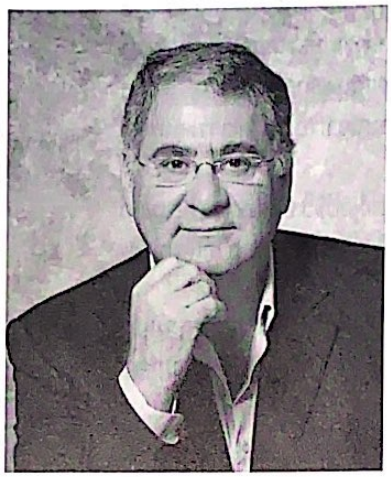
פרופסור אלי וקיל עוסק שנים רבות בעבודה קלינית ומדעית בתחום הנוירופסיכולוגיה. בשנת 2017 זכה בפרס מפעל חיים מהאגודה הבינלאומית לנוירופסיכולוגיה, INS.

בעריכת נחמה רפאלי

אלי וקיל הוא פרופסור מומחה מדריך בפסיכולוגיה שיקומית, פרופסור מן המניין, ראש המחלקה לפסיכולוגיה לשעבר וראש המעבדה לזיכרון ואמנזיה (במרכז הבינתחומי לחקר המוח ע"ש גונדה) באוניברסיטת בר־אילן. בקריירה שלו, פרופסור וקיל משלב בין העבודה הקלינית והעבודה המדעית.



את התואר הראשון בפסיכולוגיה למד באוניברסיטת בר־אילן. את הדוקטורט בנוירופסיכולוגיה קלינית ב־City University of New York סיים ב־1985. מאז שנת 1987 ועד היום הוא חבר סגל באוניברסיטת בר־אילן.

את הקריירה הקלינית החל ביחידה לשיקום נפגעי ראש בניו יורק (בראשותו של פרופסור יהודה בן ישי) ב-Institute of Rehabilitation Medicine, NYU Medical Center. עם חזרתו לארץ שימש כסגן מנהל במכון רקנאטי לשיקום נפגעי ראש. כיום משמש כראש פרויקט שיקום נכי צה"ל שלאחר חבלה מוחית ביפו.

שימש בעבר כחבר ועד המנהלים של האגודה הבינלאומית לנוירופסיכולוגיה International Neuropsychological Society INS וכן כעורך משנה לכתב העת Journal of the International Neuropsychological Society (INS). עד היום פרסם למעלה מ־140 מאמרים ופרקים בספרים בתחומי הנוירופסיכולוגיה השיקומית בדגש על תהליכי זיכרון.

ספר לנו על הרקע המוקדם שלך והבחירה בלימודי פסיכולוגיה.

נולדתי בתוניס בשנת 1953 ועליתי עם הוריי לארץ בשנת 1955. הגענו למשואה, מעברת עולים ליד יער משואה, וכעבור כשנה עברנו למבשרת ירושלים, שהייתה אז יישוב ספר. בתיכון למדתי בירושלים בבית ספר "הימלפרב". לאחר סיום התיכון ועד לגיוס לצה"ל, למדתי שנה בישיבת "שעלבים". התגייסתי לנח"ל ושירתי כחובש קרבי.

בשירותי הצבאי שימשתי כמנהל המרפאה בהיאחזות נצרים ברצועה. במהלך השירות הגעתי לתובנה שאני רוצה להיות פסיכולוג דווקא בעקבות החוויות שלי כחובש, כיוון שהרגשתי שחלק מהביקורים של החולים במרפאה היו על מנת לשוחח איתי, ולא דווקא בכדי לקבל טיפול רפואי.

מה הוביל אותך לבחור בלימודי נוירופסיכולוגיה שהיו אז בחיתוליהם בעולם?

במהלך לימודי התואר הראשון בפסיכולוגיה הבנתי שחלק גדול מהתיאוריות שלמדנו אז אינן מבוססות דיין מבחינה מדעית, ולכן אפשר ללמוד על תיאוריה אחת ועל היפוכה במקביל, כך שהכול אפשרי. החשיפה שלי לקורסים על תפקוד המוח הובילה אותי לאפשרות לשלב ולקשר בין למידה על תהליכים נפשיים וקוגניטיביים לבין הבסיס המוחי של התהליכים האלו. תחום הנוירופסיכולוגיה בשנות השמונים עוד לא נלמד בארץ כדיסציפלינה. בארצות הברית היו אז רק חמש אוניברסיטאות שלימדו נוירופסיכולוגיה לדוקטורט. לשם פניתי והתקבלתי למסלול ישיר לדוקטורט בנוירופסיכולוגיה קלינית באוניברסיטת City University of New York.

