

## АРХИТЕКТУРА ЗДАНИЙ И СООРУЖЕНИЙ

Научная статья



УДК/UDC 725.1:616-053.9

DOI: 10.24412/1998-4839-2025-4-152-163

EDN: NMNUOI

## Пространственно-средовые подходы в проектировании центров гериатрии

Никита Владимирович Рябушкин<sup>1</sup>

Московский архитектурный институт (государственная академия), Москва, Россия  
ryabushkin.99@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены архитектурно-средовые подходы к проектированию пространства социально-медицинских гериатрических центров для людей, страдающих деменцией. На основе обзора научных работ, графико-аналитического исследования современных лечебно-профилактических учреждений геронтологического профиля сформулированы ключевые подходы и приёмы к организации пространств подобных комплексов, значимые особенности архитектурно-планировочного решения, средовые характеристики коммуникативных пространств.

**Ключевые слова:** архитектура медицинских зданий, терапевтическая среда, гериатрический центр, геронтологический центр, дом престарелых, социальный центр

**Для цитирования:** Рябушкин Н.В. Пространственно-средовые подходы в проектировании центров гериатрии // Architecture and Modern Information Technologies. 2025. №4(73). С. 152-163. URL: [https://marhi.ru/AMIT/2025/4kvart25/PDF/09\\_riabushkin.pdf](https://marhi.ru/AMIT/2025/4kvart25/PDF/09_riabushkin.pdf)  
DOI: 10.24412/1998-4839-2025-4-152-163 EDN: NMNUOI

## ARCHITECTURE OF BUILDINGS AND STRUCTURES

Original article

## Spatial and environmental approaches of the design of geriatric centers

Nikita V. Riabushkin<sup>1</sup>

Moscow Architectural Institute (State Academy), Moscow, Russia  
ryabushkin.99@mail.ru

**Abstract.** The article is devoted to the issue of spatial and environmental approaches in the design of social and medical geriatric centers for people suffering from dementia. Based on a review of scientific papers, graphical and analytical research of leading geriatric centers, key approaches for organizing such centers, significant features of architectural and planning solutions, and criteria for their environmental content are proposed.

**Keywords:** healthcare architecture, therapeutic environment, geriatric center, gerontology center, nursing home, social center

**For citation:** Riabushkin N.V. Spatial and environmental approaches of the design of geriatric centers. Architecture and Modern Information Technologies, 2025, no. 4(73), pp. 152-163.

Available at: [https://marhi.ru/AMIT/2025/4kvart25/PDF/09\\_riabushkin.pdf](https://marhi.ru/AMIT/2025/4kvart25/PDF/09_riabushkin.pdf) DOI: 10.24412/1998-4839-2025-4-152-163 EDN: NMNUOI

---

<sup>1</sup> © Рябушкин Н.В., 2025

Проектирование современных социальных и медицинских центров всех профилей, несомненно, основывается на рекомендациях актуальной нормативной базы, однако в его процессе недостаточно руководствоваться лишь ими. Требования к качеству и характеристикам среды медицинских объектов нового строительства, к примеру, такие, как функциональный состав, санитарные и нормативные стандарты, требования к инженерным системам и т.д., являются лишь формальными параметрами «здоровой» среды. Однако апеллирование лишь к нормативным источникам при проектировании социальных и медицинских объектов не даёт понимания о характере среды: заложены ли в ней предпосылки возникновения терапевтического, салютогенного эффекта – благоприятствует ли среда социализации и абилитации пациентов, стабилизации их состояния, снижению психоэмоциональной нагрузки от пребывания в непривычном месте. Целью данной работы является формулирование и обоснование архитектурно-средовых подходов к проектированию пространства социально-медицинских центров для пожилых людей, страдающих деменцией, выявление значимых средовых характеристик.

*Методология исследования.* Обзор, сопоставление и критический анализ научных работ, графико-аналитический метод, изучение отдельных примеров геронтологических центров из мировой практики, непосредственное посещение учреждений, их натурное обследование, общение с целевыми группами (медицинским персоналом, социальными работниками, пациентами).

*Научная новизна* настоящей работы заключается в систематизации актуальных знаний об особенностях восприятия пространства людьми с деменцией и возрастными особенностями, соотнесении этих представлений с подходами к проектированию архитектуры и среды коммуникативных пространств центров гериатрии. На основе обзора научных исследований и анализа современного опыта проектирования подобных центров предложены классификация типов планов, их ключевые пространственно-средовые элементы, сформулированы благоприятные и неблагоприятные подходы к организации среды гериатрических центров.

### **Системный подход к организации центров гериатрии**

Ввиду особенностей пожилых людей с нарушениями физических и когнитивных функций, вызванных гериатрическими заболеваниями (в настоящей работе, граница исследования охватывает синдром деменции), архитектурной команде при проектировании медицинских объектов геронтологического профиля необходимо иметь представление о возможностях таких людей и специфике восприятия ими пространства. Это позволит обоснованно подойти к организации дружелюбной, адаптированной для них среды.

