étude.

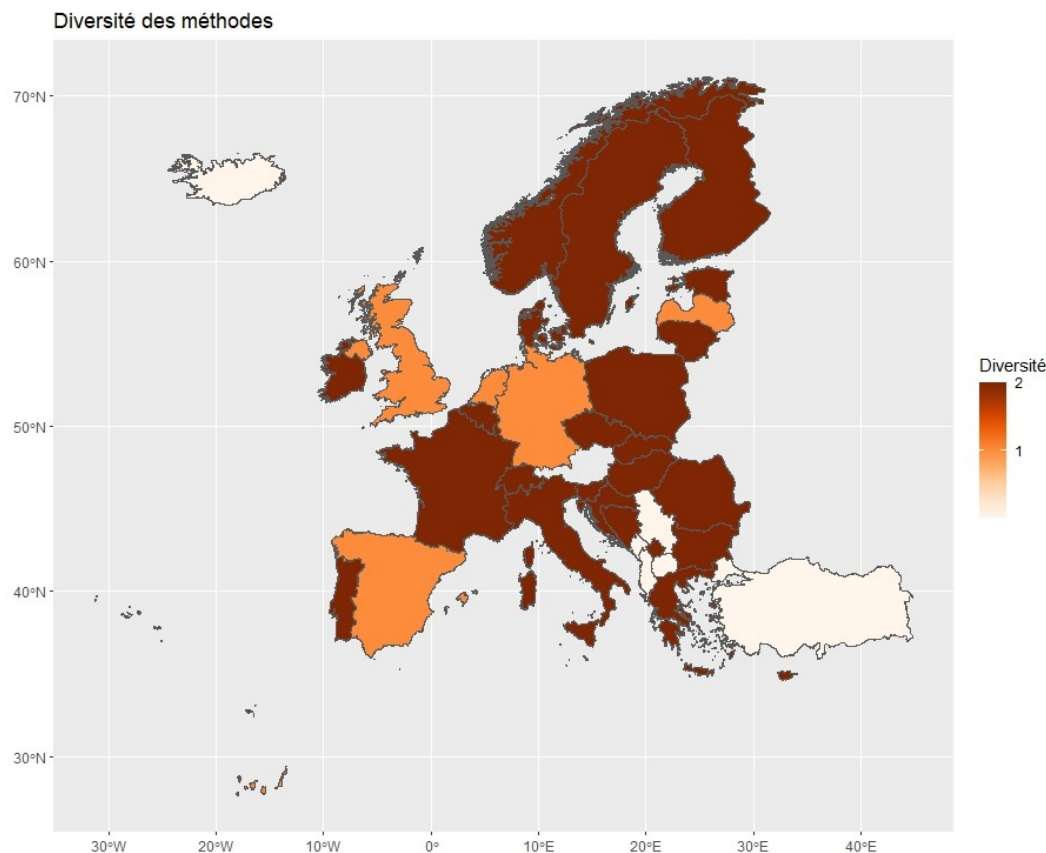


Figure 10: Diversité de méthodes dans les pays

Tableau 8: Différences entre les groupes de pays

Comparaison des pays	t	p	d
Facteurs efficaces et de guérison			
Acceptation émotionnelle et soutien (ES)	3 193	0,001	0,253
Promouvoir l'expression émotionnelle et la prise de décision volontaire (EA)	1 985	0,047	0,120
Promouvoir la conscience corporelle (LB)	3 085	0,002	0,157
Promouvoir des expériences créatives (KG)	4 556	<0,001	0,361
Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)	3 205	0,001	0,253
Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)	2 664	0,007	0,210
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)	3 317	<0,001	0,2904
Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)	3 659	<0,001	0,291
Multimodalité synergique (SM)	4 871	<0,001	0,390
Modalités			
Modalité de stimulation centrée sur l'expérience (ESM)	3 360	<1,001	0,266
Modalité de découverte axée sur les conflits (KAM)	2 160	0,031	0,171
Modalité axée sur le réseau et la situation de vie (NLM)	2 265	0,023	0,180
Modalité de soutien (SUM)	4 749	<0,001	0,382
Médias			
Langue (SPR)	3 502	<0,001	0,263
Mouvement et danse (BUT)	3 228	0,254	0,254
Niveaux structurels			
Promouvoir le réseau social (FSN)	3 145	0,001	0,247
Promouvoir le travail/la performance/les loisirs (ALF)	2 348	0,019	0,186

Les pays bénéficiant d'une reconnaissance plus large ont obtenu des scores plus élevés pour les facteurs suivants: «Acceptation émotionnelle et soutien (ES)», «Promouvoir l'expression émotionnelle et la prise de décision volontaire (EA)», «Promouvoir la conscience corporelle (LB)», «Promouvoir des expériences créatives (KG)», «Promouvoir des références positives en matière de valeurs personnelles (PW)», «Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)», «Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)» et «Multimodalité synergique (SM)». Des différences liées à la modalité ont été observées pour «Modalité de stimulation centrée sur l'expérience (ESM)», «Modalité axée sur le réseau et la situation de vie (NLM)» et «Modalité de soutien (SUM)». Le medium «Mouvement et danse (BUT)» et le niveau structurel «Promouvoir le travail/la performance/les loisirs (ALF)» ont également été évalués différemment. Ces différences étaient toutefois de faible ampleur.

