



DAVID YEAGER

JAK MO TYWO WAĆ MŁO DYCH LUDZI

Przełomowe
odkrycia
psychologii
rozwoju

od 10. do 25. roku życia

mt biznes



DAVID YEAGER

JAK MO TYWO WAĆ MŁO DYCH LUDZI

Przełomowe
odkrycia
psychologii
rozwoju

od 10. do 25. roku życia

Przekład Tamara Woińska

mt biznes

SPIS TREŚCI

Wstęp	9
CZĘŚĆ I ZROZUMIEĆ MŁODYCH LUDZI W WIEKU 10-25 LAT	
Rozdział 1 Co robimy źle	39
Rozdział 2 Myślenie mentora	91
Rozdział 3 Przepaść pokoleniowa	133
Rozdział 4 Przyjęcie postawy mentora	157
CZĘŚĆ II DZIAŁANIA MENTORA	
Rozdział 5 Przejrzystość	199
Rozdział 6 Zadawanie pytań	225
Rozdział 7 Stres	271
Rozdział 8 Cel	313
Rozdział 9 Przynależność	353
CZĘŚĆ III BUDOWANIE LEPSZEJ PRZYSZŁOŚCI	
Rozdział 10 Doskonałość włączająca	395
Rozdział 11 Przyszły rozwój (część 1)	431
Rozdział 12 Przyszły rozwój (część 2)	463
Zakończenie	481
ZASTOSOWANIE PRAKTYCZNE	485
Podziękowania	579
Przypisy	585



CZĘŚĆ I

**ZROZUMIEĆ
MŁODYCH
LUDZI
W WIEKU
10-25 LAT**

CO ROBIMY ŹLE



Terrie na łożu śmierci

Szpitalna sala w Winston-Salem w Karolinie Północnej była zwykle zarezerwowana dla pacjentów terminalnie chorych, jednak 8 września 2013 roku wykorzystywano ją jako prowizoryczne studio filmowe. Amerykańskie Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) nagrywały pożegnalną radę Terrie Hall¹, która dwa dni później zmarła na raka. W 2000 roku Terrie znalazła po wewnętrznej stronie policzka niedużą ranekę. Biopsja wykazała, że był to guz. Kolejne badania nie pozostawiły złudzeń co do tego, że rak dał już przerzuty z ust do gardła. W trakcie kolejnych 13 lat Terrie przeszła radioterapię, chemioterapię oraz kilka operacji, w trakcie których usunięto jej część żuchwy oraz krtani, przez co musiała mieć elektroniczną protezę krtani, dzięki której mogła mówić. Tym właśnie surowym, syntetycznym, świszczącym głosem podzieliła się z CDC oraz ze światem swoją ostatnią lekcją.

Terrie zachorowała na raka, ponieważ była uzależniona od papierosów. Tak jak 90 procent² dorosłych palaczy wpadła w nałóg przed 18. rokiem życia. „Pierwszego papierosa zapaliłam w wieku 13 lat, a kiedy miałam 17, zaczęłam palić regularnie” – mówiła. W 1964 roku Biuro Naczelnego Chirurgusa USA (Office of the Chief Medical Officer) opublikowało przełomowy raport zatytułowany *Palenie a zdrowie*³, w którym informowało świat, że palenie stanowi w skali globalnej wiodącą przyczynę raka oraz zgonów nim spowodowanych. Chociaż raport był dla przemysłu tytoniowego przegraną bitwą, ten wciąż wygrywał wojnę. Lobby zainwestowało miliony dolarów, aby przedstawić palenie jako *cool*⁴. Stworzono postać Marlboro Mana – krzepkiego kowboja ujarzmiającego dzikie tereny, zawsze z papierosem w dłoni – oraz Joe Camela – szykownego czarusia prowadzącego światowe życie w otoczeniu pięknych kobiet i dymu papierosowego. Kiedy rząd oświadczył, że palenie jest niebezpieczne, mogło to nawet pomóc sytuacji, w jakiej znalazły się firmy tytoniowe. Pokazało to bowiem nastolatkom, że palenie stanowi formę buntu, dzięki któremu zdobędą podziw rówieśników.

