

Реабилитационный потенциал архитектурно-ландшафтных компонентов психиатрических медицинских организаций

М.Р. Хоммятов¹, М.А. Самушия¹, Д.Б. Денисов², С.М. Крыжановский¹, И.В. Вдовина¹, А.Е. Борчининов¹

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

²ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Марат Рифатович Хоммятов, khommarat38@gmail.com

Резюме

Цель: проанализировать современные тенденции рациональной организации пространства психиатрических медицинских учреждений для возможности использования этих наработок в улучшении лечебно-реабилитационного потенциала российских больниц. **Материалы и методы:** поиск соответствующей литературы в базах MEDLINE и PubMed по приведенным далее ключевым словам. **Заключение:** в статье отражены современные взгляды на организацию психиатрических учреждений, основанные на принципах создания благоприятной среды. Основное внимание уделяется роли архитектурного и дизайнерского компонентов территории больниц, оказывающих немалое влияние на лечение и реабилитацию психиатрических пациентов. Рассмотрены основные правила рациональной организации пространства психиатрического отделения с акцентом на снижение дискомфорта от пребывания в стенах больницы, приведены примеры удачной планировки как отдельных палат, так и отделений в целом. Особое внимание уделяется обустройству околосанитарных территорий, детально представлена концепция дизайна CHIMES, содержащая главные принципы создания безопасных для пациентов пространств, наполненных при этом возможностями для различного рода активностей. Создание благоприятного архитектурно-ландшафтного дизайна медицинского учреждения способствует значимому улучшению прогноза для пациентов с психическими расстройствами.

Ключевые слова: психическое здоровье, проектирование медицинского учреждения, архитектурный и ландшафтный дизайн, реорганизация психиатрических больниц, реабилитация при психических расстройствах

Для цитирования: Хоммятов М.Р., Самушия М.А., Денисов Д.Б., Крыжановский С.М., Вдовина И.В., Борчининов А.Е. Реабилитационный потенциал архитектурно-ландшафтных компонентов психиатрических медицинских организаций. *Психиатрия*. 2023;21(2):17–27. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-17-27>

REVIEW ARTICLE

UDC 616.89-082.5

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-17-27>

Rehabilitation Potential of Architectural and Design Components of Psychiatric Hospitals

M.R. Khommyatov¹, M.A. Samushiya¹, D.B. Denisov², S.M. Kryzhanovskij¹, I.V. Vdovina¹, A.E. Borchininov¹

¹FSBI APE "Central State Medical Academy", Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

²FSBI "Central Clinical Hospital with Polyclinic" of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

Corresponding author: Marat R. Khommyatov, khommarat38@gmail.com

Summary

The aim: to analyze the current trends in the rational organization of the space of psychiatric medical institutions for the possibility of using these developments in improving the treatment and rehabilitation potential of Russian hospitals. **Materials and methods:** search for relevant scientific articles on the following keywords in the MEDLINE and PubMed databases. **Conclusions:** the article reflects modern views on the organization of psychiatric institutions based on the principles of creating a favorable environment. The main attention is paid to the role of architectural and design components of the hospital territory, which have a huge impact on the treatment and rehabilitation of psychiatric patients. The basic rules of the rational organization of the space of the psychiatric department with an emphasis on reducing discomfort from staying in the walls of the hospital are given, examples of successful planning of both individual wards and departments as a whole are given. Special attention is paid to the arrangement of hospital areas, the CHIMES concept is presented in detail, which contains the main principles of creating patient-safe spaces filled with opportunities for various kinds of activities. The creation of a favorable architectural and landscape design of a medical institution contributes to a significant improvement in the prognosis for patients with mental disorders.

Keywords: mental health, medical institution design, architectural and landscape design, reorganization of psychiatric hospitals, rehabilitation for mental disorders

For citation: Khommyatov M.R., Samushiya M.A., Denisov D.B., Kryzhanovskij S.M., Vdovina I.V., Borchininov A.E. Rehabilitation Potential of Architectural and Design Components of Psychiatric Hospitals. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(2):17–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-17-27>

ВВЕДЕНИЕ

Пациенты с психическими расстройствами относятся к одной из наиболее социально уязвимых групп населения. Так, в общей структуре инвалидности психические заболевания составляют 12% от общего числа случаев стойкой утраты трудоспособности, а также лидируют среди других групп заболеваний по длительности сроков инвалидности. Около 15% экономических затрат, которые несет общество в связи с различными болезнями, обусловлено психическими заболеваниями и их последствиями [1]. Подобная статистика обуславливает высокую значимость комплексного реабилитационного лечения данной группы пациентов.

Говоря о состоянии современной реабилитационной службы в мировой психиатрии, необходимо отметить, что за последние десятилетия она значительно видоизменилась. Одной из основных задач реабилитации пациентов с психическими расстройствами стало восстановление и улучшение социального функционирования для повышения качества жизни и социальной интеграции этой группы больных [2]. С этой целью используются разные методы реабилитации: физические (умеренные физические нагрузки, лечебная физкультура), биологические (например, правильно подобранная терапия), психологические (проведение индивидуальной и групповой психотерапии), социально-трудовые (трудотерапия и мероприятия, направленные на ресоциализацию пациента). Однако, помимо вышеупомянутых методик, в настоящее время все больше внимания уделяется реабилитационному потенциалу архитектурно-ландшафтных компонентов психиатрических лечебно-реабилитационных учреждений с момента их проектирования.

Сегодня мы становимся свидетелями развития психосоциальных служб в России: открываются и модернизируются кабинеты психотерапевтической помощи, появляются отделения для медико-реабилитационных мероприятий [3]. Однако верным будет и тот факт, что вся эта модернизация происходит на фоне резкого сокращения числа коек в психиатрических стационарах, оптимизации самих стационаров и амбулаторных медицинских организаций [4]. Отдельной проблемой становится современное обустройство и планирование самих психиатрических стационаров.

