

# ROZPOZNAJ ZŁOŚĆ

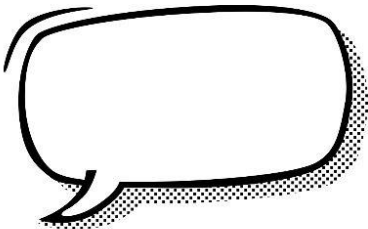
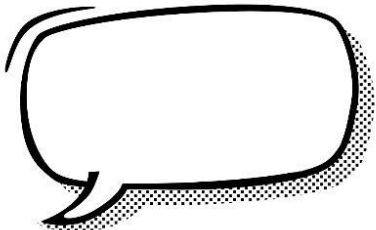
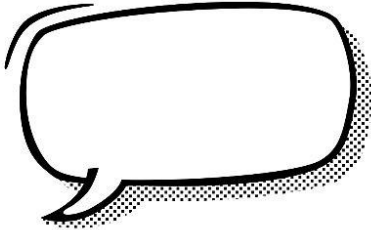


# Jak wygląda twoja złość?

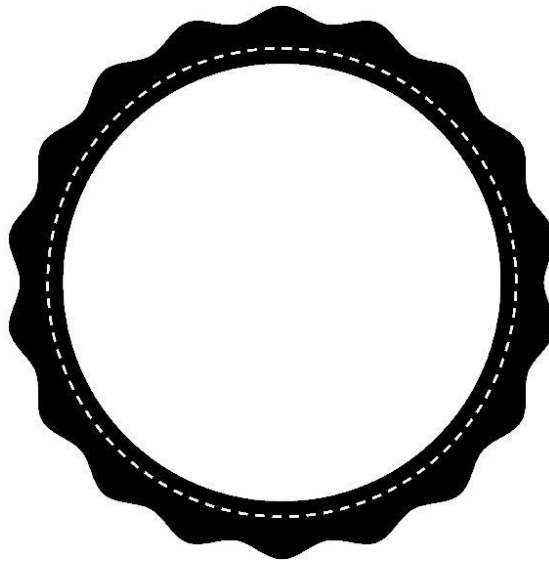
*Wyobraź sobie, że twoja złość jest postacią, którą możesz narysować.  
Jak wygląda? W jakich jest kolorach? Spróbuj narysować ją poniżej.*



**SPOSOBY  
RADZENIA SOBIE  
- MOJE**

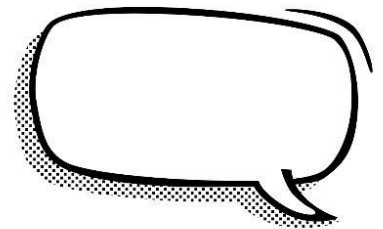
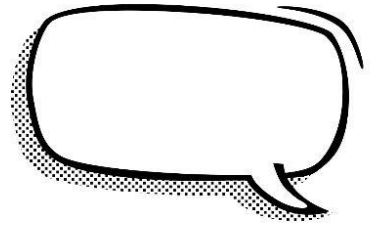
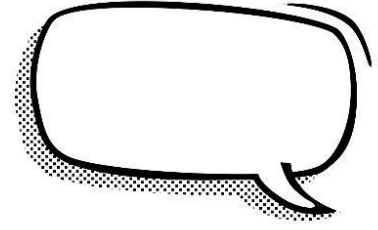


