

เอกสารประกอบการบรรยาย

Cognitive Remediation Therapy

โดย

**กลุ่มงานจิตวิทยา
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ไร้ความสามารถ Cognitive deficit เป็นลักษณะที่แสดงออกด้าน พยาธิสภาพทางสมองอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง Cognitive deficit นี้มีรายงานว่าพบในด้าน sustained attention, switching attention, working memory, การประมวลผลข้อมูลทั้งจากการฟังและการมองเห็น, ความบกพร่องของ executive function, set shifting และ การวางแผน cognitive function เป็นตัวช่วยสำคัญต่อการทำหน้าที่ (functional outcome) เช่น การทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคม การแก้ปัญหา และทักษะทางสังคม ดังนั้น การปรับ cognition จึงเป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยจิตเภท การฝึก cognition ใหม่ โดยใช้งานที่ยากตามลำดับ เพื่อฟื้นฟู cognitive function ที่เฉพาะเจาะจง การบำบัด cognitive impairment ของผู้ป่วยจิตเภทได้เกิดขึ้นมานานแล้ว และแนวคิด Cognitive remediation เป็นแนวทางหนึ่งที่ดีที่สุดสำหรับการฟื้นฟู cognitive impairment ของผู้ป่วยจิตเภท

Cognitive Remediation Therapy คืออะไร

Cognitive Remediation Therapy (CRT) เป็นการบำบัดรักษาฟื้นฟู Cognition พัฒนาโดย King's College ในประเทศอังกฤษ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถของ neurocognition เช่น attention, working memory, cognitive flexibility, planning และ executive functioning ซึ่งนำไปสู่การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ที่ดีขึ้น

CRT ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วย ADHD, Major Depressive Disorder และยังสามารถใช้กับผู้ป่วยเด็กที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งที่มี Cognitive impairment ซึ่งเกิดจากการดำเนินของโรคหรือการรักษาโรค นอกจากนี้ CRT ยัง เป็นแนวทางหนึ่งที่ดีที่สุดสำหรับการฟื้นฟู cognitive impairment ของผู้ป่วยจิตเภท

ประสิทธิผลของ Cognitive Remediation Therapy กับ Function ของผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ

การศึกษาประสิทธิผลของ Cognitive Remediation Therapy แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นการศึกษาประสิทธิผลจากอาการของโรคหรือผลจากแบบทดสอบที่ผู้ป่วยได้รับการฝึก เช่น จากการศึกษาของ Medalia และคณะ (1998) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคลด้วย computerized attention remediation มีคะแนนในแบบประเมิน BPRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Medalia (2000a) ที่พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทเฉียบพลันหรือโรคอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการทำ verbal problem-solving remediation กลุ่มที่ 2 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของ Cognitive Remediation Therapy กับ การทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม หรือการประกอบอาชีพ เป็นต้น เช่น การศึกษาของ Green และคณะ (2000) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความจำ ความตั้งใจ และ Executive function กับ การทำหน้าที่ทางสังคม ดังนั้น การวัด cognition โดยทั่ว ๆ ไป มีผลระหว่าง 20 - 60% ต่อการเปลี่ยนแปลงใน

functional outcome ซึ่งความสัมพันธ์นี้พบได้ทั้งจากการศึกษาแบบ cross-sectional และ longitudinal หรือการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง CRT กับ กลุ่มควบคุมของ Wykes และคณะ (1999) พบว่า cognitive flexibility และ memory ดีขึ้นในกลุ่ม CRT เมื่อการเปลี่ยนแปลงของ cognition เหล่านี้ถึง จุดสูงสุด (threshold) จะเกิดการลดปัญหาทางสังคม Spaulding และคณะ (1999) เปรียบเทียบระหว่าง IPT (Integrated Psychological Therapy) กับ supportive group therapy พบว่า กลุ่ม IPT มี attention, memory และ executive function ดีขึ้น ในขณะที่การทดสอบความสามารถทางสังคมก็ดีขึ้นด้วย

ตารางแสดงความสัมพันธ์ของ cognitive function กับ social function (Tamiko Mogami, 2007)

Social function	Cognitive function
ทักษะการดำรงชีวิตด้วยตนเอง	Executive function
การประกอบอาชีพ	Attention , Verbal memory
สถานการณ์ทำงาน	การเรียนรู้ด้านภาษาและความจำ, Executive function, เซาว์นปัญญา
การแก้ปัญหาทางสังคม	Executive function, เซาว์นปัญญา และ attention
พฤติกรรมทางสังคม	Cognitive flexibility
หน้าที่ทางสังคมโดยทั่ว ๆ ไป	Working memory