Для наглядной демонстрации значимости этого фактора может послужить результат исследования Кэрри Петерсон<sup>2</sup>. Тест «Изображение циферблата часов людьми с деменцией» иллюстрирует деградацию когнитивных способностей пациентов на стадиях прогрессирования расстройства (рис. 1). Пациентам предлагалось изобразить часовой циферблат, на котором время указывало бы 11:10. В ходе эскалации заболевания человек испытывает серьезные трудности с выстраиванием последовательных действий, аналитическим мышлением и принятием решений.

Расширяя значение этого наблюдения, можно заключить, что при подобной патологии встречаются затруднения восприятия пространства, и нередко человек становится неспособным оценить своё местоположение и осмысленно передвигаться [1]. Таким образом, человек зависит от доступных для его понимания средовых аффордансов<sup>3</sup>, и, в

<sup>2</sup> Peterson C. The clock drawing test and dementia // Doctor Dementia's website: official website. Published on July 9, 2015. URL: <https://doctordementia.com/2015/07/09/the-clock-drawing-test-and-dementia/> (дата обращения: 21.02.2025).

<sup>3</sup> Аффорданс (в архитектуре, от англ. affordance – возможность действия) – разнообразие возможностей и действий, которые архитектурный объект позволяет с собой совершать.

первую очередь, содержание и характеристики архитектурного пространства должны способствовать стабилизации состояния и комфортному пребыванию пациента без постоянного ассистирования персоналом.

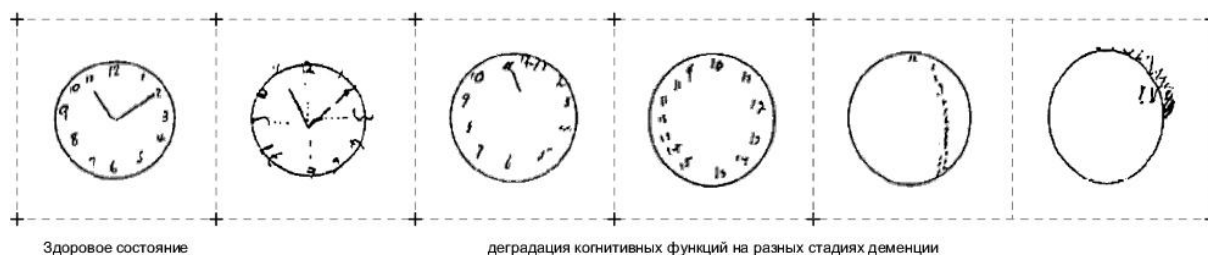


Рис. 1. Изображение циферблата часов людьми с деменцией. Тест Кэрри Петерсон

Системные подходы к организации среды центров можно обобщить в следующие направления (табл. 1):

- навигационные приёмы (архитектурные и дизайнерские);
- подходы к организации пространства, отвечающие физиологическим и психологическим потребностям пациентов;
- архитектурно-средовые приёмы, способствующие терапии, социализации и реабилитации пациентов.

Таблица 1. Архитектурно-средовые подходы в проектировании центров гериатрии

Навигационные приёмы (архитектурные и дизайнерские)	Подходы к организации пространства, отвечающие физиологическим и психологическим потребностям пациентов	Архитектурно-средовые приёмы, способствующие терапии, социализации и реабилитации пациентов
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Системы циркуляции.</li> <li>- Типы плана этажа.</li> <li>- Приёмы навигации и ориентирования в среде.</li> <li>- Когнитивное картирование.</li> <li>- Выявление опорных точек.</li> <li>- Зонирование.</li> <li>- Островное решение.</li> <li>- Сообщество малых групп.</li> <li>- Просматриваемость, визуальный обзор и доступность.</li> <li>- Пространственная конфигурация зон и помещений.</li> <li>- Дизайнерские, компенсаторные приёмы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Антисимулятивность и достоверность.</li> <li>- Безбарьерная (доступная) среда.</li> <li>- Морфологическая преемственность.</li> <li>- Человеческий масштаб.</li> <li>- Лимит этажности зданий.</li> <li>- Иерархия приватности.</li> <li>- Домашняя, привычная атмосфера.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Включение центра в городской контекст, его доступность и проницаемость.</li> <li>- Неинституциональный (неинтернатный) характер.</li> <li>- Развитая программа досуговых, общественных, трудовых и терапевтических пространств.</li> <li>- Разнообразие форматов жилых блоков (палат).</li> <li>- Сообщество малых групп.</li> </ul>

В первую очередь в настоящей работе внимание будет уделено навигационным приёмам, косвенно затрагивающим смежные направления, но опосредованным ими и с ними взаимосвязанным. Как было отмечено, весомый фактор, учитываемый при организации пространства для людей с деменцией, – трудности ориентации в незнакомом центре. Метод решения этой задачи можно обозначить как *интуитивность и приёмы*,

Аффорданс (в дизайне) – свойство объекта, которое явно указывает и подсказывает, что с ним можно сделать и как с ним взаимодействовать.

