

AUTYZM W ASPEKTCIE KLASYFIKACJI DSM-5.

LEK. SABINA MICOREK
KLINIKA PSYCHIATRII I PSYCHOTERAPII WIEKU ROZWOJOWEGO
CENTRUM PEDIATRII W SOSNOWCU



DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS WERSJA 5 (DSM-5)

- Pracę nad DSM 5 rozpoczęto w 1999 r.
- Powołano grupy ekspertów: członkowie towarzystw i organizacji naukowych - World Health Organization, World Psychiatric Association, American Psychiatric Association;
- Specjaliści z zakresu genetyki, badań rodzin, pediatrzy, neurologicy;
- Specjaliści obszaru nauk poznawczych i behawioralnych – z 39 krajów;
- Badania miały charakter wieloetapowy, wyniki prac prezentowane były na konferencjach w latach 2004-2008 (13 konferencji pod egidą National Institutes of Health)
- 2007 r. - Wstępna wersja klasyfikacji DSM-5; cały czas trwa dyskusja nad propozycjami zmian
- 31.Xii.2012r. Druk DSM 5 oficjalnie zaczął obowiązywać w trakcie konferencji amerykańskiego towarzystwa psychiatrycznego w San Francisco, 18-22 maja 2013 r.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS WERSJA 5 (DSM-5)

W DSM5 WIĘKSZOŚĆ ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA WIEKU ROZWOJOWEGO ZOSTAŁA UMIESZCZONA W KATEGORII **ZABURZEŃ NEUROROZWOJOWYCH** (*NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS*)

- A 00-01 INTELLECTUAL DEVELOPMENTAL DISORDERS
- A 02-04 COMMUNICATION DISORDERS
- A 05 AUTISM SPECTRUM DISORDER**
- A 06-07 ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER
- A 08 SPECIFIC LEARNING DISORDER
- A 09-16 MOTOR DISORDERS

AUTYZM W UJĘCIU DSM 5

1. ZEBRANO WSZYSTKIE ZABURZENIA, DLA KTÓRYCH OBJAWY AUTYSTYCZNE SĄ CHARAKTERYSTYCZNE: AUTYZM DZIECIĘCY, AUTYZM ATYPOWY, ZESPÓŁ ASPERGERA, DZIECIĘCE ZABURZENIA DEZINTEGRACYJNE ORAZ CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJU NIE OKREŚLONE; UJMUJĄC JE WE WSPÓLNĄ KATEGORIE DIAGNOSTYCZNĄ:

ZABURZENIE ZE SPECTRUM AUTYZMU (*AUTISM SPECTRUM DISORDER, ASD*).

AUTYZM W UJĘCIU DSM 5

2. ZREZYGNOWANO Z TRZECH OBSZARÓW OBJAWÓW NA RZECZ DWÓCH, ŁĄCZĄC W JEDNO KRYTERIUM DEFICYTY W ZAKRESIE KOMUNIKACJI I DEFICYTY W OBSZARZE INTERAKCJI SPOŁECZNYCH

AUTYZM W UJĘCIU DSM 5

3. ASD ROZUMIANE JAKO ZABURZENIE NEUROROZWOJOWE – OBJAWY MUSZĄ BYĆ OBSERWOWANE OD OKRESU NIEMOWLĘCTWA LUB WCZESNEGO DZIECIŃSTWA, JEDNAK NIE MUSZĄ BYĆ WYRAŹNIE OBECNE W PÓŹNIEJSZYCH OKRESACH ROZWOJOWYCH (NP. ZMIANA SPOWODOWANA UDZIELONYM WSPARCIEM)

ZABURZENIE ZE SPEKTRUM AUTYZMU

AUTISM SPECTRUM DISORDER, ASD

A 05 AUTISM SPECTRUM DISORDER

- Do rozpoznania konieczne jest spełnienie kryteriów A, B, C i D.
- Proponowane kryteria:
 - A. Trwałe deficyty w zakresie komunikacji społecznej i interakcji społecznych we wszystkich kontekstach, nie zaliczane do ogólnych opóźnień rozwojowych.
 - B. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań lub aktywności.
 - C. Objawy muszą być obecne w okresie wczesnego dzieciństwa (ale mogą manifestować się nie w pełni, aż do momentu gdy oczekiwania społeczne zaczynają przekraczać ograniczone możliwości).
 - D. Występujące objawy ograniczają i upośledzają codzienne funkcjonowanie.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ASD