Terrie jako pierwszoklasistka* w liceum Forbush w 1977 roku była popularną cheerleaderką, stale zapraszaną na imprezy. Jej przyjaciele palili, a ona chciała spędzać z nimi czas, więc również zaczęła palić. „To było takie *cool*” – powiedziała w nagraniu dla CDC. Wkrótce wypalała dwie paczki dziennie. I tak przez dziesięciolecia, aż do momentu

* W Stanach Zjednoczonych podział szkolny jest następujący: *elementary school* (szkoła podstawowa) – od 5–6 lat (zerówka) oraz klasy 1–5, a czasem do 8; *middle school* (gimnazjum) – klasy 6–8, a czasem do 9 (często jest częścią szkoły średniej); *high school* (liceum) – klasy 9–12. Wiele szkół średnich dzieli się na część młodszą (*junior high school*) i starszą (*senior high school*). (Wszystkie przypisy dolne pochodzą od tłumacza i redakcji wydania polskiego).

chirurgicznego usunięcia krtani. Leżąc na łożu śmierci, powiedziała: „Teraz boję się, że nie zobaczę, jak moje wnuki kończą szkoły lub zawierają małżeństwa”. I żaliła się: „Ten chrapliwy syntetyczny głos jest jedynym głosem, jaki zna mój wnuczek. Żałuję, że nie mogę mu zaśpiewać kołysanki”. Jednak Terrie przyświecał cel. Chciała zmienić przyszłość. Miała nadzieję, modliła się, że CDC albo ktokolwiek inny, kto jej słucha, wymyśli lepszy sposób uchronienia młodych ludzi przed takim końcem, jaki ona sobie zgotowała.

W 1998 roku, po przełomowej decyzji prawnej⁵ przeciwko przemysłowi tytoniowemu, przedsiębiorstwa z branży zostały zmuszone przez rząd federalny do przeprowadzenia antynikotynowej kampanii reklamowej w telewizji, na łamach gazet i magazynów, na billboardach oraz na antenie radiowej. W jednej chwili te same firmy reklamowe, które zarobiły miliony na opracowaniu haseł zachęcających nastolatków do palenia, najęto do wymyślenia czegoś zupełnie odwrotnego⁶. Hasło jednej z kampanii głosiło: „Pomyśl. Nie pal”. Inne brzmiało: „Tytoń to dziwactwo, kiedy jesteś nastolatkiem”. Spodziewano się, że z im większą liczbą tego typu kampanii zetkną się nastolatki, tym mniej ochoczko będą sięgać po tytoń. Tak się jednak nie stało. Gdy wnikliwie niezależne badanie⁷ poddało ocenie kampanie przeciw paleniu, uzyskany wynik wskazywał, że oba przytoczone powyżej hasła jeszcze bardziej spowodowały, że młodzież zaczęła uważać palenie za fajne i buntownicze, pozytywniej odnosiła się do firm tytoniowych oraz pokładała większą ufność w to, że te firmy dbają o ich zdrowie. Antynikotynowe kampanie spowodowały również, że młodzi chętniej próbowali palenia. Ekspertci zdrowia publicznego byli zdumieni, a przemysł tytoniowy kontynuował zarabianie pieniędzy.

Kampanie antytytoniowe nie są jedynymi podjętymi wysiłkami, które kończą się klapą. Czy wiedzieliście, że najczęstszym efektem programów mających zapobiegać otyłości wśród młodych ludzi jest przyrost wagi w porównaniu z osobami, które nie uczestniczyły w programie? A wiedzieliście, że edukacyjne programy przeciw znęcaniu się nad słabszymi skierowane do uczniów gimnazjum oraz szkoły średniej powodują wzrost liczby przypadków takiego zachowania? Jako społeczeństwo chcemy dotrzeć do konkretnych grup wiekowych, aby zapobiec ekstremalnym zdarzeniom, takim jak samobójstwo czy przemoc w szkole, ale większość najpopularniejszych programów albo obraca się przeciwko nam⁸, albo okazuje się po prostu bezużyteczna.

Jeżeli chcemy pomóc milionom osób takich jak Terrie, które przez dziesięciolecia cierpią z powodu możliwych do uniknięcia wyborów dokonanych w młodości, musimy stawić czoła niezdolności naszego społeczeństwa do zrozumienia i wywarcia wpływu na młodych ludzi. Przytłaczająca porażka tak wielu programów społecznych skierowanych do młodych powinna stanowić dla nas sygnał, że musimy głębiej przyjrzeć się naszym podstawowym modelom myślowym. Jesteśmy zmuszeni zadać sobie trudne pytanie: „A co, jeśli problem leży bardziej po naszej stronie i sposobie, w jaki traktujemy kolejne pokolenie, niż po stronie młodych i tego, kim są?”.