*способствующие успешному ориентированию в среде.* Среди совокупности подходов организация интуитивного дизайна может быть реализована в следующих направлениях:

- архитектурно-средовые приёмы: выбор территории организации гериатрического центра, её генеральное планирование, морфотип застройки, его формообразование, плотность, уровень транспарентности и открытости, выбор типа и конфигурации плана, системы циркуляции, зонирование;
- дизайнерские приёмы: навигационные и компенсаторные приёмы (инфографика, вывески, тактильные указатели, цветовое кодирование, комбинация материалов, фактур).

### **Архитектурно-средовые приёмы**

Одно из ранних эмпирических исследований восприятия пространства людьми с деменцией было организовано исследователем С. Эльмшталем в 1977 году. В ходе наблюдения за способностями пациентов ориентироваться в центрах с разной конфигурацией плана была дана оценка эффективности каждой системы циркуляции: коридорной, L-образной и квадратной структур [2]. Наименее успешными оказались системы с коридорным типом, особенно с двойной нагрузкой (ограниченные стенами помещения, расположенные по обе стороны коридора). Спустя длительное время пребывания в них у пациентов отмечалось усиление апраксии<sup>4</sup> вплоть до деперсонализации. Схожие последствия проявлялись и в противоположной монотонному коридору конфигурации с многовекторными переменами направлений, разветвлёнными путями, а также в планировках с замкнутыми, замкнутыми маршрутами – все они приводили к дезориентации, и изначальная цель перемещения зачастую оказывалась забытой. Более удовлетворительные результаты отмечены в системах, где векторы изменения направления стремятся к одному: в L- и H-образных планах. Системы с однолинейной циркуляцией и квадратные, П-образные структуры были признаны наиболее предпочтительными.

Исследования А. Неттена, организованные в 1989 году, также подтвердили подобные наблюдения [3]. На базе изучения 13 специализированных центров с разной пространственной конфигурацией была дана оценка их эффективности. Маркером успешности послужили удачные попытки резидентов (n=104) сориентироваться и достичь нужных мест без ассистирования. Недифференцированные, монотонные коридоры значительно ухудшали когнитивные способности пациентов, однако именно такой тип плана встречался в большинстве рассмотренных учреждений. Их характеристиками являются: частые одинаковые элементы (двери, ниши), глухие однообразные поверхности, монотонная отделка, симметричность, отсутствие смысловой и пространственной иерархии. Также вновь была подтверждена корреляция числа узловых точек для принятия решения (количество векторов направления в точке разветвлений) с вероятностью схода с маршрута. Таким образом, система циркуляции пациентов в здании является наиболее значимым средовым фактором для ориентирования в центре. В качестве наглядного представления возможных систем циркуляции создана классификация типов планов подобных центров (рис. 2) с оценкой их предпочтительности на основе упомянутых трудов, графико-аналитического исследования мирового опыта проектирования центров гериатрии (рис. 3).

Циркуляция в здании неразрывно сопряжена с вертикальными коммуникациями. В последующих исследованиях, проведённых Р. Пассини и его коллегами в 2000 году [4], была организована серия экспериментов-наблюдений за перемещением пациентов в многоэтажных домах престарелых. Впервые в ходе эксперимента проживающим были предложены задачи по ориентированию с перемещением по разным уровням зданий. При деменции люди испытывают трудности с мысленным представлением пространств, недоступных для непосредственного обзора, что делает переход на другой этаж невозможным. Например, в одном из центров общий кафетерий располагался на первом уровне, а жилые пространства находились выше, что заставляло проживающих

<sup>4</sup> Апраксия – нарушение координированных, согласованных движений.

пользоваться лифтом либо лестницей. Это оказалось непреодолимым препятствием для значительной части контрольной группы, и персонал был вынужден сопровождать пациентов, когда они покидали пределы палатного отделения. Эти наблюдения показывают, что часто используемые пациентами зоны следует располагать на одном уровне.