KRYTERIUM A

TRWAŁE DEFICYTY W ZAKRESIE KOMUNIKACJI SPOŁECZNEJ I INTERAKCJI SPOŁECZNYCH WE WSZYSTKICH KONTEKSTACH, NIE ZALICZANE DO OGÓLNYCH OPÓŹNIEŃ ROZWOJOWYCH, MANIFESTUJĄCE SIĘ PRZEZ **WSZYSTKIE TRZY** Z NASTĘPUJĄCYCH:

- Deficyty w zakresie odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, począwszy od nieprawidłowego społecznie nawiązywania i podtrzymywania rozmowy, poprzez ograniczenie dzielenia się zainteresowaniami, emocjami, przeżyciami, ograniczenie odpowiedzi, aż do całkowitego braku inicjowania interakcji społecznych.
- Deficyty w zakresie niewerbalnych komunikacyjnych zachowań wykorzystywanych w interakcjach społecznych; począwszy od słabo zintegrowanej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, poprzez nieprawidłowości w zakresie kontaktu wzrokowego i mowy ciała, lub deficyty w zrozumieniu i wykorzystywaniu komunikacji niewerbalnej, aż do całkowitego braku ekspresji twarzy lub gestów.
- Deficyty w zakresie rozwijania i podtrzymywania wzajemnych relacji, odpowiednio do poziomu rozwoju (z pominięciem tych z opiekunami); począwszy od trudności z dostosowaniem zachowań do różnego kontekstu społecznego, poprzez trudności w dzieleniu się (uczestniczeniu) w zabawach opartych na wyobraźni i podtrzymywaniu przyjaźni, aż do widocznego braku zainteresowania ludźmi.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ASD

KRYTERIUM B

OGRANICZONE, POWTARZALNE WZORCE ZACHOWAŃ, ZAINTERESOWAŃ LUB AKTYWNOŚCI, MANIFESTUJĄCE SIĘ **PRZYNAJMNIEJ DWOMA** Z NASTĘPUJĄCYCH:

- Stereotypowe i powtarzające się wypowiedzi, akty ruchowe lub wykorzystanie obiektów (takie jak proste stereotypie ruchowe, echolalia, powtarzalne wykorzystywanie obiektów, idiosynkratyczne zwroty).
- Nadmierne przywiązanie do rutyny, zrytualizowane wzorce werbalnego lub niewerbalnego zachowania, lub nadmierny opór wobec zmian (tj. rytuały ruchowe, naleganie na poruszanie się tą samą trasą lub spożywanie tych samych pokarmów, wielokrotne zadawanie tych samych pytań lub skrajny niepokój wobec małych zmian).
- Bardzo ograniczone, sztywne zainteresowania, które są nieprawidłowe w zakresie intensywności lub rodzaju (tj. silne przywiązanie do lub zainteresowanie nietypowymi obiektami, zainteresowania nadmiernie zawężone lub perseweracyjne).
- Hiper- lub hipo- reaktywność w odniesieniu do bodźców zmysłowych lub niezwykle zainteresowanie sensorycznymi aspektami środowiska (tj. pozorna obojętność na ból, ciepło, zimno, nieadekwatne reakcje na specyficzne dźwięki i tekstury, nadmierne obwąchiwanie lub dotykanie przedmiotów, fascynacja światłami lub obracającymi się obiektami).