Dans les pays où la reconnaissance des méthodes est limitée, des valeurs plus élevées ont été observées pour le facteur d'effet «Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)», la «Modalité de découverte axée sur les conflits (KAM)», le medium «langue (SPR)» et le niveau structurel «Promouvoir le réseau social (FSN)». Il s'agissait de faibles tailles d'effet.

L'hypothèse du pays peut être confirmée pour ES, EA, LB, KG, PW, NB, ÄE, SM, ESM, NLM, SUM, BUT, ALF.

5.4 Différences liées au setting (hospitalisation, ambulatoire)

Tableau 9: Différences setting

Setting	t	Signé	d
Facteurs efficaces et de guérison			
Promouvoir les compétences en communication et les aptitudes relationnelles (KK)	1,97	0,049	0,228
Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)	2,57	0,01	0,300
Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)	2 456	0,014	0,285
Modalités			
Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)	2 510	0,012	0,292
Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)	6 441	<0,001	0,751
Modalités relationnelles			
Rencontre (BEG)	2 070	0,038	0,244
Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)	1 993	0,046	0,233

Setting	t	Signé	d
Niveaux structurels			
Promouvoir la flexibilité identitaire (IDF)	2 944	0,003	0,344
Promouvoir la physicalité du corps (LEI)	3 443	<0,001	0,406
Promouvoir le réseau social (FSN)	2 601	0,009	0,305

Des valeurs plus élevées en milieu hospitalier ont été observées pour les facteurs d'efficacité «Promouvoir les compétences en communication et les aptitudes relationnelles (KK)», «Promouvoir des réseaux sociaux durables (TN)», les modalités «Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)», «Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)» et le niveau structurel «Promouvoir le réseau social (FSN)». Une taille d'effet moyenne a été constatée pour la «Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)», tandis que toutes les autres tailles d'effet étaient faibles.

En milieu ambulatoire, les valeurs du facteur d'effet «Favoriser un lien vivant et régulier avec la nature (NB)», des modalités relationnelles «Rencontre (BEG)» et «Transfert/Contre-transfert (ÜGÜ)», ainsi que des niveaux structurels «Promouvoir la flexibilité identitaire (IDF)» et «Promouvoir la physicalité du corps (LEI)», étaient plus élevées. Il s'agissait d'effets de faible ampleur.

6. Commentaires des participants à l'enquête

Les participants à l'enquête pouvaient formuler des commentaires sur le questionnaire. 140 d'entre eux ont profité de cette opportunité et ont formulé 195 commentaires et ajouts, répartis en 21 catégories, elles-mêmes regroupées en huit catégories principales:

Tableau 10: Anmerkungen

Catégories (réponses multiples)	Fréquence	Pourcentage
Propre Approche et expériences		
- Peu d'expérience	1	0,51%
- Problèmes de devoirs propre Procédure	5	2,56%
- Apprentissage autonome	1	0,51%
- Explication propre Procéder	9	4,62%
Ajouts		
- Ajout facteurs d'efficacité	16	8,21%
- Ajout méthodes thérapeutiques	16	8,21%
Intégratif Travail		
- Raison intégration	3	1,54%
- Évaluation intégration	1	0,51%
Contexte		
- Conditions-cadres Allemagne	1	0,51%
- Politique conditions-cadres	1	0,51%
- Pertinent Variables de contexte	4	2,05%
Critique		
- Critique du questionnaire	36	18,46%
- Critique de la théorie Cadre	9	4,62%
- Langage inclusif	1	0,51%
Commentaires positifs		
- Retour à propos de l' étude	28	14,36%
- Désir de Résultats	6	3,08%
- Suggestion plus Études	2	1,03%
Compréhension		
- Problèmes de compréhension de contenu	33	16,92%
- Problèmes de langue	7	3,59%
- Questionnaire difficile	13	6,67%
Divers		
- Incompréhensible Notes	2	1,03%
En tout	195	

Les grandes catégories sont illustrées ci-dessous à l'aide de citations. Les chiffres à la fin des citations correspondent au numéro de réponse :

Dans la catégorie *Propre Approche et expériences*, 16 mentions ont été recensées:

- „Als Psychotherapeutin mit langjähriger Berufserfahrung bin ich mittlerweile in verschiedenen Therapiemethoden geschult. Verhaltenstherapeutische Methoden gehören genauso in meine alltägliche Arbeit wie Gestalttherapeutische Methoden und körperpsychotherapeutische Methoden. Mein Eindruck auch nach all den Jahren ist, dass je nach Therapiephase und Mensch der vor mir sitzt unterschiedliches hilfreich und wirksam ist. Die einen brauchen klare Anleitung im Alltag mit Struktur und Üben von Kompetenzen. Andere profitieren von gestalterischen Elementen oder körperpsychotherapeutischen Methoden. Wieder anderen hilft die Gesprächstherapie mit aufdeckenden und Konfliktbearbeitenden Elementen. Aus diesem Grund haben alle Therapiemethoden ihre Berechtigung und Ihre Wirksamkeit.“ (1)
- „Ich habe als Psychotherapeut eine Identität entwickelt, in der ich mich der humanistisch-psychologischen Psychotherapie zuordne. D. h. nicht, dass ich Sichtweise oder Interventionen aus den drei anderen Grundorientierungen ignoriere. Aber ich integriere nach Möglichkeit alle Vorgehensweisen in mein humanistisch-psychologisches Menschenbild. Ich "mache" also - z.B. - keine VT, wenn ich lernpsychologische Prinzipien (mit) beachte, und auch keine Analyse, wenn ich meine Reaktion auf Pt. registriere (Ebene der Übertragung) und bei einer Reaktion "verwertere". (60)

