

راهنمای تغییرات اصلی
در ساختار و محتوای
DSM-5 تا DSM-IV

ترجمه و گردآوری:

دکتر محمد امین شریفی
(روانشناس)

سروش‌شناسه: شریفی، محمدامین

عنوان: راهنمای تغییرات اصلی در ساختار و محتوای DSM-IV تا DSM-5

ترجمه و تألیف: محمدامین شریفی

مشخصات نشر: تهران: نیوند، ۱۳۹۵

مشخصات ظاهری: ۱۸۶ صفحه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۵۹۳۱-۷-۰

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

موضوع: روان‌شناسی

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۵/ش/۴۵۴/RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹

شماره کتاب‌شناسی ملی: ۴۳۰۸۷۹۰

راهنمای تغییرات اصلی
در ساختار و محتوای
DSM-5 تا DSM-IV

ترجمه و گردآوری:

دکتر محمد امین شریفی
(روانشناس)

نوبت چاپ: اول / شماره باز: ۲۰۰ نسخه

چاپ: دیجیتال ایران کهن، ۱۳۹۵

مدیر تولید: پریسا فرجی

صفحه آرایی: فریده سجادی

طراحی جلد: فریده سجادی

قیمت: ۱۲۵۰۰ تومان

نشر نیوند

واپسته به نشریه پژوهش های روان شناختی

نشانی: تهران / اتوبان کردستان / بعد از پل حکیم / خیابان ۲۷ غربی / ۴۰ متری اول

خیابان ۲۵ / شماره ۱۸۵ / طبقه دوم

۱۱	 مقدمه
	بخش اول
۳۳	 تغییرات اصلی در ساختار محتوای DSM-5
۳۳	 ۱- حذف سیستم چند حوری
۳۵	 ۲- استفاده از رویکرد ابعادی برای تشخیص اختلالات روانی
۳۶	 ۳- تغییر اسامی برخی از اختلالات
۳۸	 ۴- تغییرات بین فصلی (بین طبقه ای)
۳۹	 ۵- تغییرات درون فصلی (درون طبقه ای)
۴۰	 ۶- تشخیص های ادغام شده
۴۱	 ۷- حذف ها
۴۱	 ۸- فصل ها (طبقه ها)ی جدید/ مقوله های تشخیصی جدید/ شاخص های جدید
۴۱	 ۹- جایگزین شدن «اختلال مشخص دیگر» و «اختلال نامشخص» به جای تشخیص های NOS
۴۳	 ۱۰- ورود برخی از مقیاس های ارزیابی
۴۳	 ۱۱- تغییر معیارهای تشخیصی برخی از اختلالات روانی
۴۵	 نحوه ی نوشتن یا ثبت تشخیص (diagnosis در DSM-5)
۴۹	 تغییرات DSM-5 و مقایسه با DSM-IV
۴۹	 مقایسه ی ساختار کتابچه ی DSM در نسخه ی قبلی و کنونی
۵۰	 مقایسه ی متن مکتوب DSM-5 و DSM-IV در مورد هر اختلال
۵۱	 مقایسه و مطابقت عناوین فصل ها (طبقه ها) در DSM-5 و DSM-IV