Zazywanie lekarstw

Dr Steven Alexander od kilkadziesiąt lat sprawuje funkcję profesora pediatriy w najlepszym centrum transplantologii nerek dla młodzieży na Uniwersytecie Stanforda w Stanach

Zjednoczonych. Kiedy go poznałem, opowiedział mi o fascynującej serii wyzwania⁹, przed jakimi stoi jego klinika nefrologiczna.

Jak inni lekarze zajmujący się przeszczepem nerek, dr Alexander jest sprzedawcą szczęścia oraz wolności. Nerki odfiltrują z naszego ciała toksyny wydalane następnie z moczem. Gdy utracą swoją funkcję, potrzebujemy urządzenia do dializy, czyli odfiltrowania toksyn. Ten męczący zabieg, który chory przechodzi trzy razy tygodniowo, trwa trzy i pół godziny. W dzień przed dializą człowiek jest obrzmiały i brakuje mu oddechu, ponieważ jamy ciała wypełnione są płynami przemiany materii. W dzień dializy chory odczuwa ból spowodowany odprowadzeniem z organizmu litrów płynu. Kiedy klinika Alexandra przeprowadzi udany przeszczep nerki, wyswabadza pacjenta z łańcuchów urządzenia do dializy¹⁰, sprawiając, że może w końcu wieść on w miarę normalne życie.

Kiedy Alexander rozpoczął karierę nefrologa w 1976 roku, procedury przeszczepu nerki były jeszcze względną nowością. Dzieci i nastolatki rzadko długo cieszyli się przeszczepionymi narządami. W tamtych czasach mniej niż 30 procent¹¹ dzieci żyło po transplantacji trzy lata lub dłużej. Obecnie wskaźnik przeżywalności powyżej trzech lat jest bliski 95 procent¹².

Przemysł medyczny wydał miliardy na rozwój nowych technik chirurgicznych oraz farmaceutyków. Opracowano rozległą infrastrukturę pozwalającą na utrzymanie organów w dobrym stanie tak długo, aby mogły trafić do biorcy, oraz przeszkolono światowej klasy chirurgów. Najważniejszym odkryciem były wysoce skuteczne leki zapobiegające odrzuceniu przez organizm przeszczepionej nerki. Te leki, zwane

immunosupresantami¹³, powstrzymują system immunologiczny przed atakowaniem nerki pochodzącej z obcego ciała. Cud pobierania organu od jednej osoby i wszycia go w ciało potrzebującego dziecka stał się obecnie rutyną.

Mimo to każdego roku organizm wielu pacjentów dr. Alexandra odrzuca przeszczep w sytuacji, gdy nie powinno do tego dochodzić. Powód, dla którego tak się dzieje, jest łatwy do zdiagnozowania, ale trudny do rozwiązania: lekarze nie są w stanie zmusić pacjentów w wieku 10–25 lat do regularnego przyjmowania immunosupresantów.

„Wydaje mi się, że mówię jasno, tak wyraźnie jak tylko się da, a dwa tygodnie później oni przyjmują te tabletki nie tak, jak powinni”¹⁴ – usłyszałem od jednego rozdrażnionego lekarza.

„Mielibyśmy stuprocentową przeżywalność po transplantacji nerek, gdyby udało się chirurgom zmusić młodych ludzi do brania leków” – powiedział Alexander. Faktycznie, badanie przeprowadzonych do dziś przeszczepów w Stanach Zjednoczonych wykazało, że w przypadku dzieci poniżej 10. roku życia liczba przypadków odrzucenia przeszczepu jest bliska zera, ponieważ rodzice dbają o regularne przyjmowanie tabletek. Ale z każdym rokiem w wieku 10–17 lat, kiedy młode osoby dostają coraz więcej wolności i autonomii, wskaźnik odrzuconych transplantacji wzrasta. Pozostaje wysoki do 25. roku życia, w którym to momencie zaczyna drastycznie spadać. Wynika stąd, że wiek 10–25 lat to okres problematyczny.

