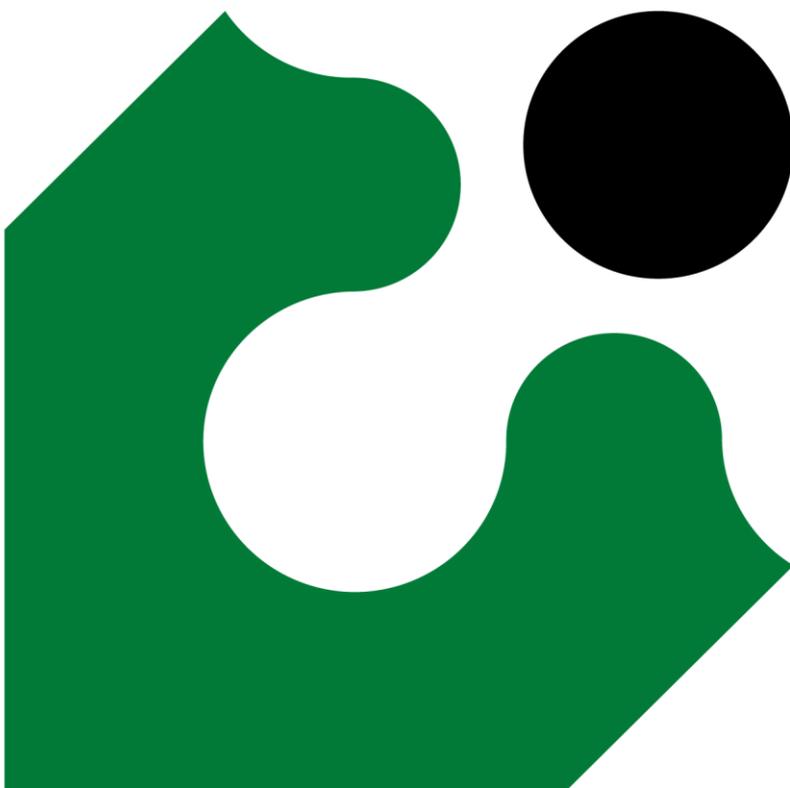


**Bias ricorrenti nel lavoro di equipe sanitaria: groupthink, group polarization, escalation of commitment e social loafing. Sviluppo di un potenziale protocollo strategico.**

Dr. Andrea Ballabio

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

aa 2019-2021





# **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

UNIMI-DSC 1901/AE  
Università degli Studi di Milano

## **IL DOCENTE DI PROGETTO**

*Prof. Chiara Guglielmetti, Università degli Studi di Milano*

## **IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

*Prof. Federico Lega, Università degli Studi di Milano*



# INDICE

INTRODUZIONE.....	8
<b>e. Il segnalibro non è definito.</b>	
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	8
METODOLOGIA ADOTTATA.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
RISULTATI ATTESI.....	16
CONCLUSIONI .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
BIBLIOGRAFIA .....	18

# INTRODUZIONE

Diversi autori hanno analizzato in Letteratura i principali bias che possono compromettere la produttività e la resa di un team sanitario, proponendo ogni volta strategie risolutive differenti. Nel 2014, R. Mannion et al. hanno analizzato quelli che sono i bias più ricorrenti in un gruppo di lavoro ovvero i fenomeni del groupthink, group polarization, escalation of commitment e social loafing.

In ambito sanitario questi errori ricorrenti comportano spesso delle conseguenze sia in termini di peggiore outcome clinico dei pazienti, sia in termini di mancata ottimizzazione delle risorse per l'Azienda ospedaliera.

Alla luce delle evidenze scientifiche in nostro possesso, e osservando anche nel Rerparto di cui sono Direttore (U.O.C Chirurgia Generale, Codogno) le conseguenze tangibili di tali bias, mi sono posto l'obiettivo di elaborare semplici strategie che possano essere adottate in qualsiasi team work sanitario.

Il fenomeno del **GROUP THINK** è stato definito come una patologia del sistema di pensiero manifestato da un gruppo, per cui i partecipanti sacrificano creatività individuale, originalità, autonomia di pensiero in cambio del perseguimento della coesione del gruppo. Si perdono così i vantaggi derivanti da un bilanciamento di opinioni diverse e contrapposte.