۵۵	اختلالات عصبی-رشدی
۵۹	تغییرات اصلی در فصل اختلالات عصبی-رشدی
۵۹	نا توانی های عقلانی
۶۰	اختلال یادگیری مشخص
۶۰	اختلال های حرکتی
۶۰	اختلال های ارتباطی
۶۱	اختلال طیف اتیسم
۶۲	اختلال کاستی توجه/پیش فعالی (ADHD)
۶۵	طیف اسکیزوفرنی و اختلالات سایکوتیک دیگر
۶۹	تغییرات اصلی در فصل «طیف اسکیزوفرنی و اختلالات سایکوتیک دیگر»
۶۹	اختلال هذیانی
۶۹	اختلال سایکوتیک کوتاه مدت (گذرا)
۷۰	اختلال اسکیزوفرنی حاد
۷۰	اسکیزوفرنیا
۷۱	کاناتونی
۷۱	طیف اسکیزوفرنی مشخص دیگر و اختلال سایکوتیک مشخص دیگر
۷۳	دو قطبی و اختلالات مرتبط
۷۵	تغییرات اصلی در فصل دو قطبی و اختلالات مرتبط
۷۷	اختلالات افسردگی
۷۹	تغییرات اصلی در فصل اختلالات افسردگی
۸۰	اختلال افسردگی اساسی (MDD)
۸۲	اختلال افسردگی مداوم (افسرده خونی = دیستایمی)
۸۵	اختلال های اضطرابی
۸۷	تغییرات اصلی در فصل اختلالات اضطرابی
۸۹	وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط
۹۱	تغییرات اصلی در فصل وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط
۹۳	اختلالات مرتبط با آسیب و استرسور

۹۵	تغییرات اصلی در فصل اختلالات مرتبط با آسیب و استرسور
۱۰۱	فصل اختلال های تجزیه ای
۱۰۳	تغییرات اصلی در فصل اختلال های تجزیه ای
۱۰۵	نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط
۱۰۹	تغییرات اصلی در فصل اختلال نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط
۱۰۹	اختلال نشانه ی جسمانی
۱۱۰	اختلال اضطراب بیماری
۱۱۰	اختلال تبدیلی (اختلال نشانه ی نورولوژیک کارکردی)
۱۱۰	عوامل روان شناختی که بر بیماری های جسمانی دیگر تأثیر می گذارند
۱۱۱	اختلال ساختگی (تحمیل شده بر خود و تحمیل شده بر دیگری)
۱۱۳	اختلالات تغذیه و خوردن
۱۱۵	تغییرات اصلی در فصل اختلال های تغذیه و خوردن
۱۱۵	بی اشتها ی عصبی
۱۱۶	جوع عصبی
۱۱۶	اختلال پر خوری افراطی (اختلال خوردن با ولع)
۱۱۶	اختلال تغذیه یا خوردن مشخص دیگر
۱۱۹	مقایسه ی اختلال های دفع در DSM-5 و DSM-IV
۱۱۹	تغییرات فصل اختلال های دفع
۱۲۱	اختلال های خواب - بیداری
۱۲۵	کژکاری های جنسی، ملال جنسیتی و انحراف های جنسی
۱۲۷	تغییرات اصلی در فصل کژکاری های جنسی، ملال جنسیتی، و انحراف های جنسی
۱۲۷	اختلالات اخلاق گر، کنترل تکانه و سلوک
۱۳۷	تغییرات اصلی در فصل اختلالات اخلاق گر، کنترل تکانه و سلوک
۱۳۹	اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
۱۴۱	اختلال های عصبی - شناختی
۱۴۵	اختلالات شخصیت
۱۴۶	جدول ۲۲. اختلالات روانی دیگر در DSM-5 و کدهای اضافی در DSM-IV

- ۱۴۷ جدول ۲۳. اختلالات حرکتی ناشی از دارو و عوارض ناگوار دیگر داروها (DSM-5) و تناظر آن با اختلالات DSM-IV
- ۱۴۸ جدول ۲۴. مشکلات دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشند
- ۱۵۰ جدول ۲۵. اختلالاتی برای تحقیق بیشتر
- ۱۵۱ مقیاس‌های ارزیابی (مندرج در بخش سوم DSM-5)
- ۱۵۱ مقیاس‌های نشانه‌ی متقاطع سطح یک و دو DSM-5
- ۱۵۳ مقیاس نشانه‌ی متقاطع سطح یک DSM-5 (نسخه خودسنجی بزرگسال)
- ۱۵۸ مقیاس نشانه‌ی متقاطع سطح یک DSM-5 (نسخه کودکان ۶ تا ۱۷ سال)
- ۱۶۳ مقیاس ابعاد شدت نشانه‌ی روان‌پریشی (نسخه متخصص بالینی)

بخش دوم

- ۱۶۹ مدل جامع‌ترین DSM-5 برای اختلال‌های شخصیت
- ۱۷۱ ملاک A: سطح کام‌کرد (یا نکرد) شخصیت
- ۱۷۸ ملاک B: صفات شخصیتی (تولودیک)
- ۱۸۴ تشخیص اختلال شخصیت
- ۱۸۷ منابع

هنگامی که با انسانی مواجه می‌شویم، فرقی نمی‌کند که باشد، سعی نکن بر اساس ارزش و کرسشش ارزیابی عینی از او به عمل آوری. به بدطینتی، یا کوتاه بینی و افسکاره و عرفش نگاه نکن؛ زیرا آن یک به راحتی می‌تواند تو را به سوی تنگنای او بکشد و این یک، به سوی تحقیر وی. در عوض، توجهات را فقط بفرصت‌ها و نیازها و نگرانی‌ها و دردهایش کن. آنگاه همواره به وی اساس خویشاوندی خواهی کرد.

شوپنهاور: «در باب طبیعت انسان»

(ص ۵)

مقصود از این مقدمه‌ی تا اندازه‌ای مغایر و حتی متضاد با هدف راهنمای فعلی، نگاهی مختصر به وضعیتی است که امروز، به خاطر جدی گرفتن بیش از اندازه‌ی بحث تشخیص‌گذاری اختلالات روانی - در رابطه با مراجعان خود دچار شده‌ایم.

به قول دوسان ککمانوویچ^۱ (۲۰۱۳)، «فلسفه ی DSM-5 هیچ تفاوتی با نسخه های قبلی نکرده است، یعنی هیچ قدمی برای روشن کردن ذهن بالینگران راجع به «دنیای درونی» بیمار در حال رنج، و ارتقاء فهم متخصصان از چشم انداز و دیدگاهی که بیماران به زندگی دارند، برنداشته است». با اینکه انتشار DSM-5 انتقاد، اعتراض و مشاجره ی بی سابقه ای به راه انداخته است، به طوری که حداقل ۴۷ سازمان مرتبط با سلامت روان برای بازبینی و مرور علمی و مستقل DSM درخواست امضا کرده اند (لاکاس^۲، ۲۰۱۴)، ولی بزرگ ترین و اصلی ترین انتقاد وارد بر DSM-5 (که توسط پیشکسوتانی چون اسپیتزر و فرانسس^۳ - رئیس کارگروه DSM-IV - ارائه شده است)، برخورد غیر انسانی با مشکلات انسانی، یا به زبان واضح تر medicalize کردن گرفتاری های ناگزیر زندگی است: یعنی بسیاری از رفتارهای چندین غیر عادی آدمی را به مثابه ی malady, disease, disorder یا sickness تلقی کردن و نگاه، آنها را مستلزم مداخله یا درمان پزشکی دانستن. حذف ملاک خروجی (عده ی دوم) برای تشخیص MDD و ورود اختلال پرخوری افراطی، از مثال های بارز باز کردن مرزهای اختلال روانی و جنبه ی پزشکی دادن به مشکلات نسبتاً پیش پا افتاده است که بی شک به تشخیص های مثبت کاذب (False-Positive diagnoses) خواهد انجامید. پایین آمدن آستانه های تشخیصی برخی از اختلالات هم، خود بحث مهم جداگانه ای است.

