Valmistautuminen UFO-paljastukseen: Kansanterveydellinen viitekehys paradigmanmuutosta aiheuttaville paljastuksille

Unhidden Foundation Unhidden Inc. kesäkuu 2026

Esipuhe – tri. David Whitehouse

Elämän löytäminen muualta olisi ennennäkemätön tapahtuma. Sen vaikutukset ulottuisivat sivilisaation kaikkiin osa-alueisiin. Kuten tämä raportti osoittaa, uutinen voisi tulla esiin monella eri tavalla. Havaitsemme jo nyt mahdollisia elämän merkkejä, niin sanottuja biomerkkejä, läheisten tähtien kiertoradalla olevien planeettojen spektreistä.

Vaikka on epätodennäköistä, että yksittäinen havainto näistä spektrisistä ”sormenjäljistä” johtaisi lopulliseen johtopäätökseen, vuosien mittaan kertynyt data saattaa viedä meidät siihen johtopäätökseen, että ainoa selitys niille on elämä. Elämää voitaisiin löytää myös muilla tavoilla. Saatamme vastaanottaa signaalin, saatamme nähdä esineitä tai saatamme saada vieraita.

Se, mitä seuraavaksi tapahtuisi, riippuisi siitä, oliko löydös kaukaista mikrobielämää vai jotain kehittyneempää. Yrittäessämme kuvitella jotain, mitä emme ole koskaan kohdanneet, turvautuisimme tuttuun kuvastoon. Nämä kuvat ovat peräisin tieteiskirjallisuudesta, joka on täynnä tarinoita hyökkäyksistä ja harvemmin rauhanomaisesta kontaktista. Ne ovat peräisin myös kansanperinteestä ja yliluonnollisista tarinoista. Monet uskovat, että olemme jo olleet yhteydessä avaruusolentoihin, että ne ovat täällä ja että tätä salataan meiltä. En kuulu heihin, mutta tämä uskomus on osoitus siitä, kuinka syviä tunteita ja voimakkaita reaktioita aihe herättää meissä.

Kirjassani The Alien Perspective esitän, että meidän on keskusteltava avaruusolennoista, koska niiden olemassaolo saatetaan todeta milloin tahansa. Ehkäpä riippumatta siitä, millaisia keskusteluja käymme, emme koskaan tule olemaan täysin valmiita tähän mullistavaan muutokseen. Meidän on kuitenkin keskusteltava asiasta ennen mahdollista löytöä. Kuten tässä raportissa korostetaan, tarvitsemme suunnitelman – jo nyt. Avaruusolennot eivät ole koskaan olleet etusijalla hallitusten hätäsuunnitelmissa. Keskusteluja siitä, mitä tehdä, jos kontakti tapahtuu, ovat jarruttaneet leimautuminen ja pilkka, joita sosiaalisen median sensaatiohakuinen käsittely on vielä pahentanut.

Tässä raportissa tarkastellaan, miten uutiset mahdollisesta kontaktista saattaisivat levitä, ja miten ihmisten reaktiot vaihtelevat hyväksynnästä tai välinpitämättömyydestä pelkoon ja

syvään ontologiseen shokkiin, jonka joku kokee, kun hänen maailmankuvansa on kääntynyt ylösalaisin. Kontaktin seuraukset tulevat vaikuttamaan meihin ikuisesti. Se koskettaisi meitä tavoilla, joita emme ole vielä edes ymmärtäneet.

Tämä on arvovaltainen ja ajankohtainen asiakirja, joka asettaa vertailukohdan siviilisuunnittelulle. Suosittelen sitä teille.

David Whitehouse, PhD

Entinen BBC:n tiedetoimittaja; teoksen ”The Alien Perspective” kirjoittaja
toukokuu 2026

Tiivistelmä

Vuonna 2010 brittiläinen Royal Society totesi, että jos Maapallon ulkopuolista elämää joskus havaitaan, olisi jo valmiina oltava koordinoitu toimintasuunnitelma, jossa otetaan huomioon kaikki asiaan liittyvät herkät kysymykset. Tämän toimintasuunnitelman kansanterveydellinen ulottuvuus – eli yhteiskunnallisen reaktion hallinta – on yksi osa-alue, jota ei ole vielä käsitelty missään kansallisessa suunnittelukehyksessä. Tässä raportissa pyritään aloittamaan tämän aukon täyttäminen.

Kansanterveydelliset perusteet perustuvat selkeään lähtökohtaan: paradigmanmuutosta aiheuttavien paljastustilanteiden mahdolliset seuraukset voivat olla merkittäviä, nykyinen varautumisen puute on huomattava, ja tarpeettomien varautumistoimien kustannukset ovat vaatimattomat verrattuna niiden laiminlyönnin mahdollisiin kustannuksiin. Nämä ovat olosuhteet, joissa ennalta varautumisen periaatetta sovelletaan. uNHIdden ei ota kantaa siihen, onko salaisissa ohjelmissa tällä hetkellä vahvistavaa tietoa NHI:stä (ei-ihmisälystä) tai UAP:sta. Kansanterveydelliset perusteet eivät riipu siitä, ratkaistaanko kyseinen kysymys – ne perustuvat siihen, kuinka laajamittaista väestön reaktio uskottavaan paljastukseen voisi olla, riippumatta siitä, missä muodossa paljastus tapahtuu. Valmistautuminen paljastukseen ei tarkoita sen ennustamista tai pelon lietsomista – kyse on siitä, että varmistetaan, etteivät ihmiset jää ilman tukea, jos paljastus tapahtuu.

Voimakas paljastustilanne voi horjuttaa yksilöiden perustavimpia oletuksia todellisuudesta, heidän paikastaan siinä sekä turvallisuudentunnettaan. Tässä raportissa viittaamme tähän psykologiseen häiriöön termillä ”ontologinen shokki”. Termiä käytetään työnimityksenä eräille reaktioille, joita aiheutuu paradigmanmuutosta aiheuttavista paljastuksista, eikä niinkään vakiintuneena kliinisenä luokituksena.

Institutionaalinen konteksti tekee varautumissuunnittelusta ajankohtaisen. Vuodesta 2017 lähtien tunnistamattomat poikkeavat ilmiöt (UAP) – termi, joka on virallisessa kielenkäytössä suurelta osin korvannut ”UFOt” – ovat siirtyneet julkisen elämän marginaalista institutionaalisen huomion keskiöön. Yhdysvalloissa on järjestetty

kongressin kuulemistilaisuuksia, perustettu puolustusministeriön alaisuuteen All-domain Anomaly Resolution Office (AARO) -virasto ja esitetty lainsäädäntöehdotuksia, kuten UAP Disclosure Act -lakia. Helmikuussa 2026 presidentti Trump määräsi Pentagonin ja muut liittovaltion virastot aloittamaan UAP:ta ja siihen liittyviä aiheita koskevien hallituksen asiakirjojen tunnistamisen ja julkaisemisen, mukaan lukien ”muukalaisiin ja Maapallon ulkopuoliseen elämään” liittyvän aineiston. Kaiken kaikkiaan tämän aiheen saaman vakavan institutionaalisen huomion laajuus tarkoittaa, että jonkinlaisen paradigmanmuutoksen aiheuttavan paljastuksen julkistamista ei voida enää pitää liian epätodennäköisenä, jotta varautumissuunnittelu olisi perusteltua.

Terveystarpeiden arviointi

Lähtökohtana on terveystarpeiden arviointi (HNA), joka on järjestelmällinen menetelmä väestön kohtaamien terveysongelmien kartoittamiseksi. uNHIddenin toteuttamassa HNA-arvioinnissa tunnistettiin neljä väestöryhmää, jotka ovat erityisen suuressa riskissä UAP-ilmoitustilanteessa, käyttäen Yhdistynyttä kuningaskuntaa esimerkkitapauksena. Yhteensä nämä ryhmät edustavat noin 35 % UK:n aikuisväestöstä. Soveltamalla skenaarioita rajaavasta kirjallisuudesta johdettuja suunnitteluvälejä tähän korkean riskin väestöryhmään saadaan stressitestiluku – ei kysyntäennustetta – joka osoittaa, että 3,5–10,6 % aikuisväestöstä saattaisi tarvita jonkinlaista psykososiaalista tukea merkittävän paljastustapahtuman jälkeen. Jopa tämän suunnitteluvälin alarajalla lisäkysyntä vastaisi 37 %:a Englannin kansallisen terveyspalvelun (NHS) vuosittaisista mielenterveyshoitoon ohjauksista; ylärajalla 110 % – luvut, jotka osoittavat, miksi varautumissuunnittelu on perusteltua, eivätkä ne ole ennusteita todennäköisimmästä lopputuloksesta. Vaikka suoraa soveltamista Yhdysvaltoihin ei voida tehdä suoraviivaisesti, varautumissuunnittelun puuttuminen Yhdysvaltojen kontekstissa on vähintään yhtä merkittävä puute kuin se, joka on tunnistettu Isossa-Britanniassa.

Muutoksen teoria

Koska haaste on monimutkainen – se kattaa kliiniset palvelut, viestinnän, ammatillisen koulutuksen ja yhteisön selviytymiskyvyn – raportissa sovelletaan muutosteoriaa (Theory of Change, ToC), jossa edetään halutusta lopputuloksesta taaksepäin kohti sen saavuttamiseksi tarvittavien toimien sarjaa. Tässä yhteydessä raportissa jaotellaan varautumistoimet neljään luokkaan:

A. Tukitoimet, jotka luovat järjestelmätasolla tarvittavat edellytykset muiden toimien toteuttamiselle.

B. Keskiarvon muuttaminen – väestötason sietokyvyn vahvistaminen kansalaisvalistuksen, narratiivisen viitekehyksen ja kohdennetun ryhmätyön avulla.

C. Valmistautuminen äkillisiin tilanteisiin – reagointivalmiuden rakentaminen jo ennen tilanteen ilmenemistä, jotta se voidaan ottaa käyttöön tarvittaessa.

