

Рыбачева Ольга Станиславовна, **Дораев** Марк Валерьевич
Самарский государственный технический университет

Rybacheva Olga, **Doraev** Mark
Samara State Technical University

ДЕИНСТИТУЦИАЛИЗАЦИЯ В ПРОЕКТАХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОСТРАНСТВ

DEINSTITUTIONALIZATION IN THE DESIGN OF REHABILITATION SPACES

Рассматриваются современные архитектурные подходы к проектированию реабилитационных центров, ориентированных на ментальное здоровье. Перечислены принципы рационального зонирования центров, и новых элементов пространства, помогающих пациентам ориентироваться в среде. Анализ примеров реализованных объектов демонстрирует эффективность таких решений в контексте гуманизации архитектуры реабилитации.

The article examines modern architectural approaches to the design of rehabilitation centers focused on mental health. The principles of rational zoning of centers and new elements of space that help patients navigate the environment are listed. An analysis of examples of implemented objects demonstrates the effectiveness of such solutions in the context of humanization of rehabilitation architecture.

Ключевые слова: реабилитация, пространство, маршрут, маркер, деинституциализация

Keywords: rehabilitation, space, route, marker, deinstitutionalization

В современных методиках лечения психических заболеваний наблюдается большой сдвиг в сторону деинституциализации учреждений помощи в восстановлении ментального здоровья. «Институциализация» в ментальной реабилитации представляет собой процесс, в ходе которого для оказания систематической помощи лица с психическими или когнитивными расстройствами помещаются в специальные учреждения, изолированные от общества. Этот процесс имеет как позитивные, так и негативные стороны, обусловленные историческими изменениями в подходах к лечению психических заболеваний. Исторически, практика институциализации начала активно развиваться в Европе и Северной Америке с конца XVIII в., когда появились первые специализированные лечебницы для людей с психическими расстройствами. Они заменили практику содержания

таких пациентов в тюрьмах, монастырях или вовсе их изоляции в семьях. Эти учреждения первоначально основывались на идее гуманистического подхода, о чем свидетельствует деятельность таких реформаторов, как Филипп Пинель во Франции и Уильям Тьюк в Англии. Пинель, например, разработал концепцию «моральной терапии», предполагающую гуманное обращение, соблюдение правил гигиены и стимулирование позитивных изменений через трудовую деятельность.

Однако в конце XIX – начале XX вв. массовая институциализация стала сопровождаться значительными проблемами. В условиях быстро растущей нагрузки и ограниченных ресурсов, такие учреждения нередко превращались в места, где преобладало принуждение, а пациенты страдали от пренебрежения к их правам. Например, в США пик численности пациентов психиатрических больниц