این در حالی است که برخی از نافذترین بهر پای روان پزشکی و روان درمانی در سال های اخیر، که هم با ماهیت پیچیده ی روان انسان آشنایی داشتند و هم قادر بودند که نگاهی فلسفی به مشکلات روانی آدمی بیندازند (مثلاً میشل فوکو، اروین یالوم، ر. د. لینگ و ...) دلایل مهم خود بر «چندان جدی نگرفتن» بحث تشخیص را ارائه کرده اند. یالوم (۲۰۰۲) فصل دوم کتاب «هنر درمان» را با این عنوان شروع می کند که «از تشخیص بپرهیزید، مگر برای شرکت های بیمه» و در ادامه، دلیل آن را توضیح می دهد: «روان درمانی عبارت است از روند آشکارسازی تدریجی ای که در خلال آن درمانگر سعی می کند تا حد امکان بیمار

1. Dusan Kecmanovic

2. Lacasse

3. Frances & Spitzer

را به‌طور کامل بشناسد. تشخیص، دید را محدود می‌کند و از توانایی برقراری ارتباط انسانی می‌کاهد. وقتی تشخیصی می‌گذاریم، در واقع به‌صورت انتخابی به تمامی جنبه‌هایی که در تشخیص ما نمی‌گنجد، بی‌توجه می‌شویم و برعکس به جزئیاتی که به نوعی تشخیص اولیه را تأیید می‌کنند، بیش از آنچه باید، توجه می‌کنیم» (ترجمه حبیب، ۱۳۸۶).

کتاب خویشتن از هم‌گسیخته یکی از دشوارترین متن‌های این قرن برای فهم روان‌آدمی است که ر. د. لینگ^۱ روانپزشک، در آن به تبیینی اگزیستانسیال - پدیدارشناختی (existential-phenomenological) از اسکیزوفرنیا و شکل‌های مختلف ناامنی هستی‌شناختی (ontological insecurity) مثل گرایش‌های اسکیزوئیدی پرداخته است. وی گزارشی را از کراپلین نقل قول می‌کند که در کلاس برای دانشجویان خود علائم «بعد کراپلین» را در حضور خود بیمار توضیح می‌دهد. وقتی کراپلین از بیمار می‌پرسد که کجا قرا دارد و نامش چیست، بیمار در پاسخ می‌گوید:

«تو می‌خواهی این را هم بدانی؟ من می‌گویم چه کسی دارد تست می‌شود و چه کسی تست شده باید تست شود. من همه‌ی این‌ها را می‌دانم و می‌توانم به شما بگویم، اما نمی‌توانم بگویم ...».

او بعد با حالتی که انگار به کراپلین دهن‌کجی می‌کند، به جای کراپلین سوال می‌کند و به جای کراپلین هم جواب می‌دهد، این‌طور ادامه می‌دهد:

«چه صدایی به گوشش می‌آید؟ نمی‌فهمد چه صدایی است، او هیچ چیز متوجه نمی‌شود ... وقتی به او می‌گویم نگاه کند، درست نمی‌کند. آنجا را نگاه کن. آن چیست؟ توجه کن؟ او توجهی نمی‌کند. چرا این جوابی به من نمی‌دهی؟ باز هم گستاخی می‌کنی؟ ... نشانت می‌دهم. تست من تمکین نمی‌کنی».

و بعد کراپلین مسئله‌ی «دست‌نیافتنی بودن» بیمار را برای دانشجویانش توضیح می‌دهد:

«صحبت او فقط رشته‌ای از جملات نامربوط بود که هیچ‌گونه ارتباطی به موقعیت عمومی نداشت».

لینگ توضیح می‌دهد که اتفاقاً خیر؛ جملات نامربوط نبود و خیلی هم به موقعیت عمومی ارتباط داشت:

«مطمئناً بیمار گفتگویی میان تصور خیالی خود از کراپلین و خویشتن جسور و شورشگر خود برقرار نموده است. «تو می‌خواهی این را هم بدانی؟ من به تو می‌گویم چه کسی دارد تست می‌شود و چه کسی تست شده و باید تست شود. من همه‌ی این‌ها را می‌دانم و می‌توانم به شما بگویم، اما نمی‌خواهم بگویم...». به نظر می‌رسد این صحبت بیمار به قدر کافی رک و پودر است. احتمالاً بیمار، از این نوع پرسش که در حضور دانشجویان کلاس انجام می‌گیرد، عمیقاً ابراز تنفر کرده است... اما کراپلین این حرف‌ها را «اعلام مفید» به حساب نیاورده، جز اینکه آنها را «اعلام» دیگری از بیماری یاد کرد... بیمار به اینکه مورد سنجش و آزمون قرار بگیرد، اعتراض دارد. از می‌خواهد کسی او را درک کند... ما به محض برقرار ساختن ارتباط با بیمار، ویرا به طرفتی خاص، مورد ملاحظه قرار می‌دهیم، [یعنی] ساختار یا تفسیر و تعبیر حادثه را بر روی رفتار او بنا می‌کنیم... اگر ما اعمال او را همچون «اعلام» یک «بیماری» در نظر بگیریم، پیشاپیش مقولات فکری خود را به بیمار تحمیل کرده‌ایم... می‌توان فرض نمود کسی، هر آنچه را درباره‌ی آسیب‌شناسی اسکیزوفرنیا شناخته شده، بداند، اما با این حال، قادر به فهم حتی یک فرد اسکیزوفرنیک نباشد... چنین داده‌هایی تنها موجب آن می‌شود که ما نتوانیم به فهم فرد باطل شویم. نگرستن و گوش سپردن به یک بیمار و جستجوی «اعلام» در زوفا (به منزله‌ی یک «بیماری») در او، و نگرستن و گوش سپردن به او به منزله‌ی موجودی انسانی، دو طریقه‌ی اساساً متفاوت در دیدن و شنیدن به حساب می‌آیند؛ مانند آن که فردی ابتدا در تصویری دو پهلوی، یک گلدان ببیند و بعد دو چهره» (لینگ، ۱۹۸۴؛ ترجمه باقری، ۱۳۷۴، ص ۶۶-۷۳).

لینگ یادداشت‌های دیگر کراپلین درباره‌ی یک دختر جوان را که کراپلین از او برای نشان دادن اندیشه‌های خود در سالن سخنرانی به دانشجویان به‌تازده استفاده کرده بود، نقل قول می‌کند:

اگر سعی می‌کرد تکه نانی را که بیمار محکم در دست‌هایش گرفته؛ بکند،

بیمار اجازه نمی داد. اگر سوزنی در پیشانی بیمار فرو می کرد، او به ندرت واکنش نشان می داد. به هر پرسشی که دکتر برجسته مطرح می ساخت، او فقط این پاسخ را می داد: «ای خدای عزیز، ای مادر عزیز، ای مادر عزیز».

دیوید کهن که مصاحبه‌ی مشهوری را با لینگ انجام داده می گوید:

«نکته‌ی لینگ ساده بود: می توان بیمار را ملامت کرد؟ اگر کراپلین سعی می کرد آنچه را در بیمارستان با بیماران انجام می داد در خیابان انجام دهد، بلافاصله جایش در زندان بود. این بیماران مثل آدم‌های احمق (تیمارستانی‌ها) عمل نمی کنند: آنها مقاومت می کنند. آنها از محدود وسایلی که برای مقاومت باقی ماند استفاده می کنند ... لینگ خاطر نشان کرد که این بازپرسی، عظمی در مقابل سالن سخنرانی دانشجویان بود ... چه چیزی برای بیمار معقول تر از واکنش به نوبی است که کراپلین آن را دیوانگی می خواند؟ لینگ استدلال می کرد: یک مسئله‌ی دیدگاهی است. دیدگاه معمول ما دیدن چنین رفتاری به عنوان تأیید ناسلامتی عقل بوده است. به هر حال، تفسیر متفاوت نیز وجود دارد. تجربه‌ی بیمار از کراپلین به عنوان مردی است که بر او اقتدار دارد و از این جهت، برای عذاب دادن او استفاده می کند» (کهن، ۲۰۰۴؛ ترجمه نجفی زند، ۱۳۸۶، ص ۲۴۸).

خود من بارها در محیط‌های آموزشی، با تعجب در چهره‌ی بیمارانی خیره شدم که در سالن درس، خودشان را در برابر پرسش‌های خصوصی و دردناکی می دیدند که اساتید روان پزشکی و دستیاران‌شان از آنها می پرسیدند. بارها به ذهنم می رسید افرادی که رنج‌های زیادی را در گذشته‌ی خراب متحمل شده‌اند، احتمالاً تنها بعد از دریافت بالغانه‌ترین و عمیق‌ترین درمان‌ها (عمدتاً شکنجه‌هایی از روان درمانی تحلیلی بلندمدت یا روان درمانی‌های سایکودینامیک-اگزستانسیال که تأثیرات تکان‌دهنده دارند) می توانند آن قدر منسجم و رشد یافته شوند که از بروز مسائل درونی خود شرم و هراسی نداشته باشند؛ آخر چطور فردی تا این اندازه آسیب دیده می تواند چنین سوال‌هایی را جلوی این همه دانشجوی شیک پوش پاسخ بگوید؟ تمام آنها صورتک خودشان را داشتند، ولی انتظارشان این بود که بیمار بیچاره خود واقعی‌اش را به آنها نشان دهد. در ابتدا به خودم می گفتم امروز حتماً اشتباهی رخ داده ... اما فردا دوباره بیماری دیگر و پرسش‌های

دیگری از همان دست تکرار می شد.

مادر من بعد از بستری های متعدد در همین جنس مراکز درمانی - آموزشی، در نهایت راهی موسسه های نگهداری از بیماران مزمن روانی شد. به دفعات زیاد حیرت می کردم که وقتی در اوج صداقت از افکار، ترس ها و خستگی های روحی مفرط اش برایم حرف می زد، به محض ورود یک نفر سوم که جویای حالش می شد - چه عضو خانواده چه کادر درمانی و خلاصه هرکس که حس می کرد در حبس اجباری او در آنجا نقشی داشته - پاسخ هایی به کل متفاوت به او می داد ... و همین موضوع دلیلی شده بود برای اینکه برچسب دروغگو به او بزنند، برچسبی که اعرافیان - متخصص و غیر متخصص - سال ها به او زده بودند. ولی او دروغگو نبود. فقط می شنید. همین. درست مثل یک فیلم در ذهنم مرور کردم که بارها به دلش ترس - ترس های ناشی از توهم های شنوایی، هذیان ها و از همه بدتر ادراک های هذیانی - مجبور شده بود برای محافظت از خودش در برابر تهدیدهای خیالی، مشغول افعالش را پنهان کند. چون در جهان ذهنی او، دنیا و روابط بین آدم ها هولناک تر از چیزی تصور می شد که در دنیای ذهن ما!

شیء، فی نفسه در مقابل شیء، پدیداری

اهمیت فهم مسائل روانی، همین حساسیت نسبت به شکاف بین جهان ذهنی مصاحبه گر - مصاحبه شونده است. توجه به تمایز شیء فی نفسه و شیء پدیداری در فلسفه، که ابتدا کانت به آن توجه کرد و بعداً مورد تأکید شوپنهاور بود، خطرات استفاده از شابلون های تشخیصی اختلالات روانی را بیشتر آشکار می کند. انقلاب کپرنیکی کانت - اصطلاح میل تامپسون - در این برد که نشان داد ما هرگز

۱. شعر مشهوری از شاملو هست که همه شنیده ایم: «هیچ کس با هیچ کس سخن نمی گوید/ خاموشی/ به هزار زبان/ در سخن است». احتمالاً منظورش سکوت بین آدم ها نبود، چرا که می دید آدم ها اتفاقاً خیلی هم با یکدیگر حرف می زنند. اما او به عنوان یک شاعر روانشناس، با تیزبینی متوجه شد که آنها عملاً چیزی از دنیای ذهنی شان به همدیگر نمی گویند. بارها فکر می کردم که برخی از فیلسوفان و شعرا، اصلی ترین روانشناس ها بودند اما خجالت می کشیدم حرفم را به زبان بیاورم چون یکی دو مرتبه که این را گفتم با مخالفت و تمسخر شنونده روبرو شدم، تا اینکه مصاحبه ای جاسلین با یالوم را خواندم و این حرف یالوم برایم تسکینی بود: «... به مطالعه ی آثار فلاسفه ی دیگر پرداختم. مشخصاً آنها که رویکردی اگزیستانسیال داشتند به خصوص کامو و سارتر و کافکا و استاندال و بیش از همه داستایفسکی.