D. Toipuminen – tuen jatkaminen ja luottamuksen palauttaminen keskipitkällä aikavälillä.

Raportin kohdissa 6, 7 ja 8 kuvataan, miten nämä neljä luokkaa konkretisoituvat konkreettisiksi toimiksi, joihin kuuluvat leimautumisen vähentäminen, kunkin riskiryhmän kohdennettu resilienssin vahvistaminen sekä nelitasoinen kriisitoiminta, joka kattaa itseapuresurssit, yhteisön tuen, ammattilaisten valmiuden ja mielenterveyden triage-menettelyn. Tämän perustana on viestintästrategia, jossa tunnustetaan, että väärä tieto voi levitä totuutta nopeammin.

Koalition muodostaminen

Kansanterveyskehys on suunniteltu vahvistamaan valmiuksia vaiheittain. Neljä toimenpidettä on perustavanlaatuisia lähitulevaisuudessa: rahoitettu tutkimusohjelma, jossa määritellään ontologisen resilienssin toimenpiteiden näyttöpohja; simulaatioharjoitus, jossa on mukana vähintään yksi luotettava institutionaalinen yhteisjärjestäjä; monialainen konferenssi, jossa nimetään työryhmien vetäjät ja jossa koalitio muuttuu tavoitteesta todellisuudeksi; sekä vähintään yksi hallitus- tai ammattijärjestö, joka on virallisesti ottanut kantaa tietojen julkistamisen valmiuteen ja sitoutunut jatkokäsittelyyn. Koko ohjelma – joka kattaa leimautumisen vähentämisen, yhteisön resilienssin infrastruktuurin, ammattilaisten koulutuksen, luotettavien ääni-verkostojen ja mielenterveyden triagen – on esitetty kohdassa 9.

Tämän toimintakehyksen onnistumista mitataan sen perusteella, onko väestö – mikäli vaikutuksiltaan merkittävä paljastus tapahtuu – merkittävästi paremmin valmistautunut kuin se muuten olisi ollut. Sen edellyttämät valmiudet ovat arvokkaita myös UAP-paljastustilanteiden ulkopuolella: parempi viestintä epävarmuustilanteissa, vahvempi yhteisön sietokyky sekä mielenterveyden parempi integrointi hätätilavalmiuteen. Kyseessä on investointi yleiseen sietokykyinfrastruktuuriin, ja se on investointi, joka yhteiskunnan tulisi tehdä.

1. Johdanto

1.1 Tarkoitus ja laajuus

Vuonna 2010 brittiläinen Royal Society järjesti kaksipäiväisen keskustelutilaisuuden, jossa käsiteltiin Maapallon ulkopuolisen elämän havaitsemista sekä sen seurauksia tieteelle ja yhteiskunnalle. Tilaisuuden pohjalta julkaistussa artikkelissa (Dominik ja Zarnecki, 2011) [1] todettiin, että ”jos Maapallon ulkopuolista elämää havaittaisiin, tulisi jo olla valmiina koordinoitu toimintamalli, jossa otetaan huomioon kaikki asiaan liittyvät herkät kysymykset”. Tämän reagoinnin kansanterveydellinen ulottuvuus – yhteiskunnallisen reaktion hallinta – on yksi tekijä, jota ei ole vielä käsitelty missään kansallisessa suunnittelukehyksessä. Tässä raportissa pyritään aloittamaan tämän aukon täyttäminen.

Vuodesta 2017 lähtien tunnistamattomat poikkeavat ilmiöt (UAP) – termi, joka on virallisessa kielenkäytössä suurelta osin korvannut sanan ”UFO” – ovat siirtyneet julkisen elämän marginaalista institutionaalisen huomion keskiöön, erityisesti Yhdysvalloissa. Kongressin kuulemistilaisuuksissa on kuultu sotilashenkilöstön ja tiedusteluviranomaisten

valaehtoisia todistuksia; New York Timesin tutkimuksen, joka ensimmäisenä toi Pentagonin UAP-ohjelman laajasti julkisuuteen [2], jälkeen on julkaistu peräkkäin virallisia tiedusteluyhteisön arvioita [3]; puolustusministeriön alaisuuteen on perustettu All-domain Anomaly Resolution Office (AARO); ja lainsäädäntö, mukaan lukien UAP Disclosure Act, on edistänyt järjestelmällisen avoimuuden toteutumista.

Helmikuussa 2026 presidentti Trump määräsi Pentagonin ja muut liittovaltion virastot aloittamaan hallituksen asiakirjojen kartoittamisen ja julkaisemisen, jotka koskivat UAP:ta ja siihen liittyviä aiheita, mukaan lukien ”avaruusolentoihin ja Maapallon ulkopuoliseen elämään” liittyvää aineistoa – tämä määräys annettiin samana viikkona, jolloin entisen presidentin Obaman podcastissa esittämät huomautukset maapallon ulkopuolisesta elämästä herättivät huomattavaa julkista huomiota. [4,5]
Institutionaalinen muutos ei rajoitu pelkästään hallitukseen. Deloitte Sveitsin vuonna 2026 julkaisemassa raportissa, jossa monialaista riskikehystä sovelletaan skenaarioihin, jotka perinteiset suunnittelutyökalut yleensä jättävät huomiotta, käytetään NHI/UAP-paljastusta merkittävänä tapaustutkimuksena – ja siinä tuodaan esiin mahdolliset ketjureaktiot, jotka vaikuttavat yhteiskunnalliseen vakauteen ja institutionaaliseen luottamukseen. [6]

Kaiken kaikkiaan se, kuinka laajasti instituutiot kiinnittävät nyt huomiota tähän aiheeseen, tarkoittaa, että jonkinlaisen paradigmanmuutoksen aiheuttavan paljastuksen julkistamista ei voida enää pitää liian epätodennäköisenä, jotta varautumissuunnittelua ei tarvitsisi tehdä.

Unhidden Foundation (Iso-Britannia) ja Unhidden Inc. (Yhdysvallat) (yhdessä ”uNHIdden”) eivät ota kantaa siihen, onko salaisissa ohjelmissa tällä hetkellä olemassa NHI:tä tai UAP:ta vahvistavaa tietoa, eikä tämä raportti ole riippuvainen siitä, ratkaistaanko kyseinen kysymys. Perustelumme nojaa suoraviivaisempaan lähtökohtaan: paradigmanmuutosta aiheuttavien paljastumisskenaarioiden seuraukset kansanterveydelle voivat olla merkittävät, nykyinen varautumisen puute on huomattava ja tarpeettomien valmistautumistoimien kustannukset ovat vaatimattomat verrattuna niiden laiminlyönnin mahdollisiin kustannuksiin. Nämä ovat olosuhteet, joissa ennalta varautumisen periaatetta sovelletaan. [7] Tietojen paljastamista on kutsuttu äärimmäiseksi ”musta joutsen” tapahtumaksi – harvinaiseksi, suurivaikutteiseksi tapahtumaksi, jota perinteiset suunnittelukehykset eivät ennakoi juuri siksi, että se ei kuulu aiempaan kokemukseen. Tällaisia skenaarioita on tunnetusti vaikea ennakoida. Juuri siksi on kuitenkin sitäkin tärkeämpää yrittää.

Tässä raportissa käsitellään tilanteita, jotka ulottuvat mikrobien biosignaalien havaitsemisesta lähistöllä olevan muun kuin ihmisen älykkyyden vahvistamiseen, ja sovelletaan vakiintuneita kansanterveyden viitekehyksiä – jotka perustuvat pandemian varautumiseen, katastrofitilanteiden mielenterveyteen ja kriisiviestintään – väestötason psykologisen varautumisen haasteeseen. Kohdassa 1.2 esitetään tämän lähestymistavan perustelut kattavasti.

1.2 Miksi kansanterveydellinen lähestymistapa?

Tietojen julkistamisen mahdollinen vaikutuslaajuus ylittää minkä tahansa puhtaasti kliinisen vastatoimen ulottuvuuden. Yksittäiset terapeutit, yleislääkärit ja mielenterveyspalvelut – riippumatta siitä, kuinka hyviä resurssit ovatkin – eivät pysty vastaamaan haasteeseen, joka voi todennäköisesti vaikuttaa samanaikaisesti suuriin ihmismääriin kaikissa väestöryhmissä, maantieteellisillä alueilla ja elämänaloilla (mukaan lukien terveydenhuollon työntekijät itse). Jos vaikutuksiltaan merkittävät paljastustilanteet toteutuvat, saatetaan tarvita kansanterveysjärjestelmä, joka on suunniteltu toimimaan koko väestön tasolla, joka kykenee koordinoimaan monialaisia toimia ja jolla on kokemusta haavoittuvimpien suojelemisesta samalla kun se tukee suurta joukkoa ihmisiä.

Kansanterveys on määritelty ”taidoksi ja tieteeksi, jonka tavoitteena on ehkäistä sairauksia, pidentää elämää ja edistää terveyttä yhteiskunnan järjestäytyneiden toimien avulla” – tämä määritelmä liitetään yleisesti amerikkalaisen kansanterveyden edelläkävijän Charles-Edward Winslow’n nimiin, ja se on sopusoinnussa Maailman terveysjärjestön perusperiaatteiden kanssa. [8] Toisin kuin kliininen lääketiede, joka keskittyy yksittäiseen potilaaseen, kansanterveys toimii yhteisöjen, väestöryhmien ja kansakuntien tasolla. Se yhdistää seurannan, terveyden edistämisen, ennaltaehkäisevät toimet, hätätilavalmiuden ja hoitojärjestelmien koordinoinnin.

Kansanterveyden perusperiaate – jonka brittiläinen epidemiologi Geoffrey Rose on ilmaissut selkeimmin – on, että riskin jakautuminen väestön keskuudessa on yhtä tärkeää kuin suuririskisten henkilöiden hoito väestön sisällä. Rosen oivallus oli, että suuri määrä ihmisiä, jotka altistuvat pienelle riskille, aiheuttaa kokonaisuutena enemmän haittatapauksia kuin pieni määrä ihmisiä, jotka altistuvat suurelle riskille. [9] Käytännössä tämä tarkoittaa, että koko väestöön kohdistuvat toimet – jotka nostavat keskimääräistä sietokykyä edes hieman – tuottavat usein suuremman kokonaishyödyn kuin vastaavien resurssien keskittäminen yksinomaan pahiten kärsineisiin. Sovellettuna tietojen julkistamisen varautumiseen tämä tarkoittaa, että toimintakehyksen on toimittava samanaikaisesti kahdella tasolla: koko väestön ontologisen resilienssin rakentaminen ennen kuin julkistamistilanne tapahtuu ja sen varmistaminen, että käytettävissä on lisäkapasiteettia tukemaan eniten kärsineitä, kun tilanne tapahtuu. Nämä kaksi toimintoa vastaavat tämän raportin osioita 7 ja 8, ja niiden välinen jännite – yleinen toiminta vastaan kohdennettu reagointi – näkyy jokaisessa varautumiskehyksen suunnittelupäätöksessä.