Dans la catégorie *Ajouts*, 32 mentions ont été recensées:

- „Aktives Ermöglichen vermiedener Themen wie Sexualität, Scham, Tod etc. Szenisches Arbeiten, kultursensibel“ (3)
- „Ich arbeite min. 90 % der Therapie traumafokussiert. Das attraktive sich sehr bewährt und führt auch innerhalb von oft wenigen Sitzungen zu einer deutlichen Verbesserung. Dieser Ansatz kommt in Ihren Fragen leider nicht vor.“ (56)

Dans la catégorie *Intégratif Travail*, quatre mentions ont été recensées:

- „Es macht Freude schulenübergreifend und integrativ zu arbeiten. Je grösser das Repertoire des Therapeuten, umso individueller kann er auf Klienten eingehen.“ (28)

Six personnes ont mentionné des *facteurs contextuels généraux et politiques*:

- „Greatest threat to profession of psychotherapy in Ireland currently is that government statutory registration board has issued standards which decimate the profession. We in our accreditation bodies are mounting significant campaign to challenge them. Awaiting intervention from our department of health. New proposed standards not in compliance with European Association for psychotherapy.“ (35)

46 participants ont formulé des *critiques concernant le contenu du questionnaire et son cadre théorique*:

- „Es ist bedauerlich, dass bei einer Untersuchung zu "integrativer Psychotherapie" erneut fast nur Begriffe und Dimensionen aus der Verhaltenstherapie abgefragt werden, TP und analytische Therapie

wieder auf "Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung" und supportives vs. konfliktzentriertes Vorgehen reduziert werden (....)" (27)

- „Het abstractieniveau van de vragen was vrij groot waardoor het soms moeilijk is om niet akkoord te zijn" (40)
- „I was thinking about equality, diversity and inclusion and anti oppressive practice and wondering where this fits with your questions." (52)

Des *commentaires positifs* (commentaires sur l'étude, demande de résultats, suggestion de recherches complémentaires) ont été formulés par 36 participants:

- „I acknowledge and appreciate this research initiative as an important contribution to the development of the field of psychotherapy. I believe that this study can serve as a basis for further, more in-depth research." (42)
- „I would like to hear from you when you have collected and analysed the data what conclusions you can draw from this survey" (54)

53 participants ont fait remarquer des *problèmes de compréhension* liés au contenu ou à la langue:

- „El tema del estudio me parece de maximo interes e importancia. Aunque no estoy segura de q la relacion preguntas respuestas sean representativas. Espero q sea útil este estudio. Gracias por la iniciativa." (23)
- „J'aurais aimé que certains termes utilisés dans le questionnaire soient définis, car ils ne correspondent pas forcément a mes références conceptuelles. J'ai donc souvent dû inférer le sens que je comprenais dans telle ou telle question pour pouvoir y répondre." (79)
- „Many of the words and complex formulation used do not have strong meaning for me - perhaps a translation issue?" (99)

En résumé, on peut constater que, d'après les commentaires libres, l'étude a reçu un accueil favorable, malgré des problèmes de compréhension d'ordre linguistique et parfois aussi de fond.

7. Résumé et conclusions

Les données relatives aux méthodes secondaires montrent clairement que seule une petite minorité de psychothérapeutes s'appuie sur une seule méthode. Presque tous ont indiqué utiliser au moins une autre méthode dans leur pratique. Bien que cela n'implique pas nécessairement un travail intégratif, cela démontre que le recours à une seule méthode ne reflète plus la réalité de la pratique psychothérapeutique.

Comme dans les études précédentes menées dans les pays germanophones, les notes globales se situent majoritairement dans la partie moyenne à supérieure de l'échelle. Bien que des différences significatives aient été observées dans les évaluations des items pour tous les domaines, ces différences restaient généralement faibles. Les facteurs suivants ont obtenu des évaluations plus basses: le facteur d'efficacité «Facilitation des expériences esthétiques de guérison (ÄE)», la modalité «Modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice (ÜFM)», la modalité «Modalité de conservation et de soutien (KSM)», la modalité «Modalité de soutien et d'assistance médicamenteuse (MSM)», les médias non verbaux, ainsi que les aspects structurels «Promouvoir la sécurité matérielle (FMS)» et «Aborder les perspectives liées au genre (GSP)».

Concernant les items individuels, on peut donc conclure que, si la pertinence pour la pratique psychothérapeutique personnelle est globalement évaluée différemment, les différences restent relativement modérées et le niveau de consensus est généralement élevé.

C'est au niveau des *méthodes* – notamment en ce qui concerne les premières méthodes – que la plupart des différences sont apparues. Elles reflètent les fondements théoriques respectifs de ces méthodes (TPPA, VT, SYT, HT, IT) et ne témoignent donc pas d'une intégration. Cela vaut également pour la méthode secondaire IT. Les différences entre les *pays* se concentrent sur les facteurs d'efficacité, les modalités et les médias, avec des notes généralement plus élevées dans les pays où ces méthodes sont plus largement reconnues. En ce qui concerne le cadre de prise en charge, on observe des notes plus élevées tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire. Concernant la question initiale et les hypothèses, on peut affirmer:

1. Les médias non linguistiques du travail psychothérapeutique, le facteur efficace de transmission d'expériences esthétiques de guérison, les niveaux structurels de promotion de la sécurité matérielle et de prise en compte des perspectives spécifiques au genre, ainsi que les modalités axées sur l'exercice, le soutien conservateur et l'assistance médicamenteuse sont manifestement moins importants dans l'ensemble pour la pratique psychothérapeutique.
2. Les différences entre les méthodes primaires et entre les méthodes secondaires (IT - non-IT) étaient les plus fréquemment observées. Elles reflètent les fondements théoriques respectifs et ne favorisent pas leur intégration dans la pratique psychothérapeutique.
3. Certaines différences entre les pays et les contextes soulignent l'importance de ces conditions-cadres pour un travail intégrative, les différences de contexte ayant toutefois une importance relative moindre.