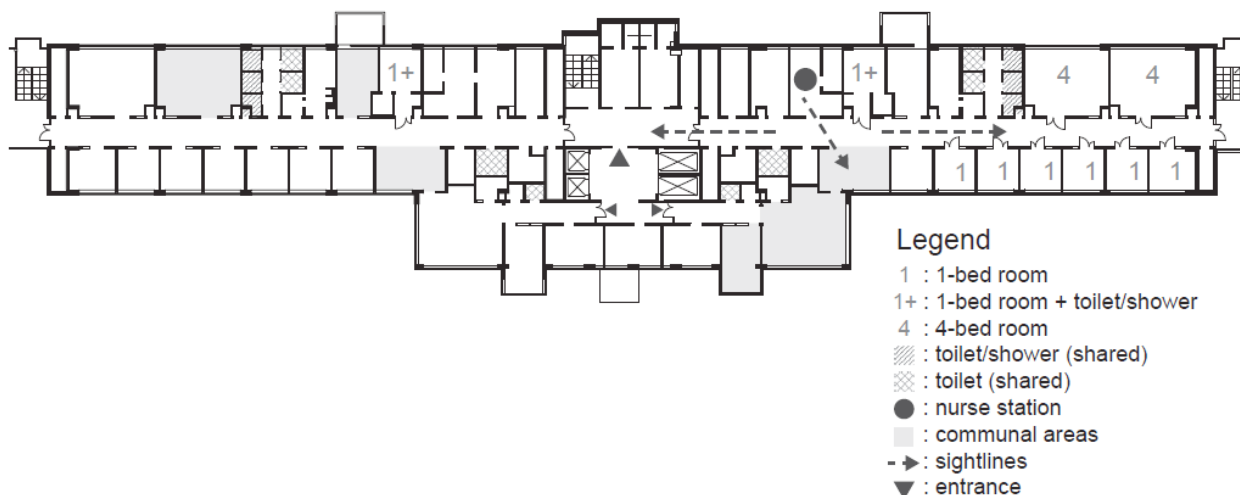


Рис. 1. План этажа старых психиатрических центров в Швеции (1 - одноместные палаты; 1+ - одноместные палаты с туалетом/душем; nurse station - зона медсестры; туалет/душ; 4 - четырехместные палаты; communal areas - общая зона пребывания пациентов) [3]

пришелся на 1950-е гг., когда в учреждениях содержалось более 500 тысяч человек. Подобные цифры отражали не только медицинскую необходимость, но и общую социальную тенденцию к изоляции людей, считавшихся «неконвенциональными» [1].

Ключевой перелом произошел во второй половине XX в. благодаря движению *деинституционализации*. Оно было вызвано целым рядом факторов: развитием психофармакологии, в частности появлением антипсихотиков, которые позволяли стабилизировать состояние пациентов без их длительного пребывания в стационарах; изменением общественных ценностей в сторону уважения прав человека. Современные подходы к институционализации значительно изменились. Сегодня основное внимание уделяется интеграции пациентов в общество, семейной терапии и созданию условий для их самореализации.

Вместе с процессами деинституционализации медучреждений начались изменения в архитектуре. Вместо больших и монотонных больничных корпусов стали появляться более компактные центры, интегрированные в городскую ткань или природное окружение за городом. Архитектурный дизайн стал учитывать необходимость создания комфортной и поддерживающей среды для пациентов.

Пространства теперь проектируются с учётом естественного освещения, доступа к зелёным зонам, социального взаимодействия и принципов приватности [2].

Роджер Ульрих, Леннарт Богрен и Стюарт Гардинер в 2005-2007 гг. изучали условия пребывания и лечения пациентов в психиатрических центрах Швеции, которые были построены в разные годы и отличались подходами к проектированию, отделке и оборудованию. Они выявили положительное влияние общей планировки на минимизацию проявления стресса пациентов: отделение с достаточной площадью с отдельными ванными комнатами и туалетами; места общего пользования, такие как кухни, комнаты для активного отдыха; отдельный выход в сад с местами для отдыха [2].

В старых центрах ментальной помощи в Швеции и других стран северной Европы большинство отделений расположены вокруг центральной рабочей зоны для медицинского персонала, что позволяет ему контролировать пациентов, постоянно контактировать с ними и проводить больше времени за пределами медицинских кабинетов (рис. 1). Кроме того, такое решение обеспечивает визуальный надзор за дверями спален, душевых комнат, туалетов, кухонь, садовых беседок. Современные проекты психиатрических больниц (рис. 2) характеризуются