Kansanterveys tuo mukanaan myös vakiintuneen tasa-arvonäkökulman. Suuret hätätilanteet eivät vaikuta kaikkiin yhtä lailla – heikommassa asemassa olevat yhteisöt kärsivät tyypillisesti suhteettoman suurista vaikutuksista ja toipuvat hitaammin, kuten Fukushiman onnettomuudesta COVID-19 -pandemiaan ulottuvat tapahtumat ovat osoittaneet. [10,11,12] Tehokas tiedottamisvalmiussuunnitelma tulisi laatia alusta alkaen siten, että se tavoittaa ne, joilla on vähiten mahdollisuuksia hakea apua ilman ulkopuolista tukea.

Tässä yhteydessä ehkä tärkeintä on, että kansanterveys toimii epävarmuuden vallitessa. Ennalta varautumisen periaate – joka on laajimmin tunnettu muotoilunaan vuoden 1992 ympäristöä ja kehitystä koskevan Rion julistuksen periaatteessa 15 [7] ja jota on kehitetty edelleen Euroopan komission ohjeissa [13] – määrää, että kun jokin toiminta aiheuttaa uhan ihmisten terveydelle, on ryhdyttävä ennalta varautumistoimenpiteisiin, vaikka syy-seuraussuhteita ei olisi vielä täysin tieteellisesti osoitettu. Pandemiavalmiussuunnitelmia laaditaan ja ylläpidetään uhkia varten, jotka eivät ehkä koskaan toteudu ennakoidussa muodossaan. Tietojen julkistamiseen liittyvä valmius on juuri tällainen ongelma – ja kansanterveys on kehys, joka on luotu sen ratkaisemiseksi.

1.3 Tämän raportin kaksoistarkoitus

Tällä raportilla on kaksi tarkoitusta. Se on sekä katsaus tietojen julkistamiseen liittyvään tietopohjaan että käytännönläheinen toimintakehys.

Lukijat – olivatpa he sitten virkamiehiä, kansanterveyden suunnittelijoita, terveysviranomaisia, paikallisia kriisivalmiusvastaavia, kolmansien osapuolten edustajia tai tutkijoita – ovat tervetulleita esittämään haasteita, kritiikkiä ja ehdotuksia. uNHIdden järjestää konferenssin, johon kutsutaan institutionaalisia, akateemisia ja yhteisöllisiä sidosryhmiä testaamaan tätä analyysia, tunnistamaan, mitkä organisaatiot ovat valmiita ottamaan johtavan roolin eri työryhmissä, ja aloittamaan sellaisen liittouman rakentamisen, jota ilman tämän laajuista ohjelmaa ei voida toteuttaa.

Tämä toimintakehys on nimenomaisesti suunniteltu täydentämään olemassa olevia kansanterveys- ja hätätilannevalmiusjärjestelmiä, ei korvaamaan niitä. Siinä oletetaan, että koordinoitu reagointi merkittävään tietojen paljastumiseen tapahtuisi vakiintuneiden kansallisten ja kansainvälisten rakenteiden kautta – Maailman terveysjärjestön (WHO), Yhdysvaltain terveys- ja sosiaalipalveluministeriön (U.S. Department of Health and Human Services), tautien torjunta- ja ehkäisykeskuksen (Centers for Disease Control and Prevention), päihde- ja mielenterveyspalveluviraston (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), Englannin kansallisen terveyspalvelun (NHS England), Yhdistyneen kuningaskunnan terveysturvallisuusviraston (UK Health Security Agency) ja niiden vastaavien elinten kautta – ja sen tarkoituksena on ainoastaan käsitellä näistä järjestelmistä tällä hetkellä puuttuvaa ulottuvuutta. On huomattava, että tietyissä tietojen paljastumistilanteissa – erityisesti puolustus- tai tiedustelukontekstista johtuvissa – alkuvaiheen reagointirakennetta voivat johtaa puolustus- ja tiedustelurakenteet, ja terveysviranomaiset ottavat pääasiallisen koordinointiroolin, kun reagointi etenee. Tämä viitekehys on suunniteltu toimimaan kyseisen etenemisjärjestyksen puitteissa.

1.4 Menetelmät ja ontologinen turvallisuusneuvontaryhmä

Tämä raportti on laadittu kolmen toisiaan täydentävän työlinjan pohjalta.

Ensimmäinen on yhteenveto kansanterveyden parhaista käytännöistä. Tarkastelimme vakiintuneita viitekehyksiä kansanterveyden hätätilavalmiuden alalla – mukaan lukien pandemian varautuminen, katastrofitilanteiden mielenterveys ja suuronnettomuuksien hoito – tunnistaaksemme siirrettäviä periaatteita, jotka ovat merkityksellisiä tiedonantovalmiuden kannalta.

Toinen osa on kohdennettu kirjallisuuskatsaus, joka käsittelee ontologista shokkia ja yhteiskunnallista resilienssiä. Tutkimme psykologista ja yhteiskuntatieteellistä näyttöä siitä, miten yksilöt ja yhteisöt reagoivat, kun heidän perustavanlaatuiset oletuksensa todellisuudesta järkkyvät – hyödyntäen tutkimusta traumasta, merkityksen muodostamisesta, posttraumaattisesta kasvusta sekä paradigmanmuutoksia aiheuttavien tapahtumien sosiologiasta. [14,15]

Kolmas osa-alue on uNHIddenin perustaman Ontologisen turvallisuuden neuvoa-antavan ryhmän (OSAG) esittämä kritiikki ja pohdinta, jonka tarkoituksena on ohjata varautumissuunnittelua häiritsevien tai paradigmanmuutoksia aiheuttavien löytöjen varalta sekä tämän raportin laatimista. OSAG kokoaa yhteen tutkijoita ja kliinisiä ammattilaisia useilta eri tieteenaloilta – mukaan lukien akateeminen ja kliininen psykologia, teologia, lääketiede, yleislääketiede ja yhteiskuntatieteet: [16]

Alexander Wendt, PhD

Andrew M. Davis, PhD

Brenda Denzler, PhD

Gabriel G. De la Torre, PhD

John Elliott, PhD

Martin Abbas, MBBS MRCGP PGCME

Tim Lomas, PhD

OSAG:n jäsenet ovat osallistuneet tämän raportin viittausten kohteena olevan tieteellisen kirjallisuuden laatimiseen. Näissä tapauksissa asiaankuuluvat viittaukset on merkitty; lukijoiden tulisi ottaa tämä päällekkäisyys huomioon arvioidessaan kyseisiä lähteitä.

Raportin on lisäksi tarkistanut ja hyväksynyt uNHIddenin lääketieteellinen neuvottelukunta, joka koostuu lääkäreistä ja kliinisistä psykologeista.

Kaikkiin kolmeen osa-alueeseen liittyy kaksi merkittävää rajoitusta. Ensinnäkin tämä raportti perustuu epäsuoraan ja analogiseen näyttöön: tietojemme mukaan aiemmin ei ole laadittu yhtään kansanterveyden valmiussuunnitelmaa tietojen julkistamista varten, eikä

ole tapahtunut yhtään julkistamistapausta, jonka perusteella toimenpiteitä olisi voitu testata empiirisesti. Olemme koko raportin ajan selventäneet, missä kohdissa nojaamme vakiintuneeseen näyttöön, missä kohdissa teemme yleistyksiä analogisista tilanteista ja missä kohdissa todellista epävarmuutta edelleen on. Toiseksi tarkastellun näytön laatu vaihtelee huomattavasti. Olemme pyrkineet tuomaan tämän vaihtelun esiin koko raportin ajan erottamalla toisistaan vahvalla empiirisellä pohjalla olevat teoreettiset viitekehykset ja ne, joiden soveltaminen tietojen julkistamiseen on tulkinnallista tai spekulatiivista. Varovaisuusperiaatteen mukaisesti pidämme epävarmuutta syynä siihen, että varautumiseen on panostettava entistä kiireellisemmin, ei vähemmän.

1.5 Liiteasiakirjat ja aiemmat tutkimukset

Tätä raporttia tulisi lukea yhdessä kahden uNHIddenin julkaiseman liiteasiakirjan kanssa: (i) terveydenhuollon tarpeiden arviointi (HNA), jossa tunnistetaan järjestelmällisesti haavoittuvat väestöryhmät ja määritetään tukitarpeiden mahdollinen laajuus; sekä (ii) siihen liittyvä tieteellinen artikkeli – Priestland, De la Torre ja Lomas (2026) [17] – joka on saatavilla ennakkopainoksena osoitteessa https://www.preprints.org/manuscript/202605.1417 ja jossa tarkastellaan kyseisen arvioinnin menetelmiä ja tuloksia laajemman tieteellisen kirjallisuuden valossa. Tämä raportti perustuu myös suoraan uNHIddenin aiempaan työhön, mukaan lukien vuonna 2024 julkaistu valkoinen kirja poikkeuksellisten kokemusten vaikutuksista mielenterveyteen [18] sekä vuonna 2025 julkaistu raportti UAP-ilmiöille altistumisen vaikutuksista fyysiseen ja fysiologiseen terveyteen. [19]

Tässä raportissa ei tarkoituksellisesti käsitellä paljastamisen seurauksia, jotka ulottuvat kansanterveyden ulkopuolelle – esimerkiksi kansalliseen tai globaaliin turvallisuuteen, toimitusketjun kestävyyteen ja rahoitusvakauteen liittyviä kysymyksiä. Näitä aiheita käsitellään muualla: esimerkiksi paljastamisen taloudellisia seurauksia käsitellään Helen McCaw’n Sol-paperissa [20].