Большинство имеющихся на сегодняшний день стационаров в Российской Федерации были спроектированы и построены в конце XIX — первой половине XX в.: психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева открыта в мае 1894 г.; психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина (ранее Преображенская психиатрическая больница) — в 1838 г. (в 2022 г. отмечался ее 245-летний юбилей); Санкт-Петербургская психиатрическая

больница № 1 имени П.П. Кащенко основана в 1909 г.; Казанская психиатрическая больница — в 1869 г.; Томская клиническая психиатрическая больница — в 1908 г. По данным Российского общества психиатров [5], собранным в 57 регионах Российской Федерации, в дореволюционный период было построено 19,3% используемых сегодня лечебных корпусов, в советский период — 70,7%, и в период с 1992 г. — 8,7% эксплуатируемых корпусов. При этом до недавнего времени при проектировании психиатрических стационаров не уделялось особого внимания таким важным реабилитационным аспектам, как ландшафтный дизайн прибольничных территорий, правильная организация светового режима в отделениях, расположение окон с учетом сторон света и т.д. Конечно, есть и некоторые исключения — к примеру, Научный центр психического здоровья (НЦПЗ). При его строительстве активно использовались принципы финского проектирования, что находит свое отражение, к примеру, в особой проектировке отделений со стремлением к увеличению свободных пространств в зонах общего пользования. Однако необходимо отметить и тот факт, что в НЦПЗ отсутствует околобольничная территория, что не позволяет полностью раскрыть лечебно-реабилитационный потенциал архитектурно-ландшафтного комплекса. В качестве примера также можно привести и психиатрическую клиническую больницу № 1 имени Н.А. Алексеева, обладающую обширной озелененной территорией. Даже простое наблюдение за природой (пусть и в окно палаты) уже оказывает положительное влияние на психическое здоровье пациентов. Но проблема данной околобольничной территории заключается в отсутствии полноценного благоустройства, которое позволило бы обеспечить на ней целенаправленное и безопасное времяпрепровождение для психиатрических пациентов (особенно с острым психозом).

Таким образом, накопившиеся проблемы порождают необходимость в реформировании и модернизации системы реабилитации пациентов с психическими расстройствами с особым акцентом на реструктуризацию подхода к архитектурно-проектировочным и ландшафтно-дизайнерским компонентам учреждений современного здравоохранения.

Современное состояние проблемы и общие вопросы рациональной организации пространства

Сегодня вопрос правильной организации психиатрических лечебных учреждений стоит особо остро — за последнее время накопилось множество данных, подтверждающих важную роль архитектурного и дизайнерского компонента в лечении и реабилитации пациентов с психической патологией.

Так, планировка и обустройство отделений могут оказывать значительное влияние на стремление

к чрезмерному уединению и на общий уровень агрессии [6], причем можно выделить ряд факторов как повышающих, так и снижающих вероятность такого поведения.

Среди негативных факторов ведущую роль стоит отвести мерам безопасности, создающим в отделениях обезличенную, ограничительную и институционализированную атмосферу, повышающую уровень тревоги и агрессии у пациентов. Создается ситуация, при которой, с одной стороны, необходимо поддерживать достаточный уровень наблюдения за пациентами, с другой — не нагнетать этими мерами обстановку, придавая ей, по сути, черты принудительного заключения. Выходом из сложившейся ситуации может стать больший акцент на хорошую видимость и лучшую просматриваемость в пределах палат и отделения в целом, поскольку по сравнению с другими мерами безопасности возможность наблюдения оказывается менее навязчивой для пациентов и меньше прочих факторов безопасности мешает созданию приятной, более домашней атмосферы [6, 7].

Другим важным негативным фактором является переполненность психиатрических больниц. Так, по данным исследований, переполнение коечного фонда на 10% приводит к увеличению риска насилия со стороны пациентов по отношению к персоналу в 2,6 раза [7], что особенно актуально в наше время в свете ярко очерченной тенденции к скученности в стенах психиатрических отделений [8]. Данная проблема не обходит стороной и нашу страну — для нынешних российских психиатрических отделений характерна нерациональная организация пространства и отсутствие возможности безопасного уединения [9].

Факторы, снижающие склонность к уединению, были обнаружены при разработке планировочных решений, обеспечивающих приватность и автономию пациентов, таких как наличие личного пространства для каждого пациента, небольшое количество пациентов в здании и общий уровень комфорта. Личное пространство обеспечивает пациентам территориальный контроль, чувство приватности, идентичности, достоинства и способность регулировать социальное взаимодействие, улучшая приспособительные навыки больных. Отсутствие комфорта и личного контроля над физическим окружением может привести к дистрессу и ощущению беспомощности.

Реализация вышеописанных факторов важна как в пределах непосредственно зданий лечебно-профилактических учреждений, так и на их территории. Сегодня в мировой практике сформированы основные тенденции развития современных представлений о пациентоориентированном благоустройстве психиатрических больниц. Данные тенденции реализуются на двух основных уровнях взаимодействия между пациентами и медицинскими организациями: уровне непосредственно отделения и уровне больничной территории.

Рациональная организация психиатрического отделения

Попытки рациональной и пациентоориентированной организации психиатрических отделений начались еще в середине XX в. Так, Всемирной организацией здравоохранения еще в 1959 г. был предложен план реорганизации так называемых «острых» отделений с введением в эксплуатацию концепции не только многоместных, но и одноместных палат с индивидуальными ванными комнатами [10]. За прошедшее время был накоплен значительный опыт в архитектурно-планировочной практике психиатрических отделений и, основываясь на анализе полученных данных, были выделены основные «правила» рациональной организации пространства таких отделений [11].

- Должна быть создана (насколько это возможно) неинституциональная, домашняя среда посредством пристального внимания к особенностям архитектуры и планировки, которая должна включать открытый и яркий дизайн.

- Отделения должны быть организованы по «капсулоподобному» дизайну, что подразумевает под собой отсутствие длинных коридоров, большие открытые пространства для общего пользования, что способствует большей вовлеченности пациентов в социальные взаимодействия.

- Отсутствие в планировке глухих, «слепых» углов. В нерабочее время должна присутствовать возможность перекрывать неиспользуемые в данный момент части отделения, чтобы уменьшить территорию, находящуюся под контролем персонала и тем самым улучшить качество наблюдения за пациентами.

- В дизайне интерьеров должны активно использоваться надежно закрепленные произведения искусства, что будет создавать эффект пассивной арт-терапии.

- Необходимо свести к минимуму возможность использовать мебель, различные предметы обихода в качестве орудия агрессии и аутоагрессии.

- Разграничение отделения на субблоки для разных подгрупп пациентов (по остроте психотических расстройств, длительности пребывания и т.д.).

- Особая организация сестринского поста с возможностью просматривать с него все зоны отделения. При этом дизайн сестринского поста должен вписываться в окружающий интерьер и способствовать менее формализованному взаимодействию между пациентами и рабочим персоналом.