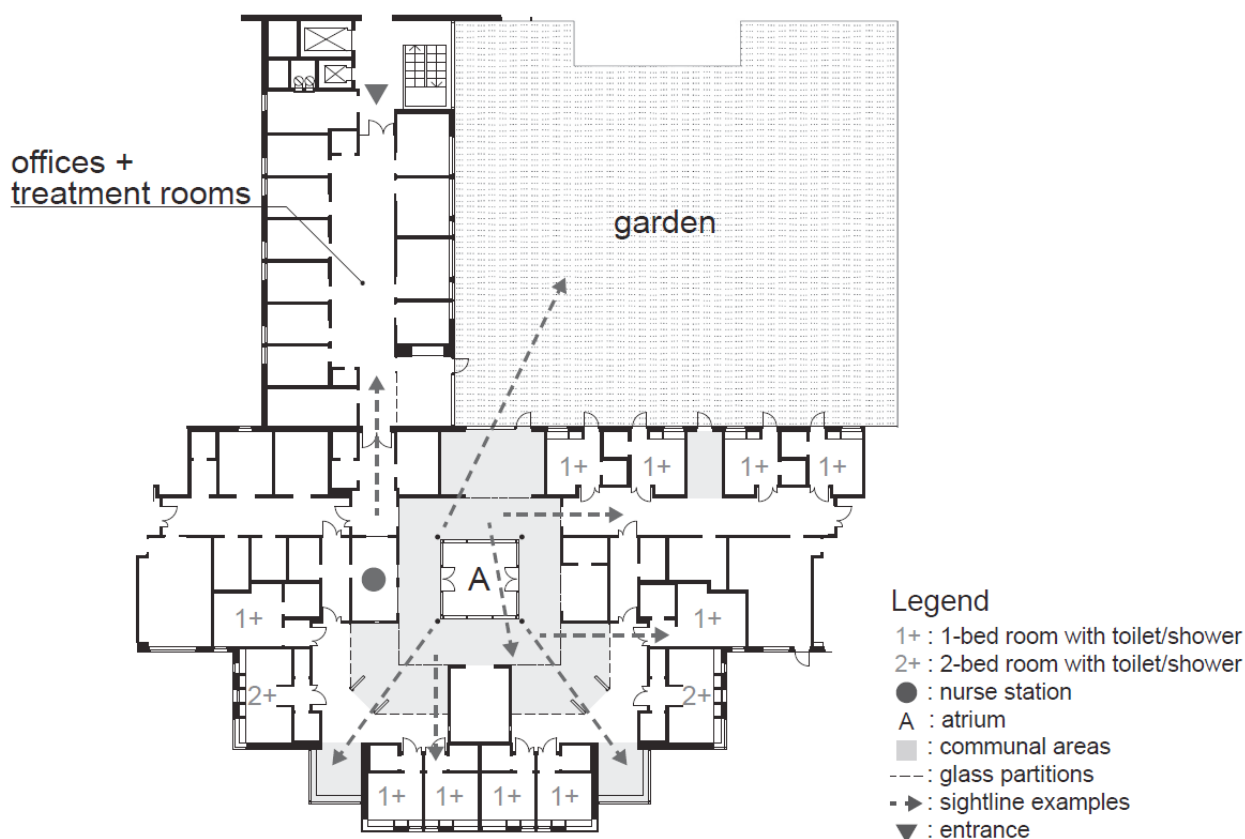


Рис. 2. План этажа новых психиатрических центров в Швеции (1+ - одноместные палаты с туалетом/душем; 2+ - двухместные палаты с туалетом/душем; nurse station - зона медсестры; А - атриум; communal areas - общая территория пребывания пациентов; garden - зеленое пространство, сад) [3]

и большей площадью палат на одного пациента (37,7 м² против 36,9 м²), зон отдыха (13,6 м² вместо 12,1 м²), меньшей площадью коридоров в зоне медицинского персонала (6,9 м² против 10,1 м²), а также возможностью централизованного мониторинга зон отдыха и помещений для активного отдыха [3].

Главным катализатором деинституционализации стало осознание того, что изоляция пациентов в крупных психиатрических больницах не только усугубляет их состояние, но и создаёт глубокую стигму. Более века сама архитектура так называемых убежищ способствовала стигматизации для целого ряда заболеваний. Однако, с целью лечения психических расстройств именно архитектура может стать ценным инструментом в процессе ментального восстановления. Общая тенденция к гуманизации больничных помещений особенно актуальна для тех из них, которые

специально предназначены для оказания психиатрической помощи [4].

Новая модель лечения основана на междисциплинарном подходе, где пациенты получают доступ к комплексным услугам. В неё входят медикаментозное лечение, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия, программы социальной адаптации и трудоустройства. Одним из ключевых аспектов этой модели является вовлечение семьи и местного сообщества в процесс лечения. Вместо долгосрочного пребывания в стационаре акцент сделан на коротких курсах интенсивной терапии в специализированных центрах и поддержке в амбулаторных условиях. Также важна работа с кризисными состояниями через мобильные команды и кризисные центры, которые позволяют пациентам получать помощь без необходимости госпитализации [5].

Эти изменения напрямую повлияли на архитектуру центров ментальной реабилитации.

Если раньше психиатрические центры строились как массивные изолированные комплексы, напоминающие крепости или казармы, то современная архитектура направлена на создание поддерживающей и терапевтической среды. Основные принципы проектирования таких зданий базируются на комфорте, приватности и инклюзивности. Центры чаще всего расположены в городской среде, что позволяет пациентам сохранять связь с обществом и интегрироваться в него. Это подтверждается в диссертации Стефана Лундина «Исцеляющая архитектура: Доказательства, интуиция и диалог», где автор, архитектор, специализирующийся на психиатрических учреждениях, утверждает, что лечебная архитектура должна основываться на ключевых элементах: 1 - создать свободную и открытую среду; 2 - способствовать социальному взаимодействию и независимости пациента; 3 - поощрять доступ и контакты с внешним миром [3].