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ASD ***KRYTERIUM C;D;E***

- **OBJAWY MUSZĄ BYĆ OBECNE W OKRESIE WCZESNEGO DZIECIŃSTWA** (ale mogą manifestować się nie w pełni, aż do momentu gdy oczekiwania społeczne zaczynają przekraczać ograniczone możliwości adaptacyjne lub są kompensowane przez wyuczone strategie).
- **WYSTĘPUJĄCE OBJAWY OGRANICZAJĄ I UPOŚLEDZAJĄ CODZIENNE FUNKCJONOWANIE.**
- **WYSTĘPOWANIA ASD NIE MOŻNA LEPIEJ WYTŁUMACZYĆ UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM LUB OGÓLNYM OPÓŹNIENIEM ROZWOJU, PRZY CZYM UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE I ASD CZĘSTO WSPÓŁWYSTĘPUJĄ – W TYM WYPADKU JEDNAK ROZWÓJ KOMUNIKACJI SPOŁECZNEJ POWINIEN BYĆ PONIŻEJ OCZEKIWANEGO POZIOMU ROZWOJU.**

ASD - 3 POZIOMY OPISUJĄCE NASILENIE OBJAWÓW (A;B)

Poziom nasilenia ASD	Społeczna komunikacja	Rytuály/ powtarzalne zachowania/ zainteresowania
<p>Poziom 3</p> <p>„Wymagający bardzo znacznego wsparcia”</p>	<p>Bardzo poważne deficyty w zakresie werbalnej i niewerbalnej komunikacji społecznej powodujące ciężkie upośledzenie funkcjonowania; bardzo ograniczone inicjowanie interakcji społecznych i minimalna odpowiedź na społeczną inicjatywę ze strony innych osób.</p>	<p>Zainteresowania, rytuały i/lub powtarzalne zachowania znacząco zakłócające funkcjonowanie we wszystkich sferach. Znaczący poziom niepokoju w sytuacji nagłego przerwania rytuałów albo rutyn; bardzo trudno przekierować uwagę z zainteresowań lub pacjent szybko do nich powraca.</p>

ASD - 3 POZIOMY OPISUJĄCE NASILENIE OBJAWÓW (A;B)

Poziom nasilenia ASD	Spółeczna komunikacja	Rytuały/ powtarzalne zachowania/ zainteresowania
Poziom 2 „Wymagający znaczącego wsparcia”	Znaczne deficyty w zakresie werbalnej i niewerbalnej komunikacji społecznej; upośledzenie funkcjonowania społecznego zauważalne nawet w sytuacji udzielania wsparcia; ograniczone inicjowanie interakcji społecznych oraz ograniczona lub nietypowa reakcja na społeczną inicjatywę ze strony innych osób.	Rytuały, powtarzalne zachowania i/lub zainteresowania pojawiają się na tyle często, że ich występowanie jest oczywiste dla zwykłego obserwatora, zakłócają funkcjonowanie w różnych sytuacjach i kontekstach. Widoczny stres i frustracja w sytuacji, gdy rytuały i powtarzalne zachowania zostają przerwane; trudno przekierować uwagę z zainteresowań.

ASD - 3 POZIOMY OPISUJĄCE NASILENIE OBJAWÓW (A;B)

Poziom nasilenia ASD	Spółeczna komunikacja	Spółeczna komunikacja
Poziom 1 „Wymagający wsparcia”	Deficyty w zakresie komunikacji społecznej powodują zauważalne trudności w sytuacji braku wsparcia. Trudności w inicjowaniu interakcji społecznych, wyraźnie obecne nietypowe lub nieskuteczne odpowiedzi na społeczną inicjatywę przejawianą przez innych; zmniejszone zainteresowanie nawiązywaniem interakcji społecznych.	Rytuały i powtarzalne zachowania w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie w jednym lub więcej kontekstach. Osoba jest odporna na podejmowane próby przerywania rytuałów i powtarzalnych zachowań lub przekierowania uwagi z zainteresowań.

UZASADNIENIE STANOWISKA

1. Cechy kryterialne wyznaczające granice dla poszczególnych jednostek w obrębie zaburzeń ze spektrum autyzmu są zmienne w czasie, często bardziej powiązane ze stopniem nasilenia objawów, poziomem umiejętności językowych lub poznawczych niż z konkretnymi cechami różnicującymi te jednostki.
2. Wprowadzenie pojedynczego spektrum zaburzeń lepiej odzwierciedla stan aktualnej wiedzy zarówno na temat mechanizmów etiologicznych jak i obrazu klinicznego jednostek zaliczanych do zaburzeń autystycznych.