Huomautus: Tämä raportti on kirjoitettu amerikkalaisella englannilla sen pääasiallisen kohderyhmän käytäntöjen mukaisesti.

2. Kansanterveyden näkökulma

2.1 Mitä tarkoittaa kansanterveydellinen hätätilavalmius?

Terveysalan hätätilavalmius (PHEP) – jota Yhdistyneessä kuningaskunnassa kutsutaan nimellä Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR) – tarkoittaa yksilöiden, yhteisöjen ja terveydenhuoltojärjestelmien kykyä ehkäistä hätätilanteiden ja

katastrofien terveysvaikutuksia, suojautua niiltä, reagoida niihin ja toipua niistä. Kyseessä on vakiintunut tieteenala, jolla on kehittyneet viitekehykset, institutionaalinen infrastruktuuri sekä kertynyttä käytännön kokemusta hallitusten ja kansainvälisten elinten piirissä ympäri maailmaa.

PHEP perustuu pohjimmiltaan yksinkertaiseen mutta tehokkaaseen oivallukseen: hätätilanteeseen on varauduttava ennen kuin se tapahtuu. Reaktiiviset toimet – vaikka ne olisivatkin hyvää tarkoittavia – ovat poikkeuksetta hitaampia, kalliimpia ja vähemmän tehokkaita kuin toimet, jotka perustuvat ennakkosuunnitteluun, koulutettuun henkilöstöön, testattuihin järjestelmiin ja tietoisiin väestöryhmiin. Siksi hallitukset investoivat varautumiskehyksiin uhkia varten, jotka eivät ehkä koskaan toteudu täysin ennakoidussa muodossaan, ja siksi simulaatioharjoituksia järjestetään skenaarioiden pohjalta, joiden yksityiskohdat saattavat osoittautua epätarkoiksi.

PHEP-toimintamallit rakentuvat varautumisen, reagoinnin ja toipumisen muodostaman syklin ympärille. Varautuminen kattaa suunnittelun, koulutuksen, infrastruktuurin rakentamisen ja viestinnän, jotka toteutetaan ennen hätätilannetta. Reagointi kattaa välittömät ja lyhyen aikavälin toimet, joihin ryhdytään tapahtuman sattuessa. Toipuminen koskee pidemmän aikavälin työtä, jolla palautetaan ja ylläpidetään väestön terveyttä ja hyvinvointia tapahtuman jälkimainingeissa. Tämä kolmivaiheinen rakenne heijastuu tämän raportin rakenteessa.

Nämä toimintakehykset ovat vakiintuneet kansainvälisesti. Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainväliset terveyssäännöt muodostavat maailmanlaajuisen oikeudellisen kehyksen kansainvälisesti merkittävien kansanterveyshätätilanteiden hallinnoimiseksi. [21] Yhdysvalloissa – josta UFO-paljastus todennäköisimmin alkaa – FEMA:n kansallinen reagointikehys (National Response Framework) määrittelee virastojen välisen koordinoinnin, porrastetun reagointijärjestelmän ja selkeän suunnitelman kapasiteetin lisäämiseksi ruuhkatilanteissa; [22] Yhdysvaltain tautien torjunta- ja ehkäisykeskuksen (CDC) kansanterveyshätätilanteiden varautumis- ja reagointivalmiudet asettavat kansalliset standardit osavaltioiden ja paikallisten terveysviranomaisten varautumiselle viidellätoista osaamisalueella; [23] ja päihde- ja mielenterveyspalveluvirasto (SAMHSA) on kehittänyt erityisiä viitekehyksiä katastrofitilanteiden käyttäytymisterveydelliseen reagointiin. [24] Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuoden 2004 siviilihätätilalaki (Civil Contingencies Act 2004) ja kansallinen turvallisuusriskien arviointi (NSRA) tarjoavat vastaavat perustat, ja pääasiallinen operatiivinen vastuu on Englannin kansallisella terveyspalvelulla (NHS England) ja Yhdistyneen kuningaskunnan terveysturvallisuusvirastolla (UK Health Security Agency). [25] Kaikissa näissä viitekehyksissä toistuvat samat elementit: virastojen välinen koordinointi, selkeät roolit ja vastuut, porrastetut reagointitasot sekä selkeä suunnittelu ruuhkavalmiuden varalle.

Nämä toimintamallit ovat läpäisseet kokemuksen kautta rasitustestit. COVID-19-pandemia toi esiin sekä koordinoidun kansanterveysvastatoimenpiteiden vahvuudet että mielenterveysvalmiuksiin kohdistuvien investointien puutteesta aiheutuvat kustannukset. Simulaatioharjoituksissa – kuten Exercise Cygnus -harjoituksessa Isossa-Britanniassa [26]

ja Crimson Contagion -harjoituksessa Yhdysvalloissa [27] – on toistuvasti havaittu valmiuspuutteita, joiden korjaaminen ennalta on huomattavasti edullisempaa kuin jälkikäteen. Näistä harjoituksista saadut kokemukset toimivat pohjana kohdassa 6.3 ehdotetulle simulaatiotoimelle. PHEP-viitekehyksiä on sovellettu tartuntatauteihin, luonnonkatastrofeihin, kemiallisiin ja säteilyhätätilanteisiin sekä joukkotapaturmiin. Niitä ei ole aiemmin sovellettu järjestelmällisesti uhkaan, joka on luonteeltaan ensisijaisesti psykologinen ja ontologinen – tällä tarkoitamme uhkaa, jonka pääasiallinen väestölle aiheutuvan haitan mekanismi ei ole fyysinen vamma tai palvelujen keskeytyminen, vaan ahdistus, desorientaatio ja järjestelmän häiriöt, jotka seuraavat vakiintuneiden merkityskehysten perustavanlaatuisesta kyseenalaistamisesta. Juuri tätä aukkoa tämä raportti pyrkii aloittamaan korjata.

2.2 Vastaavista tapahtumista saadut opetukset

Mikään aiempi kansanterveyshätätilanne ei vastaa täysin NHI/UAP-tietojen julkistamista. Haaste on monessa tärkeässä suhteessa aidosti uusi – ja käsittelemme näitä eroja suoraan luvussa 3. Vertailukelpoisista tapahtumista voidaan kuitenkin oppia siirrettäviä oppeja, joiden tulisi ohjata kaikkia varautumiskehyksiä.

Laajamittaisista hätätilanteista saadut opetukset

Näillä aiemmilla viitekehyksillä on yhteinen järjestäytymislogiikka, jonka Zhao ja kollegat ovat tuoneet esiin: kestävät terveydenhuoltojärjestelmät edellyttävät jatkuvia perusinvestointeja – hallintoon, henkilöstöön ja yhteisöjen valmiuksiin – jo ennen kriisien puhkeamista, jotta havaitsemis- ja reagointitoiminnot voivat toimia tehokkaasti silloin, kun niitä tarvitaan. [28,29]

COVID-19-pandemia toi esiin sekä väestötason kansanterveysvastatoimien vahvuudet että niiden rajoitukset. Hallintorakenteet saatiin nopeasti liikkeelle ja viestintäkampanjoita toteutettiin kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Pandemia paljasti kuitenkin myös jatkuvan puutteen: mielenterveyteen kohdistuvia vaikutuksia ei käsitelty asianmukaisesti, koska ennakoiva suunnittelu oli puutteellista. Vaikka mielenterveyspalvelut oli määritelty välttämättömiksi palveluiksi, ne ylikuormittuivat, ja eristyneisyyden, läheisen menetyksen, taloudellisten häiriöiden ja jatkuvan epävarmuuden aiheuttamat psykologiset vaikutukset lisäsivät ahdistuksen, masennuksen ja traumojen esiintyvyyttä useissa maissa, eikä olemassa olevilla palveluilla ollut riittäviä resursseja niiden hoitamiseen. [10] Opetus UAP- ja NHI-ilmoitusten valmiuden kannalta on selkeä: mielenterveyssuunnittelun on oltava ennakoivaa ja integroitua alusta alkaen, eikä sitä saa toteuttaa jälkikäteen, kun kysyntä on jo ylittänyt kapasiteetin.

Fukushima tarjoaa erilaisen mutta tärkeän opetuksen. Vuoden 2011 ydinonnettomuus vaati kansanterveydellisiä toimenpiteitä, joissa otettiin huomioon sekä säteilyaltistuksen fyysiset seuraukset että evakuoinnista ja epäjohdonmukaisesta virallisesta viestinnästä johtuva merkittävä ja pitkäkestoinen psyykkinen ahdistus. Ohtsuru ym. [11] sekä

Hasegawa ym. [12] kuvaavat monimutkaista tilannetta: vaikka fyysiset terveysvaikutukset olivat todellisia, ne olivat joillakin alueilla rajallisempia kuin alun perin pelättiin; sen sijaan ahdistuneisuuden, traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) ja masennuksen lisääntyneet esiintyvyydet jatkuivat kärsineissä yhteisöissä vuosien ajan. Tiedonantovalmiuden kannalta merkityksellinen opetus on, että tapahtuma, johon liittyy koettu institutionaalinen epäonnistuminen tai virallisten selitysten muuttaminen, voi aiheuttaa psykologista haittaa, joka jatkuu ensisijaisen fyysisen uhan yli ja joskus jopa ylittää sen. Tämän merkitystä hallituksen viestintästrategioille tarkastellaan kohdissa 3.2 ja 8.3.

Näiden ja muiden merkittävien hätätilanteiden – hurrikaani Katrinan, syyskuun 2001 terrori-iskujen, Tohokun maanjäristyksen ja tsunamin sekä Lontoon Grenfell Towerin tulipalon – kautta nousee esiin joukko yhdenmukaisia oppeja: varhainen, ennakoiva mielenterveyssuunnittelu ehkäisee myöhempiä kriisejä; yhteisötason tukiverkostot ovat yhtä tärkeitä kuin viralliset terveydenhuoltopalvelut; heikommassa asemassa olevat väestöryhmät kärsivät suhteettoman suurista vaikutuksista ja tarvitsevat suhteessa suurempaa tukea; ja jo ennestään olemassa oleva sosiaalinen yhteenkuuluvuus sekä luottamus instituutioihin kuuluvat tehokkaimpiin käytettävissä oleviin suojatekijöihin.

