

המיתוס של פרקטיקה מבוססת-ראיות: לקראת פרקטיקה מיודעת-ראיות

יצחק נבו וורד סלונים-נבו

במאמר זה אנו בוחנים את חמשת הצעדים של המודל פרקטיקה מבוססת-ראיות (Evidence-Based Practice – EBP) וטוענים שלמודל זה מגבלות חמורות, תיאורטיות ומעשיות. אנו טוענים כי היחס בין ראיות אמפיריות לפרקטיקה אינו יכול לספק בסיס בלבדי, לפחות לא אם מעניקים למושג זה פשר לוגי או מתודולוגי. יש לקחת בחשבון גורמים נוספים בנוסף לראיות אמפיריות, ויש להסביר את יחסם לראיות אלו. כמו אחרים, אנו דוגלים בראייה מקיפה יותר של פרקטיקה טיפולית כמיודעת על ידי ראיות ותיאוריה. יש להבין את המושג פרקטיקה מיודעת-ראיות (evidence-informed practice – EIP) כשולל דעות קדומות ואמונות טפלות בלתי-מדעיות, אך מותיר מקום נרחב לניסיון קליני ולשיקול דעת בונה ויצירתי מצד מטפלים ומטופלים המצויים בקשר ובדיאלוג רצוף אלו עם אלו. בשימוש במודל EIP אין צורך בהליך חמשת הצעדים של מודל EBP, אלא די בכך שמטפלים יהיו בקיאים במגוון רחב של מקורות מידע – מחקרים אמפיריים, חקר מקרים פרטניים ותובנות קליניות – ושישתמשו בהם בצורות יצירתיות במשך כל תהליך ההתערבות.

מילות-מפתח: פרקטיקה מבוססת-ראיות, פרקטיקה מיודעת-ראיות, הערכה, טיפול

מבוא

בעקבות הנטייה בעולם הרפואה לפנות אל רפואה מבוססת-ראיות (Sackett, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 1997; Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000), זכתה התפיסה של פרקטיקה מבוססת-ראיות (EBP) למשנה תוקף במקצועות הסיוע החברתיים (Chambless & Ollendick, 2001; Gambrill, 2006, 2007; Gibbs, 2003; Gibbs & Gambrill, 2002; Gray, Plath, &

המאמר פורסם לראשונה באנגלית ב-2011, ותורגם ברשות ההוצאה לאור בעלת זכויות הפרסום. ראו: Isaac Nevo & Vered Slonim-Nevo (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. *British Journal of Social Work*; doi: 10.1093/bjsw/bcq149

Webb, 2009; McCracken & Marsh, 2007; McNeill, 2006; Proctor & Rosen, 2003). תפיסה זו גורסת שמטעמים של אחריות מקצועית ואחיות, פעילותם הטיפולית של אנשי המקצועות החברתיים צריכה להסתמך על הממצאים האמפיריים הטובים ביותר שיש בתחומם. לעיתים קרובות נשמעת הטענה שאורינטציה כזו מגבירה את התועלת, את היעילות ואת נטילת האחריות, מניבה תוצאות התערבות טובות יותר, מקדמת שקיפות, ותומכת בשיתוף פעולה ובהחלפת מידע בין מטפלים ומטופלים (Gambrell, 2007; Shlonsky & Stern, 2007). אנשי מקצוע אינם נדרשים, כמובן, לבצע מחקר או לאסוף ראיות אמפיריות בעצמם. הם יכולים להשיג ראיות לגבי היעילות של מגוון דרכי התערבות לגבי מגוון בעיות פסיכוסוציאליות על ידי חיפוש אלקטרוני במאגרי מידע קיימים, או מקורות ביבליוגרפיים אחרים, ולהתאים אותן להקשר ולנסיבות הייחודיות של הפונים אליהם.

ההגדרה המקורית של EBP לקוחה ממקצוע הרפואה: "השימוש המצפוני, המפורש והשקול בראיות עדכניות בתהליך קבלת ההחלטות לגבי טיפול במטופלים אינדיווידואליים" (תרגום מאנגלית על ידי המחברים: Sackett et al., 1997, p. 71). ביחס למקצועות הסיוע, הגדרה מקובלת אחת מנוסחת כך: "השימוש המצפוני, המפורש והשקול בראיות הטובות ביותר העדכניות בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לרווחת משתמשי השירות ומטפליהם" (Webb, 2001, p. 61). * עם זאת, כמובן, קשה להתווכח. אולם, רוב הכותבים מסכימים ש-EBP אינו רק עניין של סקירת ראיות אמפיריות ובחירת דרכי התערבות יעילות עבור פונים, אלא גם פרקטיקה מקצועית שלמה אשר מעניקה עדיפות קודם כול לבחירה של הראיות "הטובות ביותר", כפי שצוטט לעיל, ואת היישום של אותן ראיות במקרים פרטניים: "EBP הוא הליך אשר דורש ממטפלים לזהות, להעריך, וליישם ראיות הקשורות למצבו של המטופל כדי להגיע להחלטות טיפוליות עתידיות" (Jenson, 2007, p. 571).

מודל EBP זכה לביקורת בספרות המקצועית. רובין (Rubin, 2007) מתמצת ארבעה חסרונות של מודל EBP אשר צוינו בספרות, ומגן על המודל כנגדם: (1) הוא מכני מדי ומתעלם מהמאפיינים המיוחדים של מטופלים ומטפלים; (2) הוא אינו מובן דיו, מתעלם ממגבלות מחקריות, וטוען טענות מוגזמות לגבי הראיות הקיימות; (3) הוא קשה ליישום עקב מחסור במשאבים כמו זמן, הכשרה, והדרכה; (4) עקב טבעו של התהליך המדעי, הממצאים האמפיריים הופכים בלתי-עדכניים עד שהם מופיעים בדפוס (לטענות נוספות וטענות שכנגד ראו: Carr, 2009; Gibbs & Gambrell, 2002; Gray et al., 2009; Howe, 2004; McNeil, 2006; Norcross, Beutler, & Levant, 2006; Sheldon, 2001; Webb, 2001).

* להלן, בכל מקום שלא צויין בו אחרת, התרגום נעשה בידי המחברים.

חסידי EBP טוענים שניתן להתמודד עם בעיות אלו במסגרת המודל עצמו בעזרת כמה שינויים והתאמות. אכן, כמה מן התומכים, בעודם מבטאים ביקורת כנגד גישות "פוזיטיביסטיות" כלפי EBP, מצדדים בראייה מקיפה ופרשנית יותר של הראיות האמפיריות הכוללת הסתמכות גם על ראיות המגיעות ממחקר איכותני וקליני, בנוסף לראיות המגיעות מניסויים מבוקרים עם מדגם אקראי (randomized controlled trials – RCTs) ומחקרים סטטיסטיים (לסקירה ראו: Gray et al., 2009). לעומתם אנו מבקשים לטעון, כי הבעיות ב־EBP עמוקות עוד יותר ובלתי ניתנות לפתרון בעזרת הרחבת קשת הראיות לכדה. הבעייתיות עולה, כך נראה, מתוך שתי תפיסות מוטעות לגבי הקשר האפשרי שבין פרקטיקה וראיות אמפיריות, ולא ניתן לפתור אותה בקלות, כפי שטוענים המצדדים, בעזרת שינויים והתאמות. ליתר פירוט, אנו טוענים כי אין די בראיות אמפיריות על מנת להעניק ביסוס הולם לפרקטיקה, כפי שנרמז במונח "פרקטיקה מבוססת-ראיות", לפחות לא אם המונח "ביסוס" מפורש במובן הלוגי או המתודולוגי שלו.

לראיות אמפיריות, כמובן, שמור תפקיד חשוב בטיפול סוציאלי, בנוסף לתפקידן במדעי החברה. אולם תפקיד זה – כפי שיסכימו גם תומכי EBP – אינו תפקיד דטרמיניסטי או בלעדי. למעשה, טיפול הוא אמנות כשם שהוא מדע, והוא דיאלוג כשם שהוא יישום של ממצאים אמפיריים למאפיינים ולנסיבות הייחודיות של המטופל. החוכמה הנדרשת כאן היא חוכמה מעשית, ולא דווקא חוכמה של רציונליות מדעית. כרבים אחרים (לדוגמה: Chalmers, 2003, 2005; Culyer & Lomas, 2006; Epstein, 2009; McSherry, Simmons, & Pearce, 2002; Pawson, Boaz, Grayson, Long, & Barnes, 2003; Wolpert et al., 2006), אנו שואפים להגן על תפיסה רחבה של פרקטיקה מיועדת-ראיות אך לא פרקטיקה המבוססת על ראיות אמפיריות. לצד פסילה של התערבויות חסרות בסיס לחלוטין, והתערבויות המושרשות בדעות קדומות ואמונות טפלות, יש לראות בפרקטיקה מיועדת-ראיות (evidence-informed practice – EIP) גישה המותירה מקום נרחב לשיקול דעת יצירתי ולידע של מטפלים ומטופלים הנמצאים בדיאלוג תמידי אלו עם אלו. בפרט אנו טוענים שאין לתת לממצאי מחקרים אמפיריים להכריע או לקבל עדיפות על פני ניסיון קליני, ורצונותיהם של מטופלים, ערכיהם וידיעתם, אלא ראוי להתייחס לראיות אמפיריות כמרכיב אחד במסע המשותף, המשתנה תדירות, של המטפל והמטופל. תחת מודל EIP אין צורך בהליך חמשת הצעדים המומלץ על ידי מודל EBP, או בשום הליך קבוע אחר. במקום זאת, יש להשתמש במגוון רחב של מקורות מידע, ממצאים אמפיריים, חקר מקרים פרטניים, נרטיבים וניסיונות קליניים, באופן יצירתי ומבחין, לאורך תהליך ההתערבות.