ประเภทของ Cognitive Remediation Therapy

จากแนวคิดของ Cognitive Remediation ของผู้ป่วยจิตเภท Model การฟื้นฟูเป็นสิ่งจำเป็น มี นักวิชาการหลาย ๆ ท่านที่คิด Model ของ Cognitive Remediation ขึ้นมาเพื่อฝึกทักษะให้ผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (independent living) โดยแต่ละ model ก็มีความแตกต่างกัน ดังตาราง

ตารางแสดงรูปแบบของ Cognitive Remediation ((Tamiko Mogami, 2007)

รูปแบบ	ประเภท	ความถี่	ลักษณะ
NEAR (Neuropsychological Educational Approach to Remediation)	กลุ่ม	2 ครั้ง / สัปดาห์	ใช้คอมพิวเตอร์และการพูดคุย เน้นที่ Acquisition และสิ่งแวดล้อมของ cognitive skill
IPT (Integrated Psychological Therapy)	กลุ่ม	3 ครั้ง/สัปดาห์	มีโครงสร้างในแต่ละครั้งเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคมและ cognition แบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อย คือ cognitive differentiation
CRT (Cognitive Remediation Therapy)	รายบุคคล	1 ชม./วัน x 40 วัน	งานที่ใช้กระดาษดินสอ เพื่อให้ executive function ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 modules คือ Cognitive flexibility, Working memory และ Planning
CET (Cognitive Enhancement Therapy)	กลุ่ม		ใช้คอมพิวเตอร์ และการทำกลุ่มเพื่อปรับ social cognition model นี้ ประกอบด้วยระยะฟื้นฟู cognition และสังคม
TSWP (Thinking Skills for Work Program)	กลุ่ม, รายบุคคล		ใช้คอมพิวเตอร์และโปรแกรมสนับสนุนการทำงานร่วมกัน

วิธีการบำบัด

กลุ่ม/รายบุคคล

การจะเลือกทำเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ตามแนวคิดของ Til Wykes และคณะ (1999) เสนอว่าแม้ว่ารูปแบบของการวัดความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเหมือนกัน แต่จะมีความแตกต่างเฉพาะบุคคล โดยเฉพาะในส่วนของ executive function และการตอบสนองที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายในการทำกลุ่มจึงอาจจะเป็นเรื่องยากในการกำหนดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดสำหรับแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะทำการบำบัดแบบกลุ่ม

ระยะเวลาที่ใช้

ตั้งแต่ CRT มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง schemas ใหม่ ที่สามารถใช้ได้ในหลายบริบท ได้รับการแนะนำว่า sessions ของ CRT แบบรายบุคคล (ไม่มีหลักฐานจากงานวิจัยที่สัมพันธ์กับประเด็นนี้ แต่จากประสบการณ์ของ Til Wykes และ Clare Reeder ถ้าผู้รับการบำบัดเข้าร่วมได้น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จะได้ประโยชน์จาก CRT น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากในช่วงเว้นระยะจากการฝึก จะทำให้ผู้ป่วยลืมสิ่งที่พวกเขาทำใน session สุดท้าย ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นตัวกีดขวางกระบวนการเรียนรู้ แต่ยังนำไปสู่การขาดแรงจูงใจเมื่ออาการที่ดีขึ้นไม่คงอยู่

นอกจากนี้ จำนวน session ขึ้นอยู่กับความสามารถในการคงความสนใจ (attention) และแรงจูงใจของผู้ป่วย (ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้วันต่อวัน) อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของ Til Wykes & Clare Reeder พบว่า หลังจากเข้าโปรแกรม CRT 1 – 2 สัปดาห์ ความสนใจ (attention) จะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าร่วมได้ 1 ชม.เกือบทุกวัน

จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน session ของการบำบัดด้วย CRT มีหลากหลาย จากน้อยที่สุดคือ 1 ชั่วโมง จนถึงหลายเดือน ระยะเวลาการบำบัดจะนานแค่ไหนขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการบำบัด แต่ในมุมมองของ Til Wykes และ Clare Reeder กล่าวว่า การจะทำให้เกิดผลต่อทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันต้องใช้เวลาหลายเดือน