Questo fenomeno distorsivo solitamente non è molto molto diffuso nelle equipe ospedaliere, ma se ne possono rintracciare alcuni sintomi e quindi potenziali effetti nelle situazioni di presa di decisione in situazioni di massima urgenza temporale e di alto rischio per la vita del paziente, soprattutto in presenza di un membro con riconosciuta competenza sulla patologia e/o un team leader carismatico. In tali situazioni si possono osservare limitazioni dell'esplorazione approfondita di tutte le informazioni a disposizione e scarso ricorso al pensiero controfattuale a favore di una presa di decisione consensuale e quindi meno rischiosa in termini di responsabilità individuale in caso di errore

**Il GROUP POLARIZATION**, o polarizzazione del gruppo, corrisponde alla tendenza a prendere decisioni più estreme, rispetto all' iniziale inclinazione dei singoli membri del gruppo stesso. Esso riguarda la tendenza del gruppo a discutere maggiormente le posizioni più diffuse tra i membri del gruppo stesso e, attraverso tale reiterazione giungere al convincimento, spesso errato, che la posizione della maggioranza sia così valida da poter appunto essere addirittura estremizzata. Il fenomeno di group polarization, così come il pensiero di gruppo, sono più frequenti nei gruppi con un lunga esperienza di lavoro pregressa e molto coesi. E' invece meno osservabile nei gruppi a alta conflittualità interna e più eterogenei come expertise disciplinare e consuetudine di lavoro comune. Ad esempio il giovane assunto con minor "self-confidence" sarà più portato a convincersi della correttezza dell'opinione dei chirurghi con ampia esperienza che vede come modello cui ispirarsi, arrivando addirittura a proporre soluzioni ancora più estreme di quelle della maggioranza.

**ESCALATION OF COMMITMENT:** è l'intensificazione dell'impegno nel campo delle scelte organizzative. Degenera nella tendenza a perseverare in decisioni inefficaci anche quando è improbabile che la situazione negativa creatasi possa mutare favorevolmente. Ciò è in parte imputabile a fattori sociali e psicologici quali la difesa dell'ego, la pressione da parte di colleghi,

numerose e svariate motivazioni individuali. Intervengono inoltre fattori organizzativi, la mancanza di corretta comunicazione, l'inerzia politica; le caratteristiche del progetto stesso: in particolare in caso di progetti a lungo termine spesso predomina l'ostinazione nei confronti dell'obiettivo finale sino all'eclissi dei riscontri intermedi che suggeriscono invece la necessità di un opportuno cambio di strategia.

Il fenomeno del **SOCIAL LOAFING** è anche definito come pigrizia sociale; il lavorare in gruppo può ridurre infatti le motivazioni personali e l'impegno applicato nell'affrontare e risolvere i problemi che le diverse condizioni cliniche presentano.

Quest'ultimo rappresenta probabilmente il principale *bias* riscontrato nei reparti ospedalieri e ha meritato un'attenzione particolare nel mio PW. Il concetto di social loafing è in Letteratura connesso al fenomeno del *free rider*: questo si verifica quando un individuo beneficia di risorse senza contribuire al pagamento delle stesse, di cui si fa carico il resto del gruppo. Questo fenomeno genera il suo opposto, ovvero la figura del *sucker*, colui che si assume le responsabilità e il carico maggiore di lavoro in un ambiente lavorativo, pur non traendone vantaggi maggiori rispetto agli altri. La disparità nel carico di lavoro genera una disarmonia del lavoro collettivo ed è controproducente alle finalità del Reparto poiché il livello qualitativo del servizio sanitario offerto ne risulta inevitabilmente inferiore.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

L'obiettivo di questo project work è stato quello di analizzare l'impatto che questi bias hanno nell'organizzazione del lavoro quotidiano di un'equipe medica e di elaborare possibili manovre strategiche per ridurre al minimo la possibilità che questi errori si manifestino durante il normale svolgimento dell'attività clinica. E' stato infatti ampiamente dimostrato come i fenomeni del social loafing, groupthink, social commitment e group polarization abbiano notevoli conseguenze sulle prestazioni lavorative di un team, sulla possibilità di errore e sulla conseguente richiesta di risarcimento.