בהציענו זאת אנו מודעים לעובדה שתומכי EBP דוחים לעיתים קרובות את טענת ה"דטרמיניזם" המוטחת בהם ומצביעים על כך שמודל EBP מותיר מקום נרחב

להתאמות תלויות-מטופל ולשיקול הדעת הקליני של מטפלים. אכן, במאמר שיצא לאחרונה, גמבריל (Gambrill), אחת ממייסדות מודל EBP במקצוע העבודה הסוציאלית (2007), כותבת: "EBP מתאר הליך... המאפשר למטפלים לקשור בין נושאים העוסקים בראיות, באתיקה וביישום. הדבר דורש ממצאי מחקר רבים הקשורים להחלטות חשובות ושיתוף המטופל בממצאים (כולל בהעדר הממצאים) בתוך דיאלוג תומך ואכפתי המיועד על ידי תיאוריה טיפולית" (Gambrill, 2007, p. 555). מעניין לשים לב לכך שבהקשר זה של הרחבת המושג EBP כך שיכלול "נושאים העוסקים באתיקה ויישום", גמבריל פונה לתיאור המודל במונחים של פרקטיקה מיועדת-ראיות. אכן, כותרת המאמר שלה היא "חינוך מקצועי מיועד-ראיות". אנו מסכימים עם חלק ניכר מדבריה ביחס למחויבותם האתית של אנשי מקצוע כלפי מטופלים, ובמיוחד בנוגע לשקיפות ולהסכמה מודעת. אולם, נושאים איתם אלו אינם קשורים לשאלה היותר ספציפית בעניין ביסוסה של הפרקטיקה ועילותו של הליך חמשת הצעדים. המונחים "מבוסס" או "מיועד" אינם מציינים את אותו היחס, כיחס בין ראיות ופרקטיקה, ואין להשתמש בהם כמונחים חלופיים. שלונסקי ושטרן מציינים: "ראיות הן רק אחד המרכיבים במודל (אם כי מרכיב חשוב)... בבסיסו, EBP מכיר במורכבות הניסיונות, הנסיבות, והנטייות של כל מטופל" (Shlonsky & Stern, 2007, p. 603). אולם, אם ראיות אמפיריות אינן מספיקות לשם קבלת החלטות בטיפול, מהו בדיוק תפקידן, ומה הטעם בהליך בן חמישה שלבים הנותן לראיות אלו מעמד מכריע? ובפרט, כיצד יש לפרש את המונח "מבוססת" בכיטוי "פרקטיקה מבוססת-ראיות"? בוודאי, ראיות אמפיריות הן רלוונטיות לפרקטיקה בדרכים שונות, אך הרעיון שפרקטיקה יכולה להיות "מבוססת" קודם כול על ראיות מהווה הבנה צרה למדי של אותה רלוונטיות. בקצרה, אף שתומכי EBP אינם דוגלים בהפיכתו של המודל למודל דטרמיניסטי שעל פיו "הפרקטיקה נקבעת על סמך ראיות", ואינם דורשים שהפרקטיקה תבוסס אך ורק על ראיות, אין הם מעניקים הסבר מספק ליחס שבין ראיות וגורמים אחרים המשפיעים על בחירת אופן הטיפול והצדקתו. אך הסבר שכזה נדרש לשם הצדקת העדיפות הניתנת לראיות אמפיריות עדכניות כגורם מכריע בפרקטיקה ולהליך חמשת הצעדים אשר מעניק להן תפקיד כה מכריע. אכן, אם הפרקטיקה מתבססת על גורמים אחרים בנוסף לראיות אמפיריות, יש להתייחס לביסוס חלופי שכזה ולשיטות המאפשרות לכל הגורמים לתפקד במשותף עם הראיות כדי ליצור אינטגרציה ראויה.

כפי שיתברר בהמשך, ברצוננו לכוון תשומת לב ביקורתית כלפי הטענה המתודולוגית הנרמזת ב-EBP, דהיינו, הטענה כי ניתן להצדיק התערבות טיפולית רק בעזרת הראיות האמפיריות הטובות ביותר שבנמצא, ושכפועל יוצא מכך, הפרקטיקה צריכה לשאוף קודם כול לחיפוש אחר ראיות אמפיריות, מציאתן ויישומן. בנוסף, EBP זוכה לעיתים קרובות לתמיכה משיקולים מעשיים, יותר מאשר מתודולוגיים,

למשל הצורך לדרג את "הטיפולים הטובים ביותר" כאשר קובעים מדיניות ציבורית, הצורך לעמוד בדרישות ובתקנות של חברות הביטוח, או הצורך לנהוג בהתערבות טיפולית באופן הגנתי כדי להימנע מתביעות משפטיות עתידיות. נושאים אלו לא יטופלו במאמר זה. די לומר שהצדקות מעשיות כאלו ל-EBP מניחות מראש את הטענות המתודולוגיות שבהן אנו מתמקדים. אם יתברר, כפי שאנו טוענים, ש"הראיות העדכניות הטובות ביותר" אין בכוחן להכריע בנוגע לפרקטיקה ואין הן מספיקות לצורך בחירת התערבות טיפולית, אזי אותם שיקולים מעשיים ייראו חלשים יותר מכפי שהם נראים לאור הבטחת EBP לספק את "הטוב ביותר".

תפקידן המוגבל של ראיות

מודל EBP מעודד אנשי מקצוע בתחומי הסיוע השונים לאמץ את הליך חמשת הצעדים, המתואר להלן (Shlonsky & Stern, 2007; Gibbs & Gambrill, 2002; Straus, Richardson, Glasziou, & Haynes, 2005). כפי שאנו מבינים זאת, מודל EBP מנסה ליישם רציונליות מדעית וטכנולוגית בתחום שבו רציונליות כזו מתחרה באופן מסורתי עם ידע מעשי יותר, כאשר ההצדקה ליישום כזה באה מטעמים אתיים ואינסטרומנטליים. רק על ידי ביסוס הפרקטיקה על ראיות אמפיריות, כך טוענים, תוכל אשת המקצוע להבטיח את הטיפול הטוב ביותר האפשרי למטופליה, כפי שחובתה המקצועית דורשת. אנו טוענים, לעומת זאת, שהפרקטיקה מרוחקת מן הראיות לפחות בשני אופנים שונים, שאליהם נתייחס, וכי אף איש מקצוע אינו יכול להתעלם מהפערים הקיימים ביניהם.

ראשית, אם הפרקטיקה מונחה על ידי תיאוריה מדעית, כפי שמודל EBP מרמז שצריך להיות, היא מרוחקת מראיות אמפיריות באותו אופן שבו כל התיאוריות המדעיות מרוחקות מן הראיות האמפיריות. תיאוריה מדעית, הן במדעי הטבע והן במדעי החברה, היא גוף ידע רחב המורכב מיחידות רבות המקושרות ביניהן: השערות, ממצאים, משוואות, תנאי ניסוי, וכללי היסק. מתודולוגים של המדע הראו שרק גוף הידע התיאורטי השלם הינו רגיש לראיות אמפיריות, ולא כל מרכיב נפרד בעצמו. כאשר הראיות האמפיריות סותרות תחזיות תיאורטיות, כפי שקורה בניבוי כוזב, גוף הידע כולו עומד בסימן שאלה, או לכל הפחות, חלקים נרחבים ממנו, אך הראיות האמפיריות אינן מראות כיצד יש לתקן מכלול ידע זה. תמיד יש כמה דרכים לעשות זאת, ולמדענית התיאורטית יש מרחב תמרון רב בתוך גוף הידע אשר אינו נשלט על ידי הראיות האמפיריות. את הפער הלוגי שבין התיאוריה לראיות האמפיריות מוטל על המדענית למלא באמצעות החלטות עצמאיות (על הדרך הטובה

ביותר לתקן תיאוריה בעקבות ניבוי כושל) המונחות על ידי צו תרבותה המדעית ודמיונה התיאורטי. שום אוסף של ראיות לא יוכל להוות תחליף לאלו. רבים מבין הפילוסופים וההיסטוריונים של המדע מציינים זאת. קון (Kuhn, 1962/1977), לדוגמה, כותב את הדברים הבאים בספרו רב-ההשפעה "המבנה של מהפכות מדעיות":

תצפית וניסיון יכולים וחייבים להגביל במידה ניכרת מאד את טווח האמונות המדעיות הקבילות, שאם לא כן לא יהיה מדע. אך הם לבדם אינם יכולים להכריע לגבי חטיבה מסוימת של אמונות כאלה. גורם שרירותי לכאורה, המורכב ממקורות אישית והיסטורית, משמש תמיד כמרכיב בעיצובן של האמונות שאותן מאמצת לעצמה בזמן ידוע קהילייה מדעית ידועה. (קון, 1962/1977, עמ' 15)

באופן דומה, קוויין (Quine, 1953), ממובילי הפילוסופיה של המדע במאה ה-20, מצביע על כך שראיות אמפיריות נוגעות לתיאוריה רק דרך התיווך של כלל המדע, דבר הנותן לתיאורטיקן חופש בחירה רב בהתאמת כל תיאוריה שהיא לעדותם של החושים. קוויין מסיים את מאמרו המקורי "שתי דוגמות לאמפיריציזם" באבחנות הבאות (קוויין, 1951/2001):

כל ידיעותינו (כביכול) ואמונותינו... הן בד ארוג ביד-אדם אשר בא במגע עם הניסיון רק בקצותיו. ... התנגשות עם הניסיון בשולי השדה דורשת תיאומים מחדש במרכזו של השדה. יש לערוך חלוקה מחדשת של ערכי אמת למקצת טענותינו... אך השדה כולו אינו קבוע דיו על ידי תנאי הגבול שלו – הניסיון – ולפיכך יש מרחב בחירה רב של הטענות שיש להעריך מחדש לאור התנסות אחת הפוכה. אין קשר מיוחד בין התנסויות מסוימות לבין טענות מסוימות בפנים השדה, אלא רק קשר בלתי ישיר דרך שיקולי שיווי-משקל הנוגעים לשדה בכללותו. (קוויין, 2001, עמ' 52)

גם מדעי החברה מושפעים בצורה דומה מהתלות של תצפיות אמפיריות בנקודת השקפתו של הצופה. סן (Sen, 2002) כותב את הדברים הבאים במאמו "אובייקטיביות ממוקמת" ("positional objectivity"):

מה שאנו יכולים לראות תלוי במקומנו ביחס למושאי התצפית. מה שאנו מחליטים להאמין מושפע ממה שאנו רואים. הדרך שבה אנו מחליטים לפעול קשורה באמונותינו. תצפיות, אמונות ופעולות תלויות-מיקום הינן מרכזיות לידיעתנו ולהיסקינו המעשיים. מטבעה, האובייקטיביות באפיסטמולוגיה, תיאוריית קבלת החלטות והאתיקה, חייבת לכלול התייחסות הולמת לתלות הפרמטרית של התצפית וההיסק במיקומו של הצופה. (Sen, 2002, p. 463)

אלו הן רק שלוש דוגמאות להסכמה הרחבה שיש בקרב פילוסופים ומתודולוגים מודרניים של המדע. כל שלוש המחברים המשפיעים הללו דוחים את מה שניתן

לכנותו כתפיסה פוזיטיביסטית של הרציונל המדעי, כלומר, תפיסת המדע כמושתת אך ורק על ראיות אמפיריות, ובדרכיהם השונות הם מראים את התלות ההדדית שבין ראיות אמפיריות במדע ובין אמונות ופעולות מוקדמות של בני אדם, וכינן לבין תרבות והתפתחות היסטורית, כמו גם שיקולים מעשיים שונים. אין כוונתנו לטעון שלראיות אמפיריות אין תפקיד ביצירת תיאוריות מדעיות. יש להן תפקיד, ואף תפקיד חיוני. אך ראיות אמפיריות יכולות לממש את תפקידן רק בתוך מסגרות רחבות עוד יותר של אמונות ופעולות של בני אנוש המותירים מקום, ולמעשה דורשים, שיקול דעת ופעילות מחשבתית עצמאית מצד המדען. דבר אינו מהווה ראייה לשום דבר אחר, אלא בתוך הקשר של אמונות, רעיונות, ומעשים אנושיים. כפי שסן מכנה זאת: פרמטרים של מיקום, אשר התפתחותם ההיסטורית הייתה מקרית, ואשר יכלו להתפתח גם באופן שונה. עם זאת, אין לזהות רלטיביות זו עם רלטיביזם תרבותי או צורות אחרות של רלטיביזם. אין אנו טוענים כי "הכול הולך" רק מתוקף הסכמה תרבותית, אלא שמה שכן "הולך", כלומר מה שמתקבל ונתפס כ"נתון", צריך לעבור סינון של הפעילות הרעיונית הרציונלית של מדענים וחוקרים, ולהתיישב עם פעילות זו. ההשלכות של תובנות פילוסופיות ומתודולוגיות אלו הן מרחיקות לכת.