Concernant des hypothèses on peut constater:

1. Concernant la première hypothèse (Hypothèse méthodes thérapeutiques), on constate que 11 différences conformes à l'hypothèse ont été observées lors de la première méthode (quatre facteurs d'efficacité, deux modalités relationnelles, cinq niveaux structurels). Lors de la méthode secondaire IT, 19 différences conformes à l'hypothèse ont été observées (six facteurs d'efficacité, trois modalités relationnelles, un médium et sept niveaux structurels); avec quatre facteurs d'efficacité et quatre niveaux structurels, des recoupements avec la première méthode ont également été observés. Cette hypothèse est confirmée à cet égard.
2. La deuxième hypothèse (Hypothèse concernant le contexte national) peut être confirmée pour huit facteurs, trois modalités, un niveau intermédiaire et un niveau structurel.
3. La troisième hypothèse (Hypothèse concernant le contexte de travail) peut être confirmée pour deux facteurs, deux modalités et un niveau structurel.

Cela suggère que, dans le cadre européen de la psychothérapie, les considérations théoriques d'intégration semblent avoir été mises en œuvre dans la pratique dans de nombreux domaines, mais pas dans tous. Ce constat est étayé par le fait que la quasi-totalité des participants à l'étude ont indiqué avoir recours à une ou plusieurs approches thérapeutiques secondaires. Les scores élevés obtenus pour la plupart des items du questionnaire et le nombre finalement assez restreint de différences significatives et conformes aux hypothèses confortent également cette conclusion. Par ailleurs, l'importance persistante des écoles

thérapeutiques se manifeste particulièrement dans les différences méthodologiques qui dépassent le cadre des hypothèses.

Il convient de noter qu'en raison des niveaux de coopération variables des associations, des ministères et des ordres professionnels, l'accès aux psychothérapeutes s'est parfois avéré difficile, et il n'a pas été possible de garantir la participation de tous les thérapeutes à l'étude. Par conséquent, il est difficile de se prononcer sur la représentativité de l'échantillon.

Comme l'indiquaient certains commentaires libres, la terminologie de la thérapie intégrative n'était pas familière à tous les participants à l'enquête. Les explications proposées en téléchargement dans le questionnaire n'étaient peut-être pas accessibles à tous. Il serait judicieux d'inclure directement ces explications dans le questionnaire des prochaines enquêtes, même si cela augmente considérablement le temps de lecture pour tous les participants.

Littérature

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631–638.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20256>

Döring, N. (2023) Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin: Springer

Eichert, HC. (2024) Methodenintegration in der psychotherapeutischen Praxis, in: Psychotherapie-Wissenschaft 14 (2): 59–70 und in: Müller, L., Orth, I. (Hrsg.) (2025) Integrative Therapie heute. Vielfalt und Zukunftsorientierung, Bielefeld: Aisthesis-Verlag: 307-328

Eichert, HC (2026) Methodenintegration in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Praxis, in: 35. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Fairsorgt in der Reha? Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen, Berlin: DRV-Bund: 445-448

Frank, JD. (1961) Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy. The Johns Hopkins University Press.

Garfield, So.L. (1982) Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz, Weinheim, Belz

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Hofmann SG, Hayes SC (2019a) The future of intervention science: process-based therapy. *Clin Psychol Sci* 7(1):37–50

Lazarus, A.M. (1978) Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.

Leiner, D. J. (2025). SoSci Survey (Version 3.8.00) [Software]. SoSci Survey GmbH.

<https://www.sosicisurvey.de>

Lutz, W. & Rief, W. (2022). Wie kann eine transtheoretische Psychotherapieweiterbildung und -praxis in Deutschland aussehen? *Psychotherapeutenjournal*, (4): 360–369

- Mozina, M. (2024) Regulierung der Psychotherapie in den europäischen Ländern, in: Psychotherapie-Wissenschaft 14 (2): 83–91 DOI: 10.30820/1664-9583-2024-2-83
- Orlinsky, D.E., Howard, KI (1986a) Process and outcome in psychotherapy, in: Garfield, S., Bergin, A. (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, Wiley, New York
- Orth, I., Petzold, HG. (2015) Zur “Anthropologie des schöpferischen Menschen”, in: Polyloge 4/2015, und in: Petzold, HG., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation. 2 Bde. Paderborn: Junfermann. 93-116. 2. Auflage 1996
- Petzold, HG., Orth, I., Sieper, J. (2014/2016) „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren - Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie - A preliminary report 2016 – Polyloge 31/2016
- Pfammatter, M. Junghan, UM, Tschacher, W. (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und Synthese, in: Psychotherapie 17,1: 17-31
- Pfammatter, M., Tschacher, W. (2016) Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2016), 45 (1), 1–13
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300–334). Basic Books.
- Strauß, B., Kohl, S. (2009) Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern, in: Psychotherapeut 6/2009 54:457–464