מה נושא עבודת הדוקטורט שלך ומה הרקע לבחירה זו?

הדוקטורט שלי עסק בהשלכות חבלה מוחית על תהליכי זיכרון, תחום שאותו אני חוקר עד היום.

הניסיון הקליני שלי הוא עם אנשים שסבלו מחבלה מוחית. זו אוכלוסייה צעירה, בדרך כלל, שיכולה להפיק המון מתהליך השיקום, ולכן היא מאתגרת. נושא הזיכרון תמיד ריתק אותי בגלל היותו מרכיב כה בסיסי בחיינו. ולכן הבנת ההשלכות של חבלה מוחית על הזיכרון הינה מפתח בהבנת הקשיים שאיתם מתמודדים אנשים אלו.

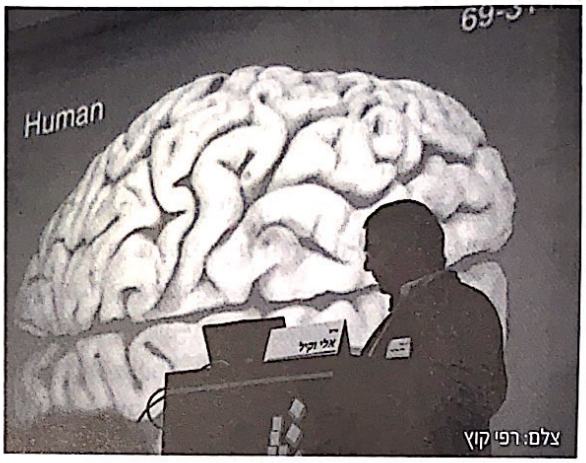
שתף אותנו בתובנות שלך מעבודתך.

אני רואה עצמי כבר מזל, ראשית על כך שאני עוסק בתחום מרתק שנקרא נוירופסיכולוגיה העוסק בשאלות גוף ונפש. שנית, על כך

נחמה רפאלי, חברת מערכת פסיכוארטואליה, פסיכולוגית שיקומית ורפואית מומחית ומדריכה שיקומית.
המלצות על פסיכולוגים מעניינים או בעלי תפקיד מעניין אפשר להעביר במייל לנחמה רפאלי nechamaraph@gmail.com

Scanned with CamScanner

שבקריירה שלי הצלחתי לשלב עבודה קלינית בצד עבודה מדעית. בחוויה שלי העבודה המדעית מעשירה את עבודתי הקלינית ולהפך. לכן לדעתי חשוב להגביר את החשיפה למחקרים עדכניים לקלינאים וכן חוקרים חייבים להיחשף ולבוא עם ידע קליני על מנת שלמחקרים תהיה תקפות אקולוגית ורלוונטיות יישומית.



לקחת חלק בהרבה מאוד מחקרים. מה המשמעותי ביותר בעיניך?

קשה לי להצביע על מאמר אחד ספציפי, אך אני מעריך שהתרומה המשמעותית שלי לספרות היא החקירה השיטתית של השלכות חבלה מוחית חמורה על תהליכי הזיכרון. על כך כתבתי כמה מאמרי סקירה. בהקשר זה אני רואה חשיבות בסדרת המאמרים האחרונה שכתבנו על רזרבה קוגניטיבית וחבלה מוחית (ראו הרחבה בסעיף 7). כמו כן אני רואה חשיבות בסדרת המאמרים שפרסמנו במהלך השנים על מבחן הריי המילולי (Rey - Auditory Verbal Learning Test). אני גאה לראות את השימוש הנרחב במבחן זה בהיותו אחד המבחנים הבודדים לצערי עם נורמות ישראליות מגיל 8 עד למעלה מ־90, על כ־1,500 נבדקים.

ציין נקודות התקדמות משמעותיות לדעתך בהבנת הקשר בין מוח והתנהגות.