הרעיון הבסיסי העומד מאחורי עמדות אלו, על אף ההבדלים ביניהן, הוא שאפילו התיאוריה המדעית מכילה בהכרח יותר מידע מאשר הראיות האמפיריות העומדות לרשותה. היסק אינדוקטיבי לעולם אינו מספיק כדי להכריע בין ניבויים סותרים אשר כל אחד מהם עולה בקנה אחד עם התצפיות הקיימות, ומבחן היפותטי-דוקטיבי לבדיקת היפותזה לעולם לא יוכל להכריע בין השערות סותרות אשר כולן תואמות במידה שווה לכלל הראיות הקיימות. גם במקרים מחמירים ביותר, תיאוריות מדעיות נותרות בלתי-מוכרעות על ידי כלל הראיות הקיימות. הגורם האנושי מעורב תמיד בבנייתן של תיאוריות, ולא ניתן לבטלו. כדברי ויליאם ג'יימס: "שביל עקבותיו של היצור האנושי נמצא, אם כן, בכל מקום" (James, 1991, p. 31). היסטוריונים ופילוסופים שונים מפרשים גורם אנושי זה באופן שונה, אך יהיה זה בלתי מתקבל על הדעת להתכחש לו לחלוטין.

אנו סבורים כי EBP ממזער או לפחות דוחק לשוליים את אותו גורם אנושי. כדי שראיות אמפיריות תהיינה בסיס הולם לפרקטיקה, עליהן להיות בסיס הולם לתיאוריה, שכן הפרקטיקה היא, וכך ראוי שתהיה, מונחית על ידי תיאוריה, במיוחד תיאוריה במדעי החברה. ואולם, מדע מבוסס-ראיות הוא מיתוס אינדוקטיביסטי, מיתוס אשר הופרך זה מכבר על ידי פילוסופים והיסטוריונים של המדע. תיאוריות אינן יכולות להצטמצם לבסיס האמפירי שלהן, ולא ניתן לדחוק לשוליים את תרומתו של המדען היוצר, האדם השרוי בעולם התרבותי והרעיוני המתפתח של תקופתו. מדע מבוסס-ראיות הנו מדע שניטלה ממנו תכונתו הבולטת ביותר, דהיינו, קוהרנטיות פנימית וחיזונית כדרך לארגון התנסויות לכדי תמונה מובנת המתאימה למעגל רחב

יותר של רעיונות אשר כל קהילה מדעית יורשת מקודמתה ומתרבותה. מבלי לקדם תמונה רחבה וקוהרנטית זו, תיאוריה מדעית לא תוכל לשמש כלי בידי איש מקצוע חברתי מכל סוג שהוא, חברתי, טיפולי, רפואי, טכנולוגי, או מכל סוג אחר. אוסף גרידא של ממצאים אינו יכול להיות מיושם לדבר שימושי כל שהוא. אכן, שום דבר לא יוכל אפילו להיחשב לממצא אמפירי אם ממצא זה אינו תואם תיאוריה כלשהי, ותיאוריה זו אינה תלויה רק בראיות אמפיריות ואינה מבוססת רק עליהן. פיתוח תיאוריות במדע זו אמנות יצירתית, לא חישוב גרידא, או תצפית פסיבית. הרעיון של פרקטיקה מבוססת-ראיות נראה כמו אי הבנה של תפקידן של ראיות אמפיריות במדע, ובמיוחד תלותן של הראיות האמפיריות גם בבני אדם וברעיונות היצירתיים המתפתחים לאורך ההיסטוריה. אין סיבה להאמין שברגע שנעסוק באיש המקצועות החברתיים, החופש הזה של תנועה יצירתית יצטמצם. אם בכלל, הוא רק יגדל.

המסר אינו מוגבל לתחום של תיאוריות מדעיות בסיסיות מהסוג שעליו דיברו קון וקוויין. אותו רעיון תקף גם לתיאוריות מוגבלות יותר אשר מדענים בתחום החברתי ואנשי מקצוע צפויים לאמץ. תיאוריות אלו נבדקות בעיקר במחקרים סטטיסטיים מבוקרים על תופעות חברתיות והתנהגותיות שונות, כולל מחקרים העוסקים בשיעורי ההצלחה של אופני התערבות שונים. אכן, אלו הם המחקרים המועדפים על ידי תומכי EBP כמחקרים האמינים ביותר והגבוהים ביותר בהיררכיית הראיות האמפיריות. המסקנות ממחקרים סטטיסטיים כאלו נוגעות לקבוצות אוכלוסין גדולות ולשכיחות היחסית, או להסתברות, של תכונות ויחסים מסוימים. אולם יישומן של מסקנות מסוג זה למקרים פרטניים מהסוג שאתו מתמודדים אנשי מקצועות חברתיים תלוי בשיפוט לגבי מידת ההידמות או אי ההידמות בין המקרים הפרטיים ובין המאפיינים שנגדמו במחקרים המדוברים. כאשר השיפוט במידת ההידמות איננו חד, או שהוא מוטל בספק, הגיוני שאשת המקצוע תבחר אם לקבל את הדמיון כחזק דיו, וליישם את המסקנות הכלליות המבוססות על המחקר הסטטיסטי (ולקוות לטוב), או לחילופין, להחליט כי המקרה שונה יחסית, ולחפש גורמים מבחינים נוספים ודרך אלטרנטיבית להבנת המקרה. מכל מקום, הראיות לא תכרענה בעצמן באיזה אופן להתקדם במקרים כאלו, ושום חיפוש אלקטרוני לא יחליף את ניסיונה של אשת המקצוע בתהליך קבלת ההחלטות.

שנית, מעצם היותה של הפרקטיקה מכוונת-מטרה, וקביעת מטרה תלויה בערכים, הרי שהפרקטיקה מרוחקת מהראיות האמפיריות באותו אופן שבו כל הערכה מרוחקת מראיות מעין אלה, ואינה מבוססת עליהן. אכן, ערכים אינם יכולים להיקבע על סמך ראיות עובדתיות טהורות, כאשר המונח "ראיות עובדתיות טהורות" מתייחס לתיאורן של הראיות בשפה אשר מונחים ערכיים כבר הוצאו ממנה. נקודה זו מוכרת לנו כבר מזמנו של יום: "הראוי" אינו יכול להיגזר ממשפטים המתארים את "המצוי":

המיתוס של פרקטיקה מבוססת-ראיות: לקראת פרקטיקה מיועדת-ראיות

בכל שיטה מוסרית שפגשתי עד כה, תמיד שמתתי את לבי לכך שהמחבר מתקדם במשך זמן מה בדרך ההיסק הרגילה, ומוכיח את קיומו של אלוהים, או מעלה תצפיות בנוגע לעניינים אנושיים; ולפתע אני מופתע לגלות שבמקום קישור המשפט באוגד הרגיל, הוא, והוא לא (is, and is not), אינני פוגש משפט שאינו מקושר באמצעות ראוי או לא ראוי (ought, or ought not). מעבר זה אינו מורגש; אך הוא בעל חשיבות עליונה. שכן בהיות הראוי, או הבלתי ראוי, בגדר יחס או קביעה חדשים, הכרח הוא שיחס זה יוכר וינומק; ובאותו זמן שיינתן הסבר למה שנראה בלתי ניתן לתפיסה מכול וכול, כיצד יחס חדש זה עשוי להיות דדוקציה מתוך יחסים אחרים השונים ממנו בתכלית? (Hume, 1978, p. 469)

יום מבחין בחדות בין עובדות ובין ערכים. הוא מנסח עובדות במילות הווייה ("הוא", או "הוא לא") ואילו ערכים הוא מנסח במילים כגון "ראוי", וכך הוא מצביע על הפער הלוגי הנמצא בטיעונים שבבסיסם הנחות מן הנוסח הראשון אך מסקנותיהם מן הנוסח השני. המסקנות במקרה כזה, כמו המסקנות הכלליות המועדפות על ידי אינדוקטיביסטים, מכילות יותר מידע מאשר ההנחות לבדן, ולכן לא ניתן להגיע אליהם על בסיס הנחות אלו. נראה כי מודל EBP נכשל בנקודה זו אליבא דיום, כפי שנכשל גם ביחס לתיאוריה. כדי שראיות אמפיריות תשמשה בסיס הולם לפרקטיקה, עליהן לשמש בסיס הולם לערכים, שכן פרקטיקה, מעצם היותה מונחית מטרה, היא בלתי נפרדת מערכים. אך שום ראייה אמפירית אינה מסוגלת לבצע נסים ונפלאות מסוג זה.