DWA OBSZARY DIAGNOSTYCZNE ZAMIAST TRZECH (KRYT. A I B) – UZASADNIENIE

1. Umiejętności społeczne i komunikacyjne są trudne do rozdzielenia; dlatego zasadne jest rozpatrywanie ich jako pojedynczego obszaru objawowego, uwzględniającego specyfikę środowiskową i kontekstualną
2. Opóźnienie w zakresie rozwoju mowy nie jest wyłączną i uniwersalną cechą zaburzeń ze spektrum autyzmu; należy je rozpatrywać jako czynnik, który wpływa na powstawanie objawów, a nie definiuje diagnozę zaburzenia
3. Wymóg spełnienia kryterium A w całości poprawia trafność diagnozy bez zmniejszenia jej czułości
4. Wymóg dwóch manifestacji objawowych dla kryterium B poprawia trafność bez istotnego zmniejszenia czułości

DWA OBSZARY DIAGNOSTYCZNE ZAMIAST TRZECH (KRYT. A I B) – UZASADNIENIE cd.

5. W DSM-IV przy pomocy wielu kryteriów dokonywana jest ocena tego samego objawu, co prowadzi do nadania mu nadmiernego znaczenia diagnostycznego

6. Zakres i znaczenie zachowań stereotypowych ulega rozszerzeniu dzięki włączeniu do kryterium B nietypowych zachowań/doznań zmysłowych

7. ASD rozumiane jako zaburzenie neurorozwojowe, a więc objawy muszą być obecne w okresie niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, ale nie muszą być wyraźnie obecne w późniejszych okresach rozwojowych (np. Zmiana spowodowana udzielonym wsparciem) (kryt. C)

CO Z PACJENTAMI, KTÓRZY JUŻ MAJĄ DIAGNOZĘ ZESPOŁU ASPERGERA?

1. Każdy pacjent, który już ma diagnozę Zespołu Aspergera, powinien spełniać kryteria dla ASD wg DSM 5 i być przyporządkowany do odpowiedniego poziomu nasilenia ASD opisującego stopień upośledzenia jego funkcjonowania
2. Pacjenci z Zespołem Aspergera powinni spełniać kryteria diagnozy ASD wg DSM 5 niezależnie od wieku i poziomu funkcjonowania tych osób (dzieci, adolescenty, osoby dorosłe), które prezentują trudności na poziomie klinicznym
3. „Asperger-type” lub „kanner-type” to określenia, które mogą być używane, aby dodatkowo opisać zespół objawów występujących u danego pacjenta

CZY ŻAŁUJEMY, ŻE ZESPÓŁ ASPERGERA NIE MA ODRĘBNYCH KRYTERIÓW KLASYFIKACYJNYCH W DSM 5? ZESPÓŁ ASPERGERA (ZA) A AUTYZM „WYSOKO” FUNKCJONUJĄCY – (HIGH FUNCTIONING AUTISM, HFA) RÓŻNICE

1. Bardzo zbliżony obraz kliniczny ZA i HFA rozpoczyna się od skrajnie różnych poziomów funkcjonowania. ZA jest często rozpoznawany u chorych, u których we wczesnym dzieciństwie nigdy wcześniej nie stawiono żadnej psychiatrycznej diagnozy. Osoby z HFA już w okresie wczesnego dzieciństwa prezentowały objawy sugerujące obecność autyzmu .
2. Brak jednoznacznych i dopracowanych kryteriów diagnostycznych HFA – najczęściej HFA jest diagnozowany, gdy z jednej strony spełnione są kryteria dla autyzmu, a z drugiej strony możliwości intelektualne pacjenta kształtują się na poziomie upośledzenia umysłowego. (Gillberg 1998, za: Bryńska 2012)
3. Kontrowersyjne kryterium braku opóźnienia rozwoju języka mówionego w ZA znalazło swoje miejsce w obowiązujących klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Nieprawidłowości i opóźnienia dotyczące języka i komunikacji zazwyczaj są bardziej nasilone w HFA .
4. Rozróżnienie ZA i autyzmu – w ZA obecność prawidłowych zachowań związanych z przywiązaniem do osób znaczących emocjonalnie w okresie niemowlęcym lub wczesnodziecięcym.