Przedstawiam historię usłyszaną niegdyś od pielęgniarki¹⁵ z kliniki nefrologii dziecięcej na Uniwersytecie Stanfor-da. Zatelefonowała do rodziców pacjenta, którego wyniki krwi wskazywały na pewne problemy. Powiedziała: „Wyniki

krwi państwa syna wykazują zerową obecność leków, a syn ma objawy. Czy jesteście państwo pewni, że przyjmuje leki?”. Usłyszała, jak matka zadaje synowi pytanie: „Bierzesz leki, prawda?”, po którym ze strony chłopaka nastąpiło głośne i odpychające: „Oczywiście, mamgo!”. Pielęgniarka spokojnie wyjaśniła, że jest biologicznie niemożliwe, żeby krew pacjenta nie wykazywała śladów medykamentów, jeżeli je przyjmuje, chyba że cierpi na rzadkie zaburzenie, wskutek którego metabolizuje lekarstwa, zanim zaczną działać. Obydwa scenariusze zakładały, że pacjent musi natychmiast pojawić się w klinice na dalsze testy. Po długiej pauzie pielęgniarka ponownie usłyszała matkę i jej słowa: „Okej, powiedział mi, że nie zażywa lekarstw. Zacznie je brać. Dziękuję za telefon”.

Rodzice mogą być pełni współczucia, ale nerki nie wykazują się takim zrozumieniem. Bez immunosupresantów ciało zaczyna odrzucać organ w ciągu jednego dnia. „Przeszczepione nerki nie wybaczą. Koniecznie trzeba przyjmować leki immunosupresyjne każdego dnia” – wyjaśnił mi Alexander. Po kilku dniach organizm odrzuca przeszczepioną nerkę. Młody pacjent wraca na dializę na wiele lat albo na zawsze.

Nie jest to problem jedynie dr. Alexandra. 35–45 procent wszystkich młodocianych i młodych dorosłych, którzy są po przeszczepie – nerki, wątroby, serca, komórek macierzystych – nie przyjmuje przepisanych farmaceutyków¹⁶. Mimo coraz bardziej rozwiniętych technik chirurgicznych oraz farmakologii problem nie znika. Pewien znany lekarz przeszedł niedawno całą historię przeszczepów nerek u dzieci i doszedł do ponurych wniosków: „Nie jesteśmy bliżsi rozwiązania problemu niestosowania się do zaleceń, niż byliśmy 40 lat temu”. W kwestii wskaźników przeżycia ten

problem „pozostaje szkodą krytyczną i często nie do pokonania”. Jeżeli chodzi o zmianę zachowania młodych ludzi w decydującym oknie pomiędzy 10. a 25. rokiem życia, medycyna nie przynosi sukcesów. Dlaczego?

Jedna wypowiedź wyłania się po głębszej refleksji na temat wad kampanii antytytoniowych „Pomyśl. Nie pal” oraz „Tytoń to dziwactwo”. Obie przekazują młodzieży co robić (czyli „Nie pal” jest rozkazem). Potencjalnie nie bardzo pasuje to do tego, jak nastolatki chcą się czuć na poziomie neurobiologicznym. Podobnie edukacyjne sesje dotyczące przeszczepów obejmują mówienie, mówienie i mówienie. Lekarze, pielęgniarki i farmaceuci odbywają trzy osobne rozmowy z młodymi pacjentami oraz ich rodzicami. Te autorytety opisują konsekwencje nieprzyjmowania immunosupresantów, po czym zmuszają młodego pacjenta, aby powtórzył wszystko, co usłyszał – jak w teście na zrozumienie treści. Obowiązek słuchania i podporządkowania się spoczywa na młodym człowieku.

„Nikt nas nie uczy, jak rozmawiać z młodocianymi – usłyszałem od doświadczonego lekarza. – Lekarze są przeszkoleni w zakresie przekazywania informacji naukowych, a nie żeby zwracać uwagę na to, co powstrzymuje ludzi przed działaniem na podstawie tych informacji. Tak więc wszystko, co mówimy, robi wrażenie groźby w stylu: «Jeżeli tego nie zrobisz, będę zmuszony zwiększyć ci dawkę leków»”¹⁷. Faktycznie, jeden z pacjentów po przeszczepie wygłosił przemówienie programowe skierowane do lekarzy i pielęgniarek podczas konferencji medycznej. „Lekarze wypróbowali na mnie wiele taktyk zastraszania – oznajmił. – Nie po działało”¹⁸. W tamtym czasie był po pierwszym odrzuceniu przeszczepu i miał już kolejną nerkę.

Ograniczony zakres tej rozmowy może zostać odebrany jako brak szacunku wobec młodych ludzi, ponieważ nie porusza ona na poważnie kwestii, w jaki sposób lek wpłynie na pacjentów. „Nienawidzę tych tabletek. Wydaje się, że nie podchodziłem poważnie do ich zażywania” – mówił jeden z biorców. „Ludzie nie zdają sobie sprawy, jak trudno brać leki dwa razy dziennie” – powiedział mi inny pacjent.