Table des matières

<i>Tableau 1: Facteurs d'efficacité et de guérison, modalités, modalités relationnelles, médias, niveaux structurels</i>	5
<i>Tableau 2: Participation totale des pays</i>	7
<i>Tableau 3: Résultats descriptifs</i>	12
<i>Tableau 4: Nombre par méthode de psychothérapie</i>	13
<i>Tableau 5: Différences de méthodes premières</i>	13
<i>Tableau 6: Différences des méthodes premières IT - Non-IT</i>	17
<i>Tableau 7: Différences des méthodes secondaires IT - Non-IT</i>	18
<i>Tableau 8: Différences entre les groupes de pays</i>	20
<i>Tableau 9: Différences setting</i>	20
<i>Tableau 10: Anmerkungen</i>	21
<i>Tableau 11: Autres méthodes premières (informations en texte libre, non classées)</i>	28
<i>Tableau 12: Autres méthodes secondaires (informations en texte libre, non classées)</i>	29

Liste des illustrations

<i>Figure 1: Psychothérapeutes par pays</i>	8
<i>Figure 2: Quotas de participation des pays</i>	9

<i>Figure 3: Sociodémographie I</i>	10
<i>Figure 4: Sociodémographie II</i>	11
<i>Figure 5: Profile VT</i>	14
<i>Figure 6: Profile TPPA</i>	15
<i>Figure 7: Profile SYT</i>	15
<i>Figure 8: Profile HT</i>	16
<i>Figure 9: Profile IT</i>	16
<i>Figure 10: Diversité de méthodes dans les pays</i>	19

Pièce jointe

Tableau 11: Autres méthodes premières (informations en texte libre, non classées)

Méthodes premières	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
	526	80,4%	80,4%
AT analitic transaction	1	,2%	,2%
Analyse Psycho-Organique	2	,3%	,3%
Analyse Transactionnelle	1	,2%	,2%
Analyse psycho organique et Imago	1	,2%	,2%
Analyse psycho-organique	1	,2%	,2%
Analyste/therapeute centre sur le soin mediatise a la personne	1	,2%	,2%
Approche centre sur la personne	1	,2%	,2%
Art Psychotherapy	1	,2%	,2%
Art psychotherapy	1	,2%	,2%
Bewegungstherapie	1	,2%	,2%
Body Psychotherapy	1	,2%	,2%
Body Psychotherapy or Integrative Psychotherapy	1	,2%	,2%
CBT	1	,2%	,2%
Child-centered	1	,2%	,2%
Client centered psychotherapy	1	,2%	,2%
Cognitive behavioral therapy	1	,2%	,2%
Depp Brain Reorienting	1	,2%	,2%
Depth psychological psychotherapy oriented in body - bodypsychotherapy (Biodynamic and body oriented school)	1	,2%	,2%
Dramatherapist psychoanalytic	1	,2%	,2%
EMDR	2	,3%	,3%
Emdr	1	,2%	,2%
Emotion focussed Therapie/ Experientielle psychotherapie	1	,2%	,2%
Ericksonian therapy	1	,2%	,2%
Existential, hypnotherapy	1	,2%	,2%
Existential	1	,2%	,2%
Existential Psychotherapy	2	,3%	,3%
Expressive Arts	1	,2%	,2%
GESTALTISTE JUNGIANNE	1	,2%	,2%
Gesprächspsychotherapie analytisch orientiert	1	,2%	,2%
Groepspsychotherapie	1	,2%	,2%
Group Analytic Psychotherapy	1	,2%	,2%
Humanistisch-psychologische Therapie (GT ud Gestalt)	1	,2%	,2%
Humanistische Psychotherapie	3	,5%	,5%
Hypnotherapie	1	,2%	,2%
I am trained in different approaches, I choose the approach depending on patients' psychotherapeutic needs	1	,2%	,2%
I use four on the list plus analytical psychology (Jungian)	1	,2%	,2%
ISTDP	1	,2%	,2%
Including CBT, other third wave interventions	1	,2%	,2%
Integral	1	,2%	,2%
Integrale Psychotherapie	1	,2%	,2%
Integrative Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
Integrative Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
Integrative psychotherapy	1	,2%	,2%
Integrative therapy	1	,2%	,2%
Internal Family Systems	1	,2%	,2%
Interpersonal Neurobiology (IPNB) as a framework around existential, humanistic principle with Gestalt and other experiential elements	1	,2%	,2%
Integration Posturale Psychotherapeutique + Gestalt	1	,2%	,2%
Inzichtgevende psychotherapie	1	,2%	,2%
Jungian	1	,2%	,2%
KBT	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie (Funktionelle Entspannung)	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie und Verhaltenstherapie	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie, Humanistische Psychotherapie	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie/spezielle Psychotrauma Therapie	1	,2%	,2%
Körperzentrierte Psychotherapie und Hypnose	1	,2%	,2%
Logotherapie und Existenzanalyse	1	,2%	,2%
Narrative psychotherapy	1	,2%	,2%
PCA	2	,3%	,3%
PCA - Person centered psychotherapy	1	,2%	,2%
PNL	1	,2%	,2%
PNL Humaniste	1	,2%	,2%