คุณลักษณะของผู้บำบัดและ การ supervision

ผู้บำบัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้

1. cognitive deficit ที่สัมพันธ์กับโรคจิตเภท
2. แนวคิดทางทฤษฎีเรื่องระบบของ cognition (เช่น working memory, attention, executive function) ที่บกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท
3. รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง cognition กับ การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้ผู้บำบัดควรจะสามารถใช้รูปแบบเหล่านี้เพื่อเป็นแนวทางในการวางโปรแกรมการบำบัด ในอุดมคติ ผู้บำบัดควรได้รับการ supervise อย่างสม่ำเสมอจากแพทย์ที่มีความเข้าใจในเรื่อง cognitive function ในโรคจิตเภท หลักการของ CRT และการประเมิน cognition

การประเมินเพื่อการบำบัดด้วย CRT

1. ประเมินความเหมาะสมของแต่ละคนว่าเหมาะกับ CRT หรือไม่

มีข้อบ่งชี้ที่ต้องพิจารณาสำหรับการทำ CRT

- 1) มี brain injury หรือไม่ ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะได้รับความทรมาณจากสมองที่ผิดปกติ แต่ การทำ CRT ในปัจจุบันไม่ทำกับผู้ที่มีการบาดเจ็บที่สมอง มีการศึกษาจำนวนมาก

- ให้แนวคิดหาวิธีการฟื้นฟู Cognition ของคนที่มี brain injury แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น CRT ที่เป็นมาตรฐานจึงไม่เหมาะที่จะประยุกต์ใช้กับคนที่มี brain injury
- 2) มีการใช้สารเสพติดอย่างชัดเจน การใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติของผู้ป่วยจิตเภท แต่ CRT ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า drug หรือ alcohol abuse เพราะ substance abuse อาจทำให้สมองเสียหายมากขึ้น ซึ่งผลกระทบจาก substance abuse ต่อ cognitive function (เช่น attention และ memory) และแรงจูงใจเป็นข้อจำกัดสำคัญของ CRT ดังนั้นจึงมีคำแนะนำว่า ปัญหา substance abuse ควรได้รับการแก้ไขก่อนเริ่มโปรแกรม CRT
 - 3) ผู้รับการบำบัดยังมีอาการทางจิตอยู่ บ่อยครั้งที่ cognitive function แย่ลงในระหว่าง psychotic episode และผู้ป่วยมักถูกรบกวนด้วยปรากฏการณ์ภายในตัวเอง เช่น หูแว่ว แม้ว่าในปัจจุบันอาการทางจิตจะไม่ใช่อุปสรรคสำหรับบางคนที่จะได้รับประโยชน์จาก CRT และสำหรับบางคน CRT ช่วยลดอาการทางจิตด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิตรุนแรง อาจจะไม่สามารถตอบสนองได้ดีต่อ CRT
 - 4) ผู้รับการบำบัดที่ขาดแรงจูงใจ การประเมินแรงจูงใจและการตระหนักรู้ถึงความบกพร่องของ cognition ของตนเองอาจจะเป็นสิ่งสำคัญต่อศักยภาพในการบำบัด

วัตถุประสงค์ของ Cognitive Remediation Therapy มี ดังนี้ คือ

- 1) เพื่อเพิ่ม cognition processing skill ในด้านที่มีความบกพร่อง
- 2) เพื่อเพิ่มความสามารถของ metacognition เพื่อให้ง่ายต่อการถ่ายโอน cognition processing skill และความรู้ไปยังเหตุการณ์ใหม่ๆ หรือกิจกรรมที่ไม่ใช่เรื่องในชีวิตประจำวัน
- 3) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง โดยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง และ self – efficacy และเข้าใจเหตุผลที่จะต้องเปลี่ยนแปลง cognition เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้

กระบวนการบำบัด

การบำบัดต้องเกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งรบกวน ข้อมูลที่ใช้ออกแบบและได้รับการนำเสนอในรูปแบบที่มีแบบแผนและควบคุมกำกับโดยบำบัด ผู้รับการบำบัดจะเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดการสร้างและควบคุมการทำงานด้วยตัวของเขาเอง ดังนั้นกระบวนการเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นและงานที่ได้รับมอบหมายจะเพิ่มความซับซ้อนมากขึ้น สำหรับกระบวนการบำบัดมีดังนี้

ขั้นที่ 1 ในการบำบัดคือ การทำข้อตกลง (engagement) เรื่องกระบวนการบำบัด แม้ว่าตลอดการบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตกลงเข้ารับการบำบัด สนับสนุน และช่วยเหลือพวกเขา

ให้มีเป้าหมาย ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามเป้าหมาย และปรับเปลี่ยนเป้าหมายของพวกเขาได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเป็น metacognitive knowledge (มีความเข้าใจ cognitive strength และสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเอง อีกทั้งเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง cognition กับ functional outcome) และเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ

ขั้นที่ 2 เริ่มจากผู้บังคับบอกรงานที่ผู้รับการบำบัดจะต้องทำในโปรแกรมให้ทราบ ลักษณะสำคัญของระยะนี้คือ ผู้บำบัดกำหนดแผนงานและควบคุมการทำงาน เพื่อชดเชย cognition ที่บกพร่องไป และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับการบำบัดสามารถทำงานได้สำเร็จ ในช่วงแรกของระยะนี้ ผู้บำบัดจะต้องอธิบายคำสั่งและใช้คำพูดให้น้อยที่สุด และสอนงานโดยใช้การทำให้ดูและการปรับพฤติกรรม (behavioral shaping) ความผิดพลาดของผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไข โดยสอนบนหลักการของการให้แรงเสริม, errorless learning และวิธีการที่มีโครงสร้าง เพื่อให้เกิด implicit memory process มากกว่า explicit memory process

ขณะที่การบำบัดก้าวหน้าไป ผู้บำบัดเริ่มดำเนินการในระยะที่ 3 ช่วงนี้งานมีความยากมากขึ้น และการควบคุมกำกับพฤติกรรมยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดเริ่มสอนและกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดใช้ cognitive strategies และ metacognitive knowledge เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเริ่มต้นกำหนดแผนในการทำงานบางอย่าง เพื่อชดเชยความบกพร่องของเขา

การสอน cognitive strategies เกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ขั้นแรก ผู้รับการบำบัดจะเห็น strategies จากการทำงานของผู้บำบัด วัตถุประสงค์ของระยะนี้คือการให้ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดจำแนกชุดย่อย ๆ ของ core strategies ซึ่งผู้รับการบำบัดจะเข้าใจและเห็นประโยชน์ของ strategy ซึ่งเป็นการสนับสนุน cognitive function โดยเฉพาะในส่วนที่บกพร่อง

ขั้นที่ 4 ของการบำบัดเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการบำบัดสามารถกำหนดแบบแผนการทำงานและควบคุมกำกับการทำงานของตนเองเพื่อให้ทำงานได้สำเร็จได้ ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบของผู้รับการบำบัดที่ไม่เพียงแต่จะต้องทำงานให้เสร็จ แต่ยังต้องคิดตัดสินใจว่าจะใช้ strategies อะไร ที่เหมาะสมหรืออาจกล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้ผู้รับการบำบัดต้องใช้ metacognitive skills และ metacognitive knowledge ในการถ่ายโอนมาเป็นทักษะหรือความรู้จากเรื่องหนึ่ง ๆ ไปยังเรื่องอื่น ๆ

ขั้นที่ 5 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของการบำบัด ประกอบด้วยการนำ new metacognitive skill และ cognitive knowledge ไปใช้กับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้บำบัดอาจจะสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดแหล่งสนับสนุนทางสังคม

อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนต่าง ๆ ในระดับ Macro นี้ ในทางปฏิบัติอาจจะไม่แน่นอน บางครั้งขั้นตอนต่าง ๆ อาจจะดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน และบางขั้นตอนอาจจะดำเนินไปจนตลอดการบำบัด

ตาราง แสดงกระบวนการในการบำบัด

ขั้นตอน	กระบวนการบำบัด
1. การทำข้อตกลง (Engagement)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ให้เหตุผลของการบำบัด ◆ พุคคฺยถึง cognition ที่เป็นปัญหา ◆ บอกผลการประเมิน cognition ◆ อธิบายรายละเอียดของโปรแกรม Cognitive Remediation Therapy ◆ ตั้งเป้าหมาย ◆ ใช้แรงเสริมทางบวก ◆ คุยเรื่องเวลาการบำบัด ◆ พุคคฺยถึงประเด็นที่ผู้รับการบำบัดกังวล ◆ สร้างสัมพันธภาพที่ดี
2. ผู้บำบัดกำหนดโครงสร้างการบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ชดเชย cognitive ที่บกพร่อง ◆ ใช้คำพูดให้น้อยที่สุด ◆ ทำตัวอย่างให้ดู ◆ ใช้เทคนิค shaping และแรงเสริม ทางบวก ◆ ใช้เทคนิค errorless learning ◆ ทำตามกระบวนการหลัก ◆ เป้าหมายอยู่ที่ implicit memory ไม่ใช่ explicit memory ◆ แก้ไขสิ่งที่ผิดให้เหลือน้อยที่สุด

ตาราง กระบวนการในระดับ Macro (ต่อ)

ขั้นตอน	กระบวนการบำบัด
3. สอน strategy ต่าง ๆ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ผู้บำบัดยังคงกำหนดโครงสร้างให้ แต่ผู้รับการบำบัดต้องเริ่มมีความรับผิดชอบบางอย่าง ◆ สอน strategies ตามขั้นตอน ◆ Identify ชุดของ strategy ที่สำคัญ
4. ผู้รับบำบัดกำหนดโครงสร้างการบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ผู้รับการบำบัดคิดริเริ่มและประยุกต์ใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ◆ ผู้รับการบำบัดควบคุมการใช้ความรู้และทักษะของ Metacognition
5. Generalization	<ul style="list-style-type: none"> ◆ เจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ เสริมแรงทักษะของ Cognition ในด้านอื่น ๆ ◆ ผู้รับการบำบัดบริหารจัดการพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเอง ◆ ผู้รับการบำบัดใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด

1. Errorless learning ขั้นแรกคือการแบ่งงานออกเป็นองค์ประกอบย่อย การฝึกเริ่มจากงานที่ง่ายที่สุด และมีขั้นตอนมาก และงานนั้นต้องเพิ่มความซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ แต่ละองค์ประกอบผู้รับการบำบัดต้องผ่านการทำซ้ำ ๆ และทำได้สำเร็จ ก่อนที่จะเปลี่ยน ไปสู่งานที่ยากขึ้น
- เทคนิคที่ใช้
- ◆ แบ่งงานเป็นระดับตามความสามารถของผู้รับการบำบัด
 - ◆ ใช้คำถามนำ การกระตุ้น และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำงานได้ถูกต้องหรือมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม มากกว่าการให้เหตุผลถึงสิ่งที่ทำผิด การเรียนรู้แบบลองผิดลองถูก หรือการคาดเดา
 - ◆ ทำให้ผู้รับการบำบัดมั่นใจว่าในการเริ่มต้นทำงานเขาสามารถทำได้
 - ◆ ทำให้ผู้รับการบำบัดมั่นใจว่ากลยุทธ์ของ cognition เพียงพอต่อการชดเชยสิ่งที่บกพร่องไป

- ◆ ลดจำนวนข้อมูลที่ผู้รับการบำบัดต้องเผชิญหรือมอบหมายงานที่สั้น ๆ
 - ◆ กำหนดเวลาหยุดพักที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสมาธิกับงานที่ทำ
 - ◆ ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้รับการบำบัดเริ่มต้นทำงาน ไม่ทิ้งให้ผู้รับการบำบัดต้องทำงานเองคนเดียว
2. Modeling and shaping เป็นเทคนิคของการเรียนรู้ทางพฤติกรรม โดยที่ผู้สอนทำตัวอย่างพฤติกรรมที่ต้องการให้ดู มีการแนะนำเป็นขั้นตอนตามกระบวนการ ดังนั้นการเรียนรู้ก็จะเป็นขั้นตอนและมีความถูกต้อง
 3. Operant conditioning ความถูกต้องหรือกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการให้แรงเสริมทางสังคมและสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือกระบวนการที่ไม่มีประสิทธิภาพจะไม่ได้ได้รับความสนใจ
 4. Explicit instruction คือการทำงานให้สำเร็จโดยวิธีที่ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ตายตัวและปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมซึ่งเกิดจากวิธีของผู้รับการบำบัดเอง และรวมถึงการแนะนำกระบวนการคิดที่เป็นกลยุทธ์สำคัญจากผู้บำบัด
 5. Socratic questioning เทคนิคนี้มาจาก CBT แบบดั้งเดิม ประกอบด้วยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้รับการบำบัด คำถามถูกกำหนดเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้รับการบำบัดมีศักยภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างทักษะของ metacognition และ cognitive schemas ที่เกิดขึ้นหลังการบำบัด
 6. Multimodality practice กลยุทธ์ทั้งหมดเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติในงานที่มีความง่ายไปยาก มีรูปแบบและวิธีการ การใช้วิธีการหลาย ๆ แบบเป็นการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาของ cognitive schemas

อย่างไรก็ตาม Cognitive Remediation Therapy ยังไม่เคยมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย จึงต้องมีการพัฒนากระบวนการและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Wykes, T. & Reeder, C.(2005). Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia Theory & Practice. New York. Routledge.
- Wykes, T, et.al. (1999). The Effects of Neurocognitive Remediation on Executive Processing in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, pp. 291-307.
- Mogami, T. (2007). Cognitive Remediation for Schizophrenia. *Yonago Acta medica*, 50, pp. 69-80.