תומכי מודל EBP אכן מכוונים אנשי מקצוע להתייחס לערכים בבואם ליישם ממצאים אמפיריים בטיפול, אך פחות ברור מהו להשקפתם תפקידם של ערכים אלו בתהליך ההתערבות ומה מעמדם המדויק. מה, לדוגמה, יש לעשות במקרה שערכיו של המטופל אינם מתאימים לתהליך ההתערבות שנבחר על סמך ראיות? האם על אשת המקצוע לשכנע את המטופל ביתרונותיו של תהליך ההתערבות המדובר? או שמא עליה לקבל את העדפת המטופל ולהציע התערבות שונה אשר אולי אינה מומלצת על ידי הראיות האמפיריות הטובות ביותר? אם האפשרות האחרונה היא הנכונה, אזי ברור שיש לערב גורמים אחרים מלבד ראיות אמפיריות, כמו ערכים, בבואנו לבחור ולהצדיק דרכי התערבות. על מודל EBP מוטל הצורך לספק מענה תיאורטי לגורמים נוספים אלו ולאופן שילובם עם ראיות. כאשר אינטגרציה כזו תוסבר, אולי תישאל השאלה אם המונח "פרקטיקה מבוססת-ראיות" עדיין מוצדק. לשם השוואה, תחת מודל EIP – שם אין טענה בדבר עדיפותן של ראיות אמפיריות – קיומם של גורמים אחרים, המוסיפים למורכבות של תהליך ההתערבות, איננו מעלה קושי תיאורטי. באופן מעשי, אשת המקצוע תיתן עדיפות לערכיו ולשאיפותיו של המטופל, ותראה בראיות אמפיריות עוד גורם שיש לקחתו בחשבון.

כמובן, בניגוד לאמפיריציזם של יום, עובדות וערכים אינם חייבים להיות מופרדים בצורה כה חדה. אין צורך בדיכוטומיה כזו. אכן, תיאורטיקנים של ימינו יצאו נגד הפרדה זו. אם נתייחס למונחים הכוללים הערכה כמו "הפרעת אישיות" או "ליקוי תפקודי", מונחים שמטפלים עשויים להשתמש בהם, נראה כי הם מכילים בתוכם, בר-זמנית, גם מרכיבים של תיאור וגם מרכיבים של הערכה. אכן, מלבד מונחי הערכה טהורים כגון "טוב" ו"רע", או "נכון" ו"שגוי", רוב מונחי ההערכה שברשותנו הם מהסוג הקודם, כלומר, אלו מונחי הערכה "מעובים" אשר מכילים מרכיבים תיאוריים בנוסף למרכיבים של הערכה, אך בתוך מובנם של מונחים אלו לא ניתן להפריד בין המרכיבים. היכן, לדוגמה, תם התיאור ומתחילה ההערכה במונח "ליקוי תפקודי"? מובן כי לא ניתן לקבוע זאת. לכן, מסקנות של הערכה-עם-תיאור יכולות להיגזר, אחרי הכול, מתוך הנחות של תיאור-עם-הערכה. ראיות אמפיריות, אם נחשוב עליהן כך, יכולות להיות רלוונטיות לפרקטיקה למרות הכול. אך במובן זה, הראיות האמפיריות עצמן אינן "מבוססות על ראיות", במובן הצר יותר. הן אינן נקבעות על סמך תצפית טהורה, או על סמך היררכיה של מקורות אמפיריים; אלא הן שזורות בהערכות מסוגים שונים: הערכות אפיסטמולוגיות במדעים השונים (כולל מדעי החברה), הערכות אישיות, הערכות תרבותיות, והערכות הקשורות להתערבות טיפולית או חברתית (להרחבה בנושא הערכות "מעובות" ו"רזות", וכישלון הדיכוטומיה עובדה/ערך, ראו: Putnam, 2002).

תלותן של הראיות האמפיריות בתיאוריה, ותלות שתיהן, הראיות האמפיריות והתיאוריה, בערכים ובפרשנויות, משמעה לא רק שהראיות האמפיריות, במובן הצר, אינן מספיקות באופן מלא לביסוס תיאוריה או פרקטיקה, אלא גם שיש לברר את תפקידן של הראיות האמפיריות הן בתיאוריה והן בפרקטיקה. שכן, מובן שיש לראיות האמפיריות תפקיד. תפקידן איננו בקביעת התוצאה, בין אם של התיאוריה או של הפרקטיקה, כאילו הגיעו מבחוץ, וכאילו קדמו לכל התערבות אנושית, אלא תפקידן להשתלב באיזון עם מאגר של טענות ושיקולים אחרים. הראיות האמפיריות הן גורם הכופה אילוץ על הפרקטיקה, לא גורם המספק לה בסיס הולם, ועל המחקר הרציונלי ועל הפרקטיקה הרציונלית להתייחס אל הראיות האמפיריות כגורם שכזה. לשם כך, על המדען ועל איש המקצוע לשלב ראיות אמפיריות באופן מאוזן עם סך כל השיפוטיות הנשקלים, הן התיאוריים והן אלו המספקים הערכה. האיזון שיווצר צריך להיות עקבי מבחינה לוגית, כלומר, הוא לא יכיל סתירות ושאר כשלים לוגיים. הוא צריך גם להיות סביר ומתקבל על הדעת, כלומר, הוא לא יכיל דעות קדומות חסרות בסיס שאינן תואמות את הגוף הרחב של האמונות המדעיות הנאורות. אך הוא לא יהיה יחיד במינו: נקודות איזון שונות יכולות לעלות בקנה אחד עם אותן ראיות; והוא לא יהיה, בשום מובן טהור שהוא, מבוסס רק על ראיות אמפיריות. בהקשר של התערבות חברתית, איזון הוליסטי כזה יתאים לפרקטיקה מיועדת-ראיות, שם אשת

המקצוע המנוסה ובעלת הדמיון תשקול את הראיות יחד עם אוסף של שיקולים אחרים באופן מאוזן, ולראיות לא יהיה בהכרח מעמד גבוה יותר בתהליך ההתערבות. כך, אשת המקצוע הנבונה, בעודה מתייחסת לראיות האמפיריות, תתייחס גם לגורמים אחרים, כולל שיקול דעתה האישי, וכן גם להעדפותיו של המטופל בנוגע למטרה הנחשקת, האמצעים המקובלים שבהם ייעשה שימוש, והאופן שבו ניתן יהיה לווסת את אותם אמצעים תוך כדי התקדמות בתהליך ההתערבות. שום כמות של ראיות אמפיריות, במובן הצר, לא תוכל לעלות בחשיבותה על תפקידה של אשת המקצוע, או לדחוק את עצמאותה. כפי שכבר נאמר, תומכי EBP עומדים בתוקף על כך שלמעשה המודל שלהם מביא בחשבון גורמים הקשורים בהקשר וכי המודל תואם את הצורך של סיגול התערבויות ספציפיות לנסיבות ספציפיות, הכוללות הן את העדפותיו של המטופל והן את ניסיונו של איש המקצוע. לדוגמה, שלונסקי ושטרן כותבים: "EBP איננו תפקיד של טכנאי כלשהו. נדרשות מיומנויות קליניות רבות כדי לשלב בהצלחה את הראיות הטובות ביותר שבנמצא עם העדפות/פעולות המטופל, מצב קליני/נסיבות, וההקשר הטיפולי" (Shlonsky & Stern, 2007, pp. 607–608). אך אם על הטיפול להיות מותאם לנסיבות ספציפיות, אין הוא יכול להיות, בה בעת, מבוסס רק על ראיות שהתקבלו מן התיאוריה, ולא יכולות להיות לראיות עדיפות על פני ניסיונם וערכיהם של המטופל ואיש המקצוע. כפי שנראה להלן, הליך חמשת הצעדים, עם הדגש שהוא שם על הנטייה לטובת "הראיות הטובות ביותר שבנמצא", איננו מציג כהלכה את האיזון שיש להשיג בין השיקולים השונים. באופן מעניין, שלונסקי ושטרן גם הם מצביעים על כך ששלב זה של שילוב הראיות עם הטיפול הוא: "...החלק הקשה ביותר בניסיון וכן החלק שעליו ידוע לנו פחות ביותר" (Shlonsky & Stern, 2007, p. 608). מחברי המאמר הנוכחי אינם מתנגדים לשימוש בראיות שהתקבלו באופן אמפירי בפרקטיקה ובהתערבות חברתית. ההיפך הוא הנכון, אנו מבקשים לעודד שימוש שכזה. כל שאנו טוענים הוא שהנטייה לטובת ראיות בסוג זה של פרקטיקה אינה יכולה להתפרש כמכריעה. יש לראות בראיות גורם מיידע בפרקטיקה. פרקטיקה אינה יכולה להיות מבוססת אך ורק על הראיות התומכות בה, ואפילו לא מבוססת בעיקר עליהן.

פרקטיקה במבוי סתום (פוטנציאלית): חמשת הצעדים ב-EBP

נתבונן עתה בהנחיות המעשיות של מודל EBP בשאלת תפקידן של הראיות האמפיריות ביחס לפרקטיקה, וכיצד הנחיות אלו עלולות להוביל בעצם למבוי סתום. התומכים ב-EBP מתארים לעיתים קרובות הליך בן חמישה צעדים שאנשי מקצוע

מתבקשים לפעול על פיו (Gambrill, 2007; Jenson, 2007; Straus et al., 2005). הבה נסב את תשומת ליבנו לכל אחד מצעדים אלו בתורו.

צעד ראשון: ניסוח שאלה טיפולית

גיבס וגמבריל מסבירים את הדרישה הזו באופן הבא: "הפוך צורך במידע לשאלות שיש להן תשובות. על שאלות אלו להיות מנוסחות באופן מפורט מספיק כדי לאפשר חיפוש ממוחשב; עליהן לעסוק ברווחתו של המטופל; להתייחס לבעיה שיש סיכוי כלשהו למצוא לה מענה; ובמצב אידיאלי, הן תנוסחנה בשיתוף עם המטופל. שאלה המנוסחת היטב מתארת את המטופל, את דרכי הפעולה האפשריות, ואת התוצאה הרצויה" (Gibbs & Gambrill, 2002, pp. 453–454).