- Выделение специальной зоны с широким функционалом возможностей (включающим хорошую навигацию к данной зоне) для посещений пациентов их родными и близкими людьми.

- Особая роль отводится предоставлению достаточного визуального и физического доступа к природе. Сюда включается правильное обустройство внутренней территории с формированием так называемого «терапевтического сада», в котором пациентам будет

предоставлено множество возможностей для различных активностей, в том числе для занятий в группах. Наличие таких открытых пространств оказывает важный терапевтический эффект на пациентов [12, 13].

Переходя к частным вопросам организации пространства в отделениях, необходимо отметить, что существующая на сегодняшний день модель построения острых психиатрических отделений основывается на первичных представлениях о пациентах

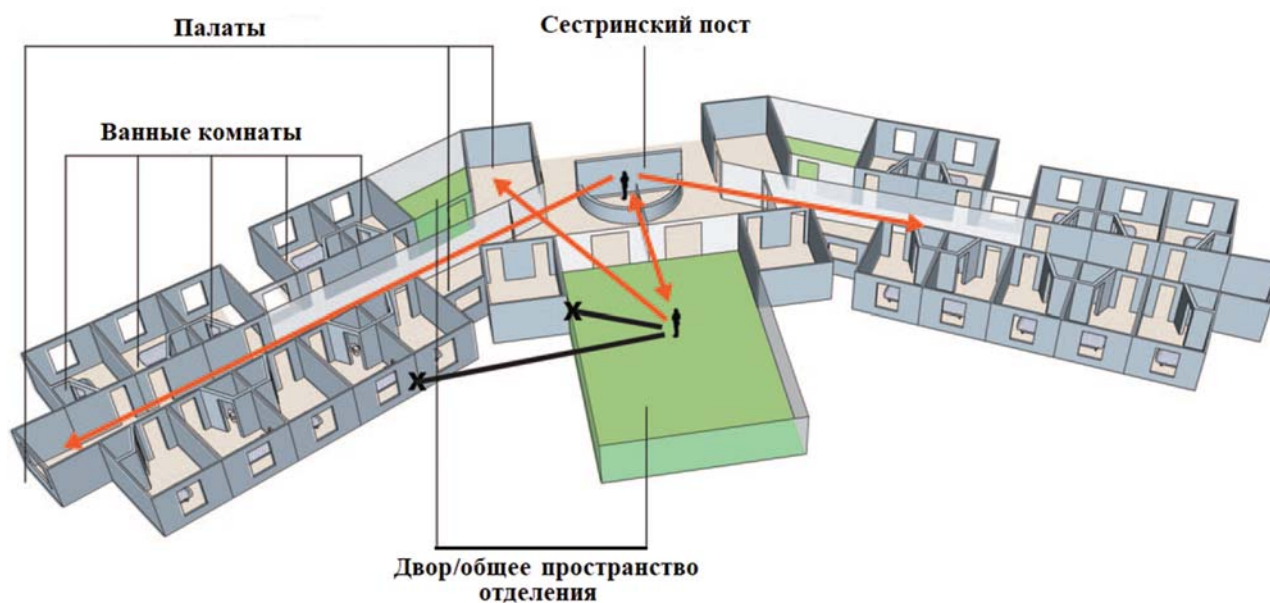


Рис. 1. Вариант персоналоориентированной организации отделения [цит. по 14]

Fig. 1. A variant of the staff oriented organization of the hospital unit [cited 14]

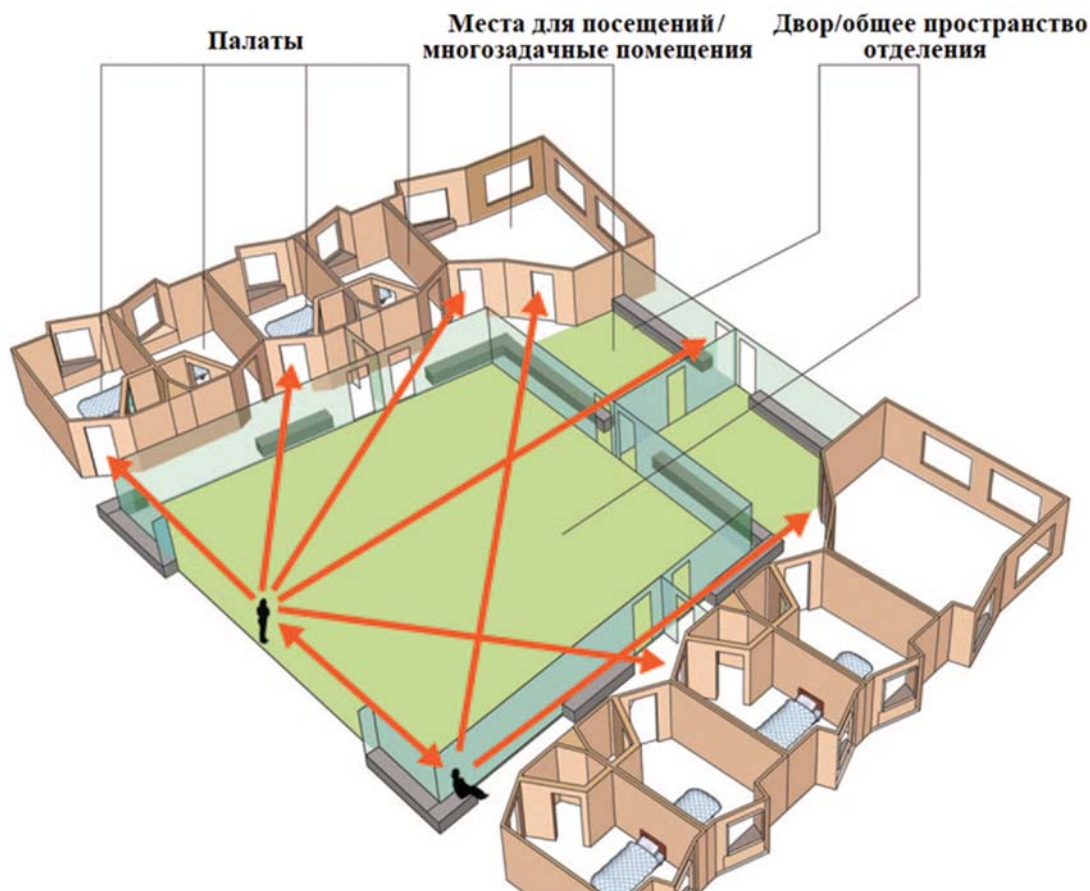


Рис. 2. Вариант пациентоориентированной организации отделения [цит. по 14]

Fig. 2. A variant of the patient-oriented organization of the hospital unit [cited 14]

как о представляющих большую опасность для себя и окружающих [14]. Все это находит свое отражение на практике: в персоналоориентированном построении больниц четко прослеживаются «линии обзора» от центральных сестринских постов по длинным коридорам вдоль палат и прочих помещений (рис. 1). Такая организация пространства создает атмосферу неравенства и чрезмерного контроля, которая может угнетать пациентов и препятствовать развитию у них навыков, необходимых для адекватного самостоятельного функционирования. Также подобное расположение медицинского поста способствует дополнительной скученности больных возле него.