Oto niektóre z efektów ubocznych immunosupresantów: biegunka, przyrost masy ciała, drętwienie kończyn oraz owocowy zapach oddechu. „Po jednych pojawiło się u mnie nadmierne owłosienie – powiedział mi pacjent. – Wyglądałem trochę jak wilkołak i miałem monobrew”¹⁹. Od innego usłyszałem: „Czuję się jak gruby dzieciak. Nie mogę przy dziewczynie zdjąć koszulki”. No i lekarze zabraniają spożywania alkoholu. Pomyślcie, w jaki sposób te efekty uboczne²⁰ kolidują z planami życia towarzyskiego nastolatka. Nefrolog w białym kitlu i z podkładką na dokumenty mówi wam, żebyście zaakceptowali bez jakiegokolwiek sprzeciwu swoje nowe życie jako zarośnięty, otyły dzieciak z problemami trawiennymi, zdrętwiałymi kończynami i śmierzdzącym oddechem, który nie może imprezować i wstydzi się pływać bez koszulki. Pomijanie tabletek – oraz ich efektów ubocznych – pozwala młodemu pacjentowi na tymczasowe zapomnienie, że jest inny. Jest sposobem, aby poczuć się społecznie normalnym, choćby na krótką chwilę.

W związku z tym same lekarstwa stanowią potencjalne zagrożenie dla społecznego przeżycia. Być może niektórzy młodzi ludzie faktycznie słuchają. Wielu przytakuje, symulując mową ciała tak, aby wyglądało, że słuchają, choć tak naprawdę jedynie udają. Ich neurony nie przetwarzają informacji. To jest powód, dlaczego standardowy proces

edukacyjny pacjentów nie zawsze przekonuje młodych, aby dostosowali swoje zwyczaje oraz rutynę do poważnego traktowania leczenia.

Dlatego też, mimo miliardów dolarów wydanych w ostatnich 40. latach, aby zmienić cud pediatrycznych transplantacji organów w rutynowy zabieg chirurgiczny, największa nierozwiązana naukowa zagadka nie ma nic wspólnego z nefronami czy układem odpornościowym. Jest za to w pełni związana z poruszaniem się po skomplikowanym świecie zmian w zachowaniu nastolatków.

Dr David Rosenthal, lekarz pediatra z Uniwersytetu Stanforda specjalizujący się w przeszczepach serca, powiedział mi, że jego doświadczenie pracy z nastolatkami sprawia, że czuje się, jakby żył w rzeczywistości alternatywnej do tej, w której żyją jego pacjenci: „Nie mogę sobie wyobrazić, co oni myślą”. Podobnie dr Alexander ostrzegwał, że „musimy zrozumieć, czego potrzebują młodzi ludzie i im to zapewnić albo przygotować się na konsekwencje”.

Kwestionowanie naszego modelu młodych

Nieudane próby zmotywowania i wywarcia wpływu na młodych ludzi – takie jak „Pomyśl. Nie pal” – lub konwencjonalne podejście do edukowania pacjentów w większości klinik transplantacyjnych wynikają z czegoś, co nazywam *modelem niekompetencji neurobiologicznej*. Zgodnie z nim młoda osoba jest traktowana jak istota obarczona ułomnym myśleniem, która nie potrafi zrozumieć przyszłych konsekwencji swoich działań. Dlatego też dorośli, którzy wiedzą lepiej, muszą młodym ludziom wielokrotnie mówić, co mają myśleć. Zauważcie na przykład, że hasło „Pomyśl. Nie pal” jest

rozkazem wydanym przez rzekomo mądrzejszego i inteligentniejszego, a także bardziej odpowiedzialnego dorosłego eksperta zdrowia publicznego, insynuującego, że młodzi ludzie nie myślą.

