

21세기 사회복지와 사회복지사단체의 역할

- 한국정신보건사회사업학회를 중심으로 -

권진숙(그리스도신학대학교) / 윤명숙(전북대학교)

I. 서론

사회전반이 점차 고도로 선진화되어짐에 따라 사회사업계 내부에서도 사회사업 전문화에 대한 의식이 향상되게 되었다. 이러한 사회사업계 내/외적인 의식 향상은 보다 다양하고 전문적인 서비스를 요구하게 되었을 뿐 아니라 그러한 욕구를 충족시켜줄 수 있는 사회복지사 양성을 필요로 하게 되었다. 이것은 사회사업의 전문화라는 현상으로 표현할 수 있는데, 사회사업의 전문화는 여러 가지의 분류방법이 있겠지만 역사적으로 크게 3가지로 분류해 볼 수 있다고 생각된다. 첫째는, 자선과 박애적 서비스를 주로했던 19세기 이전의 비과학적 개입수준으로부터 보다 공식적이고 체계적인 개입으로의 전환을 꼽을수가 있다. 이러한 첫번째 전문화로의 방향전환은 자선조직협회 구성과 인보관 운동을 시작으로 활기를 띠었다고 볼 수 있으며, 이와같은 비전문적인 자선과 박애의 수준으로부터 전문직업으로서의 사회복지사의 등장은 19세기 후반의 사회복지 기관이 등장한 것과 연관이 있다. (사회복지대백과사전, 1999, 2631, 재인용)고 볼수있다. 이러한 발전은 그 후에도 사회복지기관 즉, 사회사업실천을 위한 primary setting을 중심으로 계속 발전되어오고 있다. 두번째 사회사업의 전문화 노력은 다학문적 접근(multidisciplinary approach)을 통한 사회사업 즉, secondary setting에서의, 일반적 접근(generalistic approach)으로부터 임상적 혹은 특수전문적접근(clinical or specialistic approach)으로의 방향전환을 들 수가 있다. 사회사업 전반에서 일시적으로 소원해졌던 정신의학 및 심리학과와의 밀접한 관계는 1904년 Dr. Meyer가 정신의료 영역에서의 사회사업 서비스를 시작하고1905년 Dr. Cabot에 의한 의료영역에서의 사회사업서비스 시도이후 지속되어 왔으며(김규수,1986: 422, 김기태 외,1999:457), 이

분야는 세계 1,2차대전 이후 나타난 정신건강 및 가족분야 전문가에 대한 대량요구와 정신역동 이론을 기반으로 사회사업이론형성에 기여하였다. 세번째로 최근의 전문화 노력은 아직 확실하지 않고 구체적인 결과가 제시되고 있지는 않지만 다학문체계(multidisciplinary system)속에서의 보조적지위(supplemental position)의 성격이 아닌 학제간 팀웍(interdisciplinary teamwork)을 기반으로 하는 제3의 방법론 개발을 통한 서비스로 타 전문직과의 수평적 지위를 형성하고자 하는 사회사업 전문화 노력이라고 보겠다. 본 고에서는 정신보건법제정을 계기로 자격과 수련과정이 법제화된 정신보건사회복지사제도를 중심으로하여 그 과정에서 나타난 사회복지사단체들의 역할과 전문화과정에서 제기된 이슈들을 살펴보고자 한다. 즉, 사회사업의 입장에서는 소위 secondary setting이라고 불리워지고 있는 장면에서의 다학문적 접근법을 통한 사회사업 실천 그리고 그 중에서도 보다 구체적으로는 정신보건영역에서의 특수전문화과정(specialization process)과 후에 임상사회사업으로 이어지는 전문화 과정에 초점을 맞추어 논의하고자 한다. 이를 위해 본 발표자들은 첫째, 사회사업 전문화과정을 미국을 중심으로 개괄하고, 둘째, 임상사회사업가로 통합된 미국의 정신의료사회사업 특수직의 자격규정 성립을 소개하고 셋째, 한국에서의 정신의료사회사업 역사와 정신보건사회사업학회의 출범전,후 과정과 역사를 그리고 마지막으로 정신보건법과 정신보건 전문요원으로서의 정신보건사회사업가를 위한 준비과정과 현재 이들의 자격 및 훈련 등을 위한 정신보건사회사업학회의 역할과 활동 내용을 소개함으로써 차후 한국 사회사업계 전문화를 위한 노력에 시사점을 제공하는데 의의를 두고자 한다.

II. 미국 사회사업의 전문화 과정과 현재

1. 전문화과정 개관

지난 약 100년간의 미국 사회사업 역사는 전문성을 체계화하는 역사였다고 볼 수 있다. 초기의 자선조직 운동가들도 자신들의 체계를 합리적인 체계 즉, 조사, 조정과 협력 그리고 개인서비스에 역점을 두는 체계로 대치하고자 하였다. 그리하여 '우애방문가'를 각 사례마다 배정했는데 이들이 오늘날 사회사업가의 전신이라고 볼 수 있다. 우애방문가들에 의해 사용된 기술들은 '모든 가능한 공감, 재치, 인내, 사기진작, 그리고 현명한 충고와 같은 내용으로 구성되었다.(Lubove, 1965. 재인용) 이와같은 사회적 기능으로서의 사회사업의 등장은 한동안 비전문적 수준에서 계속되어졌다. 그러다가 20세기 초 의학과 공학을 선두로 한 사회의 전문직화 추세, 사회사업가들의 생활을 영위하기 위한 직업으로 만드는 것의 관심, 사회문제의 복잡성등은