Безусловно, в подобном подходе есть целесообразность в связи с необходимостью учитывать возможность агрессивного и аутоагрессивного поведения со стороны больных. Однако смена парадигмы с персоналоориентированной на пациентоориентированную приводит как к улучшению самочувствия пациентов, так и повышению работоспособности персонала [15]. На рис. 2 приведен пример подобного подхода: в такой модели заметно меньше прямого контроля со стороны персонала, однако общий уровень надзора за больными не страдает (имеются специальные, малозаметные места, где могут располагаться сотрудники), что создает у пациентов ощущения внутренней свободы, снижая их оппозиционность по отношению к работникам отделения.

Детали палат и общих пространств

Первое, чему необходимо уделить пристальное внимание, — это освещенность помещения. Свет крайне важен для регуляции цикла сон–бодрствование. Достаточная освещенность способна снижать симптомы

депрессии, психомоторного возбуждения [16]. По данным исследований, при наличии адекватного доступа к свету теплых тонов (являющемуся или имитирующему естественный свет) срок пребывания пациентов сокращается в среднем на 2,6 дня [17]. Также важно обеспечить достаточный уровень не только дневного, но и ночного освещения. Если говорить про общее убранство палаты, то в соответствии с современными представлениями архитектурно-проектировочных параметров психиатрических медицинских организаций [11] основными атрибутами должны быть следующие.

1. Наружное окно со встроенными жалюзи и многослойным стеклом на внутренней стороне.

2. Дверь в санузел с набором особенностей, снижающих возможность использовать ее для самоповреждения: чувствительные к давлению датчики на дверной ручке, непрерывный шарнир или антилигатурный рычаг с магнитной защелкой. Дизайн ванной и туалета в целом остается проблемной точкой — он, с одной стороны, должен сохранять право пациентов на собственное, приватное пространство, а с другой — обеспечивать должный уровень безопасности. Поэтому в санузле должны отсутствовать свободные трубы и прочие точки крепления, а все полки и прочие элементы убранства должны быть неразборными.

3. Дизайн палаты должен включать в себя защищенные, небьющиеся произведения искусства. Также можно использовать различные предметы обихода, не представляющие опасности для пациентов, например маркерные доски или коврики. Это позволит создать домашнюю атмосферу в палате.

4. Качественная отделка и спокойные цвета, способствующие передаче атмосферы жилого помещения.

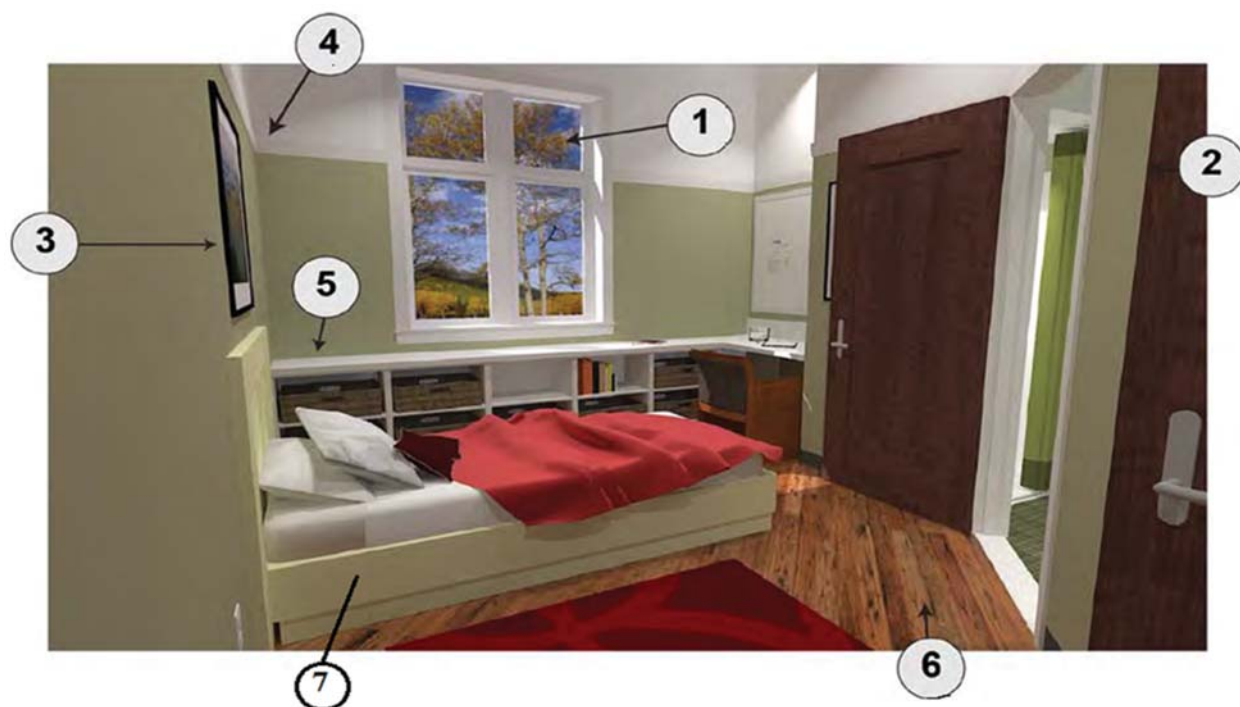


Рис. 3. Образец одноместной палаты [цит. по 11] (см. пп. 1–7 в тексте)

Fig. 3. Sample of the patient's ward [cited 11] (see points 1–7 in the text)

5. Встроенный и зафиксированный стол и стеллаж для хранения одежды пациента, обеспечивающие достаточный уровень безопасности.