Od ponad 20 lat w dziedzinie badań nad młodymi trwa naukowa rewolucja. Została przeciwstawiona modelowi niekompetencji neurobiologicznej. Utrzymuje, że młodzi nie są problemem do rozwiązania, ale zasobami, które należy rozwijać. Ten nowy naukowy konsensus został przedstawiony na łamach dwóch obszernych raportów. Pierwszy został opublikowany w 2019 roku przez zespół placówek wchodzących w skład doradczej społecznej organizacji Narodowe Akademie Nauk, Inżynierii i Medycyny (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine) pod tytułem *Obietnica młodości*²¹. Drugie, bardziej skrócone podsumowanie²² wyszło mniej więcej w tym samym czasie spod pióra naukowców z Centrum Rozwoju Młodości Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles (UCLA Center for the Developing Adolescent, CDA) oraz instytutu badawczego FrameWorks. Oba raporty zawierały spostrzeżenia ponad 25 czołowych neurobiologów, ekspertów w dziedzinie hormonów, psychologów, antropologów oraz przedstawicieli innych nauk.

Raport uniwersytetu UCLA (University of California, Los Angeles) proponował wyjaśnienie, dlaczego większość przykładów zachowania młodych ludzi, które nas irytują lub martwią, nie jest wynikiem tego, że osoby w wieku 10–25 lat są z natury nieudolne. Spowodowane są raczej tym, że ta grupa wiekowa próbuje się nauczyć, jak odnieść sukces o wymiarze społecznym w świecie. Zazwyczaj oznacza to pozycję społeczną w oczach grupy rówieśniczej oraz dorosłych

autorytetów wspólnoty, w której funkcjonują. Mówiąc inaczej, młodzi ludzie chcą statusu i szacunku ze strony rówieśników oraz mentorów²³ wypracowanego przez znaczący wkład, jaki poczynili. Sugeruje to, że jeżeli zdołamy pojąć ich perspektywę oraz odkryjemy, czego naprawdę pragną, to te same napędy motywacyjne, które prowadzą do problematycznego zachowania – takiego jak palenie, niezdrowe nawyki żywieniowe lub znęcanie się nad innymi – mogą zostać przekierowane na działanie na rzecz wspólnoty, grupy społecznej, rodziny.

Dr Ron Dahl, lekarz z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley oraz badacz neurobiolog, a także współzałożyciel Centrum Rozwoju Młodzieży, lubi podpierać się historią ilustrującą główny wniosek płynący z raportu UCLA²⁴. Historia krąży wokół dyskusji, jaką odbył z różnorodną grupą naukowców zajmujących się edukacją, w której znaleźli się Dalajlama oraz uczeni wywodzący się z tradycji tybetańskiego buddyzmu. Kiedy Dahl podzielił się kilkoma spostrzeżeniami na temat potrzeby osiągnięcia statusu oraz szacunku w wieku dojrzewania oraz wczesnej młodości, usłyszał, jak uczeni chichoczą. Przez tłumacza dowiedział się, że oni również często obserwują młodych chłopców demonstrujących prześmieszne wersje polowania na status oraz szacunek. W buddyjskim klasztorze prestiż oraz szacunek najłatwiej zdobywa się dzięki uprzejmości, współczuciu oraz empatii. To spowodowało, że młodzi starali się prześcignąć w tych cechach. Wyobrażam ich sobie, jak mówią: „Ty pierwszy!”, „Ależ nie, ty pierwszy!” i każdy usiłuje przebić życzliwość pozostałych. Był to przykład sytuacji, w której chłopcy rozpoznali kulturową wartość statusu i szacunku – prowadzenie życia duchowego zgodnie z zasadami w służbie innym.

Jak skutecznie dotrzeć do młodych ludzi, gdy każde słowo może zostać opacznie zrozumiane?

Nauka mówi jasno: między 10. a 25. rokiem życia mózg działa według innych zasad. Jest wyczulony na brak szacunku, intencje i ton. Jedno zdanie może rozpaścić motywację... albo całkowicie ją pogrzebać.

David Yeager pokazuje, co robić, żeby młodzi ludzie naprawdę chcieli współpracować

Ta książka uczy:

- komunikować się tak, by budować motywację
- stawiać wymagania bez wywoływania buntu
- wzmacniać poczucie wartości i sprawczości
- prowadzić rozmowy, które otwierają, a nie ranią
- zmniejszyć „przepaść pokoleniową”.

Praktyczna, odważna i niezwykle potrzebna książka o tym, jak naprawdę motywować młodych ludzi, skierowana do liderów, nauczycieli, rodziców i mentorów.

**Dlaczego tak ważny jest okres między 10. a 25.
rokiem życia? To właśnie okno neurobiologiczne,
w którym motywacja młodych może eksplodować...
albo całkowicie zniknąć**

Książka dostępna
również jako **e-book**.

mtbiznes.pl

ISBN 978-83-8231-612-4

MT25014

Cena 89,90 zł



9 788382 316124