Méthodes premières	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Person Centered Approach	1	,2%	,2%
Person Centred	1	,2%	,2%
Person Centred and Experiential	1	,2%	,2%
Person Centred and Experiential, Trauma informed, neuroaffirming.	1	,2%	,2%
Person centered & Experiential therapy	1	,2%	,2%
Person centred	1	,2%	,2%
Person-Centred and Experiential	1	,2%	,2%
Person-Centred and Experiential psychotherapy	1	,2%	,2%
Person-centered therapy	2	,3%	,3%
Person-centred	1	,2%	,2%
Person-centred and FOT	1	,2%	,2%
Personzentrierte Psychotherapie	1	,2%	,2%
Persoonsgerichte experientiele psychotherapie	1	,2%	,2%
Process Work (Process-oriented Psychology)	1	,2%	,2%
Programmation neuro linguistique	1	,2%	,2%
Prozessorientierte Psychotherapie	1	,2%	,2%
Prozessorientierte Psychotherapie mit systemischen Ansätzen	1	,2%	,2%
Psicoanálisis relacional	1	,2%	,2%
Psicoterapia Costruttivista	1	,2%	,2%
Psicoterapia grupoanalitica	1	,2%	,2%
Psychoanalytische psychotherapie	1	,2%	,2%
Psychodynamic Therapy	1	,2%	,2%
Psychodynamic	2	,3%	,3%
Psychodynamic therapy	1	,2%	,2%
Psychotherapie analytique jungienne et gestalt therapie	1	,2%	,2%
Rogers	1	,2%	,2%
Satir Model	1	,2%	,2%
Schematherapie	2	,3%	,3%
Schematherapie (schema focused Therapy)	1	,2%	,2%
Solutions Focused	1	,2%	,2%
THERAPIE LI ICV	1	,2%	,2%
TRANSACTIONAL ANALYSIS	1	,2%	,2%
Thérapie breve / systemique	1	,2%	,2%
Thérapie centrée sur la Personne	1	,2%	,2%
Thérapie psychocorporelle	1	,2%	,2%
Transpersonal Integrative	1	,2%	,2%
Traumatherapy	1	,2%	,2%
aedp	1	,2%	,2%
client-centered experientielle existentielle psychotherapie	1	,2%	,2%
daseinsanalysis	1	,2%	,2%
experientiele en persoonsgerichte psychotherapie	1	,2%	,2%
hypnotherapie integrativ und systemisch	1	,2%	,2%
hypnotherapy	1	,2%	,2%
jungian / analytic / transpersonal	1	,2%	,2%
körperorientierte Psychotherapie	1	,2%	,2%
person-centered psychotherapy	1	,2%	,2%
person-centred	1	,2%	,2%
persoonsgerichte experientiele psychotherapie/ client centered therapy	1	,2%	,2%
persoonsgerichte experientiele psychotherapie geïnspireerd op Carl Rogers	1	,2%	,2%
psychodynamic	2	,3%	,3%
psychodynamische psychotherapie	1	,2%	,2%
psychotanalytische psychotherapie	1	,2%	,2%
psychotherapie corporelle	1	,2%	,2%
schematherapie	2	,3%	,3%
tiefenpsychologisch orientierte Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
with additional trainings in psychosomatics	1	,2%	,2%

Tableau 12: Autres méthodes secondaires (informations en texte libre, non classées)

Méthodes secondaires	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
	404	61,8%	61,8%
ACT	7	1,1%	1,1%
ANALYSE PSYCHO ORGANIQUE	1	,2%	,2%
Acceptance and Commitment Therapie	1	,2%	,2%
Acceptance and Commitment Therapy	1	,2%	,2%
Addiction therapy	1	,2%	,2%
Analyse transactionnelle	2	,3%	,3%