6. Напольное покрытие с узором под дерево, создающее образ жилой комнаты.

7. Кровать на крепкой, тяжелой платформе. Края кровати должны быть округлены. Ограничители по бокам каркаса кровати могут быть включены по необходимости (рис. 3).

В зонах общего пользования, к которым можно отнести комнаты отдыха, комнаты для занятия групповой психотерапией, столовую, место для посещения родными и открытые пространства (двор), гораздо больше возможностей для наблюдения за пациентами, чем в палатах, однако основные принципы безопасности должны соблюдаться и здесь [8].

1. Все объекты, источники освещения и т.д. должны быть встраиваемыми или прочно крепиться.

2. Обязательно наличие удобных кресел и столов, которые нельзя легко бросить или разобрать, а также использовать в качестве орудия агрессии и аутоагрессии.

3. Необходимо максимально избегать острых углов и краев мебели, бытовых приспособлений.

4. Дизайн в целом должен быть привлекательным для глаз, но при этом важна прочность мебели и отделки с возможностью легко очищать поверхности от загрязнения.

5. Оборудование не должно храниться в коридоре и, если оно используется пациентами под наблюдением, после этого должно оставаться в закрываемом помещении.

При проектировании сестринского поста эксперты обращают внимание на необходимость его

соответствия размерам и физическим характеристикам остального отделения. Рекомендуется избегать массивных по размеру постов, которые занимают много пространства и соответствуют больше персоналоориентированной модели. В соответствии с представлениями о пациентоориентированной модели проектирования психиатрического отделения пост должен быть открытым, при этом коридоры спален и основные зоны деятельности пациентов должны быть хорошо просматриваемыми.

Важным является вопрос правильной рассадки пациентов в комнатах отдыха, столовых и прочих местах, где возможно активное социальное взаимодействие. В 1951 г. Хамфри Осмонд (Humphry Fortescue Osmond) ввел понятие «социальная архитектура», в рамках которого рассматриваются особенности проектировки лечебных учреждений, в частности психиатрических больниц, облегчающие взаимодействие между пациентами [18]. Особое внимание в данной концепции уделялось вариантам рассадки пациентов. Было выделено несколько основных вариантов расположения сидячих мест (рис. 4).

Социофугальный вариант ассоциирован с меньшим количеством социальных контактов между пациентами, чем социопетальный (лат. *petus* — сближение как характеристика социальной среды, устроенной так, чтобы увеличивать близость людей), особенно среди лиц, склонных к социальному взаимодействию. Социофугальная рассадка создает активные препятствия для пациентов, уменьшая частоту общения среди социально активных пациентов, в то время как при низком стремлении к общению даже социопетальный вариант не приводит к значимому увеличению числа контактов. Таким образом, при проектировке пространства

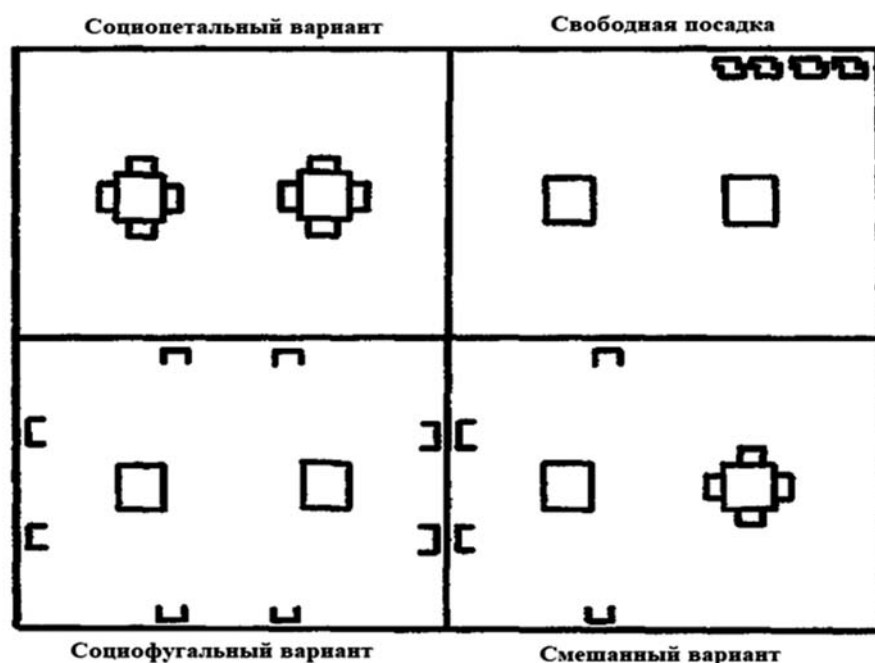


Рис. 4. Варианты рассадки пациентов [цит. по 18]

Fig. 4. Patient seating options [cited 18]

в отделениях предпочтение необходимо отдавать социопетальному варианту расположения сидячих мест.

Рациональная организация внешнего пространства. Для любого психиатрического стационара важен адекватный, быстрый и безопасный доступ пациентов к выходу во двор [19]. Желательно, чтобы этот доступ был обеспечен напрямую из каждого отделения.

Имея в виду базовые правила организации безопасного внешнего пространства, выделяют следующие требования [11].

1. Дворы внутри отделений предпочтительнее огороженных внешних территорий по эстетическим соображениям, соображениям уединения и безопасности.

2. Рекомендуемая высота ограждения должна составлять не менее 4 м. Сама конструкция должна предотвращать подъем по ней или возможность подкопа.

3. Деревья в пределах участка не должны располагаться возле стен или забора. Кустарники должны быть небольшими, чтобы пациент не мог спрятаться за ними.

4. На территории не рекомендуется использование материалов, которые могут быть использованы для повреждения или самоповреждения (камни, заостренные предметы и т.д.).

5. Достаточный уровень освещения, при этом необходимо избегать установки фонарных столбов и прибегать к использованию светильников с защитой корпуса от несанкционированного доступа.

6. Камеры наблюдения со 180-градусным обзором и высоким расположением.

7. Мебель во дворе должна быть надежно зафиксирована (или быть слишком тяжелой для перемещения), располагаясь при этом вдали от стен и забора.

8. Все открытые крепежные элементы во внутреннем дворе должны быть снабжены устойчивыми к взлому винтами.