הצעד הראשון במודל EBP, כפי שצוטט לעיל, מטיל על אשת המקצוע את המשימה לנסח שאלות טיפוליות, ורק באופן אידיאלי בשיתוף המטופל. בעייתו של המטופל נתפסת כמכילה מידע רב שיש להמירו באופן כזה שיעסוק, בין היתר, ברווחתו של המטופל, אך אינה מנוסחת בשפת המטופל עצמו. התערבויות חברתיות-טיפוליות מסוימות יתאימו לצעד זה. אולם, לעיתים קרובות, השאלות שאנשי המקצועות החברתיים יידרשו להן לא תהיינה שאלות המתנסחות בעצמן. במקרה טיפוסי תהיה בעיה מוצגת, אשר מנוסחת באופן ראשוני על ידי מטופל המבקש עזרה מקצועית. לפעמים, ניתן להגדיר מחדש את הבעיה המוצגת כך שתניב שאלות שניתן יהיה לענות עליהן אמפירית, והמטופל יסכים שהבעיה שנוסחה מחדש קרובה דייה לבעיה שלו עצמו וישתף פעולה עם התוכנית שתציע אשת המקצוע. אך אין הכרח שכך יהיה. לעתים לא תהיינה בנמצא ראיות אמפיריות, או אפילו שיטת מחקר שבעזרתה ניתן לטפל בבעיה המוצגת. רמת ההבנה המדעית בנוגע לתופעות פסיכוסוציאליות איננה מתקדמת דייה כדי להבטיח שתמיד תימצא שאלה אמפירית בת-מענה. במקרים אחרים, יתכן שתימצא שאלה בת-מענה הקרובה בניסוחה לבעיה המוצגת, אך המטופל לא יסכים לקבל כי שאלה זו אכן מייצגת את בעייתו. המטופל עלול להתעקש על ניסוחה של השאלה במונחים שלו. ניסוח מחדש של השאלה כך שתתאים לעקרונות המחקר המדעי לא ייתן מענה לדאגותיו.

כיצד, אם כך, אמורה לפעול אשת המקצוע במקרים שכאלו? הבה נתבונן תחילה במקרים שבהם המחקר המדעי הקיים אינו מספק מענה לבעיה המקורית המוצגת. כאן חשוב לזכור שהבעיה נותרת בעינה, ואיננה ניתנת לניסוח מחדש כדי להתאים לאינטרסים של המחקר הקיים. מקרים כאלה שכיחים, ואפשרויות הפעולה הן אחת משתיים: אפשרות אחת, המתרכזת בראיות האמפיריות, היא להתעקש על החלפת הבעיה המוצגת בשאלה שניתן לענות עליה אמפירית, גם במקרים שבהם מזהים כי השאלה המקורית רחוקה מדי מהראיות האמפיריות הקיימות, כדי לבצע המרה כזו

ללא התנגדות המטופל. האפשרות השנייה, המתרכזת במטופל, היא להכיר בכך שהבעיה המוצגת הינה בעיה ממשית, למרות אי יכולת המחקר העדכני לתת לה מענה. כלומר, להכיר במגבלות היכולת לשלב ראיות אמפיריות בפרקטיקה. התעקשות על EBP עשויה להוביל מטפלים לאמץ את האפשרות הראשונה מבין השתיים, או אף להתעלם לחלוטין מהאפשרות השנייה, ובכך למצוא את עצמם במבוי סתום מוכר למדיי, דהיינו, קונפליקט בין רצונם לרצון המטופלים בשאלת הבעיה שיש לטפל בה, וכתוצאה מכך, לאבד את יכולת הסיוע למטופלים. במקרים אחרים, שאלה בת-מענה אמפירי עשויה לעלות בפני אשת המקצוע, אך תהיה זו שאלה שהתאמתה לבעיית המטופל לא תזכה להכרה כזו מצד המטופל עצמו. ומה אז? שוב, האפשרות המתרכזת בראיות האמפיריות תהיה להיכנס לניסיון שכנוע, ואולי השכנוע יצלח. אך שכנוע הוא פעולה כוחנית, ומאבק כוח בין מטפל ומטופל על תנאי היחסים הטיפוליים עלול להיות הרסני. אשת מקצוע מנוסה תדע להימנע ממאבקים שכאלה ותעדיף להיעזר באמנות השקטה של הקשבה למטופל. בזאת, מחקר וראיות אמפיריות יועילו אך מעט.

נוכיר בעיה נוספת העולה בהקשר זה. מטפלים מכירים מצבים שבהם הבעיה המוצגת של המטופל משתנה תוך כדי תהליך ההתערבות, הן בין מפגשים, ולעיתים במהלך מפגש בודד. אפילו במהלך פגישה מסוימת, המטופל יכול, לדוגמה, לדבר בתחילה על לחצים כלכליים ואחר כך לדבר על מריבות בחיי נישואיו. אנו עלולים לנסות במהלך הדיון להביא לידי הכרעה חותכת בדבר נושא השיחה, אך שוב אין זה ברור שזהו הדבר הנכון לעשות כאשר טובת המטופל עומדת מול עינינו. לעיתים קרובות, מתן האפשרות למטופל לנוע מנושא לנושא, הן בין מפגשים והן במהלכם, היא האסטרטגיה הטובה ביותר, מהלך שנראה כבלתי אפשרי במודל EBP. לעומת זאת, תחת מודל EIP המטופל יכול לנוע בין בעיות ומטרות על פי צרכיו, ואשת המקצוע המיועדת היטב תבחר, על פי הנסיבות, במה להשתמש ומתי. לסיכום, בעוד שבמחקר חייבים להגדיר שאלת מחקר אשר ניתן לענות עליה אמפירית, הדבר אינו תמיד אפשרי במקצועות הסיוע. ייתכן שאין בנמצא שאלה בת-מענה אמפירי המשמעותית למטופל, וגם אם תימצא שאלה כזו, ייתכן שהמטופל לא יראה בה שאלה המתאימה לדאגותיו. יתר על כן, אותה בעיה אשר המטופל תופס כמתאימה לו יכולה להשתנות ממפגש למפגש, ואף תוך כדי מפגש יחיד.

צעדים שני ושלישי: חיפוש אחר הראיות הטובות ביותר והערכת הראיות שנאספו

הצעד הבא הוא חיפוש אחר ראיות. מקובל להניח שאשת המקצוע איננה בעצמה אשת מחקר, כך שהחיפוש המדובר הוא משני מטבעו: "אתר ביעילות מרבית את הראיות הטובות ביותר שבעזרתן תיענה השאלה." (הדבר דורש גישה אלקטרונית

למאגרי מידע ביבליוגרפיים ומיומנות בחיפוש יעיל ומהיר דיו במאגרים אלה לשם הכוונת הפרקטיקה) (Gibbs & Gambrill, 2002, p. 454). הצעד השלישי, הערכת הראיות, מופרד מאיסוף הראיות: "הערך באופן ביקורתי את הראיות לגבי מידת התקפות והשימושיות שלהן. (כדי לעשות זאת יש להפעיל היררכיה של ראיות המתאימה לשאלות/ראיות מסוגים שונים" (Gibbs & Gambrill, 2002, p. 454).

מה, אם כן, יכול להיות רע במאגרי מידע ביבליוגרפיים וחיפושים אלקטרוניים? אלו הם בהחלט כלים יעילים להפצת מידע, ואנשי מקצוע מנוסים ומעודכנים יכולים לפעול באופן הרבה פחות מוצלח מאשר להשתמש בהם בעילות ובמהירות. אך הנחות סמויות עלולות גם מהנחות תמימות למראה אלה, והן עלולות להטעות. יש לשים לב, במיוחד, לשני מונחים: "הראיות הטובות ביותר" ו"הכוונת הפרקטיקה". הצירוף של השניים עלול לתת תמונה מוטעית.

ראשית, מה הן "הראיות הטובות ביותר" וכיצד יש להעריך אותן? ישנן תשובות שטחיות אשר יכולות לעתים להספיק. הראיות הטובות ביותר הן הראיות שנאספו על ידי החוקרים הטובים ביותר, באוניברסיטאות הטובות ביותר, או במכוני המחקר היוקרתיים ביותר, הנתמכים על ידי קרנות המחקר התחרותיות ביותר, וכן הלאה. כאן, בצורה מרומזת, הפנייה לטוב ביותר היא פנייה לאוטוריטה, ומי אנחנו, אנשי מקצוע, שנערער על התעודות, הניסיון, הכוח הממסדי של המדע המודרני, והמבנים וההיררכיות המועדפות עליו? אכן, אנשי מקצוע לא ייטו, על פי רוב, להטיל ספק בכל אלו, ובדרך כלל אין להם יכולת לעשות זאת.

ועדיין, זהו שימוש אוטוריטרי, לא שימוש נאור, במונח "הטוב ביותר", כפי שהוא מופיע בחיפוש אחר "הראיות הטובות ביותר". מתוקף זאת, הדבר עלול להטעות ולהרתיע את אשת המקצוע באותה מידה שהוא עשוי להועיל לה. כאשר הבעיות הניצבות בפני אנשי המקצוע הינן ברובד עמוק במידה כלשהי, תוקף סמכותו של המדע הנרחב עלול שלא להועיל, ולו רק משום שפרדיגמות מדעיות מתפצלות, ותמיד, כאשר מתעוררות שאלות חשובות, אין לצפות לאחדות דעים רבה בין מדענים, קבוצות מחקר, או מערכות אוניברסיטאיות. אם אשת המקצוע צריכה לקבל החלטות על בסיס הנחות בדבר האטיולוגיה של תסמין פסיכולוגי (כגון אנורקסיה), או שורשיהן של הפרעות חברתיות (אלימות במשפחה), או הגורמים למצוקות גלובליות (סחר בבני אדם) — נושאים תיאורטיים המונחים בבסיס פיתוח התערבויות פסיכולוגיות וחברתיות — היא עלולה למצוא הסכמה דלה ביחס לראיות האמפיריות הטובות ביותר שהיא מלקטת על סמך הנחות אוטוריטריות. היא תצטרך לבחור בין אוטוריטות שונות, שכולן משתייכות למעגל של הטוב ביותר במובן זה. אך מה תהיה הבחירה הטובה ביותר במקרה כזה? הראיות אינן מסוגלות לבצע את הבחירה עבורה, ושיקול דעת נבון וסלקטיבי מצידה יהיה בלתי נמנע.