전문적으로서의 사회사업의 등장에 커다란 영향을 끼치게 되었다. 따라서 사회사업가들은 전문적 지위의 필요성을 충족시키기 위해 학교와 단체의 결성을 통하여 전문교육을 기반으로한 전문성 발전에 박차를 가하게 된다. 이러한 노력은 먼저, 인보관 운동 직원과 차별성을 갖기 위한 자선조직협회 사회사업가들의 개별사회사업 서비스로 시작되었고 Mary Richard의 “개별사회사업이란 무엇인가?”에 관한 저술은 개별사회사업 방법을 통한 사회사업가들의 직접서비스 방법에 발전을 가져왔다. 이 후 1904년 Dr. Meyer의 부인에 의한 가정방문 서비스로 시작된 정신의학적 개별사회사업을 통해 클라이언트를 전인적으로 이해하고 치료도 전인적인 접근을 통해 시도하게 됨으로써 정신과 환자의 심리사회적인 측면에 대한 사회사업가의 특수한 개입이 시작되었다고 보겠다. 그러나 전문화에 관한 1915년 Flexner의 충격적인 보고서 내용 이후에도 사회적 인가를 획득한 전문직이라는 지위달성을 위한 수많은 사회사업계 내,외부의 유인이 있었다. Flexner는 사회사업이 전문직이 아닌 이유로 1) 교육적으로 전달가능한 기술의 결여와 2) 높은 수준의 개인 지적활동의 책임에 대한 감수준비가 되어있지 않았다는 점을 들고 있다. (김수환: 43, 재인용) 그러나 이러한 사회사업 전문성에 대한 혹평에도 굴하지 않고 오히려 1926년에 전국의 정신의료사회사업가들은 협회를 결성하여 보다 체계적으로 정신의료 분야에서의 사회사업 활동을 발전시켜서 나가는 계기를 마련하였다. 그러나 사회사업의 전문직화라는 방향은 대공항으로 위기를 맞게되고, 새로운 전문적으로서의 전환이 필요하게 되었으며, 이는 사회사업가들의 공공부문참여 확대에 큰 영향을 미치게 되었다. 그런 가운데에서도 1931년 시카고대학의 Adith Abbot에 의해 최초로 정신의료사회사업이라는 용어가 연방정부 병원 혹은 보건소에서 환자를 돕는 사회사업을 지칭하는 의미로서 그 이전의 혼재된 정신의료사회사업 서비스를 대신하는 용어로 사용되었다.(Frank, 1979:53,재인용)

이 후 미국에서는 1946년 정신보건법이 통과되었다. 그 여파로 1950년에는 85%의 학생이 개별사회사업을 전공하고 석사학위를 가진 사회복지사의 우위성이 두드러지는 현상이 생겨났다. 정신의료사회사업가협회를 결성하여 고도의 특수성을 지향해오던 정신의료사회사업가들은 새로운 사회환경의 변화에 직면하게 된다. 즉 1960년대에 이르러서 사회사업 전문직이 연방의 탈빈곤 프로그램과 정책, 계획, 행정으로의 이동으로 확대되면서 탈엘리트주의적 일반사회복지사 인력수요가 급속하게 증가하게 되었다. 따라서 사회사업 전문화는 기존의 개별사회사업에 근간을 둔 석사중심의 상담 및 치료 서비스를 하는 임상사회사업과 공공서비스 분야의 학사중심의 사회사업서비스로 나누어지게 되었다. 1973년에 NASW는 사회사업자 자격증을 3단계 즉, 공인 사회사업자, 사회사업가, 사회사업보조원으로 나누었고 1952년부터 사회사업을 전공한 대학원 졸업자에게만 주어지던 자격을 1974년 미국사회사업대학협의회가 학부졸업생도 자격을 인정

하게 되었다. 그 후 단체간 갈등은 위의 자격제도 붕괴로 이어지고 미국은 4가지 수준의 사회 복지적 계층화가 이루어졌으며 그것들은 기초전문직, 숙련전문직, 독립적인 전문직, 고도의 전문직이었다. 사회사업대학협의회가 중급사회사업가(advanced generalist)교육 프로그램을 허용 하면서 이 프로그램은 임상사회사업실천과 중복성과 마찰을 일으킬 소지를 내포하게 된다. 이후 일반사회사업과 통합사회사업 지향보다는 임상적 치료자로 불리우기를 선호하는 사회사업가들은 임상사회사업가 집단을 형성해가기 시작했다.(임상사회사업연구회,1998: 17-21) 그리하여 각 단체들은 나름대로의 정체성과 영역확보를 위한 노력을 하기 시작하였으며 그 과정이 심화 되면서 사회사업 내부에서 포함과 배제와 관련된 문제가 나타나게 되었다. 이는 비단 정신의료 사회사업 분야 뿐 아니라 가족과 아동을 다루는 기관에서도 클라이언트를 보다 효과적으로 치우하며 경제적, 사회적 압력을 극복하기 위해서 무엇보다도 가시적인 전문능력을 발휘하지 않으면 살아 남을수 없다는 위기감에서 임상사회사업이 발달하게되었다.(김수환,1994: 49) 그 후 임상사회사업은 1979년 덴버에서 NASW가 주최한 전국적 전문가 모임이 있고나서 본 궤도에 오르게 되는데 이들의 초기 역사를 살펴볼 때 임상사회사업은 정신의료사회사업에서 발달해 나온 것으로서(Margaret Galdston Frank, 1977: 14, 재인용) 결국은 의료전문직의 압력에 대응하기 위한 노력과 사회사업가들의 생존전략으로 발달하게 된 것으로 보인다.(김수환, 1994: 49) 전문화 과정에서의 이와같은 변화들은 사회사업 전반에서 볼 때 (1) 가족서비스를 위한 경쟁 (2) 아동복지서비스의 재전문화 그리고 (3) 사회사업실천의 민영화라는 현상으로도 나누어 볼 수가 있다.(사회복지 대백과사전,1999: 2631-2644, 재인용). 이러한 현상은 1991년에 사회사업가 중 16.8%가 개업실천(private practice)을 하고 있으며 1990-2005에는 그 숫자가 20%정도로 증가할 것으로 예상하고 있는(Gilbelman & Schervish, 1993, 재인용)사실에서도 쉽게 살펴볼 수 있다.

2. 전문화 과정에서 제기된 이슈

위에서 볼수 있듯이 미국 사회사업의 전문화 과정에서 보여지는 문제는 첫째, 사회적 혹은 외적환경 압력에 대응하는 특수전문화에로의 이슈이고, 다음으로는 사회사업 내부적으로 제기된 포함과 배제에 관한 이슈로 요약될수 있겠다. 미국 사회사업계는 첫 번째 문제를 법적규제를 확립함으로 해결하는데 성공하는데 그 과정의 촉발요인이 1966년 캘리포니아주 법무부장관으로부터 임상사회복지사의 자격과 관련하여 사회사업 석사자격을 취득 후 임상경험자에게 주어지는 시험을 통과하지 않는한 심리적인 치료는 할 수 없다는 판결을 받은 후 의료, 정신의료

를 포함하여 임상실천을 하던 사회사업가들은 서둘러 임상사회사업가 연맹을 만들고, 각주에서 시행하는 자격시험을 시행하게 되었다.(임상사회사업연구회,1998 : 25) 이렇게 사회사업가들은 성격이 뚜렷하게 구별되는 다른 수준의 지위를 만들어 내게 되었으나 이와같은 자격이 내부적으로 충분한 논의와 합의과정을 겪어서 만들어진 것이 아니고 외적 자극이 이들을 움직이게 하였고 이를 바탕으로 1971년 임상사회사업가 연맹이 출현하였기때문에 사회사업가 내부에서는 위에서 지적하고 있는 제거와 포함의 문제를 남게되었다. 1973년에는 NASW도 3단계 자격증(공인사회사업가, 사회사업가, 사회사업보조원) 수준으로의 자격규정을 설정하기도 하였다.