אין ספק שלהתפתחות הטכנולוגית בעשורים האחרונים יש תרומה מכרעת בהתפתחות הידע שלנו על מוח-התנהגות. קפיצת המדרגה הייתה עם פיתוח אמצעי הדימות הפונקציונליים כגון fMRI ובהמשך גם הדימות של החומר הלבן - DTI. זאת, בשילוב החדירה של מתודות חישוביות לחקר המוח - חישוביות עצבית המאפשרות עיבוד נתונים ברמה שלא התאפשרה בעבר. אך גם טכנולוגיות נוספות כגון מכשירים לניטור תנועות עיניים תורמות רבות ומאפשרות לנו תובנות שלא יכולנו להגיע אליהן ללא מכשור זה.

האם יש לך טיפים מעשיים לטיפוח וטיפול בזיכרון או בחשיבה?

הסיסמה שהייתה תלויה פעם בבתי ספר, "נפש בריאה בגוף בריא", מסתברת כנכונה אמפירית. במחקר שלנו (מחקר שבו הייתי שותף בשהותי בשבתון באוניברסיטת אילינוי) מצאנו כי פעילות אירובית לא רק שימרה אלא אף שיפרה את הביצועים של אנשים בגיל השלישי. מעבר לכך, כל המחקרים על רזרבה קוגניטיבית בזקנה ודמנציה, וכן המחקרים שלנו על אנשים לאחר חבלה מוחית, מצביעים על כך שפעילות מנטלית מתמשכת תורמת לשימור היכולות הקוגניטיביות. אין הכוונה למשחקי חשיבה ממוחשבים שיעילותם ויכולת ההכללה לחיי היומיום נמצאה כמוגבלת ביותר, אלא דווקא ללמידה משמעותית של תכנים חדשים (כגון שפה חדשה ותחומים פחות מוכרים), הם התורמים לשימור היכולות הקוגניטיביות.

האם נשאר לך זמן לפעילויות פנאי, ומהן?

לצערי אין לי די זמן פנוי (אולי אני צריך לומר לשמחתי, כי כנראה אני אוהב את מה שאני עושה). אני מאוד אוהב לקרא ספרים במגוון תחומים, החל מספרי ריגול ומתח דרך אוטוביוגרפיות וכלה בספרי הגות ומחשבה. פעילות נוספת המסבה לי אושר רב היא הבילוי עם הנכדים שלי (בינתיים שלושה...).

כיצד תתפתח הפסיכולוגיה בעתיד, לדעתך?

אני מעריך שהמגמה שאנחנו רואים בעשורים האחרונים של החדירה של הנוירופסיכולוגיה לכל תחומי הפסיכולוגיה תלך ותגבר. בעוד שבעבר הנוירופסיכולוגיה זוהתה עם חבלות מוחיות ומחלות נוירולוגיות, כיום כל התיאוריות המשמעותיות בתחומי הפסיכולוגיה השונים מתייחסות למרכיב המוחי. למשל תיאוריות המסבירות תהליכי התפתחות נורמליים בצד ליקויים בהתפתחות כגון ב־ADHD או אוטיזם מתייחסות להיבטים שונים בהתפתחות המוח. כך גם תיאוריות על זקנה ומחלות דמנטיות, וכך גם במודלים של לקויות נפשיות כגון דיכאון, סכיזופרניה ו־OCD.

להערכתי, עם המשך ההתפתחות הטכנולוגית והיכולת החישובית, המרכיב המוחי בתהליך האבחון הפסיכולוגי והפסיכיאטרי יגבר, כלומר אמצעי דימות יסייעו באבחנה. כך גם להערכתי יקרה בתחום הטיפול. אנו רואים ניצנים של זה למשל בשימוש בטכנולוגיית Deep Brain Stimulation - DBS שבתחילה יושמה רק בחולי פרקינסון וכעת יש ניסיונות ליישמה עם חולים הסובלים למשל מ־OCD. המשמעות היא שיש צורך להגביר את לימודי המוח בכלל והנוירופסיכולוגיה בפרט בתהליך ההכשרה של פסיכולוגים על מנת שיהיו מוכנים יותר לשינויים הצפויים בעתיד.

Scanned with CamScanner