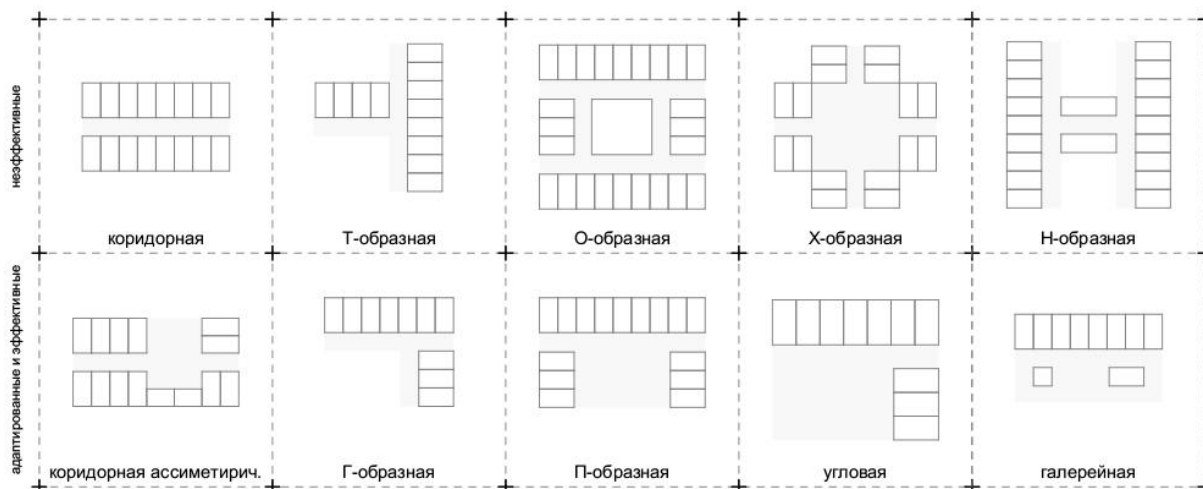


Рис. 2. Типы планов центров гериатрии

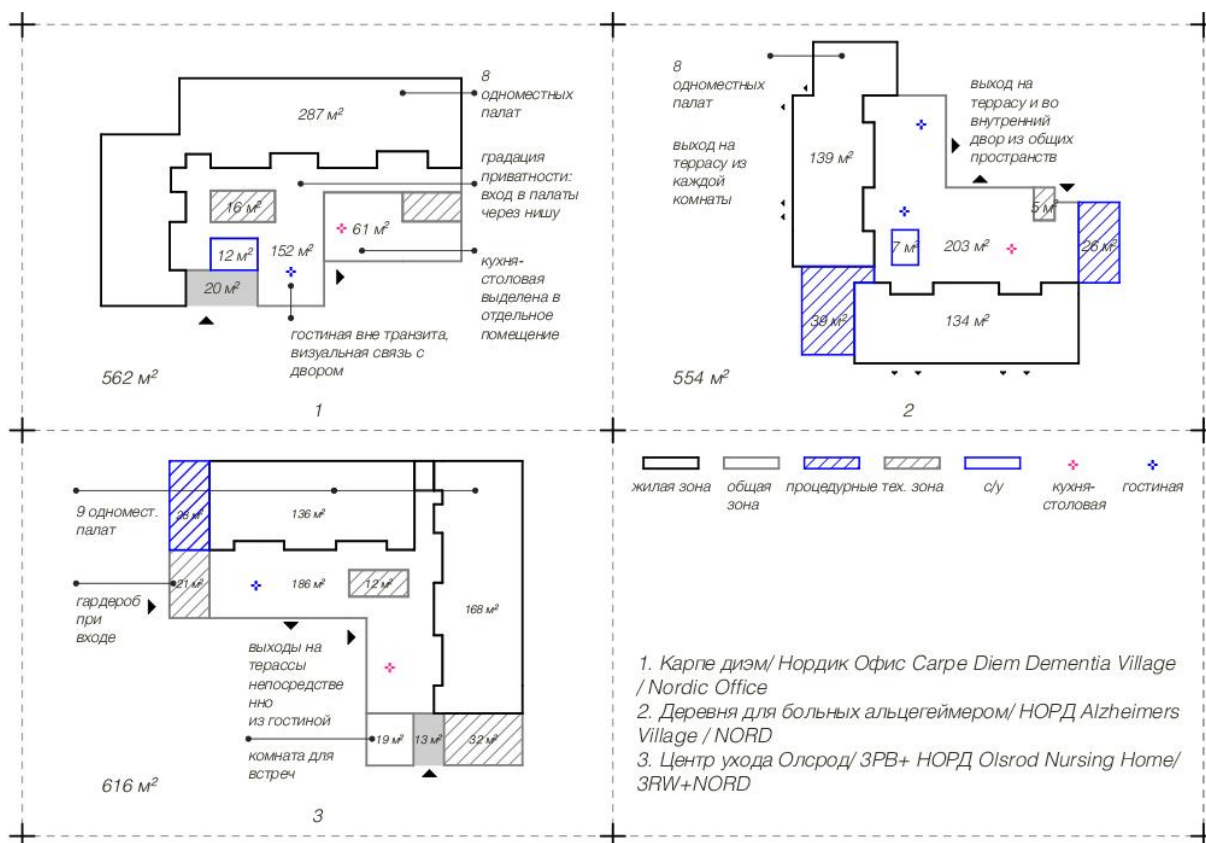


Рис. 3. Графико-аналитическое исследование примеров проектирования центров гериатрии в мировом опыте

Помимо обоснованной системы циркуляции поддерживающим архитектурным подходом для успешного ориентирования пациентов является система опорных точек. Опорную



точку, или нод, можно представить как значимый пространственный элемент, артикулирующий внимание и вызывающий ассоциацию у человека. Нодами могут служить:

- выразительные элементы (инфографика, цветовые, дизайнерские и иные акценты);
- ориентиры-аттракторы (пространственные, ясно читаемые и узнаваемые объекты: обеденный стол, пост медсестры, станция регистратуры, стойка информации);
- места и зонированные пространства (кухня, столовая, мастерская, класс для занятий, общие зоны, гостиные, лобби);
- внешние стимуляторы (экстерьерные виды, световые люки).