Adottando alcune semplici strategie di seguito proposte, è possibile arginare tali fenomeni almeno in parte, creando i presupposti per la creazione di un team work allo stesso tempo armonico e funzionale.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Il Project work è rivolto a qualunque settore in ambito sanitario (e non) ove si voglia implementare la produttività dei singoli lavoratori e quindi l'outcome del gruppo di lavoro, valorizzando le singole potenzialità individuali senza che queste collidano con l'armonia del team. Le strategie proposte possono avere riscontro pratico nell'attività quotidiana di un Reparto ospedaliero, nell'attività ambulatoriale, di sala operatoria o di ricerca clinica.

## METODOLOGIA ADOTTATA

**GROUP THINK:** ho riscontrato come questo fenomeno sia particolarmente evidente in quegli individui che più risentono di una possibile “gerarchia” che inconsciamente viene percepita come reale anche quando non direttamente manifesta: parlo soprattutto infatti dei colleghi più giovani o quelli con minor *self-confidence*, che più risentono del giudizio altrui. Il group-think rappresenta un grave rischio all’interno di un Ospedale, poiché la mancanza di uno scambio efficace di opinioni fra colleghi comporta facilmente il perseguirsi di errori medici.

Nella mia attività di DSC, ho sempre incentivato lo scambio di opinioni fra me e i membri dell’equipe e fra loro stessi, prediligendo un rapporto di tipo “orizzontale”, evitando cioè di far percepire la mia figura come troppo autoritaria o chiusa nelle mie convinzioni, stimolando il dialogo basato però sulle evidenze scientifiche (*evidence based Medicine*), che potessero rappresentare una guida nello sviluppo delle convinzioni di ognuno. Il rischio opposto al Group-think infatti, è quello che si crei un gruppo di lavoro dove l’opinione di ognuno, adeguatamente stimolata a manifestarsi, crei dei contrasti controproducenti nell’attività clinica poiché le diverse opinioni non trovano un accordo comune. Avere delle *Guidelines* cliniche di riferimento rappresenta un pilastro importante perché lo scambio di opinioni sia ben indirizzato e produttivo e non vada ad arginarsi in opinionismo sterile non supportato da evidenze. Nella mia attività ho pertanto sempre cercato di stimolare i colleghi ad un aggiornamento continuo delle loro conoscenze scientifiche, approcciando spesso l’attività clinica anche in termini di revisione della Letteratura in nostro possesso. La figura del team leader con questa metodologia risulta quindi quella di una guida capace al confronto ma anche in grado di stabilire delle chiare direttive operative usufruendo delle più aggiornate evidenze scientifiche in nostro possesso.

**GROUP POLARIZATION:** nella mia esperienza di DSC, il fenomeno di group polarization è sempre stato in qualche modo connesso a quello del group-think. Per arginare questo fenomeno ho puntato molto nello stimolare la *self-confidence* di ognuno dei miei colleghi, anche quando giovani ed oggettivamente inesperti, oppure anche quando caratterialmente poco portati ad esternare le proprie convinzioni e più facilmente influenzabili nelle loro opinioni. Inoltre, ho sempre evitato di manifestare le mie idee personali in modo predominante, e ho suggerito ai colleghi più anziani di evitare opinioni dicotomiche su argomenti clinici (es. “questo approccio clinico è assolutamente sbagliato”, “questa terapia è l’unica sensata”, “abbiamo sempre fatto così e non ha senso cambiare”). Un ulteriore rinforzo strategico è rappresentato dai meeting multidisciplinari con cadenza settimanale dedicati ai pazienti più critici, dove l’armonizzazione delle differenti skills tecniche dei vari rappresentanti (anestesista, oncologo, patologo, radiologo e chirurgo) ha determinato un sostanziale miglioramento dell’outcome del paziente. Il contributo della multidisciplinarietà in ambito clinico è del resto già ampiamente riconosciuto in Letteratura.

**ESCALATION OF COMMITMENT** : il perseverare in decisioni inefficaci anche quando è improbabile che la situazione possa mutare favorevolmente è spesso dovuta alla non accettazione del proprio errore. Spesso, in un'equipe, questo meccanismo è incentivato da un eccessivo ego o da un errore gestionale del problema affrontato, con una tendenza a rimandare di giorni decisioni più risolutive o ad ignorare segnali di fallimento del programma in corso.