W HFA natomiast wzorzec więzi i interakcje są atypowe nacechowane wycofaniem i dążnością do izolacji. (Klin i wsp. 1995, za: Bryńska 2012)

RÓŻNICE ZA a HFA – cd.

5. U osób z ZA częściej występuje niezgrabność ruchowa, a manieryzmy ruchowe częściej pojawiają się u osób z HFA.

6. Skala Wechslera – wyższy wynik w ZA, w HFA natomiast wyższy wynik w zakresie koordynacji ruchowej. (Szatmari i wsp. 1990, za: Bryńska 2011)

Osoby z ZA i HFA uzyskują podobne wyniki w pełnej skali wechslera (IQ) i skalach wykonaniowych (PIQ) różnią się jednak wyraźnymi rozbieżnościami w skali werbalnej (VIQ). W obu grupach wykazano deficyty w testach badających funkcje wykonawcze, ale tylko grupa z HFA demonstrowała deficyty w zakresie teorii umysłu (tom) i pamięci słownej, przy jednocześnie stwierdzanej wysokiej korelacji pomiędzy wykonaniem tych zadań a kompetencjami językowymi. (Ozonoff i wsp. 1991, za: Bryńska 2011)

7. Obszary różnicujące i charakterystyczne dla ZA dotyczyły bardzo dobrych lub rażących umiejętności motorycznych, integracji wzrokowo-ruchowej, percepcji wzrokowo-przestrzennej, tworzenia konstruktów niewerbalnych i pamięci wzrokowej. Skala VIQ \geq skali PIQ dla ZA i skala VIQ \leq skali PIQ dla HFA. (Manjiviona i wsp. 1995, za: Bryńska 2011)

RÓŻNICE ZA a HFA– cd.

8. U osób z ZA i autyzmem - ↑odsetek problemów okołoporodowych, większy odsetek powikłań w trakcie porodu, w ZA – uszkodzenie lewych płatów skroniowych, hipoperfuzja po stronie lewej w okolicach potylicznych. (Za: Bryńska 2011)
9. Zaburzenia współwystępujące - w ZA zachowania agresywne, „gwałtowne”, przemoc.
10. ZA częściej (niż autyzm i HFA) występuje wśród członków rodzin, zwłaszcza wśród ojców chorujących dzieci. Volkmar i wsp. (1997, 2009) wykazali, że w przypadku 46% spośród 99 rodzin ZA lub zbliżone objawy występowały głównie u krewnych pierwszego stopnia, szczególnie w linii męskiej (19% ojców vs 4% matek). 3,5% krewnych osób z ZA ma rozpoznanie autyzmu, 2 x częściej zdarza się to w linii męskiej niż żeńskiej. Świadczy to o istnieniu większego rodzinnego ryzyka ZA niż autyzmu i HFA. (Za: Bryńska 2011)
11. Autyzm, ZA, HFA – różne potrzeby terapeutyczne, inna odpowiedź na oddziaływania terapeutyczne – na podstawie doświadczeń klinicystów pracujących z dziećmi z tej grupy.

TRUDNOŚCI W DIAGNOZIE ZESPOŁU ASPERGERA

1. Często trudno jest ustalić, czy pojedyncze słowa dziecko wypowiadało przed 2 r.ż a pierwsze zwroty/zdania przed 3 r.ż, jak to jest w kryteriach ZA. Zazwyczaj osoby otrzymujące rozpoznanie ZA trafiają do lekarza w w 7r.ż. lub później, a pamięć rodziców bywa zawodna, jeszcze bardziej problematycznie bywa przy próbie weryfikacji wywiadu u osób dorosłych.
2. Innym ważnym problemem w stosowaniu obecnych kryteriów DSM IV jest zasada pierwszeństwa tj. aby diagnozować Z. Aspergera tylko wtedy, gdy dana osoba nie spełnia kryteriów zaburzeń autystycznych.
3. Rozpoznanie Z. Aspergera odróżnia się od autyzmu brakiem deficytów w rozwoju mowy i deficytów intelektualnych. Jw. Wspomniano kryterium to nie jest kryterium autyzmu. Aby osoby z ZA nie spełniały kryteriów autyzmu nie mogą wykazywać deficytów w zakresie komunikacji typowych dla autyzmu. Ponieważ większość - jeśli nie wszystkie osoby z ZA – cechują się deficytem w zakresie zdolności do inicjowania lub podtrzymywania rozmowy, tym samym spełniają kryteria diagnostyczne dla autyzmu.