3. 현황

미국에서 임상사회사업가의 자격조건은 사회복지사단체의 특성, 각 주의 자격제도 그리고 임상사회사업가의 전문적 수준의 등급에 따라 차별화되어 있다. 따라서 그 자격과 자격증은 다양하지만 여기에서 언급하고 있는 임상사회사업가의 기본자격은 사회사업 석사와 지도감독을 받은 2년간의 실무경험을 전제조건으로 하고 있다. 이들의 숫자를 보다 구체적으로 살펴보면 1995년 현재 미국내 등록된 임상사회사업가 수가 15,000 - 20,000명에 이르던(Swenson, 1995: 63, 재인용)것이 1999년 3월 현재 NASW 소식란에서는 등록된 미국의 전체사회사업가는 155,000명에 이르고 이들 중 절반정도가 임상사회사업가들이라고 발표했다. 덧붙여서 위의 155,000명이라는 숫자는 전국 사회사업가들의 50%에 해당한다고 했다. 또 FCSW는 임상사회사업가를 100,000명이라고 발표하고 있어 1999년 현대 미국의 임상사회사업가 수는 최소한 70,000-100,000명에 이른다고 볼 수 있다.

최근 NASW에서는 계속되는 사회문제들 속에서 사회사업가들이 사람들의 21세기로의 적응을 위해 중요한 역할을 담당해야 한다는 점을 강조하고 이러한 변화하지 않으면 안되는 주변 환경은 사회사업 전문직과 각 사회사업가들에게 새로운 도전을 가하게 될 것으로 보고있다. 대표적으로 최근 각광을 받고 있는 관리 보호(managed care)는 사람들이 어떻게 그들의 건강과 정신보건보호를 받을 것인가에 영향을 미칠뿐 아니라 국가제도 즉, 법에도 영향을 끼치게 된다는 것이다. 따라서 NASW는 예를들면 CSW"p", CSW."r"과 같은 자격증 개발을 점검하고 증명서(certification)를 대신할 수 있는 국가자격(license)을 향한 노력을 기울이고 있다. 한 예로 NASW 뉴욕 지회장은 사회사업가들을 위한 전문가 자격증(license)이 지금과 같은 고도로 경쟁적인 관리보호 환경속에서는 특히 핵심적인 이슈라고 지적하면서 차기 국회가 끝나기전까지 이 면허증에 관한 사안은 메듭지을수 있을것이라(September, 1998)고 낙관하고 있었다. 여기서

사회사업가들을 위한 자격증은 전문가를 위해 지금까지 개발된 사회적 인가 중 등록증(registration)과 증명서(certification)의 수준을 넘어선 국가자격증 즉, 면허증(license)을 의미하며 이것의 획득을 위해 NASW가 노력을 기울이고 있는 것을 볼 수 있었다.

이상으로 사회사업 특히, 정신의료사회사업과 정신의료사회사업이 기원이 된 임상사회사업과 관련된 미국 사회사업 전반의 전문화 역사의 내용을 요약하면 비전문화의 수준에서 전문직화로 그러나 이 전문직화는 개별사회사업실천, 임상실천 특히 의료 및 정신의료분야의 사회사업가들에 의해 주도되어졌으며 이들은 처음에는 먼저 다학문체계(multidisciplinary team)속의 합류를 통한 보조적 지위(supplemental position)를 통해 특수전문가(specialist)로서의 지위를 확립하게 된다. 그 후 이들은 임상사회사업이라는 차별적 지위로 통합되지만 여전히 NASW와는 거리를 두고 있는 것으로 보여진다. 어쨌던 이와같은 발전과정에는 항상 외부의 자극이 있었음을 볼 수 있었고 그 과정에서 더욱 중요하게 보아야 할 점은 사회사업계는 오히려 더욱 열심히 노력하고 뭉쳐 그 기회를 보다 발전된 전문성 확립의 계기로 삼았다는 점이다.

Ⅲ. 한국 사회사업 전문화의 역사적 과정

본 고에서는 한국사회사업전문화의 여러 역사적 과정중 최근들어 정신보건법 시행을 계기로 활발히 나타난 정신보건사회사업학회의 전문화노력과정애 중점을 두어 기술하고자 한다. 정신보건법 제정과 시행과정에서 전문성과 정체성에 관한 많은 이견과 갈등이 있었음에도 불구하고 정신보건사회복지사의 위상확립과 역할 등에 관해 많은 사회복지사단체들의 기여와 협조가 있었다.

1. 정신보건사회사업학회의 전문화노력과정

우리나라 정신의학분야에서 사회사업가의 활동은 1945년 대한신경정신의학회가 조직된 것을 기점으로, 1958년 서울 시립아동상담소가 개설되면서 정신의학자, 정신의료사회사업가, 심리학자, 법률학자와 함께 팀웍이 시도되었고 1960년대를 시점으로 정의방, 김기태, 박현경 등이 정신의료 영역에서 본격적인 활약을 시작하였다(김규수, 1987). 1973년 대한의료사회사업가협회가 결성되었고 1976년 총45명의 의료분야 사회사업가 중 14명이 정신의료사회사업가(의료사회사업가 총회, 제 5회자료, 1983. 2. 19)였다. 그러던 중 1973년 종합병원단위의 의료기관에 사회복지사 자격증 소지자 채용을 의무화하는 규정이 생겨난 이후 주로 정신과와 연결되어 많은