В новой модели терапии происходит сдвиг в общей планировочной структуре центров реабилитации. Из традиционной, типовой стандартизированной системы связей и функционального деления возникает новая парадигма пространств, которая строится на основе взаимодействия пациентов и общества, пациентов и персонала, пациентов друг с другом. Возникновение новых типов помещений, новых функциональных структур приводит к формированию новых элементов пространства и более сложных, но рационально структурированных, систем связей и путей для пациентов. Новые элементы пространства можно обозначить как «маркеры» – определенные пространственные ориентиры, призванные быть отличительными особенностями пространства, обозначением функции или же просто каким-либо эмоциональным фактором. Главная задача «маркеров» – визуальная идентификация пространства, помогающее пациенту ориентироваться в нем. Более конкретным объяснением «маркера» могут стать функционально отвлекающие элементы или дополнительные пространственные акценты, служащие аттракторами (своеобразными точками притяжения), развивающими

привычную типологию центров реабилитации в целом. Они могут использоваться под разные функции, как архитектурные элементы (рампа, стена, крыша и т.д.) или же как самостоятельное пространство (рекреация, сад, амфитеатр и т.д.).

На примере Дневного Центра Альцгеймера в Реусе можно рассмотреть роль «маркера» в формировании объемно-пространственной структуры объекта (рис. 3). Патио с оливой фиксирует композиционный центр здания и является его ярким смысловым элементом. Центральный двор освещает ключевые пути коммуникации, которые задуманы как общественное пространство, всегда сопровождаемое изображением оливкового дерева, создающее атмосферу чувственности и спокойствия. Патио также артикулирует шесть функциональных модулей, каждый из которых имеет свой сад. Открытые пространства запроектированы как часть оздоровительной терапии, сообщаются друг с другом по периметру, не исключая своей приватности. Проектное решение предусматривает сохранение 75% зеленой зоны на участке, что помогает создать контакт с природой, способствующий оздоровлению [6].

Помимо вспомогательных элементов «*маркеров*», в новой планировочной структуре комплекса ментальной реабилитации особую роль играют *пути и маршруты* как для пациентов, так и для персонала и посетителей. Навигация в пространстве в основном действует как когнитивное восприятие окружения, где планировочные или визуальные препятствия – это места для смены направления движения по объекту. Проектирование сценария маршрута помогает создать уникальную структуру зонирования, с включением в комплекс новых рекреационных зон с озеленением или же новых функциональных блоков, тем самым превращая комплекс ментальной реабилитации в более функционально насыщенный медицинский центр. За счет образования новых функциональных связей меняется и композиционная структура архитектурного пространства, что позволяет создавать уникальную форму как внутри, так и снаружи.

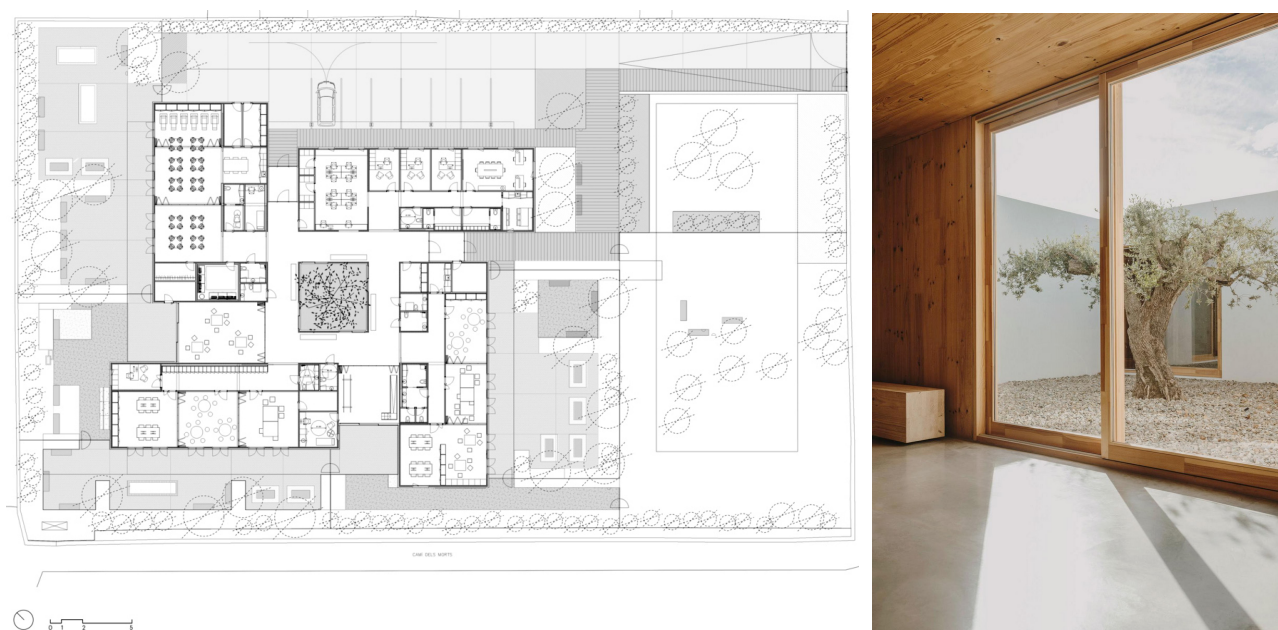


Рис. 3. Alzheimer's Day Center, GCA Architects [6]

В проекте La Maison du Jardin (рис. 4) основой пространственного решения становится линейная планировочная организация, позволяющая оптимально использовать участок и сформировать четкие связи между интерьером и садом. Архитектура строится вокруг идеи создания плавного перехода от общественных пространств к более приватным зонам, что обеспечивает комфортное проживание и автономность пользователей [7]. Внешние стены здания частично открываются в сторону сада, формируя визуальные

и физические связи с ландшафтом, что усиливает эффект интеграции с природой. Создание рациональной иерархии пространств, их разделение на приватные и общественные зоны, позволяет обеспечить одновременно высокий уровень уединения и возможность социального взаимодействия.

Другим примером может послужить Alzheimer's Respite Centre, Niall McLaughlin Architects (рис. 5). Одной из главных особенностей здания является организация пространства с учетом дезориентации пациентов,



Рис. 4. La Maison du Jardin, GNWA [7]

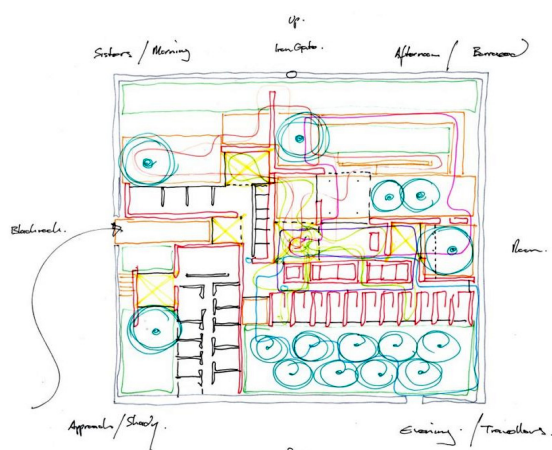


Рис. 5. Alzheimer's Respite Centre, Niall McLaughlin Architects [8]

характерной для людей с деменцией. Вся планировка построена на концепции «*блуждающих маршрутов*», которые представляют собой петли, ведущие пациента обратно в начальную точку [8]. Это помогает избегать замешательства и ощущения потери, создавая среду для безопасного передвижения. Пространства внутри здания перемежаются садами и дворами, предлагая возможность для спокойных прогулок и контакта с природой. Садовые участки включают в себя зоны для сидения, общения или простого отдыха, что способствует социальной активности и восстановлению.

В новой модели реабилитационных центров применение стандартных L-Н образных коридорных систем сводится к минимуму, так как они способствуют дезориентации пациентов и провоцируют стрессовое состояние. Для легкой навигации важен прямой беспрепятственный визуальный контакт. Взамен длинным и тупиковым коридорам с монотонной структурой маршрут выстраивается через пространства, способствующие какому-либо взаимодействию – с объектом, с окружающей средой, с людьми. В свою очередь, сочетая «маркеры» с более естественной, простой и рациональной системой связей, в объекте ментального здоровья формируется ясная среда с архитектурными акцентами и интуитивными пространствами.