כאן אנו מגיעים לשימוש אחר במושג "הטוב ביותר", השימוש הנורמטיבי,

שאותו, בצורה מרומזת, מקבלים תומכי EBP בשאיפתם להגינות ולשקיפות מקצועית ואתית. כמובן זה, הראיה הטובה ביותר היא הראיה בעלת הסבירות הגבוהה ביותר להיות אמיתית, כלומר, התיאוריות בעלות הסבירות הגבוהה ביותר להיות אמיתיות על סמך הראיות האמפיריות הקיימות. בתחום המצומצם יותר של התערבויות מבוססות-ראיות, הראיות הטובות ביותר תהיינה שיטות ההתערבות שסיכויי הצלחתן הם הגבוהים ביותר, כפי שנקבע על סמך ניסויי מחקר מבוקרים, או על סמך סדרה של מערכי מחקר-יחיד (single-case designs). ראיות ממקור אחר, לדוגמה, מחקרים איכותיים או חקר מקרים (case studies), אף שאינם נדחים על הסף, מדורגים נמוך יותר בסולם ההיררכי של תקפות ראיות (לטיעונים וטיעונים שכנגד בנושא היררכיה של ראיות, ראו: Carr, 2009; Gray et al., 2009). אולם, על בסיס הבנה זו של הראיות הטובות ביותר, מודל EBP דורש מאנשי מקצוע לבצע משימה שכלל הנראה הם אינם מיומנים לעמוד בה. אכן, רוב אנשי המקצוע עברו הכשרה כלשהי הכוללת חשיפה מוגבלת למחקרי העבר ולתיאוריות הגדולות בתחומם לפני שהגיעו לכדי עיסוק בטיפול, אך הכשרה זו אינה מציינת אותם במיומנות המאפשרת ביצוע הערכה למחקר עכשווי. בהיותה חסרת מיומנות, באופן יחסי, לעמוד במשימה, סביר שאשת המקצוע תישען שוב על הערכה המבוססת על אוטוריטה, ותתבונן פחות באיכויות המתודולוגיות של הראיות שאספה בחיפוש האלקטרוני, ויותר על מעמד הממסדי של החוקרים. סביר להניח כי אנשי מקצוע אלו ימשיכו להשתמש בתיאוריות, בדוקטרינות, ובטיפולים שהם הוכשרו ליישם, ויבטחו בכך שהקהילה הרחבה יותר תסנן עבורם ותעביר אליהם את הממצאים האחרונים במדעי החברה. לא סביר להניח, לעומת זאת, שתהליך סינון זה יניב אחריות כלשהי סביב שאלת הראיות "הטובות ביותר".

אך הבה, לרגע אחד, נניח לאשת המקצוע הרגילה ונתרכז במקום זאת באשת המקצוע האידאלית – אשת מקצוע שאינה מוגבלת על ידי חסמים פרקטיים בהכשרה, למידה, ואיסוף מידע. מה תעשה אשת מקצוע שכזו על מנת "לאחר בייעילות מרבית את הראיות הטובות ביותר שבעזרתן תיענה השאלה"? וכיצד ראיות אלו "ינחו" אותה בפרקטיקה שלה? כאן כבר איננו דנים בראיות הטובות ביותר כמובן האוטוריטיטיבי, אלא רק כמובן הנורמטיבי והנאור. נניח שאשת המקצוע האידאלית שלנו ניצבת מול הפרעה פסיכולוגית או חברתית עמוקה ומחפשת את הראיות האמפיריות הטובות ביותר שעליהן תבסס את אופן התערבותה. האם היא צפויה להצליח? התשובה לכך אינה חיובית, משום שמה שמוגדר כטוב ביותר בתחום הטיפול איננו מנותק ממטרותיה כאשת טיפול ומנקודת ראותו של המטופל. בפני עצמה, גם הראיה התקפה ביותר לא תספיק לצורך הכרעה בדבר ההתערבות הרצויה במקרה הנתון. הטיפולים הנתמכים על ידי הראיות הטובות ביותר אינם בהכרח הטיפולים הטובים ביותר.

נניח, שניתוח־על (meta-analysis) מראה שהתערבות מסוימת היא בעלת שיעורי ההצלחה הגבוהים ביותר ביחס למקרים מסוג מסוים. האם משמעות הדבר ש"הראיה הטובה ביותר" תומכת בהתערבות מסוג זה בכל מקרה פרטי? לא כך הם פני הדברים. כפי שצוין, לשם כך נדרשים תנאים נוספים, לדוגמה, שהמקרה הנדון יידמה באופן יחסי לאוכלוסייה שנדגמה במחקר המבוקר אשר תומך בהתערבות הנדונה, או שיימצא דמיון יחסי רב יותר בין המקרים מאשר שוני יחסי ביניהם. אך הנחה נוספת זו יכולה להיות מוטלת בספק, במיוחד אם בידי אשת המקצוע יש מידע נוסף בנוגע למקרה, כפי שוודאי הוא המצב. אם, לצד דמיון יחסי, יש גם הבדלים יחסיים, יהיה זה מוצדק מצד אשת הטיפול "לרדת" בסולם ההיררכיה של מקורות ראייטיים טובים יותר או פחות לעברו של מחקר אחר, או אף להסתמך על ניסיון קליני בלתי מבוקר. שאלת מהו "הטוב ביותר" בתחום הטיפול אינה ניתנת להכרעה רק על סמך הראיות האמפיריות הטובות ביותר, לפני כניסת שיקול דעתה, מומחיותה, וניסיונה הקליני של אשת המקצוע, המתבטאים בהערכת הרלוונטיות של הראיות האמפיריות ובמידת הדמיון במקרה הנתון.

הבה נתרכז כעת במושג הנוסף שהוזכר לעיל, דהיינו, "הכוונת הפרקטיקה". ממה שנאמר עד כה ברור שהתיאוריה מכוונת את הפרקטיקה רק דרך התיווך של שיקול דעתה של אשת המקצוע, ניסיונה הקליני, תפיסותיה ביחס למטרות הטיפול, ודמיונה היצירתי. היחס תיאוריה-פרקטיקה מורכב יותר מזה המתואר במודל הצר של EBP. שכן שום תיאוריה אינה מכוונת את הפרקטיקה באופן חד-צדדי. אלא, לשם הנחיית הפרקטיקה, על התיאוריה ליצור איזון עמה, וכך גם עם שאר המרכיבים והגורמים הקיימים בה. פירוש הדבר שאשת המקצוע תתאים את הפרקטיקה לראיות האמפיריות רק במידה שהיא בוחנת את הראיות האמפיריות דרך עדשות הפרקטיקה שלה. אשת המקצוע, לא פחות מהתיאורטיקן, תצטרך להיות בררנית בבחירת התיאוריה, ותצטרך להתחשב בפרקטיקה שלה עצמה כקריטריון לתיאוריה באותה מידה שהיא רואה בתיאוריה סמכות בנוגע לפרקטיקה. אשת המקצוע, כמו התיאורטיקן, היא קודם כול סוכנת יצירתית ובעלת דמיון. אין אלגוריתם שינחה את פועלה.

אשת טיפול מנוסה תידרש לשיקול דעת בנוגע למה שניתן ליישם במקרה שלפניה, מה רלוונטי ומה לא, כיצד ניתן לשלב את ההתערבויות השונות העולות מתוך הראיות במקרה הנדון, ומה המשקל היחסי שיש לתת לכל אחת מהן בניסיון להבין ולטפל בפונה. יתר על כן, הבנתה את דברי המטופל יכולה להשתנות לא רק ממפגש למפגש אלא גם מרגע אחד למשנהו במהלך מפגש בודד. מאחר שתשומת הלב צריכה להינתן למטופל, אופן ההתערבות שלה ישתנה בהתאם. תומכי EPB טוענים שהמודל שלהם אכן מנחה את אנשי המקצוע להשתמש בכישוריהם הקליניים ובשיקול דעתם כדי להעריך את הראיות ולבחור את הטיפול המתאים למטופליהם.

אולם, אין הם עומדים על האיזון שיש להשיג בין הראיות ובין שאר הגורמים הללו. מנגד, מודל EIP מצביע על תפקידו של איזון זה הן במדע והן בפרקטיקה. תחת EIP, הראיות אינן אלא גורם אחד שעליו נבנית הפרקטיקה, גורם אשר אינו מספק לפרקטיקה לא בסיס ולא הליך קבוע לפעולה. עבור כל מקרה, ובכל רגע, נוצרת אינטגרציה חדשה.

המטופל, ולא הראיות האמפיריות הטובות ביותר, נמצא במרכז, ומאחר שהמטופל משנה את עמדותיו תוך כדי התהליך הטיפולי, לא ניתן ליישם הליך יחיד. תחת EBP, ברגע שהתערבות מסוימת נבחרת כטובה ביותר, יש ליישם את הליך ההתערבות הזו בשלמותו, או לפחות חלק נכבד מתוכו. במחקר אנו אכן מחויבים להליכים נוקשים על מנת לשמור את המשתנים תחת ביקורת. בטיפול, לעומת זאת, המצב דינמי. עיקר ענייננו איננו במשתנים מבוקרים, אלא במטופלים. השימוש שאנו עושים בראיות צריך להיות מותאם למטופל, ולכן עליו להיות גמיש ודינמי.

לסיכום, לא הראיות האמפיריות הטובות ביותר ולא הנחיית הפרקטיקה ניתנים לקביעה באופן שמתואר ב-EBP. ביצוע שני צעדים אלה מצריך יצירת איזון דינמי בין ראיות וגורמים אחרים, תיאורטיים ומעשיים גם יחד, מאחר שגם איסוף הראיות וגם פעולות טיפוליות הינם דינמיים מטבעם. מודל EBP אינו נותן את הדעת בצורה מספקת לתפקידו של איזון זה. במודל EBP מה שנחשב ל"טוב ביותר" ומה שצריך להנחות את הפרקטיקה נקבע על ידי היררכיה תיאורטית של ראיות אמפיריות, ומיושם לאחר מכן על ידי הליך נתון. תחת מודל EIP ראיות הן רק גורם אחד בתהליך ההתערבות, ואותו יש לשלב במצבים טיפוליים משתנים.

צעד רביעי: יישום התוצאות

הצעד הרביעי במודל מתואר כלהלן: "ישם את תוצאות ההערכה הזו להחלטות הקשורות במדיניות/פרקטיקה. לשם כך יש להחליט אם הראיות תקפות להחלטות הנדונות על סמך דמיון מספק בין הפונה לבין אותם מחקרים, יכולת גישה להתערבויות המתוארות בספרות, שקילת התוצאות הצפויות ביחס לדאגות כמו מספר המטופלים שיש לטפל בהם, עניינים מעשיים, והעדפותיו של המטופל" (Gibbs & Gambrell, 2002, p. 454).

שימו לב לקונפליקט הפנימי שבתיאור זה. הגיון המונח "ישם" הוא אסימטרי. ליישם משמעו ללכת בכיוון אחד, מהכלל אל הפרט, או מהתיאורטי למעשי, ולא להיפך. למען הדיוק, אין אלו הראיות האמפיריות אשר מיושמות בהחלטות טיפוליות. אלא התיאוריה הנתמכת על ידי אותן ראיות. הראיות מיושמות רק בעקיפין, דרך התיאוריה. אכן, הזנחת התיאוריה, ובאופן יותר מפורש הזנחת הפער

בין ראייה אמפירית לתיאוריה, היא לדעתנו אחת החולשות המרכזיות ב-EBP. אולם הצעדים המתוארים כאן כקודמים ליישום, כלומר, ההחלטה בדבר קיומו של "דמיון מספק בין הפונה לבין אותם מחקרים", רכישתה של "יכולת גישה להתערבויות המתוארות בספרות", וכן "שקילת התוצאות הצפויות", כולם הולכים בכיוון הנגדי, כלומר מהפרטי והמעשי אל הכללי והתיאורטי. ועל מה יש לבסס את ההערכות הללו? באופן ברור, הראיות התומכות בתיאוריה שעומדים ליישמה לא תהיינה הגורם שיקבע את גבולות היישום שלהן עצמן. לאן תפנה אשת המקצוע בניסיון לקבוע הערכות אלו? התשובה היא שבניתוח האחרון על אשת המקצוע להסתמך לא רק על הראיות האמפיריות אלא על שיקול הדעת הקדם-תיאורטי בנוגע לאותם עניינים, דהיינו, הדמיון או ההבדלים בין המקרה הנתון לבין אותם מקרים המתוארים בספרות, התוצאות הצפויות בהינתן ממדי השוני השונים, ושלל שיקולים אחרים הנוגעים למטופל ולענייניו המעשיים. שיקולים אלה רחוקים למדי ממה שקרוי ב-EBP בשם "ראיות", דהיינו, תוצאותיהם של מחקרים אמפיריים. שיקולים שכאלה מוכרעים באופן בלתי נמנע על ידי ניסיון קליני, מומחיות בפועל, ודמיון אנושי שבו משתמשת אשת המקצוע בתהליך ההתערבות. תומכי EBP הם מעשיים דיים כדי להבחין בהכרח שבדבר. מה שאין הם מבחינים בו, כך נדמה, הוא שכורח זה חותר תחת כל הסתמכות חד-צדדית שהיא על מחקר המניב ראיות אמפיריות. יש להתאים את הראיות האמפיריות לנסיבות באותה מידה שבה הראיות האמפיריות "מיושמות" בהתאם לנסיבות, וההתאמה ההדדית הנדרשת היא בדיוק תפקידה של אשת המקצוע.

בבואנו ליישם את הראיות האמפיריות, יש לתת את הדעת למידת הרלוונטיות שלהן למטופל. בעת הערכת הרלוונטיות הזו, אשת המקצוע תסתמך על האופן שבו היא מבינה את המקרה הנדון, על ניסיונה הקליני, ועל שיקול דעתה. גורמים אלו, בתורם, אינם מבוססים על ראיות אמפיריות, אלא מצטרפים לראיות כגורמים נוספים. מודל EBP אינו אומר לנו כיצד לשלב גורמים אלו בפרקטיקה, איך למצוא איזון בין הגורמים השונים, כמה משקל יש לתת לכל גורם בעת קבלת החלטות בנוגע למטופל, ומהו, בכלל, היחס התיאורטי בין גורמים אלו. במיוחד, מודל EBP אינו אומר לנו כיצד להתקדם כאשר גורמים אלו "נופלים" מחוץ לאיזון, כפי שעלול לקרות כאשר הבנת אשת המקצוע את המטופל איננה תואמת, או שונה, מההנחות המשולבות בתוך הראיות האמפיריות הנחשבות לטובות ביותר. להבדיל מכך, אם אין אנו מניחים שתפקידן של הראיות האמפיריות הוא לספק בסיס בלבדי לפרקטיקה, אלא רק ליידע את אשת המקצוע, לא מתעוררות סוגיות שכאלה. אשת המקצוע תאזן בין הראיות האמפיריות לגורמים הנוספים מבלי לתת לאף אחד מהם עדיפות. לעיתים, ראיות אמפיריות תשמנה כמשקל נגד מול תפיסתה של אשת המקצוע את המטופל, במיוחד כאשר יש לה סיבה לחשוד כי דעותיה הקודמות מוטעות. בפעמים אחרות, הראיות לא

תיראינה רלוונטיות כלל וכלל. שום הליך או מודל לא יוכלו לכסות את כל המקרים הללו. המטופל ניצב במרכז, ולא הראיות האמפיריות. לסיכום, יישומן של הראיות איננו עניין חד-צדדי. יש לשקול את הראיות במונחים של מידת הרלוונטיות שלהן למקרה הנדון על פי הבנה מוקדמת כלשהי בנוגע למקרה מצד אשת המקצוע (והמטופל). שיקולים שכאלו אינם באים לאחר קביעה בדבר הראיות ה"טובות ביותר", אלא הם חלק מאותה קביעה. אולם שיקולים אלו בעצמם אינם "מבוססים" על ראיות אמפיריות.

צעד חמישי: הערכת תוצאות

הצעד האחרון כרוך ב"רישום, כולל מערכי מחקר יחיד" (Gibbs & Gambrill, 2002, p. 454). אין ספק שהרישום חשוב, וגם מעקב והערכת תוצאות ההתערבות. הערכה נחוצה לשם לקיחת אחריות, הגברת היעילות, קביעת כיוון ההתערבות, שיתוף מטופלים בתהליך הטיפול, וסיפוק מידע אודות מטופלים ובעיות נפוצות למקבלי החלטות וקובעי המדיניות (Doueck & Bloom, Fischer, & Orme, 1995; Bondanza, 1990; Proctor, 1990; Rosen, 1993). אבל למרות כל היתרונות הללו, רוב הסטודנטים לעבודה סוציאלית משתמשים לעיתים נדירות במערכי מחקר יחיד לשם הערכת טיפול לאחר סיום לימודיהם (Doueck & Bondanza, 1990; Howard & Jenson, 1999; Richey, Blythe, & Berlin, 1987). כמה גורמים קשורים לאי שימוש בפרוצדורות הערכה אלה כדי להעריך טיפול: חוסר זמן, הפרעה להליך הטיפולי, חוסר תמיכה ממסדית, והעדר מיומנויות מחקר (Richey et al., 1987; Slonim-Nevo & Ziv, 1998).

אבל אם אנשי מקצוע לא יישמו את הצעד האחרון במודל EBP, עד כמה סביר שילכו בעקבות כל חמשת הצעדים? הרי ביצועם של כל חמשת הצעדים דורש יותר זמן, יותר הפרעה להליך הטיפולי, יותר תמיכה ממסדית, ומיומנות מחקרית גבוהה יותר. אנשי מקצוע יעריכו את עבודתם הטיפולית ביתר סבירות, אם ההערכה נעשית בדרך התומכת בטיפול ולא שולטת בו (Slonim-Nevo, 1997). באופן דומה, אנשי מקצוע ישלבו תוצאות אמפיריות בעבודתם ביתר סבירות, אם ראיות אמפיריות תהיינה רק מרכיב אחד בתוך תהליך ההתערבות המסובך, ולא תשלוטנה בו.

לסיכום, לא סביר שאנשי מקצוע ישתמשו בהליך קבוע המשתלט על ההליך הטיפולי, כאשר ניסיונם מלמד אותם שיש להשתמש בראיות אמפיריות תחת אילוצים שונים המתגלים באופן יום-יומי במהלך ההתערבות. סביר יותר שאנשי מקצוע יעזרו בראיות עדכניות ככל שעצמאותם תזכה להערכה רבה יותר וככל שיהיו כפופים פחות להליכים נוקשים.

תמיכה בטיפול מיועד-ראיות

כמו רבים אחרים (לדוגמה: Epstein, 2005; Culyer & Lomas, 2006; Chalmers, 2005; Wolpert et al., 2006; Pawson et al., 2003; McSherry et al., 2002; 2009), אנו תומכים במודל של טיפול מיועד-ראיות. מנקודת ראות זו, מעודדים אנשי מקצוע להיות בעלי ידע לגבי ממצאים המתקבלים מתוך כלל סוגי המחקרים, ולהשתמש בהם באופן אינטגרטיבי, תוך תשומת לב לניסיון קליני ולשיקול דעת, להעדפות המטופל וערכיו, וההקשר שבו מופעלת ההתערבות. מק'ניל (McNeill, 2006), בעודו מגן על EBP, נוטה למעשה לכיוון של EIP: "בתור גישה טיפולית מתפתחת, EBP איננה עניין של הכול-אר-לא-כלום, אלא עניין של פחות-אר-יותר. אולי המונח טיפול מיועד-ראיות הוא תיאור יותר מדויק של מה שניתן להשיג כרגע" (McNeill, 2006, p. 154). לזאת מוסיף אפשטיין (Epstein, 2009): "...אני אוהב להחליף את המילה 'מבוסס' במילה 'מיועד' משום שמשמע מכך שמחקר קודם יכול רק להעשיר ידע טיפולי והחלטות התערבותיות, אך אינו מגביל אותם. בדרך זו, EIP הוא כוללני יותר מאשר EBP" (Epstein, 2009, p. 9). אנו תומכים ברעיון זה. יתר על כן, במקום להשתמש במודל חמשת הצעדים של EBP כהתערבות הנשלטת על ידי ראיות, ממצאים אמפיריים צריכים להיות חלק מתהליך ההתערבות, אך התהליך עצמו צריך שיהיה גמיש ויצירתי דיו לשם עמידה במטרות המשתנות תמיד, התנאים, הניסיון, וההעדפות של אנשי מקצוע ומטופליהם.

כפי שצוין לעיל, יש תומכים של EBP אשר בעודם מבקרים גישות "פוזיטיביסטיות" כלפי EBP, מבטאים תפיסה יותר כוללנית ופרשנית של ראיות. בגישה זו, ממצאים שעלו מתוך מחקרים איכותניים, רב-שיטתיים, או חקר מקרים פרטניים נתפסים כמקורות ראיתיים בעלי חשיבות כמו אלו שעולים מתוך מחקרים אקראיים מבוקרים (RCTs). תפיסה פרשנית של ראיות מאפשרת לאנשי מקצוע להיות פחות תלויים ופחות מוגבלים על ידי היררכיה של ראיות אמפיריות, אשר בראשה מדורגים מחקרי RCT ובתחתיתה מחקרים איכותניים. זאת ועוד, הדבר מתיר לאנשי מקצוע ליישם את מודל EBP תוך התרחקות מגישה פוזיטיביסטית במחקר ובפרקטיקה ולהעדיף גישות חלופיות, ובכללן גישות פרשניות, פרגמטיות ופוליטיות (לסקירה, ראו: Gray et al., 2009). לדוגמה, גריי ואחרים (Gray et al., 2009) כותבים: "העובדות ה'מוצקות' שמניבים מחקרי RCT, הנחשבים ל'תורה-הזהב' התקני, יכולות להועיל בתור מקור מידע אחד מבין שלל ראיות אשר תורם להבנה שהיא באופן כללי איננה שלמה, לגבי השפעה ויעילות. ראיות לפרקטיקה ניתן להשיג גם מתוך מומחיות פחות ברורה, עקרונית ותהליכיים, שאותם ניתן ללמוד דרך מחקר איכותני הבנוי היטב, ואשר מספקים ידע על יחסי סיבתיות ויעילות"

(Gray et al., 2009, p. 41). אולם עדיין נותרת בעינה השאלה בדבר התאמתו של הליך חמשת הצעדים המאפיין את EBP, גם כשיש גישה רחבה יותר, ולא-פוזיטיביסטית, כלפי ראיות אמפיריות, כמו זו. הצעד ראשון, לדוגמה, מחייב "להמיר" את בעייתו של המטופל לשאלה שניתן לענות עליה אמפירית. אך בגישה פרשנית פירושו של דבר אינו אלא ניסוחה של השאלה כפי שהציג אותה המטופל, ולא המרה של שום דבר לשום דבר אחר. נובע מכך שגישה פרשנית לראיות אמפיריות איננה מעניקה תמיכה להליך חמשת הצעדים של EBP. להבדיל מכך, EIP מאפשר לאיש המקצוע לשלב מחקר איכותני וראיות קליניות מבלי להתחייב להליך המקובע בן חמשת הצעדים.

זאת ועוד, מחקר עדכני בנושא יעילותה של הפסיכותרפיה מראה שהתיאוריה וסוג הטיפול שאנו בוחרים איננו בהכרח המפתח להצלחה. כפי שמציין קאר (Carr, 2009): "מאפיין בולט בראיות שנסקרו... המאשרות את היעילות הכללית של הפסיכותרפיה, הוא הדמיון שבין תוצאות ההתערבות של שיטות טיפול שונות במגוון של אוכלוסיות ובעיות" (Carr, 2009, p. 49). במילים אחרות, אנו יודעים שפסיכותרפיה צפויה לעזור, אך פחות חשובה היא התיאוריה או שיטת התערבות שנבחר. קאר מסכם: "הגורמים המשותפים למגוון רחב של שיטות טיפול יעילות חשובים יותר מגורמים ספציפיים כדי לקבוע אם פסיכותרפיה מועילה למטופלים... גורמים משותפים אלו כוללים את גורמים הקשורים במטופל, במטפל, ובתהליך התרפויטי" (Carr, 2009, p. 65). גורמים אלו הם בוודאי עניין של ערכים, ניסיון, דמיון, ומיומנות. הם כוללים מוטיבציה של המטופל, כוחות האני של המטופל, ויכולתה של המטפלת ליצור ברית טיפולית: "הברית הטיפולית היא הגורם הטיפולי המשותף החשוב ביותר והיא תורמת כ-38% בערך מן היעילות של פסיכותרפיה" (Carr, 2009, p. 67). אנו רואים בממצאים אלה תמיכה ברעיון שראיות מחקריות צריכות להילקח באופן המאזן בינן ובין גורמים אחרים, ובפרט בין המטרות, הערכים, נקודות המבט וקשרי האנוש (בריתות) של מטפלים, כדיאלוג עם מטופליהם. תחת תנאים אלו, נראה שניטיב לעשות אם נלמד את תלמידינו ואת אנשי המקצוע כיצד לשפר את הברית מטפל-מטופל יותר מאשר להתרכז במציאת הראייה האמפירית ה"טובה ביותר" להנחיית הפרקטיקה.

למסקנות אלו יש השלכות לגבי הפרקטיקה. ראשית, EIP היא גישה השמה במרכז את המטופל ולא את הראיות האמפיריות. יש להיעזר בראיות אמפיריות כל עוד ניתן לשלבן בתהליך הדינמי של ייעוץ, אשר בו על איש המקצוע לעקוב אחר השקפותיו וצרכיו המשתנים של המטופל. נובע מכך, שנית, שהשאלה שיש להתמודד עמה היא זו של המטופל, ולא שאלה מועדפת אמפירית, ואת השאלה ניתן לשנות תוך כדי דין ודברים בטיפול. שלישית, נובע מכך שלא ניתן לקבוע מהו הטיפול הטוב ביותר רק על סמך הראייה האמפירית הטובה ביותר ובנפרד מהמקרה הנתון. כמו כן

לא ניתן ליישם את הראייה האמפירית הטובה ביותר מבלי להבין את ה"מקרה" באופן מוקדם, והבנה זו אינה נקבעת על ידי ראיות אמפיריות. רביעית, נובע מכך שלא ניתן להסכים לשום הליך נוקשה שישלוט בטיפול. צעדי תהליך ההתערבות צריכים להיקבע תוך התחשבות בהשקפותיו של המטופל ומצבו בכל רגע נתון. חמישית, ממצאים אמפיריים וידע מחקרי הם חשובים, אך יש להשתמש בהם בצורה גמישה ואינטואיטיבית כדי לשרת את צרכיו המשתנים תמיד של המטופל ומצבו בתהליך הדינמי של הריאיון המסייע. נובע גם, לסיום, שלא נדרשת היררכיה של ראיות, אלא בקיאות רחבה ביחס לניסיון האמפירי והקליני שיש ליישמה בתהליך הטיפולי באופן רגיש ויצירתי תוך כדי מתן תשומת לב רבה להתאמתו של כל חומר מחקרי לחוויה של המטופל.

מקורות

- קוויין, ו. (2001). שתי דוגמות לאמפיריציזם. מטפורה, 5, 41–55. ענת בילצקי וענת מטר (תרגום). (המקור פורסם בשנת 1951).
- קון, ת. ס. (1977). המבנה של מהפכות מדעיות. יהודה מלצר (תרגום). תל-אביב: מפעלים אוניברסיטאיים. (המקור פורסם בשנת 1962).
- Bloom, M., Fischer, J., & Orme, J. G. (1995). *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. London: Routledge.
- Chalmers, I. (2003). Trying to do more good than harm in policy and practice: The role of rigorous, transparent, up-to-date evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589, 22–40.
- Chalmers, I. (2005). If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? *Evidence & Policy*, 1, 227–242.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Culyer, A. J., & Lomas, J. (2006). Deliberative processes and evidence-informed decision making in health care: Do they work and how might we know? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 2, 357–371.
- Doueck, H. J., & Bondanza, A. B. (1990). Training social work staff to evaluate practice: A pre/post/then comparison. *Administration in Social Work*, 14, 119–133.
- Epstein, I. (2009). Promoting harmony where there is commonly conflict: Evidence-informed practice as an integrative strategy. *Social Work in Health Care*, 48, 216–231.
- Gambrill, E. (2006). *Social work practice: A critical thinkers' guide* (2nd ed.) New York: Oxford University Press.

- Gambrill, E. (2007). Transparency as the route to evidence-informed professional education. *Research on Social Work Practice, 17*, 553–560.
- Gibbs, L. E. (2003). *Evidence-based practice for helping professions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Gibbs, L. E., & Gambrill, E. (2002). Evidence-based practice: Counterarguments to objections. *Research on Social Work Practice, 12*, 452–476.
- Gray, M., Plath, D., & Webb, S. A. (2009). *Evidence-based social work: A critical stance*. New York: Routledge.
- Howard, M. O., & Jenson, J. M. (1999). Clinical practice guidelines: Should social work develop them? *Research on Social Work Practice, 9*, 283–301.
- Howe, K. (2004). A critique of experimentalism. *Qualitative Inquiry, 10*, 42–61.
- Hume, D. (1978). *A treatise of human nature*. Oxford, England: The Clarendon Press (edited by L.A. Selby-Bigge).
- James, W. (1991). *Pragmatism*. Buffalo, NY: Prometheus Books (original work published in 1912).
- Jenson, J. M. (2007). Evidence-based practice and the reform of social work education: A response to Gambrill and Howard and Allen-Mears. *Research on Social Work Practice, 17*, 569–573.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- McCracken, S. G., & Marsh, J. C. (2007). Practitioner expertise in evidence-based practice decision making. *Research on Social Work Practice, 18*, 301–310.
- McNeill, T. (2006). Evidence-based practice in an age of relativism: Towards a model for practice. *Social Work, 51*, 147–156.
- McSherry, R., Simmons, M., & Pearce, P. (2002). An introduction to evidence-informed nursing. In R. McSherry, M. Simmons, & P. Abbott (Eds.), *Evidence-informed nursing. A guide for clinical nurses* (pp. 1–13). London: Routledge.
- Norcross, J., Beutler, L., & Levant, R. (2006). *Evidence-based practice in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pawson, R., Boaz, A., Grayson, L., Long, A., & Barnes, C. (2003). *Types and quality of knowledge in social care*. London: Social Care Institute for Excellence.
- Proctor, E. K. (1990). Evaluating clinical practice: Issues of purpose and design. *Social Work Research and Abstracts, 26*, 32–40.
- Proctor, E., & Rosen, A. (Eds.) (2003). *Developing practice guidelines for social work interventions: Issues, methods, and research agenda*. New York: Columbia University Press.
- Putnam, H. (2002). *The collapse of the fact/value dichotomy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Quine, W. V. (1953). Two dogmas of empiricism. In W. V. Quine, *From a logical point of view* (pp. 20–46). New York: Harper & Row.
- Richey, C. A., Blythe, B. J., & Berlin, S. A. (1987). Do social workers evaluate practice? *Social Work Research and Abstracts, 23*, 14–20.

- Rosen, A. (1993). Systemic planned practice. *Social Service Review*, 67, 84–100.
- Rubin, A. (2007). Improving the teaching of evidence-based practice: Introduction to the special issue. *Research on Social Work Practice*, 17, 541–547.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Sen, A. (2002). Positional objectivity. In A. Sen, *Rationality and freedom* (pp. 463–483). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sheldon, B. (2001). The validity of evidence-based practice in social work: A reply to Stephen Webb. *British Journal of Social Work*, 31, 801–809.
- Shlonsky, A., & Stern, S. B. (2007). Reflections on the teaching of evidence-based practice. *Research on Social Work Practice*, 17, 603–611.
- Slonim-Nevo, V. (1997). Evaluating social work practice: The dual role of the clinician and the evaluator. *Families in Society*, 78, 228–239.
- Slonim-Nevo, V., & Ziv, E. (1998). Training social workers to evaluate practice: Perceptions after one and three years. *International Social Work*, 41, 431–442.
- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (3rd ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31, 57–59.
- Wolpert, M., Fuggle, P., Cottrell, D., Fonagy, P., Phillips J., Phillips, S., Stein, S., & Target, M. (2006). *Drawing on the evidence: Advice for mental health professionals working with children and adolescents*. London: Child and Adolescent Mental Health Services.