Говоря о правильной и лечебной организации дворов, необходимо выделить одну из ведущих современных концепций дизайна — CHIMES (connection, hope, identity, meaningfulness, empowerment, safety). Она была разработана V. Bird и соавт. [20] и включает в себя основные векторы развития современных представлений о лечебном и реабилитационном потенциале дизайна помещений и внебольничного пространства психиатрических учреждений: связь (connection), надежда (hope), идентичность (identity), осмысленность (meaningfulness) и расширение прав и возможностей (empowerment). Позже ее дополнили еще одним важным аспектом [21] — безопасностью (safety), сформировав итоговую концепцию CHIMES.

Как известно, связь с природой облегчает формирование социальных контактов и усиливает чувство общности [22], а также позволяет эффективнее справляться со стрессом [8]. Это особенно важно, поскольку пациенты психиатрических стационаров проводят в больничных двориках значительно больше времени по сравнению с пациентами соматического профиля. В условиях такого длительного пребывания

необходимо создать атмосферу, обеспечивающую взаимодействие резидентов. Этому может способствовать достаточное озеленение территории, а также особенности ее ландшафтного дизайна: путем создания сети пересекающихся дорожек весь сад рекомендовано разбивать на систему небольших «ячеек», относительно изолированных друг от друга. Это создает условия как для уединения, так и, наоборот, для более тесного взаимодействия. В пределах этих «двориков» возможно проведение терапевтических мероприятий, например групповой психотерапии или трудотерапии, возможна организация посещений родными и близкими. Сама среда при этом должна быть разнообразной и наполненной различными сенсорными стимулами, побуждая пациентов к исследованию и созерцанию. Все это в совокупности способствует формированию чувства общности и сопричастности всех пациентов процессу лечения.

Надежда и оптимизм занимают одно из важнейших мест в современной парадигме лечения психических расстройств [23]. Они позволяют поддерживать достаточный уровень мотивации к лечению, сохраняя приверженность к терапии. Одним из ключевых элементов дизайна, усиливающим эти чувства, является близость и доступность природы и естественного света. Так, пациенты, имеющие больший доступ к окнам с видом на сад, быстрее достигают ремиссии в отношении психотической симптоматики [24]. Современная концепция организации пространства территории больницы предполагает создание богатого наполнения двора различными сенсорными стимулами: главными объектами в этом плане являются растения. Наличие растений с приятным запахом и тактильной текстурой как под ногами, так и на уровне рук оказывает расслабляющее действие на мышцы, улучшает настроение и когнитивные функции. Рекомендуется обеспечить круглогодичный доступ к околобольничному двору, при этом важно наличие укрытий от солнца и непогоды. Открытые пространства с большим количеством функций и стимулов дают возможность передать ощущение нахождения дома, что важно для создания атмосферы надежды и оптимизма. Разнообразие в дизайне может создать множество возможностей для контакта и терапевтических сценариев, способствующих выздоровлению.

Культурный контекст и социальные предпочтения могут диктовать особые требования к открытым пространствам, создавая пространственную потребность для размещения различных видов деятельности и учитывая фактор идентичности. Пространство должно соответствовать потребностям различных культур и этнических групп, пола, социальным привычкам и различным психическим заболеваниям. Так, например, люди из коллективных культур могут предпочесть социально ориентированную организацию пространства, в то время как представители более индивидуалистических культур могут стремиться к уединению, что должно сказываться на дизайне территории.

Наличие осмысленной цели наполняет жизнь чувством собственной значимости и способствует укреплению как физического, так и психического здоровья [25]. Открытые пространства могут стимулировать вовлеченность пациентов в разные виды активности, что усиливает общее чувство осмысленности. Так, дизайн двора должен поощрять участие в физической активности. Установлено, что среда с четко очерченными пунктами назначения и хорошо структурированной сетью маршрутов побуждает пациентов к прогулкам и большей вовлеченности в физические упражнения [26]. Дорожки, предназначенные для прогулочной ходьбы, должны быть более длинными, менее фрагментированными, без ступеней и с привлекательными видами, чтобы обеспечить их более активное использование. Деятельность во внутреннем дворе не обязательно должна быть чисто физической активностью. Осмысленности могут способствовать пространства, предназначенные для созерцания, чтения, а также для поддержания физической формы. В список активностей могут входить различные безопасные варианты хобби под наблюдением медицинского персонала: садоводство, огородничество, приготовление пищи на свежем воздухе, безопасные спортивные игры. Совместная активность способствует формированию общих целей, что может стать залогом для более значимого целеполагания в будущем, что особенно важно для пациентов с негативной симптоматикой.

Исследования показывают, что чувство собственного достоинства, уверенность, ощущение контроля и самодостаточности могут быть усилены, если

пациенты принимают самостоятельные решения о том, как они будут проводить свое время вне отделения [27]. С точки зрения дизайна это означает, что открытые пространства должны предлагать выбор как для пациентов, так и для персонала и посетителей. Поэтому внутренние дворы и другие открытые площадки рекомендуется проектировать для различных видов деятельности с возможностью адаптации к самым различным запросам. При этом пациенты должны иметь как визуальный, так и физический доступ во двор (кроме пациентов с острым психозом).

Хорошим примером применения принципов CHIMES, пусть и неосознанным, поскольку данная концепция возникла позже обустройства территории, служит сад лечебницы Willow Run (штат Мэн, США), открытый в 1994 г. [12]. В нем были использованы все основные аспекты рациональной организации пациентоориентированного лечебного двора, хотя и с некоторыми огрехами, которые связаны главным образом с тем, что данное заведение представляет собой учреждение длительного ухода для больных деменцией, что, безусловно, накладывает определенную специфику, что будет отмечено далее.