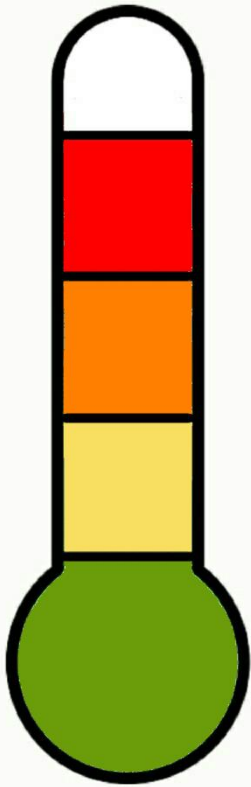
**ZŁOŚĆ**



**PORTRET  
MOJEJ ZŁOŚCI**

**SPOSOBY  
RADZENIA SOBIE  
- INNYCH**





Gdy muszę  
na coś  
długo czekać

Gdy coś mi  
nie wychodzi

Gdy ktoś się  
ze mnie śmieje

Gdy ktoś nie chce  
zrobić tego, o co proszę

Gdy ktoś na  
mnie krzyczy

Gdy ktoś zabiera  
mi coś mojego

Gdy jestem  
głodny

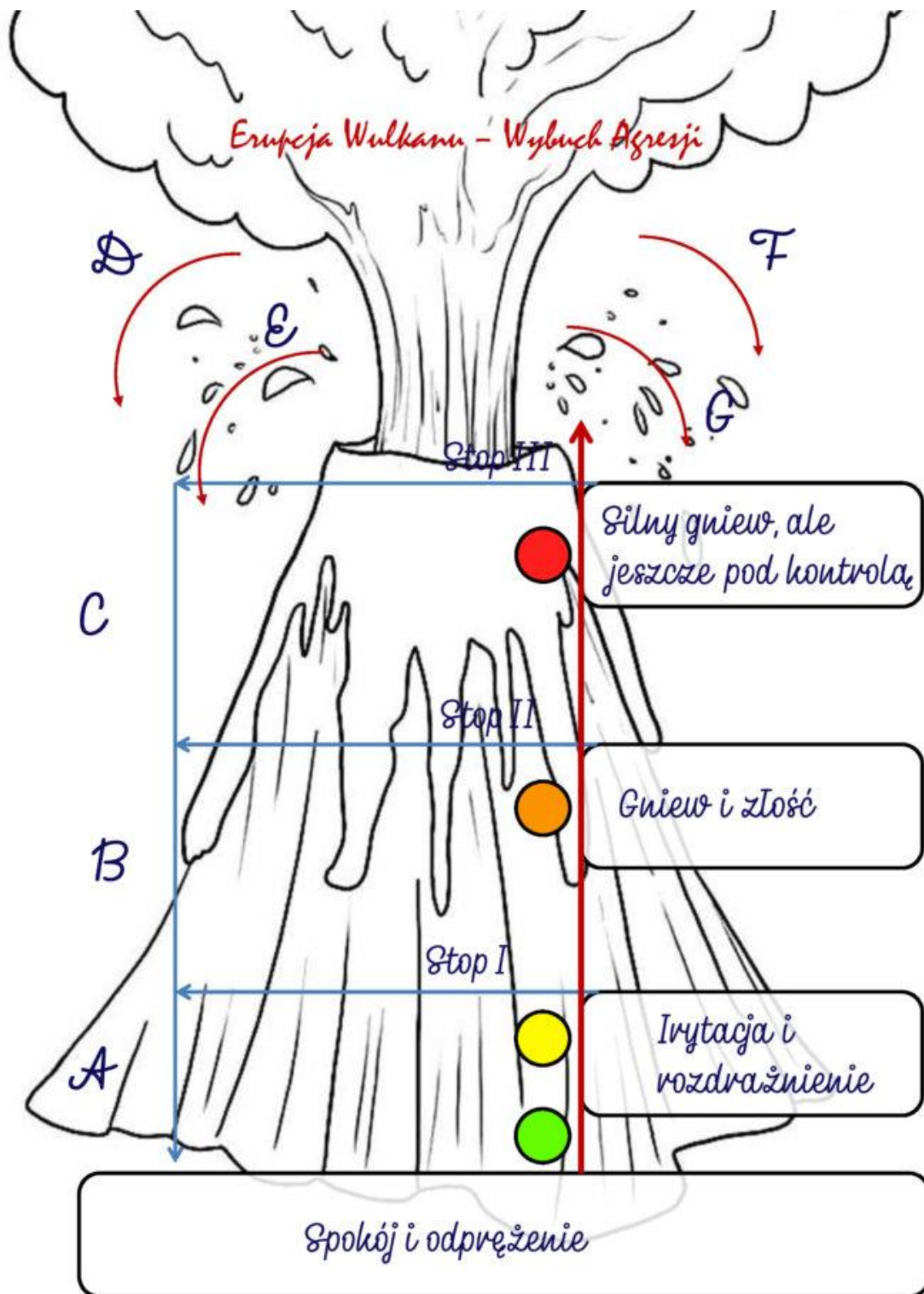


Gdy czegoś  
nie rozumiem

Gdy ktoś mnie krytykuje

Gdy niesłusznie się  
mnie o coś oskarża

Gdy przegrywam

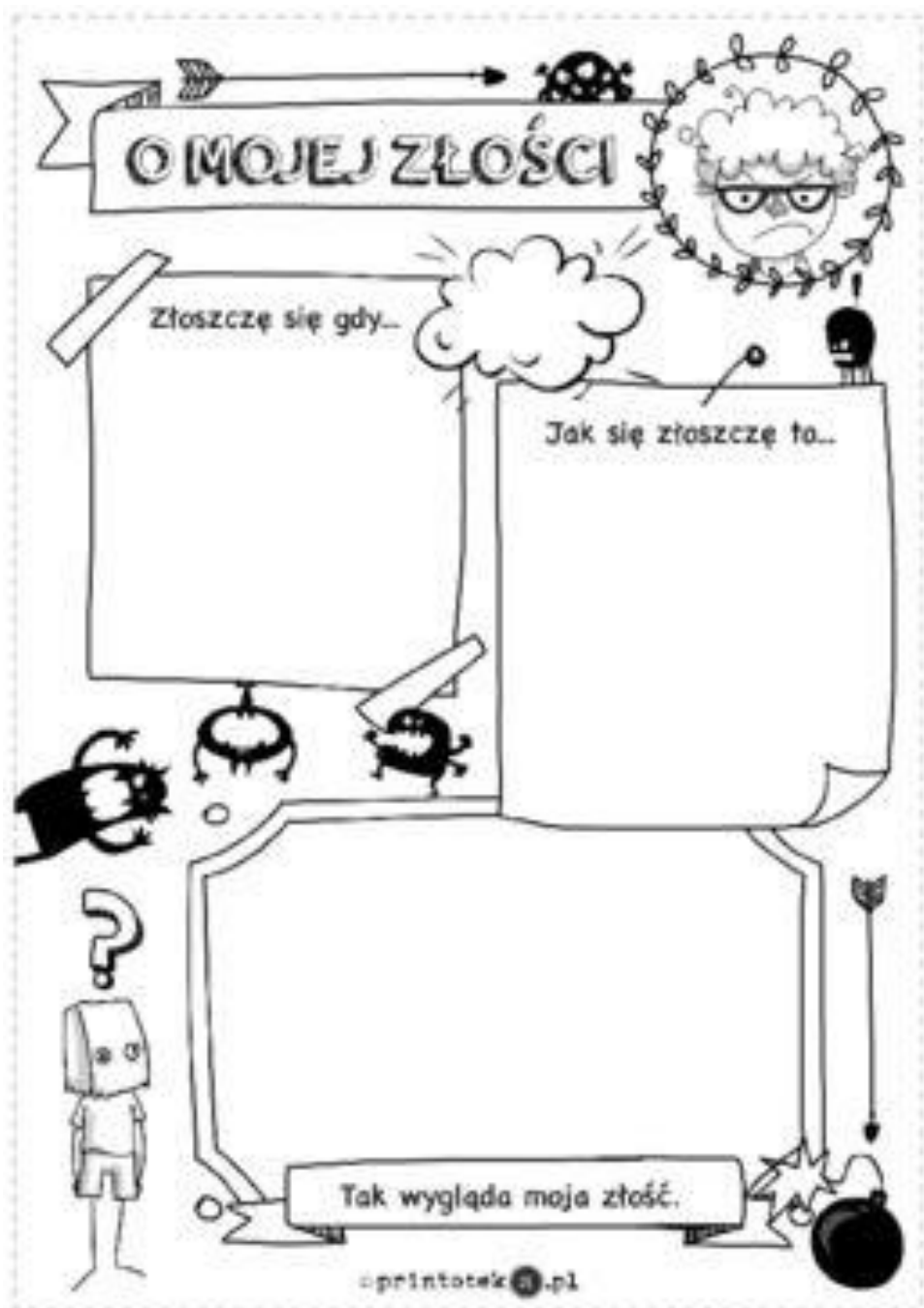


# O MOJEJ ZŁOŚCI

Złoszczę się gdy...

Jak się złoszczę to...

Tak wygląda moja złość.



CZASAMI TRUDNO JEST ZAPANOWAĆ NAD UCZUCIEM ZŁOŚCI I WYRZĄDZA ONA WIELE STRAT. DLATEGO TAK WAŻNE JEST BY UMIEĆ KONTROLOWAĆ TO W JAKI SPOSÓB POKAZUJEMY SWE UCZUCIA.

**NARYSUJ BĄDŹ NAPISZ CZEGO WEDŁUG CIEBIE NIE WOLNO ROBIĆ NAWET GDY JESTEŚMY BARDZO, BARDZO WŚCIEKLI.**



# TY WIDZISZ **ZŁOŚĆ**, A TWOJE DZIECKO MÓWI...



**SŁUCHAJ, ŻEBY POMÓC!**



Data: ..... Dziennik złości


Czy byłem/am dzisiaj zły/a?


NIE


TAK



SYTUACJA

 Gdzie? .....

 Z kim? .....

 Co się wydarzyło? Czy ktoś coś zrobił lub powiedział?  
.....  
.....

**Sila złości od 1 do 10**  .....

**Inne emocje**

Smutek

Wstyd 

Żal

Zazdrość

Inna: .....

**Moje myśli**



**Moje zachowanie**

Krzyk 

Płacz

Bicie innych

Rzucanie przedmiotami

Niszczanie przedmiotów

Groźby/wyzwiska

Inne

**Reakcja mojego ciała:**

Potliwość

Uczucie gorąca

Zaciśnięte pięści

Drżenie

Szybkie bicie serca

Szybki oddech 

Inne: .....

**Zastosowane strategie poradzenia sobie ze złością:**



|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pojście do swojego pokoju | <input type="checkbox"/> Rysowanie   |
| <input type="checkbox"/> Ćwiczenia oddechowe       | <input type="checkbox"/> Rozmowa     |
| <input type="checkbox"/> Ćwiczenia fizyczne        | <input type="checkbox"/> Liozenie    |
| <input type="checkbox"/> Wypełnienie dziennika     | <input type="checkbox"/> Inne: ..... |