При проектировании реабилитационных центров совмещение иерархичного постро-

ения пространства с рациональным зонированием всегда подразумевает не только общественные, но и private зоны для самих пациентов. Наряду с формированием зон социальной активности важную роль продолжают занимать *личные пространства*. Они позволяют клиентам отвлечься от внешней среды и социальных взаимодействий, которые иногда могут быть чрезмерными, учитывая специфику заболевания. Уединение необходимо для эмоциональной регуляции, обеспечивая безопасную среду, в которой пациенты могут пережить свои эмоции. Важно отметить, что приватность является неотъемлемой частью терапевтического процесса, обеспечивая пространство для рефлексии и эмоциональной разрядки.

Примером грамотного выделения приватного пространства и его совмещение с общественными зонами может послужить объект Casa Verde, спроектированный студией LDMDA Architetti Associati (рис. 6). Основу функционального наполнения центра составляет интеграция пространств для взаимодействия, совместной деятельности и уединения [9]. Главный объем здания раскрывается через логичную организацию внутренних помещений, где каждая зона имеет свой контекстуальный смысл и роль в общем процессе лечения. Входная группа и общественные пространства, такие как комнаты для собраний и общих мероприятий, спроектированы как открытые и светлые зоны с большим

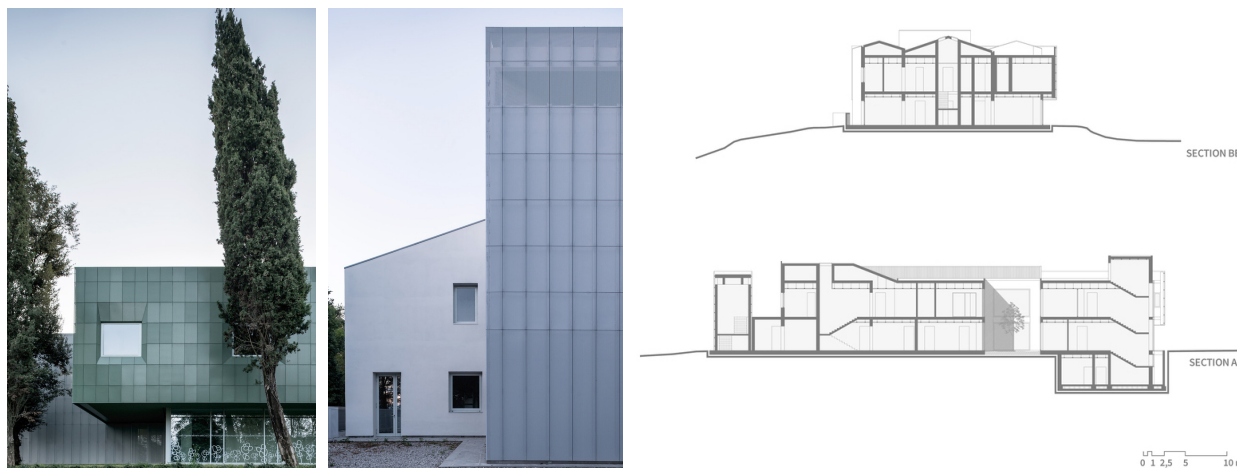


Рис. 6. Casa Verde Young Women's Care Home for Mental Health / LDA.iMda architetti associate [9]

количеством естественного света. Это создает атмосферу доступности и снижает уровень тревожности у пользователей. Архитектурные решения ориентированы на формирование дружелюбной, гостеприимной и безопасной среды. Общие зоны включают в себя открытые холлы, мягкую мебель и обилие растений, что способствует снижению уровня стресса. Приватные пространства в контексте психического здоровья представляют собой инструмент для поддержания чувства контроля и восстановления эмоционального баланса. Для людей с ментальными расстройствами возможность уединения становится не роскошью, а необходимостью. Архитектура Casa Verde демонстрирует понимание этого аспекта через четкое разграничение общественных и частных зон, создание возможностей для индивидуальной работы и отдыха. Такие архитектурные решения помогают пациенту чувствовать себя защищенными и способствуют созданию среды для эмоционального и ментального оздоровления.

Выводы

В заключение можно отметить, что современные методы проектирования реабилитационных центров демонстрирует значительный отход от традиционных решений, в пользу пространств, ориентированных на человека. Архитектура становится ключевым инструментом

создания среды терапии и социального взаимодействия для пациентов. Новая парадигма реабилитационных центров не только улучшает общие условия пребывания пациентов, но и служит примером междисциплинарного подхода, где психология, медицина и архитектура работают вместе. Это безусловно создает новые перспективы для проектирования терапевтических пространств, адаптированных под разные потребности и индивидуальные особенности пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Scull, Andrew. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton University Press, 2015, 432 p. DOI: 10.2307/j.ctvc77hvc
2. Чекмарёв, Максим. К истории психиатрии: как мы перестали интересоваться внутренним миром человека // Моноклер. [Электронный ресурс] URL: <https://monocler.ru/psihiatriya-blizhe-chem-kazhetsya/> (дата обращения 10.12.2024)
3. Lundin S. Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Wards? *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2021; 14(1):106-117. DOI: 10.1177/1937586720971814
4. National Institute of Mental Health [Электронный ресурс] URL: <https://www.nimh.nih.gov/> (дата обращения 10.12.2024)

5. Рыбачева О.С., Дораев М.В. Особенности архитектуры современных центров реабилитации // Innovative project. 2023. Т.8, №14. С. 78-84. DOI: 10.17673/IP.2023.8.14.8
6. GCA Architects. Day care Center for people with Alzheimer's disease. Divisare [Электронный ресурс] URL: <https://divisare.com/projects/447846-gca-architects-salva-lopez-day-care-center-for-people-with-alzheimer-s-disease> (дата обращения 10.12.2024)
7. Gonzalo Nogués Cristina, Weck Markus, Neri Marco, Hueso Alberto. La Masion du Jardin. Divisare [Электронный ресурс] URL: <https://divisare.com/projects/442793-gnwa-rasmus-norlander-la-maison-du-jardin> (дата обращения 13.12.2024)
8. Níall McLaughlin Architects. Alzheimer's Respite Centre. [Электронный ресурс] URL: <https://www.niallmclaughlin.com/projects/alzheimer-Respite-Centre/> (дата обращения 13.12.2024)
9. González, María Francisca. Casa Verde Young Women's Care Home for Mental Health / LDA.iMda architetti associate. ArchDaily. [Электронный ресурс] URL: <https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldmda-architetti-associati> (дата обращения 15.12.2024)
3. Lundin S. Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Wards? HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2021; 14(1):106-117. DOI: 10.1177/1937586720971814
4. National Institute of Mental Health [Electronic resource] URL: <https://www.nimh.nih.gov/> (date of access 12/10/2024)
5. Rybacheva O.S., Doraev M.V. Features of the architecture of modern rehabilitation centers. Innovative project. 2023. Vol.8, No.14. pp. 78-84. DOI: 10.17673/IP.2023.8.14.8
6. GCA Architects. Day care Center for people with Alzheimer's disease. Divisare [Electronic resource] URL: <https://divisare.com/projects/447846-gca-architects-salva-lopez-day-care-center-for-people-with-alzheimer-s-disease> (date of access 12/10/2024)
7. Gonzalo Nogués Cristina, Weck Markus, Neri Marco, Hueso Alberto. La Masion du Jardin. Divisare [Electronic resource] URL: <https://divisare.com/projects/442793-gnwa-rasmus-norlander-la-maison-du-jardin> (date of access 12/10/2024)
8. Níall McLaughlin Architects. Alzheimer's Respite Centre. [Electronic resource] URL: <https://www.niallmclaughlin.com/projects/alzheimer-Respite-Centre/> (date of access 12/10/2024)
9. González, María Francisca. Casa Verde Young Women's Care Home for Mental Health / LDA.iMda architetti associate. ArchDaily. [Electronic resource] URL: <https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldmda-architetti-associati> (date of access 12/10/2024)

REFERENCES

Для ссылок: Рыбачева О.С., Дораев М.В. Деинституционализация в проектировании реабилитационных пространств // Innovative project. 2025. Т.10, №17. С. 77-84. DOI: 10.17673/IP.2025.10.17.8

For references: Rybacheva O.S., Doraev M.V. Deinstitutionalization in the design of rehabilitation spaces. Innovative project. 2025. Vol.10, No. 17. pp. 77-84. DOI: 10.17673/IP.2025.10.17.8