L'escalation of commitment è un fenomeno che più di frequente ho riscontrato nei colleghi anziani, più propensi a perseverare secondo le proprie convinzioni, spesso basate su modelli puramente empirici e privi di riscontro scientifico. Il continuare a seguire uno stesso *leitmotiv*, poiché questo ci sembra più rassicurante (anche quando controproducente) oltre che più accomodante, è anche intrinsecamente connesso al fenomeno di *social loafing* che verrà analizzato di seguito. Un'attenta pianificazione dell'attività di reparto, così come regolari meeting mattutini in cui vengono discussi i casi di ogni paziente ricoverato con cadenza giornaliera, è risultata la strategia efficace per ridurre al minimo l'impatto di questo bias. Condividere con i componenti dell'equipe i diversi costi economici che le scelte cliniche possono comportare (ad esempio l'utilizzo di un tipo di device rispetto ad un altro) è risultato importante per aumentare il loro senso di responsabilità e per evitare uno spreco delle risorse.

**SOCIAL LOAFING**: questo bias rappresenta probabilmente il fardello maggiore nella gestione organizzativa di un reparto ospedaliero. Quando si diventa DSC, spesso si "ereditano" i meccanismi complessi pre-esistenti all'arrivo del team leader. In moltissime realtà ospedaliere infatti il lavoro d'equipe non è armonicamente suddiviso fra le varie parti del gruppo. Esistono medici più predisposti a lavorare con flessibilità, a rispettare i turni previsti di guardia attiva o reperibilità, a turnare indifferentemente fra la sala operatoria, il reparto e gli ambulatori, così come ne esistono altri tendenzialmente reazionari e poco propensi ad accettare il lavoro proposto. Generalmente questi ultimi sono i colleghi con maggiore anzianità, in procinto di andare in pensione o semplicemente particolarmente demotivati in campo lavorativo per altre cause (problematiche familiari, gestione della maternità per quanto riguarda il personale femminile etc), ma possono essere anche rappresentati da personale semplicemente poco appassionato del proprio lavoro. Un esempio a parte è poi costituito dai medici che hanno ottenuto un alto grado di specializzazione (es. in Endoscopia Digestiva, in Chirurgia Senologica, Chirurgia Barietrica o Chirurgia Proctologica) che, pur apportando un valore aggiunto alla qualità dell'equipe grazie al loro potenziale tecnico, facilmente sono destituiti dal lavoro routinario dell'equipe, chiedendo spesso di essere esonerati dalle guardie attive, dall'attività di reparto, dalla sala operatoria o da tutto ciò che non sia strettamente inerente il loro campo di interesse.

Se in realtà maggiori (grandi Policlinici, centri universitari), dotate di un organico numeroso questo problema è facilmente eludibile grazie al numero di risorse umane fruibili, in una piccola realtà ospedaliera, come quella di Codogno, la perdita di anche un singolo componente dell'equipe può risultare destabilizzante per l'armonia dell'intero team.

Nell'elaborare una strategia adatta ad ovviare il problema, dopo una revisione della Letteratura ho ritenuto opportuno adottare il metodo della "ricompensa", ovvero un rinforzo positivo che potesse aumentare la motivazione del singolo. In Letteratura la strategia di ricompensa si manifesta in 4 modi:

- 1) Ricompensa economica del singolo (es. Riconoscimento dell'alta specializzazione con incremento economico dello stipendio del medico coinvolto)
- 2) Ricompensa sociale del singolo (elogio e riconoscimento sociale del ruolo del medico coinvolto)
- 3) Ricompensa economica del gruppo (es istituzione di sale operatorie o di attività ambulatoriale a gettone)
- 4) Ricompensa sociale del gruppo (es. riconoscimento pubblico dell'attività di reparto attraverso un articolo di giornale)

La valorizzazione delle qualità del singolo componente dell'equipe ne permette l'aumento della motivazione e la più facile accettazione dei turni e della programmazione prevista per l'attività dell'U.O. Stimolare la predisposizione di ognuno per un determinato compito aumenta l'entusiasmo del lavoratore che più facilmente lavorerà con impegno per perseguire non solo i propri obiettivi, ma anche quelli comuni all'equipe.