Такие опорные точки-аффордансы предоставляют человеку достаточную информацию для ориентирования и принятия решений, формируя когнитивную карту пространства<sup>5</sup>. Метод помогает компенсировать недостатки системы циркуляции и повышать её эффективность: пациенты могут постигать пространство последовательно – от одной опорной точки к другой, выделяя односложные векторы направления. К примеру, в линейных, одновекторных планировочных решениях успешное ориентирование может стимулировать изменение визуального горизонта в пространстве: перемена особенности интерьера, выраженное зонирование, асимметричная конфигурация элементов, включение островных объектов, ниш, выступов, проёмов, акцентирующих изменение содержания пространства, стимуляция видом на экстерьер. А в более сложных конфигурациях планов последовательная серия опорных точек позволяет выделять шаг за шагом точки ассоциаций для принятия решений. Составляя подобную когнитивную карту, важно учитывать, что маршрут стоит выстраивать через пространства, которые способствуют взаимодействию. Во-первых, такой подход формирует привычку социального контроля друг за другом и чувство ответственности благодаря общей просматриваемости и слышимости. Во-вторых, выраженные и заметные зоны и объекты, как гостиная, кухня, столовая зона, повышают шанс на спонтанное вовлечение человека в труд, активность и общение. В данном контексте благоприятным решением может выступить островное зонирование пространства. Оно имеет ряд преимуществ перед «встроенными», ограждёнными стеной помещениями (кухни, столовые, гостиные и т.д.): во-первых, благодаря уже обозначенной просматриваемости человек неизбежно приходит к месту назначения; во-вторых, возникает ощущение достоверной доступности и принадлежности человека к процессам, что способствует социализации; в-третьих, снижается загруженность вектора циркуляции (коридора, галереи, рекреации, холла), за счёт перераспределения потока более разряженно в поле одного пространства; в-четвёртых, это способствует также чувству домашней обстановки, эффект которой невозможен, к примеру, в централизованных столовых, кафетериях без возможности готовить пациенту самому. В качестве наглядного представления рассмотренных подходов и демонстрации их взаимосвязи разработана экспериментальная модель корпуса для постоянного пребывания пациентов (рис. 4).

На основе заключений исследования Дж. Маркуорд [5] можно резюмировать общие основания для успешной реализации подхода, основанном на когнитивном картировании маршрута через серию опорных точек:

- ясность опорных точек. При их восприятии не должно возникать визуального, информационного и смыслового шума. Чётко обозначенные и геометричные зоны/ноды являются предпосылками для их идентификации;
- пространственная близость опорных точек. Места, часто посещаемые пациентами, рекомендуется располагать в непосредственной близости к жилым блокам (палатам), а их маршрут в жилую зону рационально располагать на пути через места-аттракторы;

<sup>5</sup> Когнитивная карта – понятие, введённое в практику психологом-необихевиористом Эдвардом Толменом для выявления способностей человека целостно воспринимать пространство через серию экспериментов с пребыванием в этой среде, а также оценка адекватности мысленного представления места, выходящего за пределы визуального поля исследуемого. Как уже было отмечено, при нейродегенеративных процессах способность абстрактно представлять пространства и места, непросматриваемые напрямую, может быть утрачена. Когнитивное картирование может служить эффективным методом организации интуитивно понятного маршрута при проектировании центра.

- выраженная обстановка опорных точек. Пространства должны быть хорошо оборудованы и обставлены соответствующей мебелью, вызывающей ассоциации и артикулирующей ожидаемое поведение человека в среде. К примеру, в ходе наблюдений было обнаружено, что достаточно оборудованные кухни-столовые с крупными обеденными группами позволили пациентам даже с тяжёлой деменцией найти и использовать эти места по назначению;
- минимальное число опорных точек. Проектирование только одной кухни, гостиной, мастерской, столовой и прочих зон для малого числа проживающих предпочтительнее централизованных помещений в масштабе всего центра.

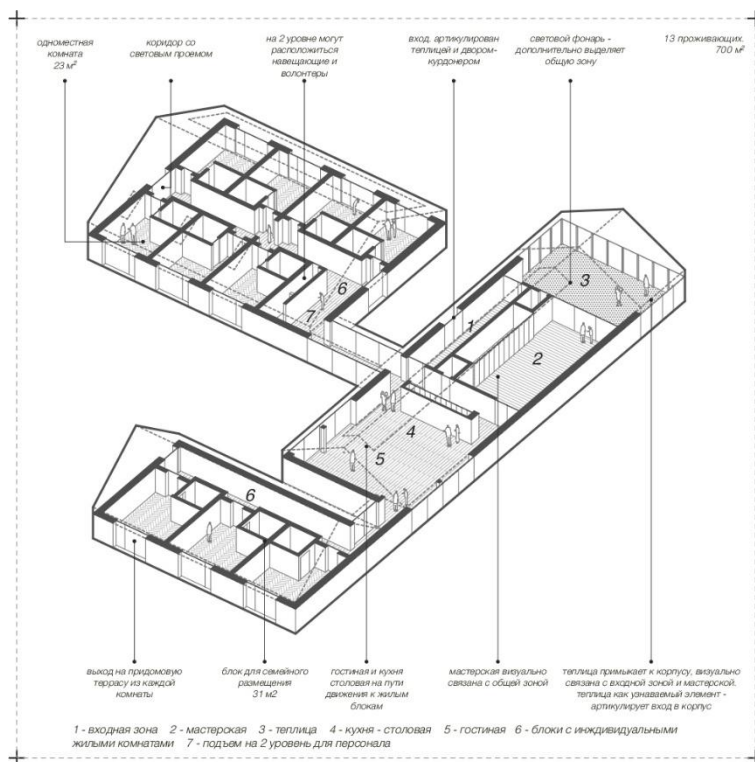


Рис. 4. Экспериментальная модель корпуса для постоянного пребывания 13 пациентов в структуре гериатрического центра ассистированного проживания (авторская экспериментальная разработка)

Из последнего наблюдения становится очевидной прямая взаимосвязь между используемыми общими пространствами и числом проживающих, имеющих к ним доступ. Исследования С. Эльмштала не продемонстрировали корреляции размеров помещений и успешности ориентирования пациентов, поскольку все анализируемые центры имели схожую наполняемость и представляли сообщество малых групп (6-8 человек). Однако последующие наблюдения подтверждали, что число людей и размер блока – значимый аспект в конфигурации пространства и фактор в ориентировании [2]. Основанием этого служат предпосылки: возможность быстрой эвакуации (что дополнительно отягощается тяжёлым состоянием проживающих); снижение возможности возникновения социальных связей в среде больших групп; разборчивость и постижимость малых пространств играет значительную роль в возможностях их использования пациентами с деменцией; этически неоднозначно объединять большое число людей с психическими нарушениями в крупные группы по аналогии с интернатом. В наблюдениях Дж. Маркоурд и П. Шмига наиболее предпочтительными были определены группы в 8-10 человек, размещённые в малых отдельных корпусах [6]. Сопоставление морфотипов застройки и технико-экономических показателей центров сопроводительного проживания из мировой архитектурной практики также подтвердило эти заключения. Были выявлены следующие особенности: лимит этажности до 1-2 уровней; основное административное и медицинское ядро вынесено в самостоятельное здание, сообщества малых групп в отдельных корпусах формируют

кластерную структуру центра (морфотип городской деревни<sup>6</sup> – квартальная застройка малого масштаба, высокой плотности и парцелляции объёмов); число проживающих в группе 8-10 человек; 1/3 часть площади занимают развитые общие пространства; одноместные жилые блоки с собственным санузелом; все комнаты (палаты) ориентированы вовне – на городские виды, улицы, так человек ощущает себя по-прежнему частью мира и остаётся вовлечённым, в то время как пространства общего пользования и досуга сосредоточены по дворовому фронту с доступом из них на придомовую террасу и сам двор – так формируется связь с резидентами других корпусов.

### Дизайнерские и компенсаторные приёмы

Дизайнерские навигационные решения являются дополняющими архитектурные методы компенсаторными приёмами для помощи в ориентировании в пространстве гериатрического центра. Совокупность подобных решений можно обобщить следующим образом:

- визуальные: знаки, вывески, цветовое и световое кодирование, обстановка и др.
- сенсорные (тактильные): сочетание фактур, перемена материала отделки, покрытий, пиктограммы и др.
- акустические: звуковые сигналы, акустический комфорт помещений.

Среди общих принципов, закладываемых в основу каждого из решений, можно выделить:

- применение простых приёмов. Ввиду снижения способности осваивать непривычные навыки пациентам с деменцией приёмы не должны требовать высоких возможностей по их интерпретации.
- избежание чрезмерной стимуляции и информационного шума. Не следует смешивать навигацию, предназначенную для персонала, с информацией, связанной с пребыванием пациентов, а также в каждом случае минимальными средствами артикулировать предлагаемую информацию.
- адаптация общих принципов универсального дизайна с учётом особенностей пожилых людей и пациентов с деменцией.
- достоверность. Иногда в психоневрологических центрах и домах престарелых прибегают к симулятивным методам организации их среды: размещение бутафории (например, автобусных остановок, фальшивых дверей и др.), камуфлирование архитектурных элементов (выходов, лифтов, лестниц, ограждений и заборов) с помощью декораций, накладных изображений. Это этически спорно и может вводить человека в заблуждение, усугубляя чувство потерянности и изоляции. Среда должна ясным образом показывать возможности, доступные пациенту.

Такие приёмы, как пиктограммы и знаки, являются базовыми элементами в любой дизайнерской задаче по организации навигации. Внятная единообразная инфографика может применяться для идентификации пространств. Помимо этого, рационально также внедрять персонализацию пространства. К примеру, комбинация наводящих приёмов повышает эффективность навигации: фотография жителя и именная табличка на двери, размещение личных, памятных для человека вещей, возможность индивидуализировать своё личное пространство. Например, люди даже с тяжёлой деменцией могут идентифицировать написанные от руки собственные имена и фотографии себя [7]. Положение инфографики должно быть адаптировано к свойственной пожилым людям привычке смотреть вниз, а также к уровню глаз человека на инвалидной коляске (1 090-1 295 мм). Следует учитывать, что люди, страдающие деменцией, имеют тенденцию воспринимать активные паттерны, тёмные элементы, выраженное разделение плоскостей как объёмные, и интерпретировать их как трёхмерные реальные пустоты, и пугаться их. При старческих синдромах также снижается способность воспринимать цвета. Преимущественно отклонения от нормы приходится на синие и зелёные спектры, а также

<sup>6</sup> В англоязычном поле понятие dementia-village (деревня для больных деменцией) получило распространение, так как оно удачно указывает и на формат учреждения как центра сопроводительного проживания, и на его архитектурную структуру-морфотип «деревни-в-городе».



холодные оттенки, а меньше – на жёлтые и красные, тёплые оттенки<sup>7</sup>. Попутно со снижением остроты зрения и распознавания цвета с возрастом отмечается физиологическая деградация восприятия света: для человека старше 60 лет уровень комфортной освещённости может требоваться вдвое выше, чем это достаточно для молодой группы. При этом влияние искусственного яркого света (2000 люкс), а также достаточного естественного света на людей с деменцией проявляется в увеличении качества сна, снижении перевозбудимости и апраксии [6].

## Выводы

На основе обзора научных публикаций по тематике исследования, сопоставительного анализа данных, графико-аналитического исследования гериатрических центров из мировой практики в настоящей работе были сформулированы и обоснованы архитектурно-средовые подходы к организации пространств социально-медицинских гериатрических центров для пожилых людей с деменцией. Обобщение рассмотренных подходов представлено в иллюстрациях благоприятных и неблагоприятных архитектурно-средовых и дизайнерских приёмов (рис. 5, 6).

Уровень подхода	Благоприятные особенности	Неблагоприятные особенности
Дизайнерские особенности	Достоверность – антисимулятивность. 	Симулятивный подход, размещение бутафории. 
	Персонализация пациентом личного пространства. 	Информационный беспорядок – хаотичное сочетание разных по содержанию навигационных систем и информации для разных целевых групп. 
	Комбинаторика и сочетаемость навигационных тактик. 	Визуальный шум – активные паттерны, резкие разграничения плоскостей. 
	Адаптированность к способностям и особенностям целевой группы – использование графики повышенной контрастности, желто-красного спектра, отсутствие активных паттернов, разделения плоскостей, приоритет размещения информации на полу и на уровне взгляда человека, перемещающегося на коляске 1 090-1 295 мм. 	Отсутствие навигационных систем. 
	Приоритет простых, единообразных приемов. 	Неадаптированность навигационных систем к особенностям людей с ментальными нарушениями. 
	Цветовое и световое кодирование. 	
	Достаточный уровень освещенности (2000 люкс).	

Рис. 5. Дизайнерские и компенсаторные приёмы. Благоприятные и неблагоприятные характеристики

<sup>7</sup> Wright A. Alzheimer's and the Color Red // Alzheimer's & Dementia Aids: official website. URL: <https://www.alzaid.com/alzheimers-and-the-color-red/> (дата обращения: 21.02.2025).



















Уровень подхода	Благоприятные особенности	Неблагоприятные особенности
Архитектурные особенности	<p>Морфотип городской деревни – плотная, квартальная (кластерная) застройка с высокой парцелляцией объемов и выраженными архитектурными особенностями.</p> 	<p>Многоэтажные крупные, моноструктурные центры – отчужденный от городской среды характер застройки, непроницаемость и закрытость территории.</p> 
	<p>Лимит этажности – сосредоточение всех пространств, имеющих отношение к пациентам в поле одного этажа.</p> 	<p>Коридорная система.</p> 
	<p>Благоприятная типология плана этажа – предпочтение галерейной системы, П/Г-образных, линейных одновекторных конфигураций.</p> 	<p>Тупиковые решения.</p> 
	<p>Ассиметричный характер среды, дифференциация объемов.</p> 	<p>Типология планов с разветвленными и замкнутыми системами навигации (Н/Х/+, О – образные).</p> 
	<p>Включение опорных точек и картирование маршрута через серию узлов.</p> 	<p>Типология и атмосфера медицинского отделения – выраженный институциональный характер среды.</p> 
	<p>Просматриваемость (широкий визуальный обзор).</p> 	<p>Централизованные в масштабе всего центра столовые, общественные пространства.</p> 
	<p>Сообщество малых групп – создание малых по вместимости, размерам корпусов для 8-10 проживающих.</p> 	<p>Многоместные палаты</p> 
	<p>Приоритет одноместного размещения в комнате (палате) с созданием сценариев совместного проживания (2-местные, семейные блоки).</p> 	
	<p>Приоритет малых по вместимости, децентрализованных общественных зон – собственная кухня-столовая, гостиная, мастерская и проч. для каждой группы (корпуса).</p> 	
	<p>Иерархия приватности – артикуляция архитектурными приемами ожидаемое поведение, а также переход «общего» к «приватному» (прикомнатные террасы, ниши-буферы при входе в индивидуальную комнату, трансформируемые ширмами, перегородками и проч. пространства).</p> 	
	<p>Неинституциональный характер – приоритет создания привычной домашней обстановки). Развитая программа, реализуемая в центре, например: патронажная, волонтерская, просветительская, консультационная, реабилитационная, профилактическая и др. деятельности способны привлекать горожан и встраивать центр в нормальную городскую жизнь.</p> 	