Perinteisten viitekehysten rajat: ontologinen ulottuvuus

Perinteiset viitekehykset soveltuvat hyvin uhkiin, jotka ilmenevät pääasiassa fyysisenä vaarana, palvelujen häiriöinä tai tartuntatautien leviämisenä. Ne eivät sen sijaan sovellu yhtä hyvin erilaiseen uhkaan – sellaiseen, joka vaikuttaa horjuttamalla yksilöiden perusoletuksia todellisuudesta itsestään. Tämän raportin loppuosassa pyritään tarjoamaan lisäajattelua, jota vakiintuneet viitekehykset eivät yksinään pysty tarjoamaan.

2.3 Terveystarpeiden arvioinnin menetelmät

Jotta voidaan ymmärtää, miten paljastuneisiin tietoihin tulisi reagoida, on ensin selvitettävä, keihin asia saattaa vaikuttaa, millä tavoin ja missä laajuudessa. Terveystarpeiden arviointi (HNA) tarjoaa systemaattisen menetelmän näiden kysymysten käsittelyyn – ja se on analyyttinen perusta, jolle tämän raportin varautumiskehys rakentuu.

HNA on vakiintunut kansanterveysmenetelmä, jonka avulla voidaan tunnistaa tietyn väestöryhmän kohtaamat terveysongelmat, arvioida niiden suhteellista laajuutta ja vakavuutta sekä määrittää, mitkä toimenpiteet ovat todennäköisesti tehokkaita ja hyväksyttäviä vastatoimia. Tässä raportissa noudatetaan viisivaiheista viitekehystä, joka on esitetty Health Development Agencyn ammattilaisille suunnatuissa ohjeissa [30] ja joka vastaa Yhdysvalloissa Centers for Disease Control and Preventionin yhteisöterveyden arviointikehyksessä [31] esitettyjä lähestymistapoja: (i) aloittaminen; (ii) terveysprioriteettien tunnistaminen; (iii) toimintaprioriteettien arviointi; (iv) muutoksen suunnittelu; ja (v) eteneminen ja arviointi.

HNA-menetelmä sopii hyvin UAP/NHI-tietojen julkistamiseen liittyvään varautumiseen useista syistä. Se on nimenomaan suunniteltu tilanteisiin, joissa todistusaineisto on puutteellista ja suunnittelua on jatkettava epävarmuuden vallitessa. Se on väestökeskeinen eikä kliinisesti painottunut, mikä mahdollistaa erilaisten haavoittuvuuksien analysoinnin. Se on myös toimintakeskeinen, sillä se yhdistää tarpeiden tunnistamisen suoraan toimenpidesuunnitteluun ja resurssien kohdentamiseen. Tämän raportin 4. luvussa esitetään yhteenveto uNHIddenin julkistamista varten laatiman HNA:n keskeisistä tuloksista sekä niiden merkityksestä valmiussuunnittelun kannalta.

2.4 Kansanterveys ja kansallinen riskinarviointi

Yhdistyneessä kuningaskunnassa kansallinen turvallisuusriskien arviointi (NSRA) on hallituksen laatima arvio maata uhkaavista merkittävimmistä riskeistä. Arvion laatii kabinettitoimiston kriisinkestävyysosasto, ja se toimii pohjana suunnitelmille, joilla näitä riskejä pyritään lieventämään kansallisella ja paikallisella tasolla. [32] NSRA:n viitekehykseen sisältyy jo joukko kansanterveysriskejä – mukaan lukien uusien tartuntatautien puhkeamiset, kemialliset ja säteilyonnettomuudet sekä suuronnettomuudet – sillä siinä tunnustetaan, että terveysuhkat voivat aiheuttaa koko väestöä koskevaa haittaa, joka edellyttää koordinoitua hallinnonlaajuista toimintaa. [32]

NSRA:n menetelmä oli vuonna 2021 Royal Academy of Engineeringin suorittaman riippumattoman arvioinnin kohteena, jossa ehdotettiin seitsemää hyvän käytännön periaatetta riskinarviointia varten. Kaksi näistä periaatteista on erityisen merkityksellisiä tämän raportin kannalta. Ensinnäkin arvioinnissa suositeltiin siirtymistä todennäköisyyslähtöisestä vaikutuslähtöiseen riskinarviointiin – eli painotettaisiin enemmän mahdollisen haitan suuruutta kuin todennäköisyysarvioita, erityisesti tilanteissa, joissa todennäköisyys on pieni mutta seuraukset vakavat. Toiseksi arvioinnissa suositeltiin, että riskejä tarkasteltaisiin tarpeen mukaan eikä kiinteän aikavälin perusteella, jotta riskirekisteri pysyisi mukana nopeasti muuttuvassa uhkaympäristössä. [33] Molemmat periaatteet tukevat suoraan sitä, että NSRA-viitekehyksessä otettaisiin huomioon paradigmanmuutosta aiheuttavien paljastusten vaikutukset kansalaisten mielenterveyteen: potentiaaliset vaikutukset ovat merkittävät, vaikka todennäköisyys olisi epävarma, ja muutosten vauhti institutionaalisessa tiedonantoympäristössä on ollut nopeaa.

uNHIddenin marraskuussa 2025 vastaanottama kirjeenvaihto kabinettitoimiston kansallisten riskien tiimin kanssa vahvisti, että Yhdistyneen kuningaskunnan hallitus jatkaa NSRA-menetelmän kehittämistä Royal Academy of Engineeringin suositusten mukaisesti ja on sitoutunut resilienssitoimintasuunnitelmassaan pysymään muuttuvan riskikentän kehityksen vauhdissa. [34] uNHIdden kannustaa kabinettitoimistoa pohtimaan, onko tietojen julkistamiseen liittyvä varautuminen perusteltua sisällyttää näiden kriteerien mukaiseksi nousevaksi riskiksi.

Yhdysvalloissa FEMA:n kansallinen reagointiviitekehys (National Response Framework) määrittelee yleisen varautumis- ja reagointirakenteen sekä osavaltio- että liittovaltion tasolla. [22] Tietojemme mukaan tässä kehyksessä tai siihen liittyvissä suunnitteluprosesseissa ei tällä hetkellä oteta huomioon paradigmanmuutosta aiheuttavien paljastusten psykologisia tai ontologisia seurauksia kansanterveydelle. Koska paljastukset tapahtuvat todennäköisimmin aluksi Yhdysvalloissa, pidämme tätä puutetta vastaavana ja yhtä tärkeänä kuin se, joka on tunnistettu Yhdistyneen kuningaskunnan NSRA-kehyksen yhteydessä.

3. Miksi UFO-paljastus on erilainen: ainutlaatuiset haasteet ja huomioitavat seikat

Luvussa 2 tarkastellut kansanterveyskehykset tarjoavat välttämättömän perustan tiedonjakovalmiudelle. Tiedonjakaminen ei kuitenkaan ole pelkästään yksi hätätilanne muiden joukossa, johon näitä kehyksiä voitaisiin soveltaa ilman mukautuksia. Se tuo mukanaan haasteita, jotka eroavat aiemmista kansanterveyshätätilanteista paitsi laajuudeltaan myös luonteeltaan. Tässä luvussa tarkastellaan neljää ulottuvuutta, joissa tämä ero ilmenee:

1. tämän raportin käyttämän termin ”ontologinen shokki” luonne – jota käytetään tässä työnimityksenä eräälle psykologisten reaktioiden luokalle, jotka liittyvät paradigmanmuutosta aiheuttaviin paljastuksiin, ei vakiintuneena kliinisenä luokituksena;

2. julkisen luottamuksen kriisi, jonka hallituksen mahdollinen salailu on saattanut aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa;

3. tiedon hallinnan vaikeus verkottuneessa maailmassa; ja

4. uhkan mahdollisuuden kohtaamisesta aiheutuva erityinen psykologinen taakka.

Näiden erojen ymmärtäminen on välttämätöntä, ennen kuin mitään varautumissuunnitelmaa voidaan laatia asianmukaisesti – ja jokaisella niistä on suoria vaikutuksia luvuissa 6, 7 ja 8 kuvattuihin toimenpiteisiin. Koko tässä luvussa älykkään ei-inhimillisen läsnäolon vahvistaminen Maassa tai sen läheisyydessä – terveysvaatimusten arvioinnin skenaario 3 – käytetään vaativimpana suunnittelun stressitestinä, ei ennustettuna lopputuloksena.

3.1 Ontologinen shokki

Jokainen aiempi kansanterveydellinen hätätilanne, niin katastrofaalinen kuin se olikin, on tapahtunut ehjän todellisuuden kehyksen sisällä. Maanjäristykset, pandemiat, sodat,

teollisuusonnettomuudet – niin tuhoisia kuin ne ovatkin – tapahtuvat maailmassa, jonka perusluonne pysyy ymmärrettävänä. Tapahtuman jälkeinen maailma on tunnistettavasti jatkoa sille edeltävälle maailmalle: heikentynyt ja vaurioitunut, mutta luonteeltaan ei ole muuttunut perustavanlaatuisesti.

Vaikutuksiltaan merkittävissä paljastustilanteissa tätä jatkuvuutta ei voida olettaa. Jos vahvistuisi, että ihmiskunta ei ole yksin – eikä mahdollisesti edes älykkyyden huippumuoto – haasteena ei olisi tapahtuma, joka sijoittuisi vakiintuneen todellisuuskäsityksen puitteisiin. Pikemminkin kyseessä voisi olla havainto siitä, että vallitseva viitekehys, jonka kautta useimmat ihmiset tulkitsevat todellisuutta, on perustavanlaatuisesti puutteellinen. Tästä seuraava hämmennys – joka koskee maailmankuvaa, identiteettiä ja koettua turvallisuutta – on se, mitä tässä raportissa tarkoitetaan ”ontologisella shokilla”.