사회복지사들이 채용되게 되었다. 그러나 사회사업가 단체의 역할이 거의 없었음에도 불구하고 1977년 의료보험 의료수가 책정에서 4개항목의 사회사업 서비스에 대한 수가가 책정된 것은 대단한 일이 아닐수 없다. 그러나 이나마 수가를 정할수 있는 사회사업서비스는 정신의료와 재활분야에서의 사회사업 서비스에 한정되어 있으며 일반의료 사회사업가들은 그들의 서비스에 대한 적절한 대우도 받지 못하고 있는 실정이다. 그 후 한국에서는 1980년대부터 임상사회사업에 대한 연구와 관심이 나타나기 시작하였다(임상사회사업연구회: 66) 학계에서는 임상사회사업에 관심을 가진 소수의 교수가 중심이 되어 임상사회사업연구회가 생겨났다. 현장에서도 임상사회사업에 많은 관심을 가지기 시작한 사회사업가들이 정신의료 및 의료사회사업가들을 중심으로 스터디그룹을 만들었으며 기관으로는 종합병원 사회사업가들과 당시 한국에서 미국의 임상사회사업 실천의 하나의 모델로 보여진 미8군 병원 정신과내 사회사업실, 군대지역사회서비스(military community services), 가족옹호프로그램(family advocacy) 그리고 가족생활센터(family life center)가 있었다. 이 기관들은 단지 사회사업의 임상실천 뿐 아니라 가정폭력, 알코올 및 마약중독과 가족치료에 관심이 있는 한국의 사회사업가들을 부분적으로 훈련하고 workshop을 하는 등 슈퍼비전과 정기적인 보수교육 체계를 갖춘 임상사회사업 실천 모델로서의 역할도 해왔었다. 이런 과정을 거치는 동안 1982년 의료분야에 종사하는 총 51명의 사회사업가가 중 22명이 정신의료사회사업가(권진숙, 1983: 5)였던 것이 1988년에는 종합병원 총 108개 중 총 45개병원에 45명의 정신의료사회사업가로 늘어났으며 정신의료사회사업가 외 정신요양시설에 근무하는 사회복지사 43명을 합하면 총 90여명의 사회복지사(박미은, 1988: 31-33)가 정신보건 분야에서 일하고 있었다. 그 후 1992년에는 서울, 경기, 인천, 강원지역만을 합한 정신의료사회사업가의 수가 60명(백혜영: 30)으로 보고되었다.

물론 1980년대 이후 늘어나기 시작한 사회복지 전문요원들과 사회복지관에 종사하고 있는 사회사업가들 사이에서도 타전문직간의 관계에서 사회복지 전문가로서 인정받고자 하는 욕구가 팽배해지기 시작했다.(임상사회사업연구회,1998: 26) 그러던 중 1985년부터 시작된 정신보건법 관련 논의는 학계뿐 아니라 정신의료 분야에서 종사하고 있는 사회사업가들을 긴장시키기 시작했고 이들은 정신과의사, 임상심리학자 등 타 전문직과의 보다 긴밀한 관계성속에서 자신들을 강력하게 지원할수 있는 내/외적인 힘을 찾기 시작했다고 볼 수 있다. 이러한 노력의 일환으로 젊은 계층의 소수 정신의료사회사업가들을 중심으로 스터디그룹을 형성하였고 이들은 대한의료사회사업가협회의 강력한 지원을 호소하기에 이른다. 그러나 당시 여러 가지 상황으로 미루어 볼 때 대학의 주도적인 힘과 협회로부터 필요한 도움을 얻기가 힘들것으로 판단한 정

신의료사회사업가들은 대한의료사회사업가협회에서 분리되어 1992년 2월 하이아트호텔에서 정
 신의료사회사업학회 발기인대회를 갖게 되는데 그 과정을 통해 정신의료사회사업가 그룹은
 대학에서 임상을 주도하는 교수들은 물론 대한의료사회사업가협회와도 불편한 관계를 초래했
 고 그런 관계는 한동안은 영원히 아물지 않을 상처로 한국 사회사업계에 남을 것 같이 보였다.
 정신보건분야에서 일하는 사회복지사들은 사회복지사들이 정신과의사들처럼 주도적인 역할을
 하는 장면에서 일하고 있지 않았을 뿐 아니라 임상심리사, 정신간호사라는 타전문직과의 함께
 일하고 있다. 타전문직들과의 협력활동은 사회사업의 뚜렷한 정체성을 요구할 뿐만 아니라 사
 회사업 전문성의 정도나 활동의 내용등이 명백하게 노출되어 타전문직에 의해 비판과 평가를
 받게된다.(김수환,1994 : 45) 정신의학분야에서 사회사업의 전문성에 대한 비판이 지속적으로
 제기되었으나 현실적으로 의료모형을 중심으로 정신과의사들 중심의 접근이 계속되었던 것도
 사실이다. 그 예로 석사졸업과 3년간의 엄격한 수퍼비전을 통한 현장실습을 시키면서 서비스의
 질적 수준을 관리해온 임상심리사들의 경우조차도 한국상담치료연구소에서 상담 및 심리치료
 를 시행하고 비용을 수납하는 행위는 의료법 25조 1항을 위반한 행위라는 “심리치료”에 관한
 복지부장관의 회신(1995년3월13일)이 있었던 사실은 우리 모두 익히 들은바 있는 한국의 현 실
 정이다. 미국 임상사회사업가들의 심리치료에 관한 예와 비교해 볼 때 한국 정신보건사회사업
 가들이 처한 직접적 주변환경을 가히 짐작할 수 있을 것이다. 이와같은 내·외적 상황으로 미루
 어 볼 때 지금까지 정신의료사회사업학회는 사회사업계 내부에서보다 사회사업 외부환경의 압
 력에 의해 사회사업 정체성에 대한 확인작업 뿐 아니라, 정신의료 분야에서 타전문직으로부터
 인가를 획득하기위해 또 다른 사회사업적 기능 및 역할개발을 동시에 이루어내야 하는 힘든
 상황에 처해 있었다고 볼 수 있다. 따라서 정신보건사회복지사로 구성된 학회는 위에서 지적한
 사회사업계내에서의 여러 가지의 이슈들을 차선으로 돌리고 외적 압력과 기존에 획득한 서비
 스에 대한 사회적 인가와 서비스 확장을 위해 매진할 수밖에 없었다. 그 과정을 좀 더 구체적
 으로 살펴보면 한국정신의료사회사업학회는 이 후 의료 및 정신의료분야에서 오랫동안 사회사
 업가로 오랫동안 일해왔던 대구대학교의 김규수교수를 회장으로 추대하고 1993년 제1차 학술
 대회를 계기로 보다 단결된 힘을 발휘하게 된다. 이때 최초로 정신보건사회사업학회 가입한 사
 회사업가는 160명에 달했다. 이에 힘을 얻고 정신의료사회사업학회는 그 동안 실현이 미루어져
 왔거나 어려웠던 정신의료사회사업의 개념정의, 체계적인 훈련을 위한 수퍼바이저 교육 및 증
 명서 발급은 물론, 전국적인 네트워크 확립을 통해 묻혀있던 정신의료 분야의 유능한 사회사업
 가들을 발굴하는 계기를 마련하였다. 이를 토대로 지금까지 한국정신보건사회사업학회는 전국
 적으로 뜻을 같이하는 교수들과 사회사업가들의 강력한 지지를 얻고 단결하는 단체로 성장하

게 되었다. 그 결과 1997년 최초로 보건복지부장관으로부터 183명(1급:72명, 2급:111명)의 정신보건분야 사회사업가가 국가자격증을 받게 되었다. 그리고 타 전문요원에 대비한 숫자는 1998년 9월 현재 배출된 정신보건전문요원(임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회사업가) 총837명 중 사회사업가는 218명으로 38.4%를 차지하고 있다. 그리고 제3대·4대 회장을 역임하고 있는 유수현회장을 중심으로 구성된 정신보건사회사업학회는 1999년 3월 현재 학회원이 총 400여명에 이르는 큰 학회로 발전을 거듭하면서 체계적인 정신보건사회복지사 수련과 대정부 정신보건정책 및 사회사업 정체성 확립에 힘쓰고 있다. 이 과정에서 나타난 긍정적 변화를 두가지로 요약해보면 첫째는, 자의건 타의건간에 정신보건 분야에서 20-30년부터 묵묵히 자신들의 자리를 지키며, 오로지 정신의료 분야의 클라이언트들과 삶을 같이 해왔던 사회사업가들이 그들의 지위를 국가자격증으로 인정받게 되었다는 것이다. 둘째로는, 정신보건법속에 명시하고 있는 정신보건 전문요원으로 임상심리, 정신간호사와 더불어 정신보건사회사업가는 일반인 뿐만 아니라 타전문직에 의해 일반사회사업가(generalist)가 아닌 특수전문직(specialist)으로 인정받게 되었다는 사실이다. 정신보건기관에서는 여러 관련 전문직들이 다학제적 치료팀을 구성하여 서비스를 제공하고 있으며, 정신보건의 특성상 다양한 치료방법이 활용되고 있으므로 이를 둘러싼 다학제 전문분야간의 긴장과 역할분담은 미국에서나 우리나라에서나 늘 중요한 쟁점이 되어왔다. 특히 과거 의료모델 중심에서 지역사회중심의 정신질환자 사회복지관을 강조하는 정신보건법과 최근 2-3년사이에 등장한 사회복지시설이나 지역사회정신건강센터 등 다양한 셋팅(setting)의 성장은 정신보건분야에서 일하는 사회복지사의 정체성과 전문성에 대한 더욱 강력한 동인이 되고 있다.

이러한 변화는 한국 사회사업의 21세기 전문화를 위한 또 다른 도약을 위한 발판이 될 것으로 본다. 타학문분야에서 기존의 사회사업 영역을 잠식해 들어오기 시작한 현재 한국적 상황으로 미루어 볼 때 정신보건사회사업학회의 성장과정과 역할은 우리에게 많은 시사점을 남긴다고 볼 수 있다.

2. 정신보건사회복지 전문화과정에서 나타난 관련 사회복지사단체들의 역할

Caplow나 Wilensky등은 전문직으로 발전하는데 있어 전문직업의 형성, 전문적인 교육기관의 설립, 전문단체(협회)의 설립,서비스의 독점영역 주장, 자격과 허가를 위한 정치적 활동, 윤리강령의 발전 및 윤리강령의 제정 등의 단계를 밟는다고 주장하였다(유수현,1997: 6). 미국에서 사회사업가에 대한 역할기대가 비교적 뚜렷했던 상황으로 시작된 의료 및 정신의료사회사

업 실천과는 달리 한국의 정신의료사회사업은 미국식 사회사업실천방법과 제도만 먼저 도입되었다. 정신보건사회사업이 왕성하게 도입된 1970년대 이 분야 사회사업가들에 대한 오리엔테이션이나 슈퍼비전이 체계적이지 않았을 뿐 아니라 타전문직들의 사회사업가의 역할에 대한 기대도 분명치 않았고 냉소적이었다고 볼 수 있다. 이 당시 우리나라는 정신보건분야에 대한 국민적 인지도도 매우 낮았고, 사회사업계내부에서조차 정신의료사회사업가에 대한 역할기대가 정리되어 있지 못했다. 이러한 사회복지계 내.외적 상황에서 정신보건법 제정까지 초반기 사회복지계의 참여는 부분적이고 제한적이었다. 1986년 사회복지협의회에서 1985년 법안에 대한 수정을 요구하는 건의안을 제출하였고, 1990년 9월에는 대한의료사회사업가협회가 1990년 법안에 대한 수정건의안을 제출하였다. 1991년 10월 대한의료사회사업가협회 산하 정신의료사회사업연구회를 중심으로 정신보건법대책위원회 결성의지를 표명한 것을 계기로 1992년 1월 범사회복지계가 대책위를 결성하고자하였으나, 모인사람들의 대표성과 합법성에 의문이 생겨 결성에 실패하고 정신보건법안에 대한 의견서를 보건사회부에 제출하는 것으로 그쳤다.(양옥경, 1996:322) 이후 정신보건법 제정과정에서 사회사업계의 통합된 목소리를 반영하고자 하는 목적으로 1993년 8월 11일 최초로 사회복지학회와 대학교육협의회, 사회복지사협회, 의료사회사업가협회에서 위원을 추천받아 “정신보건법 공동대책위원회”를 구성하였다. 그러나 현재 정신보건현장에서 일하고 있는 사회복지사들의 권익과 이해를 제대로 반영할 정신보건사회사업학회의 참여가 배제된 문제점이 제기되어 2차회의부터 정신보건사회사업학회의 대표위원을 추가하게 된다. 이 위원회는 문인숙위원장을 중심으로 모임을 갖고 정신보건법안에 대한 규정을 검토하고 공청회를 개최하였다. 그러나 관련단체 및 참석자들의 대표성과 정신보건전문요원으로서 사회복지사의 명칭과 자격규정에 대한 이견차가 두드러지면서 많은 갈등이 노출되자, 1996년 1월 당시 정신보건사회사업학회 김규수회장의 건의로 5개단체(한국사회복지사협회, 한국정신의료사회사업학회, 한국사회복지학회, 한국사회사업(복지)대학협의회, 대한의료사회사업가 협회)에서 정신보건법 시행령 준비를 위한 위원추천을 하여 공식 위원회구성을 하기로 합의한 것이 출발점이 되었다. 위원회는 최일섭위원장과 각 단체에서 2명씩 추천한 대표(사회복지사 협회는 9명)들 총 18명으로 구성되었으며 업무추진 과정을 간략히 살펴보면 다음과 같다.

- 1996. 1. 4 : 정신보건법이 제정됨에 따라 “정신보건법 시행령 관련위원회”를 구성
- 1996. 2. 1 : 위원회의 위원구성 및 대표성에 대한 재 논의
- 1996. 3. 7 : 단체장 간담회를 통해 위원회의 대표성과 활동의 인정
- 1996. 3.20-4. 10 : 3차의 위원회 모임과 소위원회를 거쳐 정신보건사회복지사 자격

규정에 대한 기초안을 보건복지부에 제출

1996. 5. 20 : 정신보건시행령(안)에 대한 사회복지계의 의견 제출

1996. 5. 22 : 대한간호협회, 정신간호협회, 한국사회복지사협회, 한국정신보건사회사업학회, 한국심리학회, 한국임상심리학회와 공동으로 “정신보건전문요원의 국가 자격시험 시행요구 및 수련기관 확대요구”에 대한 건의안을 제출

1996. 6. 6 : 정신보건사회사업가 자격시험 실시

1996. 7. 3 : 시행규칙을 논의하기 위한 소위원회 구성

1996. 9. 2- 10. 31 : 보건복지부에 “정신보건법 시행규칙에 대한 의견서 제출”

이상의 과정을 정리해보면 사회복지계 내부에서는 정신보건법 제정과정을 계기로 우리의 입장을 반영시키기 위한 많은 노력이 있었고 이 과정에서 잠재되었던 사회사업실천의 많은 문제들이 드러나게 되었다. 먼저 사회복지계 내부의 문제점들을 보면, 정신보건영역의 사회복지사 자격기준에 대해 각 단체의 의견차가 컸고, 대표적으로 그 과정에서 “임상사회복지사”와 “정신보건사회복지사”의 정체성과 자격에 관한 논란이 있었다. 특히 사회복지사협회를 중심으로 사회사업 전반의 발전을 궁극적인 목표로 삼고 시작한 다소 이른(?) 임상사회사업의 개념규정과 임상사회복지사 자격제도 개발을 위한 프로젝트가 위의 정신보건사회사업학회 노력과 같은 시기에 진행되어지게 되었다. 이로 인해 사회사업계내에서는 물론 정부기관 및 타전문직들에게조차도 정신의료 혹은 임상사회사업 개념과 관련 커다란 혼란과 갈등을 초래하는 계기가 되었다. 물론 명칭 및 자격기준에 대한 논란은 실제로 사회복지사의 특수성과 전문성에 대한 기본 인식 및 개념에 대한 사회복지사 단체간의 명확한 인식의 차이를 드러내는 것이며 이점은 추후 계속 논의와 협의가 진행되어야 할 민감한 부분이라고 하겠다. 현장의 실무자들 경우 사회사업계 전반의 뭉쳐진 힘이 우선되어야 한다는 커다란 명제에는 동의하면서도 타전문직과 매일생활을 같이하면서 피부로 느끼는 그것이 현실적인 우선은 될 수가 없었던 것 같다. 그리고 위와같은 정신보건사회사업학회의 노력을 일부에서는 “나무만 보고 숲을 보지 못하는 집단” 그리고 “이기주의집단 혹은 스스로를 엘리트집단으로 오인하고 있다.”라는 등의 오해와 평가가 있었던것으로 알고 있다. 이러한 상태에서 각 분야의 의견수렴 단계가 미흡한 채 기존의 논란이 있던 임상사회복지사자격을 수정하여 1998년 전문사회사업가라는 증명서를 사회복지사협회가 발급함으로써 전문화와 관련된 민감한 문제가 다시 수면위로 등장하게 되었다. 무엇보다 이러한 전문사회사업가제도는 사회사업의 전문화라는 큰 명제에 대한 각 관련단체간의 합의와 조정의 틀위에서 진행되어야 하는 것이 필요하다.

두 번째, 타전문직과의 관계면에서 살펴보면 가 병원이나 정신보건기관마다 기관자체 혹은 지도하는 정신과의사의 요구 등에 따라 각자의 역할을 달리하는 과정속에서 사회사업가들 내에서조차도 사회사업서비스와 사회사업가 역할에 대한 혼돈이 있다는 점이다. 정신보건사회복지사들은 내부의 혼돈을 정리하고 정체성을 재정립해야하는 것과 동시에 정신보건법 입법과정속에서 정신과의사, 임상심리, 정신간호 그리고 타 치료전문직들과의 학제간 일정수준의 전문성을 유지하는면서 그들만의 차별성(uniqeness)을 만들어내지 않으면 안되었다. 따라서 정신보건사회사업학회는 학제간 혹은 다학문체계 속에서의 생존을 위한 노력에 일차적 관심을 기울이지 않으면 안되게 되었고 이것은 사회사업의 전문성과도 연결되고 있다.

그러나 이러한 내부적 진통에도 불구하고 역사적으로 볼 때 사회복지 관련단체들간의 협조로 정부에 통일된 목소리를 내어 우리의 의견을 전달하고 그 추진을 위해 함께 노력하여 전문가자격 및 수련제도를 확립한 것은 뜻깊은 일이 아닐 수 없다. 또한 다학문적 접근이라는 측면에서 심리, 간호 영역의 관련 단체와 의견을 조율하면서 정신보건전문요원의 공통성과 사회복지의 전문성과 특수성을 살리려고 노력한 점은 다영역 접근의 기초를 형성한 점에서 의미가 있다고 하겠다. 아직까지 기존사회복지사 제도 및 사회복지사협회의 전문사회복지사 자격과의 연계성 문제는 다루어져야 할 영역으로 남아있고, 정신보건영역이 점차 지역사회중심접근으로 그 축을 넓혀감에따라 지역사회복지관의 사회복지사 들과의 업무영역에 대한 재조정 이슈도 새롭게 제기되고 있다.