Perché ciò accada però, e perché non si verifichino i meccanismi sovraccitati del "free-rider vs sucker", è necessario provvedere ad un meccanismo di sorveglianza e controllo dei compiti precedentemente prestabiliti, verificando che il carico di lavoro sia equamente ripartito senza prescindere dall'individualità di ognuno. Un'altra strategia che si è rivelata efficace nel combattere il social-loafing consiste nel facilitare la creazione di rapporti umani all'interno della cerchia lavorativa. Organizzare con frequenza cene di reparto, escursioni o viaggi brevi di gruppo, così come incentivare nelle pause lavorative (pausa caffè, pausa pranzo) discorsi non strettamente inerenti il lavoro, fortifica i rapporti interpersonali e contribuisce a creare uno spirito di sussidiarietà che risulta fondamentale per lavorare in armonia e accrescere così la produttività del team.

# DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Grafico 1 ASST LODI - UOC Chirurgia Generale Presidio di Codogno composta da 7 medici e dal DSC. Organizzazione dell'attività dell'UO e ripartizione dei compiti.

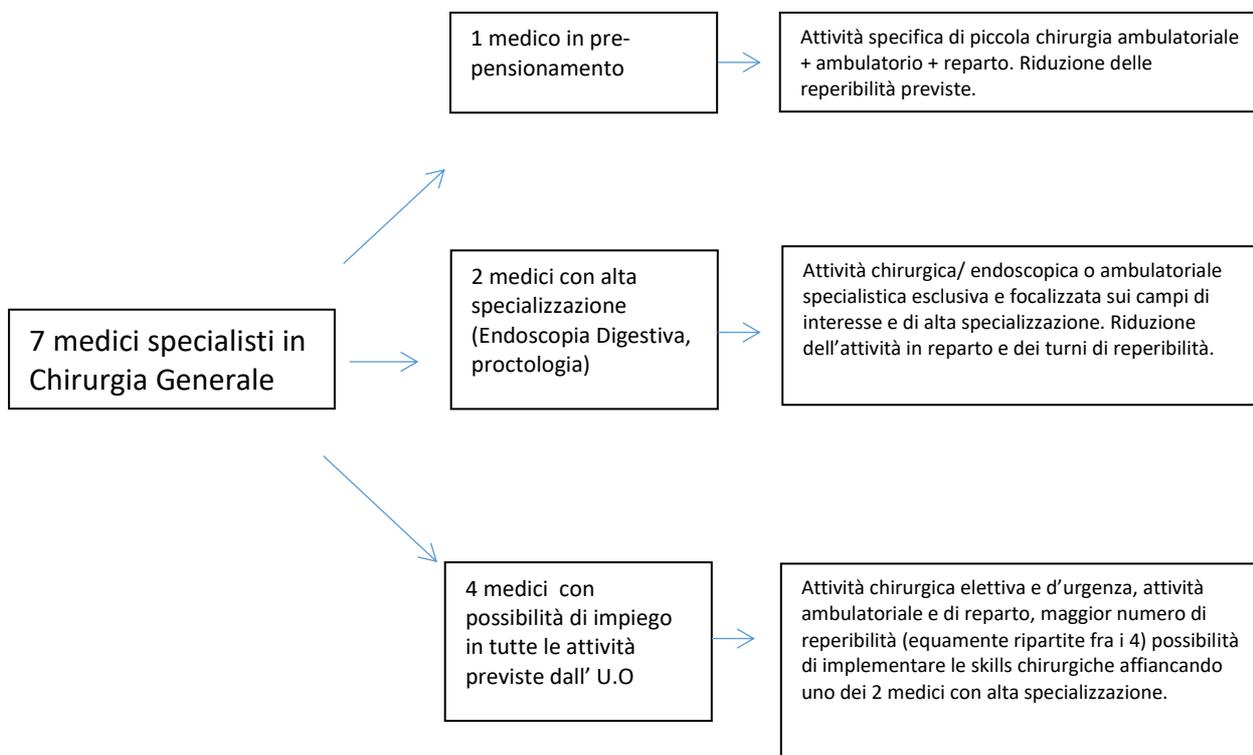
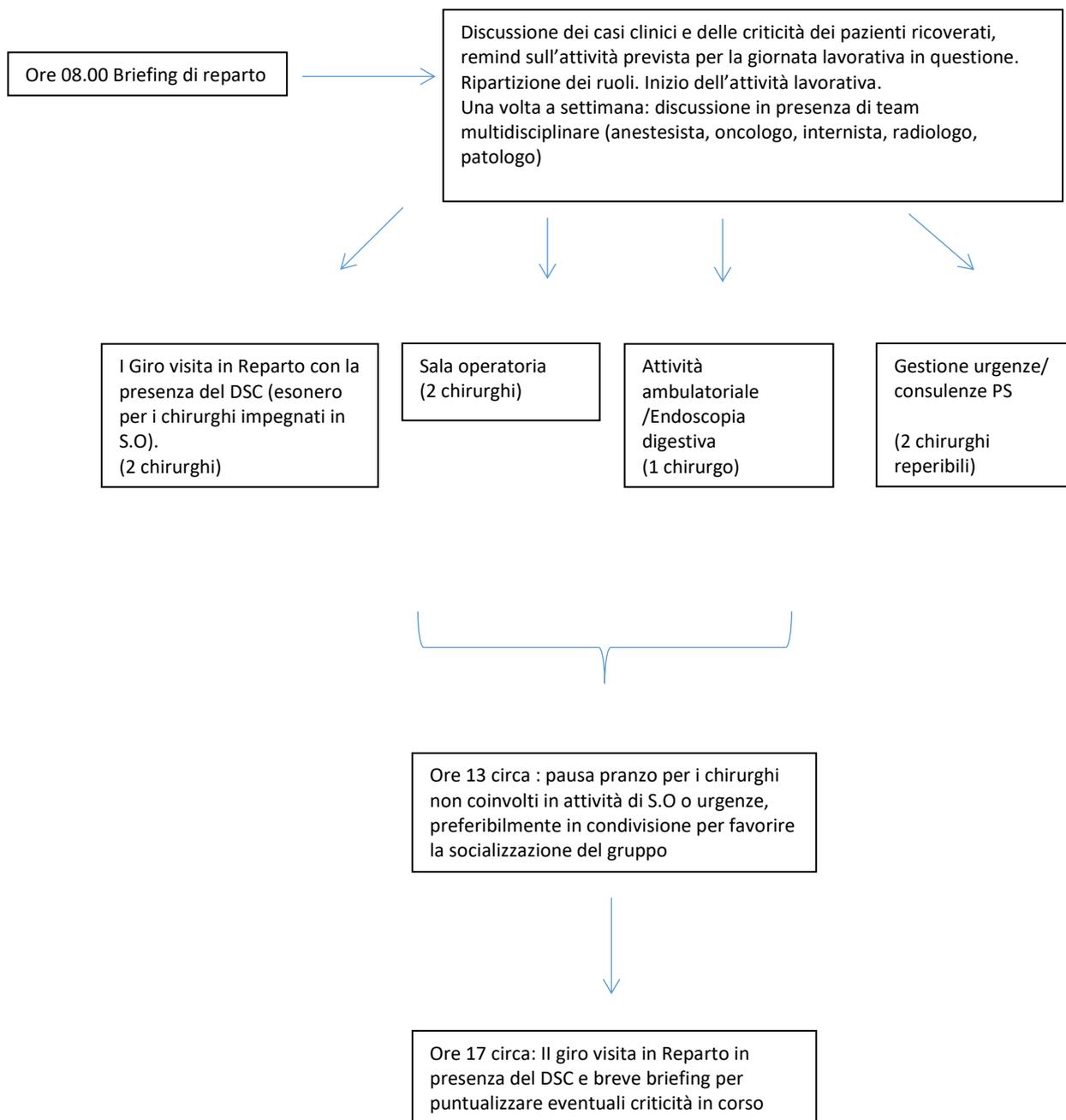


Grafico 2 ASST LODI - UOC Chirurgia Generale Presidio di Codogno composta da 7 medici e dal DSC. Organizzazione quotidiana dell'attività dell'UO.