Méthodes secondaires	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Analyse transactionnelle Sophrologie	1	,2%	,2%
Analytische Körperpsychotherapie, Imaginative Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
Analisis Transaccional	1	,2%	,2%
Art psychotherapy	2	,3%	,3%
Art therapy, drama therapy, play therapy, geek therapy, cinema therapy	1	,2%	,2%
Art therapy, play therapy	1	,2%	,2%
Art therapie	1	,2%	,2%
Art-therapie	1	,2%	,2%
Arts therapy	1	,2%	,2%
Bewegungs-Körpertherapie	1	,2%	,2%
Biosynthesis	1	,2%	,2%
Brief dynamic	1	,2%	,2%
CBASP	1	,2%	,2%
CBASP, ACT	1	,2%	,2%
CBT, EFT, EMDR	1	,2%	,2%
CFT, ACT	1	,2%	,2%
Cbasp, ACT	1	,2%	,2%
Cbt and hypno psychotherapy	1	,2%	,2%
Clientcentered therapie, emdr	1	,2%	,2%
Compassion focused therapy, emdr	1	,2%	,2%
Creative arts: music, movement, art	1	,2%	,2%
Creative therapies, psychodynamic psychotherapy	1	,2%	,2%
Developmental Somatic Psychotherapy	1	,2%	,2%
Drama therapy, expressive arts therapy	1	,2%	,2%
Dramatherapy, IFS	1	,2%	,2%
EFT	1	,2%	,2%
EFT, Körpertherapie, Somatic Experiencing	1	,2%	,2%
EMDR	28	4,3%	4,3%
EMDR and traumatherapy	1	,2%	,2%
EMDR psychotherapy	1	,2%	,2%
EMDR, Brainspotting, Ego State Therapie, PITT, PEP	1	,2%	,2%
EMDR, CRM traumatherapy	1	,2%	,2%
EMDR, NARM, Körperintegrative Psychotherapie nach J.L. Rosenberg, TRE	1	,2%	,2%
EMDR, Parts work (IFS influenced), Focussing	1	,2%	,2%
EMDR, REBT	1	,2%	,2%
EMDR, Somatic Trauma Therapy, Bioynamic Massage	1	,2%	,2%
EMDR, sensorimotortherapie	1	,2%	,2%
EMDR, somatique experencing	1	,2%	,2%
EMI, Somatic Experiencing, PITT, PEP, Ego-State- Therapie, TRIMB, Hypnotherapie	1	,2%	,2%
Ego State Therapie, (EMDR)	1	,2%	,2%
Ego-State-Therapie, ACT, Hypnotherapie	1	,2%	,2%
Ego-state-Therapie und Hypnotherapie, Körper bezogene Verfahren, z.B. Klopfen,Brainspottig	1	,2%	,2%
Emdr	1	,2%	,2%
Emdr, Internal family systÄm	1	,2%	,2%
Emotion Focused Therapy	1	,2%	,2%
Emotion focused Therapy for individuals	1	,2%	,2%
Emotionally Focused Couples Therapy	1	,2%	,2%
Emotionally Focused Therapy	1	,2%	,2%
Emotionsfokussierte Therapie	1	,2%	,2%
Emotionsfokussierte Therapie (EFT)	1	,2%	,2%
Emotionsfokussierte Therapie, Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
Energy therapy, ecotherapy	1	,2%	,2%
Existential psychotherapy	1	,2%	,2%
Existential therapy	1	,2%	,2%
Famillientherapie	1	,2%	,2%
Family Constellations	2	,3%	,3%
Focus on body	1	,2%	,2%
Focusing Oriented Psychotherapy, Cognitive Behavioral Hypnotherapy	1	,2%	,2%
Focusing, EFT	1	,2%	,2%
GROUP ANALYSIS	1	,2%	,2%
Guided Imagery and Music, NeuroAffective Relational Model	1	,2%	,2%
Homeopathy and meditation	1	,2%	,2%
Hxypnosystemische Therapie	1	,2%	,2%
Hypnose	2	,3%	,3%
Hypnose reiki	1	,2%	,2%
Hypnosis	1	,2%	,2%
Hypnosystemische Therapie	1	,2%	,2%
Hypnotherapie	5	,8%	,8%
Hypnotherapie (M.E.G.)	1	,2%	,2%

Méthodes secondaires	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Hypnotherapie, EMDR, Ego-States	1	,2%	,2%
Hypnotherapy, IFS, trauma (EMDR), Art,	1	,2%	,2%
Hypnotherapy, solution-focused therapy	1	,2%	,2%
ICV integration du Cycle de vie et psychogenealogie	1	,2%	,2%
IFS	1	,2%	,2%
IFS, Trauma healing through multiple practices	1	,2%	,2%
INTEGRATION POSTURALE PSYCHOTHERAPEUTIQUE	1	,2%	,2%
IRRT, ACT	1	,2%	,2%
ISTDP	1	,2%	,2%
ISTDP (Intensive short-term dynamic psychotherapy)	1	,2%	,2%
Imagery Rescripting Therapy	1	,2%	,2%
Imaginationstherapietechniken EMDR	1	,2%	,2%
Inneres Team, pit	1	,2%	,2%
Internal family systems, EMDR, Sensorimotor Psychotherapy	1	,2%	,2%
Ipnoxis	1	,2%	,2%
KBT	2	,3%	,3%
KIP, SPez. Traumatherapie, EMDR	1	,2%	,2%
Klinische Hypnose	1	,2%	,2%
Klinische Hypnose/Hypnotherapie, Lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Psychodynamisch/Imaginative Traumatherapie, EMDR, Familienberatung	1	,2%	,2%
Klärungsorientierte PT nach R.Sachse sowie EMDR	1	,2%	,2%
Kunsttherapie und EMDR	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie	2	,3%	,3%
Körperpsychotherapie (FE)	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie, Traumatherapie	1	,2%	,2%
Körpertherapie	1	,2%	,2%
Körperzentrierte Arbeit, transpersonale Psychologie	1	,2%	,2%
Körperorientierte Psychotherapie	1	,2%	,2%
Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
MBT	2	,3%	,3%
Man kann nicht andere Therapierichtungen "nutzen". Das entspricht nicht meinem Verständnis von "Integration".	1	,2%	,2%
Mentalisation	1	,2%	,2%
Mentalisation-based therapy, neuroaffective therapy, existential therapy, music therapy	1	,2%	,2%
Motivational interviewing	1	,2%	,2%
NARM, EMDR, Körperintegrierende Psychotherapie	1	,2%	,2%
NARM, Somatic experiences, EFT, yoga	1	,2%	,2%
NLP, Family Constellations	1	,2%	,2%
Neurovegetotherapie reichienne	1	,2%	,2%
Object relations	1	,2%	,2%
PITT, IFS	1	,2%	,2%
Person Centred Therapy, Egostate Therapy, Comprehensive Resource Model	1	,2%	,2%
Person centred and Focusing Oriented Therapy	1	,2%	,2%
Pferdegestützte Therapie	1	,2%	,2%
Philosophie	1	,2%	,2%
Phenomenologie existentielle	1	,2%	,2%
Play Therapy, Creative Arts Therapy	1	,2%	,2%
Psicoanalisis relacional, mentalizacion	1	,2%	,2%
Psicoterapia Focalizada en la Transferencia- Aplicada	1	,2%	,2%
Psychoanalytic psychotherapy, Transference focused psychotherapy, Group analysis, Jungian analytic psychotherapy, Jungian analysis, CBT	1	,2%	,2%
Psychodynamic, CBT, attachment influenced approached	1	,2%	,2%
Psychosynthesis	1	,2%	,2%
Psychosynthesis, person centred therapy	1	,2%	,2%
Psychotraumatologie, ICV, Hypnose, EMDR	1	,2%	,2%
Reality Therapy, Hypnotherapy as integrative practice (not stand-alone)	1	,2%	,2%
Ressource Therapy nach Gordon Emerson	1	,2%	,2%
Sandspieltherapie, Körperpsychotherapie, Somatic Experience, traumabezogene Spieltherapie	1	,2%	,2%
Sexualtherapie	1	,2%	,2%
Solution focused therapy	1	,2%	,2%
Soma, sand,nature based, culturally informed	1	,2%	,2%
Somatic Experiencing	1	,2%	,2%
Somatic Experiencing, EFT	1	,2%	,2%
Somatic experiencing	2	,3%	,3%
Somatic experiencing, IPNB	1	,2%	,2%
Somatic techniques,	1	,2%	,2%
Spiritual psychology, Somatic approaches	1	,2%	,2%
Systemische Therapie	1	,2%	,2%
TA, person centred, psychodynamic, existential, transpersonal	1	,2%	,2%
TPV	1	,2%	,2%

<i>Méthodes secondaires</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage valide</i>
Tanztherapie, Bewegungstherapie	1	,2%	,2%
Teatro terapeutico.	1	,2%	,2%
Terapia basada en la mentalizacion (MBT)	1	,2%	,2%
Terapia cognitiva constructivista, EMDR	1	,2%	,2%
Theorie Polyvagale	1	,2%	,2%
Therapie ACT	1	,2%	,2%
Therapie life span integration	1	,2%	,2%
Tierunterstützte Psychotherapie	1	,2%	,2%
Transactional Analysis	2	,3%	,3%
Transactional Analysis, body awareness work, psychodynamic therapy	1	,2%	,2%
Transaktionsanalyse	1	,2%	,2%
Transaktionsanalyse, Bioenergetik, Hypnotherapie, NLP	1	,2%	,2%
Transpersonal, TA, Transpersonal	1	,2%	,2%
Trauma informed and Psychoeducation	1	,2%	,2%
Traumatherapie	3	,5%	,5%
Traumatherapie PITT	1	,2%	,2%
Traumatherapie, Ego State Therapie	1	,2%	,2%
Traumatherapie, Kunsttherapie	1	,2%	,2%
Traumatherapie, Körperpsychotherapie	1	,2%	,2%
Traumatherapie, TFP,	1	,2%	,2%
Tecnicas expresivas protectivas, caja de arena	1	,2%	,2%
art therapie (mouvement & danse)	1	,2%	,2%
art-therapie	1	,2%	,2%
biosynthese, operative Gruppentherapie	1	,2%	,2%
clientcentered	1	,2%	,2%
cognitive remediation, mentalisation based	1	,2%	,2%
creative arts therapy	1	,2%	,2%
dance movement therapy	1	,2%	,2%
dance therapy, imaginations, regres, trauma therapy	1	,2%	,2%
emdr	1	,2%	,2%
emdr, hypnotherapie	1	,2%	,2%
emotion focussed therapie (EFT- Greenberg)	1	,2%	,2%
existential	1	,2%	,2%
existential therapy	1	,2%	,2%
eye movement integration emdr brainspotting interpersonelle psychotherapie psychodynamisch	1	,2%	,2%
imaginative psychotherapie hypnotherapie	1	,2%	,2%
grief therapy	1	,2%	,2%
group	1	,2%	,2%
group analytic psychotherapy, hypnotherapy, ego-state therapy, internal family systems approach	1	,2%	,2%
hypnose, constellations familiales	1	,2%	,2%
hypnosystemisch, provokativ	1	,2%	,2%
hypnotherapie, art therapie	1	,2%	,2%
ik zet ook paarden in in de therapie en doe lichaamswerk	1	,2%	,2%
lichaamsgerichte psychotherapie	1	,2%	,2%
person-centred	1	,2%	,2%
primarily PCA with occasional eclectic use of other mentioned (according to needs of a specific client)	1	,2%	,2%
psychoanalytische psychotherapie	1	,2%	,2%
psychodynamic	1	,2%	,2%
psychodynamic, object relations, self psychology	1	,2%	,2%
sensorimotor psychotherapie, focus oriented psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie	1	,2%	,2%
sensorimotor psychotherapy, trauma informed stabilizing therapy	1	,2%	,2%
solution focused brief psychotherapy, art therapy	1	,2%	,2%
some techniques & approaches drawn from CBT/DBT (eg mood diaries, grounding exercises to stop spiralling); Gestalt (2-chair); TA (inner child).	1	,2%	,2%
systemique	1	,2%	,2%
terapia informada de trauma, terapia focalizada en la emocion, sensoriomotriz, codependencia, hakomi	1	,2%	,2%
therapie centree trauma	1	,2%	,2%
Theraplay	1	,2%	,2%
therapie cognitive, EMDR et hypnotherapie	1	,2%	,2%
therapie psychocorporelle	1	,2%	,2%
traumaspezifische Psychotherapie	1	,2%	,2%
verschiedene traumaadaptierte und Traumaexpositionsverfahren	1	,2%	,2%