آنها روانشناسان بزرگ بوده اند».

نمی‌توانیم به تصویر روشنی از واقعیت دست پیدا کنیم. درست همان‌طور که کپرنیک گفته بود که زمین به دور خورشید می‌گردد نه برعکس، کانت هم مدعی شد اساسی‌ترین ویژگی‌های جهانی که ما تجربه‌اش می‌کنیم (یعنی مکان، زمان و علیت) «آن بیرون» در جهان نیستند، بلکه ذهن ما آنها را بر تجربه‌هایمان بار می‌کند. جهانی که می‌شناسیم، جهان «ما» است و اینگونه به نظرمان می‌رسد؛ فقط به این دلیل که حس‌های ما طوری شکل گرفته‌اند که آن را این‌گونه می‌فهمند. به اعتقاد کانت، اینکه «جهان به خودی خود» چگونه است، چیزی است که راهی برای فهمیدنش نداریم (تامپسون، ۲۰۰۹؛ ترجمه انزابی‌نژاد، ۱۳۹۳، ص ۶۵)، چرا که مستقل از ما وجود دارد و ساخته‌ی ذهن ما نیست. از نظر کانت، کل واقعیت، عبارت از دو قلمرو است. یکی قلمروی تجربه‌های ما که به این دلیل چنین است که ما این‌طور می‌بینیم و نمی‌توانیم چیزها را غیر از این تصور کنیم. کانت اسم این قلمرو را قلمرو پدیدارها [یا «نومن» ها] می‌گذارد. از پنجره به بیرون نگاه می‌کنیم. آنچه می‌بینیم همان دنیای پدیدارها یا اشیای پدیداری است که این‌گونه بر ما پدیدار می‌شود: ماشین، آسمان، ساختمان، بیمار مبتلا به فلان بیماری، یا هر چیز دیگری. این همان دنیای تجربه‌ی، دنیای زندگی روزانه و شعور عادی، دنیایی که علوم خاص با آن سرو کار دارند. همان دنیای پدیداری است که با حواس یا دستگاه حسی خود، به شناخت آن نائل می‌شویم. قلمروی دوم، قلمروی چیزهاست، آن‌گونه که ذاتاً یا در نفس خودشان هستند، مستقل از ما و مستقل از صور تجربه‌ی ما، مستقل از فهم ما، با برداشت ما یا ادراک ما. کانت اسم این قلمرو را اشیای فی‌نفسه (thing in itself) یا «نومن» ها می‌گذارد. کلمه‌ی «نومن» (noumenon) یعنی «شیء»، آن‌گونه که در نفس خودش است و هرگز نمی‌توان آن را شناخت». بعدها شوپنهاور دنبال این بود که بفهمد اساساً چه رابطه‌ای بین جهان آن‌طور که ذاتاً یا در نفس خودش هست (شیء فی‌نفسه) و جهان آن‌گونه که بر ما می‌نماید یا پدیدار می‌شود (شیء پدیداری) می‌تواند وجود داشته باشد (براین مگی، ۱۹۸۷؛ ترجمه فولادوند، ۱۳۹۰، ص ۳۴۸). به قول واربرتون (۲۰۱۱) اگر عینکی صورتی رنگ به چشم بزنید، رنگ آن، همه‌ی ابعاد تجربه‌ی بصری شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حتی اگر فراموش کنید که آن را به چشم زده‌اید، باز هم روی آنچه می‌بینید تأثیر می‌گذارد.