BIAS	MANIFESTAZIONE NELL'ATTIVITA' LAVORATIVA	STRATEGIA
<b>Group-think</b>	Impossibilità di un reale confronto critico in equipe. Personale restio a manifestare la propria opinione se in contrasto con quella del gruppo, per paura di minare l'armonia del collettivo.	Incentivare il singolo ad esporre la propria opinione, evitando un approccio gerarchico o "verticale" del DSC o dei colleghi anziani nei confronti dei colleghi più giovani. Aumentare la self-confidence nei colleghi più insicuri. Stabilire dei chiari confini di discussione e scambio di opinione che devono sempre rispettare le evidenze a disposizione nella Letteratura scientifica, evitando di sconfinare nell'opinionismo non basato su dati tangibili.
<b>Group polarization</b>	Tendenza a prendere decisioni più estreme rispetto alle iniziali inclinazioni dei singoli membri dell'equipe.	Stimolare la self-confidence dei colleghi meno esperti. Stimolare la ricerca scientifica, fare riferimento alle linee guida più aggiornate. Favorire il confronto in ambito multidisciplinare.

Tabella 1 ASST LODI - UOC Chirurgia Generale Presidio di Codogno composta da 7 medici e dal DSC. Strategie per ovviare ai principali bias lavorativi di gruppo ( group-think, group-polarization, escalation of commitment, social loafing)

BIAS	MANIFESTAZIONE NELL'ATTIVITA' LAVORATIVA	STRATEGIA
<b>Escalation of commitment</b>	Perseverare in scelte cliniche fallaci: perseguire con diagnosi e terapie errate nonostante le evidenze.	<p>Programmare dei briefing sistematici per discutere l'andamento del paziente ed eventuali errori reiteranti nella gestione clinica.</p> <p>Stimolare la compartecipazione dei componenti dell'equipe con un confronto sistematico.</p> <p>Informare i componenti dell'equipe dei diversi costi economici che le loro scelte cliniche possono comportare</p>
<b>Social loafing</b>	Rifiuto di rispettare i turni di reperibilità previsti, riluttanza a seguire le attività di Reparto o di sala operatoria meno "qualificanti". Tendenza a demandare a terzi il maggior carico di lavoro	<p>Valorizzare le peculiarità del singolo favorendo l'attività che gli è più congeniale (che verrà svolta in proporzione maggiore). Verificare con cadenza prestabilita che i compiti assegnati (graditi o meno) vengano portati a termine, attuando un rinforzo positivo per i meriti raggiunti ed evitando punizioni in caso di demerito. Assegnare al medico con alta specializzazione la figura di "tutor" per i colleghi meno esperti che vogliono approcciarsi ad attività altamente specialistiche .</p> <p>Favorire la socializzazione del team e lo spirito di appartenenza ad un gruppo per incentivare la sussidiarietà.</p>

Tabella 1 ASST LODI - UOC Chirurgia Generale Presidio di Codogno composta da 7 medici e dal DSC. Strategie per ovviare ai principali bias lavorativi di gruppo ( group-think, group-polarization, escalation of commitment, social loafing)

## **COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

I costi sono relativi al programma di educazione ed aggiornamento permanenti, non costituiscono un aggravio finanziario per l'Azienda Sanitaria; la realizzazione è sistematica e quotidiana poiché non può prescindere dall'aspetto relazionale degli elementi del team-work. L'unico costo aggiuntivo per l'Azienda è quello rappresentato dal riconoscimento dell'alta specializzazione negli individui con maggiori skills tecniche, che necessita di adeguamento di riconoscimento economico.

## **RISULTATI ATTESI**

Le strategie proposte hanno come obiettivo quello di favorire una creazione di un ambiente di lavoro armonico e altamente produttivo, in cui il fattore umano risulti preponderante. Un gruppo di lavoro fortemente coeso, dove il singolo individuo è valorizzato per le sue peculiarità e non condannato per le sue diversità, risentirà meno dei 4 comuni bias analizzati in precedenza. Grazie alla guida di un team leader esperto, in grado di organizzare l'attività dell'U.O non prescindendo dalle singole necessità individuali e che ponga degli obiettivi chiari e facilmente verificabili per ognuno dei lavoratori, il fenomeno del social loafing sarà disincentivato a favore di un maggior impegno da parte di tutti nelle attività quotidiane.