IV. 한국 사회사업 전문화와 관련된 정신보건사회사업학회 현황

정신보건영역에서의 사회사업은 정신적,정서적 장애를 가진 자와 그 가족의 문제를 대상으로 직접 개입하는 사회사업 실천으로 다양한 영역의 임상사회사업중에서 핵심적인 서비스영역중의 하나이다. 1995년 12월 정신보건법이 제정되어 시행되기 시작하면서 정신보건영역에서 사회사업 환경이 급속하게 변화하고 있다. 사회사업이 정신보건에 관련한 과업과 책임은 정신건강증진, 정신질환과 그 장애의 예방, 정신질환의 전인적 치료, 정신장애인의 사회복지와 재활 및 이들의 지역사회성원으로서의 생활을 돕기 위함 개입과 환경의 조정에 둔다. 정신보건영역에서 사회사업은 정신보건법 시행령 제 21조에 의해서 법적인 근거를 갖고 정신과에서의 사회사업서비스는 의료보험 수가로 책정되어 정신과치료팀의 일원으로 전문적인 역할과 기능을 하며, 국민의 건강을 증진시키고 정신질환을 예방하며, 정신질환의 의료 및

장애극복과 사회복지 촉진을 위한 연구, 조사, 지도, 상담을 할 수 있고 정신보건전문요원으로서 사회복지시설을 설치, 운영할 수 있도록 되어있어 제도적으로 그 전문성을 인정받고 있다고 하겠다. 또한 전문성의 유지와 윤리강령의 준수, 고유가치의 내면화와 임상의 자체발전을 위한 학회조직(한국정신보건사회사업학회)을 가지고 있어 지속적인 지식습득과 기술개발을 위해 힘쓰고 있다.

정신보건법 및 시행령과 규칙에 나와있는 정신보건사회복지사의 자격인정에 관련된 내용을 살펴보면 첫째, 정신보건사회복지사를 1급과 2급으로 구분하고(시행령 제2조 3항) 그 자격을 시행령 제2조 2항에서 구체적으로 규정하였다. 시행령에 따르면 1급정신보건사회복지사는 사회사업학이나 사회복지학 전공 석사학위소지자로서 정부가 정한 수련기관에서 3년간의 수련을 마친자거나 2급자격소지자가 자격취득후 5년의 임상실무경력을 쌓고 평가받는다. 2급 정신보건사회복지사는 사회복지사 1급 자격소지자로서 수련기관에서 1년간의 수련을 마치고 평가후 자격을 취득하도록 되어있다. 정신보건영역에서 사회사업의 정체성을 확립하는데 영향을 주는 중요한 변화중의 하나는 이러한 수련제도가 법적으로 생겨났다는 것이다. 1997년 3월 11일자로 제정된 “정신보건 전문요원의 수련과정등에 관한 규정”에 따르면 연간 수련시간 총 1000시간을 이수하되 이론교육 150시간, 학술활동 20시간을 포함한 임상수련 850시간으로 구성되어 있다. 1년에 걸친 이론교육과 임상수련을 이수한 후, 학회에서 주관하는 자격관리위원회의 수련 심사를 거쳐 필기시험과 구술시험을 통해 수련을 평가하고 있다.

1. 정신보건사회복지사 이론교육

현재 정신보건사회복지사 이론교육은 정신보건사회사업학회 주관의 통합교육 형식으로 총 150시간을 실시하고 있는데 그 내용을 2급훈련 기준으로 살펴보면 <표 1>과 같다. 이론교육의 내용은 1기에 비해 정신보건전문영역간의 공통과목이 44시간으로 증가하여 효과적인 team work approach를 위한 통합성 증진을 위한 기반을 마련하고 효과적인 실천서비스를 위한 실제적 지식제공을 목적으로 하고 있다. 특히 지역사회중심의 접근성 강화를 위해 사회사업의 고유한 사회적 특성을 강조한 사회복지서비스계열의 과목교육에 강조점을 두고 있다.

<표 1> 2급 정신보건사회복지사 이론교육 과정 개요

과 목 계 열	과 목 명	이수시간
정신보건기초계열 (7개 과목)	정신보건사회사업, 정신사회재활, 사회사업실천 윤리, 지역사회정신보건,정신보건관련법규,임상 심리, 정신간호	32시간
사정 및 평가계열 (2개 과목)	심리사회적사정, 사회사업기록	10시간
정신의학계열 (3개 과목)	정신병리론, 진단분류체계,정신생물학 및 약물학	25시간
사회사업치료계열 (4개 과목)	집단치료I, 집단지도, 가족치료I, 위기개입	18시간
정신건강문제계열 (3개 과목)	인간과 성, 학대와 방임, 알코올 및 약물남용	16시간
사회복지서비스 계열 (7개 과목)	주거훈련,생활훈련,직업훈련,사례관리I,II, 사회 기술훈련, 인간관계훈련	49시간
총 26개 과목		150시간

2. 정신보건사회복지사 임상수련

임상수련은 정부가 지정한 수련기관에서 년 850시간을 기준으로 하여 정신보건사회사업학회가 인준한 수퍼바이저의 지도감독하에 30사례를 달성하도록 규정하고 있다. 수련현황을 보면 97년 제 1기 정신보건사회복지사 수련이 16개 기관 37명 수련 , 98년 26개 기관에서 63명 수련하였고 현재 99년에는 26개기관에서 65명의 수련생들이 200년 2월 28일까지 수련중이다. 질적인 사회복지사관리를 위하여 수퍼바이저 제도를 엄격하게 시행하고 있으며, 수퍼바이저는 1급 정신보건사회복지사 자격증 소지자로 학회에서 인준한 자로 제한된다. 지정된 수련기관내에 1급 정신보건사회복지사가 부재시 외부에서 수퍼바이저를 위촉하여 지도감독하며 주 1회 2시간을 기준으로 하고 있다. 제1기의 경우 총 40사례를 수련하였으나 정신보건간호사나 정신보건임상심리사의 수련기준과 형평성을 위해 98년 2기부터 <표 2>와 같이 총 30사례를 그 기준으로 하고 있다. 각 사례는 내용에 따라 개입수와 방법이 상세히 규정되어 있다.

<표 2> 2급 정신보건사회복지사 임상수련

구 분	내 용
심리사회적 사정 (20사례 이상)	개인력조사, 가족력조사, 심리사회적 기능평가
사회사업 치료 I (2 사례)	퇴원계획 및 사후관리
사회사업 치료 II (4 사례)	집단활동요법, 가족교육, 가정방문, 사회기술훈련
사회사업 치료 III (4 사례)	사례관리 (위기개입, 생활훈련, 주거시설프로그램,직 업재활서비스,재가서비스,자조모임지도,지역사회자원 동원 및 조직)
사 례 수	총 30 사례

V. 결론 및 제언

이상 미국과 한국상황을 살펴보면서 한국 사회사업가들의 전문성향상과 21세기 사회복지를 위한 우리들의 노력을 위해 아래와 같이 제언하고자 한다.

먼저, 미국 사회사업의 전문성에 비교하면 한국은 사회사업 전문화가 약 30년 정도의 과정에 불과하다고 볼 수 있다. 따라서 위에서 소개된 본 학회의 여러 가지 노력과 견해표시는 많은 한계성을 가질 뿐 아니라 논란이 있을수도 있고, 한국 사회사업 전반의 전문화라는 시각에서 보면 시작에 불과하다고 생각된다. 학제간 팀웍이 주된 개입방법으로 이루어지고 있는 즉, secondary setting의 임상실천과 관련을 가진 사회사업가 단체는 한국정신보건사회사업학회 외에도 대한의료사회사업가 협회, 가족치료학회, 학교사회사업학회, 소수의 개업사회사업(private social work)기관 등이 있다. 따라서 차후 사회사업가협회를 구심점으로하고 이들 단체들이 주가되어 유사한 상황속에서의 사회사업 전문화, 현재 미국에서 사용되어지고 있는 임상사회사업 개념과 적용성 그리고 이들을 위한 한국사회사업가들을 위한 자격증 관련 논의 및 합의가 빠른 시일 내 이루어져 사회사업 전문분야확장을 위한 노력을 해야 한다고 생각한다.

둘째로 21세기 사회복지 주위환경은 다학문체계속의 보조적, 시너적 위치에 있는 일원으로서의 사회사업전문직이 아닌 클라이언트와 그 가족, 관련 체계의 사회적 기능회복을 위해 학제간의 수평적 팀웍과 이를 성공적으로 수행해 내기 위한 제3의 방법론 창조를 통해서 이루어 나갈수 있기를 기대하고 있다고 생각된다. 그러나 지금까지 미국이나 한국의 전문화 과정에서 공

통적으로 볼 수 있었던 한가지 현상은 항상 외부환경의 변화 혹은 외부의 자극이 전문화의 중요한 동인이었음을 볼 수 있었다. 물론 그 과정에서 더욱 중요하게 보아야 할 점은 사회사업계는 오히려 더욱 열심히 노력하고 뭉쳐 그 기회를 보다 발전된 전문성 확립의 계기로 삼았다는 점이다. 그러나 이런것들이 비록 자구적 노력의 승리라고 평가할 수도 있겠지만 이러한 대응양상은 어디까지나 보수적이며 수동적인 태도라 볼 수 있으며 전문분야의 확장과 보다 높은 기술 및 훈련이 요청되어지는 21세기 한국 사회사업 전문화를 위해서 모든 사회사업가들은 좀더 창의적이고 적극적으로 외적환경의 변화에 대응 앞서가는 준비자세가 필요하다고 생각된다.

특히 한국에서의 사회복지 전문화를 위해서는 양쪽이 병행되면서 최소한의 공통영역을 도출해 내는 작업이 시급히 요청되어지고 있다. 이러한 과정은 한국의 사회사업 정체성에 대한 확인을 기반으로 가능하리라고 보여지지만 현실적으로 21세기 환경은 모든 학문분야에서 학제간 조합 내지는 통합이 주도하게 될 것임으로 우리는 이 두가지 작업을 병행하면서 상호부조해야 할 책임을 지고 있다고 본다. 바로 이점과 관련 하여 한국사회복지사협회는 기존의 세분화, 특수화된 사회복지사단체들간의 합의점 도출을 위한 조정자(coordinator)역할을 할 필요성이 있으며 이러한 조정과정이 새롭고 창조적인 21세기 사회복지실천에 일익을 담당할 것 이라고 기대한다.

참고문헌

권진숙(1983), 한국정신의료사회사업가의 전문적 기능 및 업무에 관한 연구, 이화여대 대학원 석사논문

김기영(1991), "정신보건의 문제점들(1)", 정신건강연구 제 10집, pp 154-171.

김기영(1992), "정신보건의 문제점들(2)", 정신건강연구 제 11집, pp 97-109.

김기태, 박병현, 최송식(1999), 사회복지의 이해, 박영사

김규수(1986), 의료사회사업론, 형설출판사

김수환(1994), "정신의료사회사업가의 전문성제고를 위한 교육과 훈련", 정신보건사회사업학회 제2차 학술대회, pp 43-61.

박미은(1988), 정신보건법에서 사회사업가의 역할에 관한 연구, 이화여대 대학원 석사논문

백혜영(1993), 정신건강전문가들의 지역사회정신건강개념과 사회복지사의 역할 인식도에 관한 연구, 이화여대 대학원 석사논문

유수현(1997), "정신보건 영역에서의 사회사업 정체성", 1997년 한국정신보건사회사업학회 추계

학술대회자료집, pp 1-10.

이용표(1998), "정신보건의 현실과 정신보건법 개정방향에 관한 일 고찰", 정신보건사회사업학회 추계학술대회

전재일(1992), "우리나라 사회복지사 자격제도의 개선방향", 사회복지연구, 제20집, 대구대학교 사회복지연구소.

한국 정신보건법

사회복지대백과사전

이화여자대학교사회복지학과(1998), 이화50년사

정신보건사회사업학회 자료집

정신보건사회복지학회지

임상사회사업연구회(1998), 사회복지실천과 임상사회사업, 학문사

Brieland, D.(1987), History and Evolution of Social Work Practice Encyclopedia of Social Work(18th ed), Silver Spring:NASW.

Germanin, C. B.(1980), "Social Context of Clinical Social Work", National Association of Social Workers, Inc., pp 483-493.

Gibelamn, M., & Schervish, P. H.(1993), Who are: The social work labor force as reflected in the NASW membership. Washington, DC:NASW Press

Ginsberg, L.(1995), Social work almanac, Washington,DC:NASW Press.

Jackson, J.A.(1987), "Clinical Social Work and Peer Review: A Professional Leap Ahead",National Association of Social Workers, Inc., pp 213-220.

Morales, A.,& Sheafor,B.W.(1995), Social work: A profession of many faces(7th ed). Boston: Allyn & Bacon.