Рис. 6. Архитектурно-средовые приёмы. Благоприятные и неблагоприятные характеристики

Таким образом, рассмотренные архитектурно-средовые подходы к проектированию пространств социально-медицинских центров для пожилых людей, страдающих деменцией, классификация типов планов, выявленные ключевые пространственно-средовые элементы подобных комплексов позволили выявить благоприятные и неблагоприятные подходы к организации среды и архитектуры гериатрических центров. Результат работы сможет получить практическое значение в проектировании гериатрических центров и являться предметом дальнейших исследований.

### Источники иллюстраций

Рис. 1. Peterson, C. The clock drawing test and dementia // Doctor Dementia's website: official website. Published on July 9, 2015. URL: <https://doctordementia.com/2015/07/09/the-clock-drawing-test-and-dementia/> (дата обращения: 21.02.2025).

Рис. 2-6. Схемы Н.В. Рябушкина из личного архива.

### Список источников

1. Михальчи Е.В. К изучению особенностей восприятия времени и пространства у лиц с ОВЗ и инвалидностью // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2016. №3(14). С. 50-63.
2. Elmståhl S. How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? / S. Elmståhl, L. Annerstedt, O. Ahlund // Alzheimer Disease and Associated Disorders. 1997. №11(1). P. 47-52.
3. Netten A. The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: A study of elderly demented residents and their ability to find their way around homes for the elderly // International Journal of Geriatric Psychiatry. 1989. Volume 4(3). P. 143-153.
4. Passini R. Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type / R. Passini, H. Pigot, C. Rainville, M.-H. Tetreault // Environment and Behavior. 2000. №32(5). P. 684-710.
5. Marquardt, G. Wayfinding for People with Dementia: A Review of the Role of Architectural Design // HERD Health Environments Research & Design Journal. 2011. №4(2). P. 75-90.
6. Marquardt G. Dementia-friendly architecture: Environments that facilitate wayfinding in nursing homes / G Marquardt, P. Schmieg // American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 2009. №24(4). P. 333-340.
7. Young J. It takes a village: dementia patients, families, caregivers, and community: Masters of Science in Architecture thesis. Wentworth Institute of Technology. Boston, 2018.

### References

1. Mihal'chi E. V. Social adaptation of convicts of men sick with drug addiction in 2015. Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development, 2016, no. 3(14), pp. 50-63.
2. Elmståhl S., Annerstedt L., Ahlund O. How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? Alzheimer Disease and Associated Disorders, 1997, no. 11(1), pp. 47-52.
3. Netten A. The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: A study of elderly demented residents and their ability to find

their way around homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1989, volume 4(3), pp. 143-153.

4. Passini R.H., Pigot C., Rainville M.-H. Tetreault Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type. *Environment and Behavior*, 2000, no. 32(5), pp. 684-710.
5. Marquardt G. Wayfinding for People with Dementia: A Review of the Role of Architectural Design. *HERD Health Environments Research & Design Journal*, 2011, no. 4(2), pp. 75-90.
6. Marquardt G., Schmiege P. Dementia-friendly architecture: Environments that facilitate wayfinding in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2009, no. 24(4), pp. 333-340.
7. Young J. It takes a village: dementia patients, families, caregivers, and community: Master's of Science in Architecture thesis. Wentworth Institute of Technology, Boston, 2018.

## ОБ АВТОРЕ

### **Рябушкин Никита Владимирович**

Аспирант кафедры «Архитектура медицинских зданий», Московский архитектурный институт (государственная академия), Москва, Россия  
[ryabushkin.99@mail.ru](mailto:ryabushkin.99@mail.ru)

## ABOUT THE AUTHOR

### **Riabushkin Nikita V.**

Postgraduate Student at the Department of «Healthcare architecture», Moscow Architectural Institute (State Academy), Moscow, Russia  
[ryabushkin.99@mail.ru](mailto:ryabushkin.99@mail.ru)