Un team leader in grado di stimolare il dialogo e il confronto fra le parti eviterà l'instaurarsi di fenomeni come il group-think e il group-polarization. Grazie ad un'attenta organizzazione che prediliga l'approccio multidisciplinare e il continuo aggiornamento scientifico i team leader eviterà che si manifesti l'errore dell'escalation of commitment.

## CONCLUSIONI

Conoscere i principali bias che ricorrono nel lavoro di una equipe sanitaria, individuare una possibile strategia di controllo delle possibili conseguenze sulla sicurezza dei pazienti chirurgici in particolare, non può prescindere da una “leader ship” finalizzata ad offrire uno scopo all’impegno collettivo (Jacobs 1990).

La passione (fattore umano) per la cura della persona è uno stimolo formidabile per accrescere la propria conoscenza ed umanizzare l’esercizio della professione.

La passione genera un metodo e poichè nella professione chirurgica in particolare, nessuno si inventa è indispensabile un maestro “leader”. Il chirurgo-leader deve proporre un metodo, non essendo sempre possibile disporre della soluzione ai problemi; sperimentare personalmente un metodo significa quotidianamente spremere il proprio intelletto, ottimizzare la tecnica, disporre di bontà d’animo (cuore), essere pronti a grande sacrificio.

Il valore dello stare insieme (legacy) è un’eredità per il gruppo stesso: cresce in rapporto di diretta proporzione con l’equità, la presenza costante (stay on the floor), la capacità di ascolto (anche dei segnali deboli) e comunicazione, la tolleranza agli errori, l’assunzione di responsabilità (decisionismo), l’elasticità di pensiero, la capacità di inventiva, la capacità di trasmettere la propria visione (pensiero positivo).

La presenza di uno specchio nel proprio studio è un invito a riflettere (teoria dello specchio-E. Harrison) a che punto siamo nel nostro percorso di DSC. Guardare lo specchio come una finestra aperta quando andiamo bene, equivale dare merito ad i componenti la squadra; quando sopraggiungono i problemi, guardare sé stessi allo specchio significa assumere le proprie responsabilità, ammettere i propri errori, difendere i nostri collaboratori.

*“Si ripaga male un maestro, se si resta solo discepolo” F.Nietzsche*

# BIBLIOGRAFIA

- 1) Mannion R, Thompson C. Systematic biases in group decision-making: implications for patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2014 Dec;26(6):606-12.
- 2) *The Essentials of Teamworking: International Perspectives*  
Michael A. West (Editor), Dean Tjosvold (Editor), Ken G. Smith (Editor)  
ISBN: 978-0-470-01548-3 September 2006
- 3) Leape LL, Park RE, Kahan JP, Brook RH. Group judgments of appropriateness: the effect of panel composition. *Qual Assur Health Care*. 1992 Jun;4(2):151-9.
- 4) Pagliari C, Grimshaw J, Eccles M. The potential influence of small group processes on guideline development. *J Eval Clin Pract*. 2001 May;7(2):165-73.
- 5) Croskerry P. Cognitive forcing strategies in clinical decisionmaking. *Ann Emerg Med*. 2003 Jan;41(1):110-20.
- 6) Federica Demaria “ Come costruire e apprendere una cultura della sicurezza, in un’ottima blame-free, nei gruppi di lavoro in Sanità: da imparare dall’errore verso imparare dal successo”. Tesi di Laurea Magistrale in Scienze cognitive e processi decisionali, Università degli Studi di Milano , aa 2019-2020
- 7) Williams KD, Karau SJ. Social loafing and social compensation: the effects of expectations of co-worker performance. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Oct;61(4):570-81.
- 8) Cheng PY, Chiou WB. Framing effects in group investment decision making: role of group polarization. *Psychol Rep*. 2008 Feb;102(1):283-92.
- 9) Abrams D, Wetherell M, Cochrane S, Hogg MA, Turner JC. Knowing what to think by knowing who you are: self-categorization and the nature of norm formation, conformity and group polarization. *Br J Soc Psychol*. 1990 Jun;29 ( Pt 2):97-119