На рис. 5 отражена схема одного из садов этого учреждения. Здесь заметны все основные элементы реабилитационного потенциала открытой территории: наличие большого количества зеленых насаждений, тропинки для прогулок, нескольких зон активностей (игровой корт, территория возле баскетбольного кольца, беседка, огород). Это создает большое количество разных сенсорных стимулов для пациентов

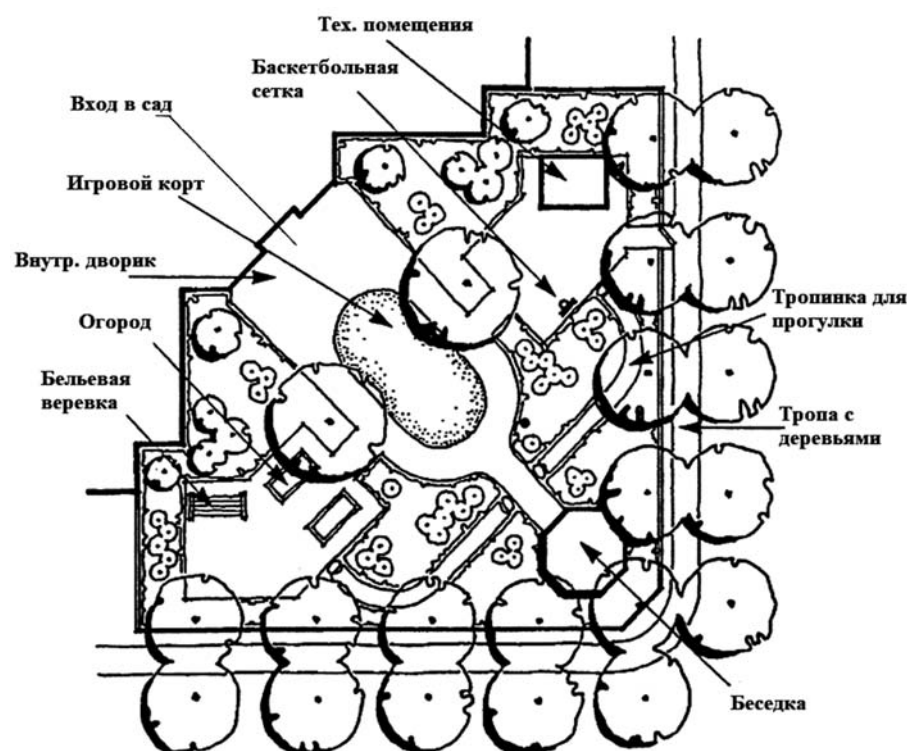


Рис. 5. Схема сада Willow Run [цит. по 12]

Fig. 5. Willow Run garden scheme [cited 12]

и возможностей для индивидуальной или групповой деятельности. Можно заметить, что элементы дизайна как бы делят сад на несколько отдельных секций, что позволяет пациентам разделиться на отдельные группы по интересам, усиливая их связь между собой, а наличие нескольких вариантов для деятельности позволяет укреплять навыки принятия решения и создает дополнительные стимулы для активного выбора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принципы, приведенные в данной статье, отражают современные представления о рациональной организации пространства в стенах психиатрических учреждений. Их реализация крайне актуальна в нашей стране: как было отмечено выше, большинство наших психиатрических медицинских организаций были спроектированы более 50 лет назад без учета рекреационного потенциала архитектуры самого здания медицинских организаций и больницы территории. Зачастую реставрация больниц проходит не совсем рационально: в погоне за современным «евроремонтом» возможна утрата ценного культурного наследия и исторической идентичности старинных зданий (например, дореволюционной постройки), при этом упускается из вида лечебно-реабилитационный потенциал, который могут нести в себе эти аутентичные архитектурно-проектировочные решения [9].

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости реформирования подходов к организации пространств в психиатрических отделениях. Безусловно, нельзя полностью реорганизовать обустройство уже имеющихся больниц, но применить отдельные элементы вышеописанных концепций представляется вполне возможным. Проблему переполненности стационаров необходимо решать строительством новых учреждений, в архитектуру и дизайн которых следует закладывать все современные представления о пациентоориентированном обустройстве лечебных учреждений.

Окружающая среда оказывает выраженное влияние на психоэмоциональное состояние человека, что особенно ярко проявляется у людей с психическими расстройствами: даже незначительные изменения оказывают устойчивое влияние на поведение пациентов психиатрических клиник. По данным многочисленных наблюдений, менее формальная и более комфортная обстановка лечебного учреждения в известной мере влияет на симптоматику психического неблагополучия, ослабляя такие поведенческие расстройства, как склонность к агрессии и отгороженности. Несомненно, современные концепции архитектурно-ландшафтной организации психиатрических медицинских организаций нуждаются в дальнейшем исследовании и совершенствовании. Однако накопленные данные позволяют уверенно судить

о значимой роли окружения в лечении психических расстройств, и пренебрежение этим лечебно-реабилитационным фактором стало бы большой ошибкой современной психиатрии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Краснов ВН. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике. *ПМЖ*. 2001;25:1187. Krasnov VN. Psihiatricheskie rasstrojstva v obshchej medicinskoj praktike. *PMZH*. 2001;25:1187. (In Russ.).
2. Matanova V, Gradev D, Marinov A, Sapundzhieva K, Karabelyova S, Mitev K, Yonkova K, Cholakova M, Georgiev L. Lichnostni i sotsialni aspekti na psihichnoto zdrave. In: Gradev D, Marinov A, Sapundzhieva K, Karabelyova S, Mitev K, Yonkova K, Matanova V, Cholakova M, Georgiev L. Pogled pred sebesi. Lichnata mreza na obshtuvane. 2018:198–224.
3. Палин АВ, Нарышкин АВ, Папсуев ОО. Медико-реабилитационное отделение в системе психиатрической помощи: совершенствование структуры и содержания работы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;(25):60–64. Palin AV, Naryshkin AV, Papsuev OO. Mediko-reabilitacionnoe otdelenie v sisteme psihiatricheskoj pomoshchi: sovershenstvovanie struktury i sodержaniya raboty. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2015;(25):60–64. (In Russ.).
4. Гурович ИЯ. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;(22):5–9. Gurovich IY. Sostoyanie psihiatricheskoj sluzhby v Rossii: aktual'nye zadachi pri sokrashchenii ob'ema stacionarnoj pomoshchi. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2012;(22):5–9. (In Russ.).
5. Мартынихин ИА. О состоянии стационарных психиатрических учреждений РФ. *Сайт Российского общества психиатров*. 2013. <https://psychiatr.ru/news/192> Martynihin IA. O sostoyanii stacionarnyh psihiatricheskikh uchrezhdenij RF. *Sajt Rossijskogo obshchestva psihiatrov*. 2013. <https://psychiatr.ru/news/192>
6. Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Jansen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry*. 2013;202:142–149. doi: [10.1192/bjp.bp.112.118422](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118422)
7. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, Salo P, Ahola K, Kivimäki M. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2011;198:149–155. doi: [10.1192/bjp.bp.110.082388](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082388)
8. Connellan K, Gaardboe M, Riggs D, Due C, Reinhardt A, Mustillo L. Stressed Spaces: Mental Health and Architecture. *HERD*. 2013;6(4):127–168. doi: [10.1177/193758671300600408](https://doi.org/10.1177/193758671300600408)

9. Яргина ЗН, Яргин СВ. К вопросу о планировке психиатрических больниц. *Молодой ученый*. 2012;46:109–112.
Yargina ZN, Yargin SV. K voprosu o planirovke psihiatricheskikh bol'nic. *Molodoj uchenyj*. 2012;46:109–112. (In Russ.).
10. Baker A, Llewelyn Davies R, Sivadon P. Psychiatric services and architecture. Geneva: WHO, 1959. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37761>
11. Karlin BE. Mental Health Facilities Design Guide. Department of Veterans Affairs. 2010:47–79.
12. Grant C, Wineman Darch J. The Garden-Use Model. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21(1–2):89–115. doi: [10.1300/J081v21n01_06](https://doi.org/10.1300/J081v21n01_06)
13. Dijkstra K, Pieterse M, Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56(2):166–181. doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x)
14. Golembiewski J. Mental health facility design: The case for person-centred care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(3):1–4. doi: [10.1177/0004867414565477](https://doi.org/10.1177/0004867414565477)
15. Tyson GA, Lambert G, Beattie L. The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11:94–102. doi: [10.1046/j.1440-0979.2002.00232.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00232.x)
16. Brown MJ, Jacobs DE. Residential Light and Risk for Depression and Falls: Results from the LARES Study of Eight European Cities. *Public Health Rep*. 2011;126(Suppl 1):131–140. doi: [10.1177/003335491112605117](https://doi.org/10.1177/003335491112605117)
17. Ulrich R, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H-B, Choi Y-S, Joseph A. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*. 2008;1(3):61–125. doi: [10.1177/193758670800100306](https://doi.org/10.1177/193758670800100306)
18. Holahan C. Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom. *J Abnorm Psychol*. 1972;80(2):115–124. doi: [10.1037/h0033404](https://doi.org/10.1037/h0033404)
19. Marques B, McIntosh J, Webber H. Therapeutic Landscapes: A Natural Weaving of Culture, Health and Land. In: Landscape Architecture. Publisher: IntechOpen. Project: Designing Diagnostic and Rehabilitation Landscapes. 2021:1–20. doi: [10.5772/intechopen.99272](https://doi.org/10.5772/intechopen.99272)
20. Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Fit for Purpose? Validation of a Conceptual Framework for Personal Recovery with Current Mental Health Consumers. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:644–653. doi: [10.1177/0004867413520046](https://doi.org/10.1177/0004867413520046)
21. Jenkin G, McIntosh J, Every-Palmer S. Fit for What Purpose? Exploring Bicultural Frameworks for the Architectural Design of Acute Mental Health Facilities. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:23–43. doi: [10.3390/ijerph18052343](https://doi.org/10.3390/ijerph18052343)
22. Shepley MM, Watson A, Pitts F, Garrity A, Spelman E, Kelkar J, Fronsman A. Mental and Behavioral Health Environments: Critical Considerations for Facility Design. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;42:15–21. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2016.06.003](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.06.003)
23. Slade M, Hayward M. Recovery, Psychosis and Psychiatry: Research Is Better than Rhetoric. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:81–83. doi: [10.1111/j.1600-0447.2007.01047.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01047.x)
24. Grant CF, Wineman JD. The Garden-Use Model: An Environmental Tool for Increasing the Use of Outdoor Space by Residents with Dementia in Long-Term Care Facilities. *Journal of Housing for the Elderly*. 2007;21(1–2):89–115. doi: [10.1300/J081v21n01_06](https://doi.org/10.1300/J081v21n01_06)
25. Eakman AM, Carlson ME, Clark FA. The Meaningful Activity Participation Assessment: A Measure of Engagement in Personally Valued Activities. *Int J Aging Hum Dev*. 2010;70:299–317. doi: [10.2190/AG.70.4.b](https://doi.org/10.2190/AG.70.4.b)
26. Joseph A, Choi Y-S, Quan X. Impact of the Physical Environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on Staff and Residents: A Systematic Review of the Literature. *Environ Behav*. 2016;48:1203–1241. doi: [10.1177/0013916515597027](https://doi.org/10.1177/0013916515597027)
27. Nedudin D, Krklješ M, Kurtović-Folić N. Hospital Outdoor Spaces: Therapeutic Benefits and Design Considerations. *Facta Univ Ser Archit Civ Eng*. 2010;8:293–305. doi: [10.2298/FUACE1003293N](https://doi.org/10.2298/FUACE1003293N)

Сведения об авторах

Марат Рифатович Хомматов, специалист 1-й категории, отдел фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3105-0812>
khommarat38@gmail.com

Марина Антиповна Самушия, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии, «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>
sma-psychiatry@mail.ru

Дмитрий Борисович Денисов, кандидат медицинских наук, заведующий отделением медицинской экспертизы и обработки информации, ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5476-5453>
papyrus5@ya.ru

Сергей Михайлович Крыжановский, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра неврологии, «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-4010-4288>

smk@inbox.ru

Ирина Владимировна Вдовина, кандидат педагогических наук, доцент, начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-6979-4860>

vdovina_iv@list.ru

Алексей Евгеньевич Борчининов, ординатор, кафедра психиатрии, «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-4233-8128>

aleksejborcininov@gmail.com

Information about the authors

Marat R. Khommyatov, Category 1 Specialist, Department of Fundamental, Applied, and Exploratory Research, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3105-0812>

khommarat38@gmail.com

Marina A. Samushiya, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Vice-Rector for Research, Head of the Department of Psychiatry, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

sma-psychiatry@mail.ru

Dmitry B. Denisov, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Medical Expertise and Information Processing, Federal State Budgetary Institution "Central Clinical Hospital with Polyclinic" of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5476-5453>

papirus5@ya.ru

Sergey M. Kryzhanovskij, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Neurology, the Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-4010-4288>

smk@inbox.ru

Irina V. Vdovina, Cand. of Sci. (Ped.), Associate Professor, Head of the Department of Fundamental, Applied, and Exploratory Research, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-6979-4860>

vdovina_iv@list.ru

Alexey E. Borchininov, Resident, Department of Psychiatry, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-4233-8128>

aleksejborcininov@gmail.com

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 13.01.2023

Received 13.01.2023

Дата рецензии 09.02.2023

Revised 09.02.2023

Дата принятия 15.02.2023

Accepted for publication 15.02.2023