R. D. Laing otti käyttöön käsitteen ”ontologinen turvallisuus” kuvaamaan sitä vakaata tunnetta olemisesta maailmassa, joka muodostaa perustan psykologiselle toiminnalle. [35] Anthony Giddens laajensi tätä käsitettä sosiologisesti määrittelemällä sen järjestyksen ja jatkuvuuden tunteeksi, joka antaa ihmisille mahdollisuuden selviytyä arjesta ilman eksistentiaalista ahdistusta. [36] Professori John Mack – harvardilainen psykiatri ja Pulitzer-palkittu kirjailija, jonka kliininen työ poikkeuksellisista kohtaamisista kertovien henkilöiden parissa on edelleen alan laajimpia – sovelsi käsitettä suoraan niihin, jotka joutuvat kohtaamaan mahdollisuuden tavata ei-ihmisen kanssa, ja väitti, että juuri ontologinen haaste vaati eniten integrointia. [37]

Tämän haasteen poliittisia ulottuvuuksia ovat tarkastelleet Wendt ja Duvall, jotka väittävät, että moderni suvereniteetti perustuu antroposentirisiin lähtökohtiin – se on järjestetty yksinomaan ihmisiä silmällä pitäen – ja että tämä rakenteellinen oletus aiheuttaa järjestelmällisen institutionaalisen kyvyttömyyden suhtautua vakavasti ei-ihmisälyn mahdollisuuteen [38]. Heidän mukaansa UFO-tabu ei ole irrationaalinen, vaan rakenteellisesti välttämätön: tämän mahdollisuuden tunnustaminen uhkaisi modernin hallinnon perustuksia. Tämä tarjoaa tärkeän täydennyksen ontologisen shokin psykologiselle selitykselle: se hämmennys, jota yksilöt kokevat paljastuksen hetkellä, on tarkalleen vastaava ilmiö valtion tasolla – eikä valtio välttämättä ole sen paremmin varustautunut käsittelemään sitä.

Vaikutuksiltaan merkittävissä paljastustilanteissa psykologisten reaktioiden voidaan odottaa ilmenevän kahdella eri ulottuvuudella, joista kummallakin on erilaiset vaikutukset toimenpiteisiin. Ensimmäinen – ontologinen ulottuvuus – koskee maailmankuvan johdonmukaisuuteen ja elämän merkitykseen kohdistuvia uhkia: henkilölle, jolla on syvästi juurtunut uskonnollinen viitekehys, UFO-paljastus voi haastaa teologisia oletuksia luomisesta ja ihmiskunnan ainutlaatuisesta asemasta; NHI/UAP-kokemuksen kokeneelle (eli henkilölle, joka on aiemmin raportoinut poikkeuksellisista kohtaamisista, jotka mahdollisesti johtuvat ei-ihmisälyistä), se voi samanaikaisesti vahvistaa hänen aiemmat kohtaamisensa ja pakottaa hänet pohtimaan, mitä nämä kohtaamiset merkitsivät. Toinen ulottuvuus – turvallisuusulottuvuus – koskee koettuja uhkia fyysiselle turvallisuudelle ja päivittäiselle toimintakyvylle: osoittautuvatko NHI-olennot hyväntahtoisiksi,

välinpitämättömiksi vai vihamielisiksi? Pystyvätkö hallitukset suojelemaan kansalaisiaan? Näitä kahta ulottuvuutta käytetään haavoittuvuuden arvioinnin pääakseleina luvussa 4, ja niiden välinen ero on toiminnallisesti merkittävä: eri väestöryhmät ovat haavoittuvia eri ulottuvuuksilla, ja suositellut toimenpiteet vaihtelevat sen mukaisesti.

Tutkimusten mukaan väestön reaktiot eivät olisi yhtenäisiä. Analyysi sosiaalisen median reaktioista Yhdysvaltain kongressin UAP-kuulemistilaisuuksiin heinäkuussa 2023 paljasti reaktioita, jotka vaihtelivat ahdistuksesta ja salaliittoteorioiden pohtimisesta tieteelliseen innostukseen ja filosofiseen pohdintaan, vaikka tutkimuksessa analysoitiinkin pikemminkin verkkokeskustelua kuin suoraan väestön psykologiaa. [39] Posttraumaattista kasvua koskeva tutkimus osoittaa, että ydinkäsityksiin kohdistuvat haasteet, vaikka ne aluksi horjuttavatkin vakautta, voivat johtaa positiiviseen psykologiseen muutokseen joillakin yksilöillä. [15] Terrorinhallintateoria – joka perustuu monitieteellisen kulttuuriteoreetikon Ernest Beckerin työhön, jonka analyysi kuolevaisuudesta ja ihmisen käyttäytymisestä on edelleen laajalti siteerattu [40] – viittaa siihen, että kohtaaminen ihmisen merkittävyyden rajojen kanssa voisi aktivoida olemassa olevien maailmankuvien puolustuksellista vahvistamista ja haastavien näkökulmien hylkäämistä. Kaikki varautumiskehykset on sovitettava vastaamaan koko mahdollisten reaktioiden kirjoa väestön keskuudessa, vakavasta ahdistuksesta rakentavaan osallistumiseen.

3.2 Luottamuksen menetys hallitusta kohtaan

Tilanteissa, joissa tietojen julkistaminen edellyttää aiempien virallisten selostusten tarkistamista, psykologisesti merkittävintä ei välttämättä ole itse paljastus, vaan sitä edeltänyt koettu salailu. Jos käy ilmi, että hallitukset, erityisesti Yhdysvalloissa, ovat olleet tietoisia NHI:stä ja UAP:sta jo vuosikymmenten ajan ja salanneet tämän tiedon yleisöltä, seuraukset institutionaalisen luottamuksen kannalta voivat olla vähintään yhtä vahingollisia kuin itse julkistamisen aiheuttama häiriö. Kuten kohdassa 1.1 todettiin, uNHIdden ei ota kantaa siihen, onko tällaista salailua tapahtunut – mutta tämän skenaarion vaikutukset varautumiseen ovat merkittävät joka tapauksessa.

Smithin ja Freydin kehittämä institutionaalisen pettämisen viitekehys – joka laajentaa Freydin perustavanlaatuista pettämisen traumateoriaa [41] organisaatio- ja hallinnollisiin yhteyksiin – tarjoaa uskottavan selityksen sille, miksi paljastamisen luottamuksellinen ulottuvuus voi osoittautua psykologisesti merkittävämmäksi kuin ontologinen paljastus itsessään, erityisesti kun otetaan huomioon hallituksen viestinnän luonne tässä asiassa (mukaan lukien dokumentoiduissa tapauksissa kiistäminen, pilkkaaminen ja leimaaminen [43, ks. myös luku 3.1]) . [42] Keskeinen oivallus on, että vakavimman ja pitkäaikaisimman psykologisen vahingon aiheuttaa yleensä ei niinkään taustalla oleva vahinko vaan luottamussuhteen rikkominen.

Toinen tekijä saattaa pahentaa tätä haastetta tietyissä tiedonantotilanteissa. Jos hallitukset vahvistaisivat NHI:n olemassaolon, ne joutuisivat vastaamaan kysymyksiin, joihin ne eivät

ehkä pystyisi vastaamaan: Kuinka kauan he ovat olleet täällä? Mitä he haluavat? Ovatko he hyväntahtoisia? Pystyvätkö hallitukset suojelemaan kansalaisiaan? Tyydyttävien vastausten puuttuminen – etenkin väestöryhmille, jotka ovat tottuneet siihen, että hallitukset antavat määrätietoisia ohjeita hätätilanteissa – saattaisi paljastaa yhteiskuntasopimuksen rajat reaaliajassa. Tilanteissa, joissa asiasta on salailtu etukäteen, luottamus saattaa olla jo vaurioitunut ennen kuin minkäänlaista reagointia ehditään aloittaa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että luottamuksen infrastruktuuria ei voida luoda kriisitilanteessa improvisoimalla: se on rakennettava etukäteen yhteisöön perustuvien, läpinäkyvien ja monen sidosryhmän osallistavien lähestymistapojen avulla, jotka eivät ole riippuvaisia pelkästään hallituksen auktoriteetista.

Wendt on laajentanut tätä analyysia väittäen, että tiedon julkistaminen voisi laukaista sen, mitä hän kutsuu ”autoimmuunireaktioksi” – prosessiksi, jossa ensisijainen uhka ei ole NHI itsessään, vaan ihmisten reaktiot siihen kohdistuviin käsityksiin. Vertaus ei ole kliininen: Wendtin mukaan epävakautta aiheuttava ketjureaktio – institutionaalinen puolustuskannalla oleminen, kilpailevat hallituksen kertomukset, antroposentrisen suvereniteetin romahtaminen sisältäpäin – käynnistyy uskomuksesta, että NHI:t ovat olemassa, riippumatta siitä, ovatko ne todellisuudessa olemassa. NHI:n olemassaolo ei ole haitan ennakkoehto; riittää, että sen olemassaoloa pidetään todellisena. [44, 45] Tällä on suoria vaikutuksia varautumissuunnitteluun: kansanterveydelliset perusteet puuttumiselle eivät perustu mihinkään tiettyyn näkemykseen siitä, mitä UAP:t ovat, vaan uskottavan paljastustapahtuman väestötasoisista seurauksista – seurauksista, jotka toteutuisivat riippumatta siitä, osoittautuuko taustalla oleva väite totta vai ei.

3.3 Informaation kontrolloinnin vaikeus

Vuonna 2010 Richard Dolan ja Bryce Zabel julkaisivat spekulatiivisen analyysin siitä, mitä tapahtuisi välittömästi sen jälkeen, kun UAP-ilmiöt virallisesti paljastettaisiin. Analyysissä ennakoitiin monia haasteita, joita hallitukset joutuisivat kohtaamaan, mukaan lukien tiedonhallintaan liittyvät haasteet. [46] Heidän analyysinsä laadittiin ennen kuin älypuhelimet yleistyivät, ennen kuin COVID-19 osoitti, kuinka nopeasti väärää tietoa voi levitä sosiaalisissa verkostoissa, ja ennen kuin nykyinen algoritmipohjainen mediaympäristö oli täysin muodostunut. Monet analyysin oletuksista hallitusten kyvystä hallita tietoympäristöä vaatisivat huomattavaa päivittämistä nykymaailman olosuhteisiin sopiviksi.