TRUDNOŚCI W DIAGNOZIE ZESPOŁU ASPERGERA – c.d.

4. Ponieważ kryteria DSM-IV były trudne do zastosowania, obserwowano się różne i niekonsekwentne podejście do diagnozy ZA, PDD-NOS lub autyzmu. Badania potwierdziły iż diagnoza Zespołu Aspergera była często stosowana, gdy zgodnie z kryteriami DSM-IV, diagnozą powinien być autyzm.

5. W praktyce klinicznej Zespół Aspergera, PDD-NOS i autyzm nie są dobrze rozróżniane, natomiast wprowadzenie szerszego pojęcia ASD - spektrum autyzmu w badaniach wskazuje, że diagnoza wiąże się z dużą zgodnością i rzetelnością.

EDUKACJA UCZNIĄ Z AUTYZMEM - INDYWIDUALNE PODEJŚCIE

- Uczniowie z ASD to różnorodna grupa (funkcjonowanie społeczne, intelektualne), nie ma więc sztywnych ram, schematów postępowania, zaś brak indywidualizowania edukacji może spowodować stagnację rozwojową a nawet regresję;
- Obecnie brak jednolitego, wypracowanego systemu, który umożliwiłaby dobre wsparcie w edukacji uczniom autystycznym, dlatego też realizują oni swój obowiązek szkolny na różne sposoby (zespoły rehabilitacyjno-wychowawcze, szkoły specjalne, klasy integracyjne, szkoły ogólnodostępne, formy indywidualnego nauczania);

CZYM PRZEJAWIA SIĘ PODEJŚCIE INDYWIDUALNE?

- **SZCZEGÓŁOWA DIAGNOZA UMIEJĘTNOŚCI DZIECKA (=> ROZPOZNANIE JEGO POTRZEB I MOŻLIWOŚCI)**
- **OPRACOWANIE ODPOWIEDNIEGO SYSTEMU NAUCZANIA = ELASTYCZNE METODY PRACY**
- **NAUCZANIE TAKICH TREŚCI, KTÓRE SĄ DZIECKU W DANYM CZASIE NAJBARDZIEJ POTRZEBNE (REZYGNACJA Z ARGUMENTU „PODSTAWA PROGRAMOWA”)**
- **WYCHODZENIE NAPRZECIW SPECYFICE OPANOWANIA TREŚCI, TJ. UCZEŃ MOŻE NIE ZNAĆ ELEMENTARNYCH TREŚCI Z JEDNEGO PRZEDMIOTU, A Z INNEGO WYKAZYWAĆ PONADPRZECIĘTNĄ WIEDZĘ**
- **PRZYGOTOWANIE MATERIAŁÓW EDUKACYJNYCH DO POTRZEB I ZAINTERESOWAŃ DZIECKA (MOŻE TO BYĆ CZASOCHŁONNE I TRUDNE, ALE ZDECYDOWANIE UŁATWIA PÓŹNIEJSZĄ PRACĘ I NAUKĘ)**

CO JEST WAŻNE W PRACY Z UCZNIEM Z ASD?

- **STAŁOŚĆ I PRZEWIDYWALNOŚĆ**
- **KOMFORT SENSORYCZNY**
- **WIZUALNY KANAŁ PRZEKAZU INFORMACJI**
- **KONTROLOWANY SPOSÓB MÓWIENIA**
- **WSPIERANIE SAMODZIELNEJ PRACY**
- **WZMACNIANIE MOTYWACJI W PROCESIE UCZENIA SIĘ I POCZUCIA WŁASNEJ WARTOŚCI**
- **WSPIERANIE UCZNIA W NAWIĄZYWANIU I UTRZYMYWANIU RELACJI Z RÓWIEŚNIKAMI**

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ.