

# TRAUMATYS

## Consentement à l'hypnose introspective

Mon psychologue/psychothérapeute, \_\_\_\_\_, m'a informé(e) des bénéfices et des limitations d'utiliser la relaxation-imagerie ou l'hypnose introspective, dont l'amélioration de ma compréhension de moi-même et de ma condition psychologique ainsi que la possibilité d'effets secondaires indésirables. J'ai aussi été informé(e) que mon psychologue/psychothérapeute cessera l'exercice de la technique dès qu'il y aura des signes de déstabilisation chez moi, me donnant alors les suggestions d'éveil complet.

Mon psychologue/psychothérapeute m'a informé(e) que les perceptions, sensations et impressions vécues sous la relaxation-imagerie ou l'hypnose introspective :

- a. peuvent ne pas être justes ;
- b. peuvent être perçues comme vivides et réelles, tout en ne représentant aucun événement ayant réellement survécu ; et
- c. peuvent être influencées par la méthode de présentation du psychologue/psychothérapeute, mes expériences personnelles ou des facteurs extérieurs.

Mon psychologue/psychothérapeute m'a informé(e) que :

- a. mon témoignage à la cour quant à l'événement révisé lors de l'exercice pourrait ne plus être valide en cour de justice.
- b. aucune action légale valide ne pourra être entreprise à partir du matériel obtenu durant l'exercice, à moins qu'il y ait une évidence externe corroborante, car l'information associée à un tel 'vécu' intérieur pourrait ne pas être véridique, et donc pleinement basée sur un événement extérieur.

Je consens à participer à des exercices de relaxation-imagerie ou hypnose introspective, sachant que je conserverai le plein contrôle de ma volition lors de l'exercice et que je pourrai cesser ma participation à l'exercice à tout moment donné, sans aucune interférence avec la poursuite de ma psychothérapie.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature (psychologue/psychothérapeute)