1 Vuoden 1997 lehdistötilaisuudessa, jossa käsiteltiin Phoenix Lights -joukkohavaintoa – yhtä Yhdysvaltain historian laajimmin todistetuista UAP-tapauksista – kuvernööri Symington esitteli avustajansa, joka oli pukeutunut avaruusolion asuun; myöhemmin hän kuvaili tätä reaktiota julkisesti virheeksi. Katso [43].

Vaikutuksiltaan merkittävissä paljastustilanteissa suuri paljastus – esimerkiksi vahvistettu NHI:n läsnäolo Maassa tai sen läheisyydessä, jos otetaan vaativin mahdollinen tapaus –

leviäisi todennäköisesti maailmanlaajuisesti muutamassa minuutissa. Hallituksilla ei käytännössä olisi kykyä hallita tiedonkulkua, järjestää paljastuksia sellaiseen tahtiin, että yleisö ehtisi sopeutua, tai estää spekulaatioita ja väärää tietoa valtaamasta tiedotustilaa ennen virallista tiedotusta. Tämä ei ole pelkästään logistinen havainto, vaan sillä on suoria vaikutuksia psykologiseen haittaan, jota huonosti hoidettu tiedonpaljastus voisi aiheuttaa.

MIT Media Labin vuonna 2018 julkaistussa, Vosoughin, Royn ja Aralin tekemässä merkittävässä tutkimuksessa analysoitiin 126 000 todennettua uutista, joita noin 3 miljoonaa ihmistä oli jakanut Twitterissä vuosina 2006–2017. Tutkimuksessa havaittiin, että väärät uutiset levisivät huomattavasti pidemmälle, nopeammin, syvemmälle ja laajemmin kuin totta olevat uutiset kaikissa tietoluokissa. [47] Ratkaisevaa oli, että tämä ilmiö johtui ensisijaisesti ihmisistä eikä automatisoiduista boteista, ja se liittyi väärän tiedon suurempaan uutuusarvoon ja emotionaaliseen lataukseen. Tutkimus tehtiin yhdellä alustalla, se on nyt suhteellisen vanha, eikä sen tuloksia välttämättä voida yleistää täsmälleen samalla tavalla kaikkiin sosiaalisen median ympäristöihin; sen laajuus ja metodologinen tiukkuus tekevät siitä kuitenkin luotettavimman saatavilla olevan näytön totuudenmukaisen ja väärän tiedon erilaisesta leviämisestä. Tietojen julkistamisen yhteydessä – jossa viralliset tiedot olisivat väistämättä puutteellisia, kiistanalaisia ja erittäin tunnepitoisia – tätä dynamiikkaa vahvistaisi jo olemassa oleva väärän UAP-tiedon ekosysteemi, jota mikä tahansa virallinen vahvistus vahvistaisi massiivisesti.

Erityisesti UAP-alaan liittyy vielä yksi mutka. Vosoughin ym. viitekehyksessä oletetaan, että totuudenmukaisen ja väärän tiedon kategoriat ovat kohtuullisen vakaita. Tiedon julkistamisen yhteydessä tämä oletus ei välttämättä päde: virallisia selityksiä, joita on pidetty luotettavina, on myöhemmin tarkistettu tai kumottu, ja väestöryhmät, joilla on pitkä kokemus tällaisesta ilmiöstä, saattavat suhtautua hitaammin samojen institutionaalisten lähteiden esittämiin oikaisuihin. Tämä ei heikennä tutkimuksen keskeistä havaintoa erilaista leviämistä koskevasta ilmiöstä, mutta se monimutkaistaa viestinnällistä vastausta – kohdassa 8.3 kuvatun väärän tiedon torjuntajärjestelmän on otettava huomioon mahdollisuus, että osa vääränä tietona leviävästä sisällöstä saattaa ajan myötä osoittautua osittain paikkansapitäväksi.

Tämä vaikuttaa merkittävästi varautumissuunnitteluun. Viestintästrategioita ei voida suunnitella olettaen, että tiedon julkaiseminen tapahtuu hallitusti ja vaiheittain. Ne on sen sijaan suunniteltava monimutkaiseen tiedotusympäristöön, jossa luotettavat äänet kilpailevat alusta lähtien valtavan määrän spekulaatioita, salaliittoteorioita ja väärää tietoa kanssa. Tämä edellyttää etukäteen luotuja luotettavia viestintäkanavia, ennalta kehitettyjä viestintäkehyksiä ja valmiiksi paikalleen asetettuja uskottavia ääniä – juuri niitä elementtejä, joita nykyisessä varautumissuunnittelussa puuttuu ja joita kohdassa 8.3 esitetty viestinnän valmiusstrategia on tarkoitettu tarjoamaan.

3.4 Uhkan mahdollisuus

Suuri osa UAP-aiheesta käydystä julkisesta ja hallinnollisesta keskustelusta on keskittynyt teknologisiin ja geopoliittisiin ulottuvuuksiin, ja aihetta on käsitelty pääosin abstraktina strategisena ongelmana. Tietojen julkistamiseen liittyvän varautumisen psykologiset näkökohdat edellyttävät, että otetaan huomioon kaikki se, mitä saatetaan julkistaa – suhteellisen harmittomista asioista aidosti huolestuttaviin. Varautumissuunnittelua ei voida rakentaa oletukselle suotuisasta lopputuloksesta: entä jos osa julkistettavista tiedoista on aidosti huolestuttavia?

Mahdollisten paljastusskenaarioiden kirjo on laaja. Toisessa ääripäässä kaukaisen ja luonteeltaan perustason biosignaalin vahvistettu havaitseminen – kuten todisteet mikrobielämästä jossain muualla kaukaisella eksoplaneetalla – olisi merkittävä tapahtuma, mutta sillä ei olisi välittömiä vaikutuksia yleiseen turvallisuuteen. Toisessa ääripäässä lähistöllä olevan NHI:n läsnäolon vahvistuminen, johon liittyy todisteita haitallisista vuorovaikutuksista ihmisten kanssa, aiheuttaisi laadullisesti erilaisen psykologisen haasteen. Väestölle, joka joutuu samanaikaisesti käsittelemään jo paljastuksen itsessään aiheuttamaa järkytystä, todisteet mahdollisesta haitasta lisäisivät huomattavasti psykologista taakkaa. Luvun 4 terveysvaatimusten arviointi heijastaa tätä kirjoa kolmen skenaarionsa kautta; vaativampaa skenaariota käytetään ensisijaisena suunnittelun stressitestinä, ei ennusteena.

Tässä on tärkeä jännite, johon kansanterveyden suunnittelijoiden on suhtauduttava rehellisesti. Kansalaisten tietoisuuden lisääminen mahdollisesta uhasta ja väestön kannustaminen pohtimaan uhkaa kognitiivisesti on vakiintunut osa kansanterveyden varautumista – maanjäristysharjoitukset, pandemiasuunnittelun viestintä ja ydinonnettomuusprotokollat perustuvat kaikki tähän periaatteeseen. Tämä lähestymistapa kuitenkin olettaa implisiittisesti, että väestö voi reagoida uhkaan jollain tavalla: evakuoimalla, suojautumalla, ottamalla rokotuksen tai muuttamalla käyttäytymistään. Jos uhka tulee teknologisesti ylivoimaiselta älykkyydeltä, yksilön mahdollisuudet suojautua voivat olla rajalliset. Hallitsemattomia uhkia koskevassa psykologisessa tutkimuksessa tämä tunnistetaan erilliseksi ja vaikeaksi luokaksi: kun yksilöt havaitsevat uhan, mutta uskovat, ettei heillä ole tehokkaita keinoja vaikuttaa siihen tai välttää sitä, ahdistusreaktiot voimistuvat samalla kun sopeutumiskyky heikkenee – tämä on hyvin vakiintunut malli stressiä ja avuttomuutta käsittelevässä kirjallisuudessa. [14,48]

Tässä raportissa esitetty varautumiskehys on suunniteltu sovellettavaksi kaikkiin mahdollisiin tietojen paljastustilanteisiin, suhteellisen harmittomista tilanteista aidosti hälyttäviin. Raportissa todetaan, että varautumissuunnittelua ei voida rakentaa olettaen, että tietojen paljastuminen tapahtuu suotuisissa olosuhteissa. Varautuminen edellyttää rehellistä suhtautumista kaikkiin mahdollisiin tilanteisiin, joissa tietoja saatetaan paljastaa. Aivan kuten pandemioiden ja maanjäristysten varalta tehtävässä suunnittelussa on otettava huomioon synkimmätkin skenaariot, niin on tehtävä myös tietojen paljastumista koskevassa suunnittelussa.

4. Terveystarpeiden arviointi

Luvussa 4 esitellään uNHIddenin terveydenhuollon tarpeiden arviointi (HNA), joka muodostaa perustan tämän raportin valmiuskehykselle. Koko HNA-arviointi on saatavilla uNHIddenin verkkosivustolla (unhidden.org), ja sen menetelmät, analyysi ja johtopäätökset käsitellään yksityiskohtaisesti Priestlandin, De la Torren ja Lomasin (2026) julkaisussa [17], joka on saatavilla ennakkopainoksena. Seuraavassa esitetään yhteenveto, joka on jäsennelty viiden keskeisen vaiheen ympärille.

4.1 Vaihe 1: Määritä tilanteet, joissa terveydenhuollon tarve voi ilmetä

Terveystarpeiden arvioinnin (HNA) on aluksi selvennettävä ne olosuhteet, joiden perusteella tarve määritellään. Tietojen paljastuminen ei ole yksittäinen tapahtuma, vaan se kattaa joukon mahdollisia tilanteita, joista jokaisella on omat psykologiset ja yhteiskunnalliset vaikutuksensa. Siksi HNA:ssamme kehitettiin kolme pääskenaariota.

• Skenaario 1: Kaukainen biosignatuuri (”Elämää on olemassa”). Eksoplaneettojen ilmakehistä havaitaan biologisia tai kemiallisia merkkiaineita, jotka viittaavat elämän olemassaoloon muualla maailmankaikkeudessa, mutta ilman näyttöä siitä, että kyseessä olisi erityisen teknologinen tai kehittynyt elämä (esim. yksinkertaiset mikrobit). Tämä on tieteellisesti todennäköisin skenaario, kun otetaan huomioon James Webb -avaruusteleskoopin avulla saavutettu nykyinen edistyminen: vertaisarvioidussa kirjallisuudessa on raportoitu mahdollisista biosignaalien ehdokkaista, mukaan lukien kiistanalaiset signaalit eksoplaneetta K2-18b:n ilmakehässä, vaikka näistä tuloksista käydään edelleen aktiivista tieteellistä keskustelua. [49] Psykologiset vaikutukset olisivat merkittäviä, mutta suhteellisen rajallisia: ne edellyttäisivät ihmiskunnan ainutlaatuisuutta koskevien oletusten tarkistamista ilman, että niillä olisi suoraa uhkaa tai välittömiä käytännön seurauksia.

• Skenaario 2: Älykäs kaukosignaali (”He ovat tuolla jossain”). Selkeästi keinotekoisten signaalien vastaanottaminen avaruusolentojen sivilisaatiolta. Tämä vahvistaisi paitsi elämän olemassaolon myös ei-ihmismäisen älykkyyden olemassaolon, mikä vaatisi syvällisempää ihmiskunnan itsetuntemuksen uudelleentarkastelua. Signaalin etenemisestä johtuva etäisyys rajoittaisi välittömiä turvallisuusuhkia, mutta ontologiset seuraukset olisivat merkittävät.

• Skenaario 3: Paikallinen ei-ihmismäinen älykkyys (”Lähempänä kotia”). Älykkään ei-ihmismäisen olennon läsnäolon vahvistaminen Maassa tai sen läheisyydessä. Tämä on skenaario, jolla on suurin potentiaali aiheuttaa akuuttia psykologista häiriötä kaikissa väestöryhmissä. Se ei tarkoita pelkästään ei-ihmismäisen älykkyyden olemassaoloa, vaan myös sen läheisyyttä ja toimijuutta – ja riippuen paljastamisen olosuhteista se voi

samanaikaisesti sisältää paljastuksia hallituksen aiemmasta tiedosta ja mahdollisesta harhaanjohtamisesta, mikä pahentaa kohdassa 3.2 tarkasteltua luottamuskriisiä.

HNA:n varautumiskehys suunniteltiin pääasiassa skenaario 3:n pohjalta, sillä kyseinen skenaario on todennäköisin aiheuttamaan kysynnän, joka voisi ylittää nykyisen mielenterveysinfrastruktuurin kapasiteetin. Tavoitteenamme ei ollut tuottaa lopullista määrällistä arviota siitä, kuinka suuri osa väestöstä todennäköisesti kärsisi haitallisista vaikutuksista – se olisi sekä metodologisesti mahdotonta että käytännön kannalta vain rajoitetusti hyödyllistä. Sen sijaan pyrimme arvioimaan, onko olemassa uskottava joukko olosuhteita, joissa tietojen julkistaminen voisi johtaa kansanterveydelliseen hätätilaan – joka on virallisesti määritelty poikkeukselliseksi tapahtumaksi, joka aiheuttaa kansanterveydellisen riskin ja vaatii välitöntä koordinoitua toimintaa, joka ylittää rutiinipalvelujen kapasiteetin (WHO [21]; Cabinet Office [25]).

4.2 Vaihe 2: Haavoittuvien väestöryhmien tunnistaminen

HNA-arvioinnissamme sovelletaan vakiintunutta menetelmää sen selvittämiseksi, millä väestöryhmillä on kohonnut riski merkittävien tietojen paljastumisen vuoksi. Arvioinnissa tarkastellaan mahdollisia vaikutuksia kohdassa 3.1 määriteltyjen kahden ulottuvuuden – ontologisen ja turvallisuuteen liittyvän – kautta käyttäen kummassakin ulottuvuudessa yhdeksänportaista asteikkoa, jolloin kohonnut riski määritellään vähintään 7/9 pisteen tulokseksi jommassakummassa ulottuvuudessa. Kehitettiin seitsemän väestöprofiilia, jotka edustavat erillisiä haavoittuvuusprofiileja psykologisen haavoittuvuustutkimuksen ja väestötilastollisen analyysin perusteella.

Vaikutusarvosanat määritettiin strukturoidun asiantuntijakuulemisprosessin avulla, joka perustui Delphi-periaatteisiin (strukturoitu, iteratiivinen asiantuntijoiden konsensusmenetelmä), mutta on syytä huomata selvästi, että tämä prosessi ei muodosta täysimittaista Delphi-tutkimusta vakiintuneessa metodologisessa mielessä. [17, 50] Kaksi toisensa täydentävää aihealueen asiantuntemusta omaavaa kirjoittajaa laati itsenäisesti alustavat arvosanat, jotka perustuivat vakiintuneeseen psykologiseen kirjallisuuteen traumasta, merkityksenmuodostuksesta ja stressireaktioista. Arvosanoja tarkennettiin sitten toistuvien jäsenneltyjen keskustelujen kautta, kunnes päästiin yksimielisyyteen. Lopulliset arvosanat tarkistettiin tämän jälkeen ulkopuolisen, kansanterveyden asiantuntemusta omaavan tutkijan toimesta ja sen jälkeen vielä toisen aihealueen asiantuntijan toimesta. Arviointiprosessissa otettiin huomioon (i) maailmankuvan järkkyminen (ontologinen ulottuvuus); (ii) fyysisen turvallisuuden ja päivittäisen toimintakyvyn uhka (turvallisuusulottuvuus); sekä (iii) psykologisten resurssien ja sosiaalisen tuen saatavuus kussakin väestöryhmässä. Menetelmän yksityiskohdat on esitetty kokonaisuudessaan oheisessa HNA-analyysissä ja oheisessa tieteellisessä artikkelissa. [17]

KOHDERYHMÄ	VÄESTÖRYHMÄN OMINAISPIIRTEET	SISÄLLYTTÄMISEN PERUSTELUT
Lapset	Kehitysvaihe	Edustaa lasten kognitiivista murrosikää ja identiteetin muodostumisvaiheita
Nuoret aikuiset	Identiteetin muodostumisvaihe	Edustaa myöhäistä murrosikää ja identiteetin muodostumisvaiheita
Vanhemmat	Perhevastuu	Edustaa aikuisia, jotka joutuvat selviytymään perhe- ja hoitotyön aiheuttamista stressitekijöistä
Uskonnolliset yhteisöt	Syvästi juurtunut uskonnollinen maailmankuva	Edustaa väestöryhmiä, joiden kohdalla paljastus haastaa teologiset merkityskehykset
Tieteentekijät	Ammatillinen tieteellinen identiteetti	Edustaa henkilöitä, joiden ammatillinen identiteetti on sidoksissa olemassa oleviin tieteellisiin paradigmoihin
Haavoittuneet väestöryhmät	Aiemmin olemassa ollut mielenterveydellinen tai sosioekonominen haavoittuvuus	Kohdistuu henkilöihin, joiden psyykkinen sietokyky on heikentynyt tai joiden selviytymiskeinot ovat rajalliset
UFO-kokemuksen kokeneet	Aiemmat poikkeukselliset kokemukset	Tarkoittaa henkilöitä, jotka ovat kertoneet aiemmista UAP- tai poikkeuksellisista kohtaamisista

Taulukko 1: Terveystarpeiden kartoituksessa edustettuina olleet väestöryhmät

Skenaariossa 3 neljä tunnistettavaa väestöryhmää Yhdistyneen kuningaskunnan väestössä arvioitiin kuuluvan suurempaan riskiryhmään. Yhdistynyttä kuningaskuntaa käytettiin tämän analyysin pääasiallisena tapausesimerkkinä tietojen saatavuuden vuoksi. Tunnistetut väestöryhmät ovat todennäköisesti merkityksellisiä myös muissa kansallisissa konteksteissa, kuten Yhdysvalloissa, vaikka esiintyvyyslukujen suora siirtäminen edellyttäisi mukauttamista paikallisiin väestötietoihin ja kontekstuaalisiin eroihin.

Lapset ja nuoret aikuiset – vaikka kansanterveyssuunnittelijat usein olettavat heidän kuuluvan haavoittuvimpiin ryhmiin – eivät tässä viitekehyksessä ole luokiteltu korkean riskin ryhmään. Tämä heijastaa ontologisen riskin erityisluonnetta eikä suinkaan kehityksellisen haavoittuvuuden aliarviointia. HNA-pisteytyksessä painotettiin maailmankuvan häiriintymistä sekä ammatillisen tai henkilökohtaisen identiteetin uhkaamista – ulottuvuuksia, joissa lapset ja nuoret aikuiset saivat alhaisemmat pisteet kuin ryhmät, joilla oli vakiintuneemmat merkityskehykset tai hauraammat selviytymiskeinot. Tätä on parempi ymmärtää metodologian konservatiivisuutena kuin varmana ennusteena: pisteytys heijastaa arvioituja erityisiä ulottuvuuksia, ja niiden lasten ja nuorten aikuisten todellinen osuus, jotka tarvitsevat tukea merkittävän paljastuksen jälkeen, voi hyvinkin olla suurempi kuin malli antaa ymmärtää.

Henkilöiden, jotka määrittelevät itsensä erittäin uskonnollisiksi (noin 3 % Britannian aikuisväestöstä; noin 1,7 miljoonaa ihmistä), arvioitiin kohtaavan suurimman ontologisen vaikutuksen (8/9). Muun kuin ihmisälykkyyden paljastuminen asettaa suoria haasteita teologisille viitekehyksille – kysymyksiä luomisesta, jumalallisesta tarkoituksesta ja ihmiskunnan erityisasemasta, joita monien uskonnollisten perinteiden ei ole aiemmin tarvinnut käsitellä tässä muodossa. Tämä ei tarkoita, että uskonnollinen vakaumus olisi ristiriidassa tällaisen tiedon paljastumisen kanssa; teologiset vastaukset vaihtelevat huomattavasti, ja monilla uskonnollisilla perinteillä on keinoja sopeutua tällaisiin paljastuksiin. Haavoittuvuusprofiili todennäköisesti vaihtelee merkittävästi eri perinteiden välillä, mutta alkuvaiheen sopeutuminen voi olla vaikeaa niille, jotka kuuluvat kirjaimellisemmin tulkitseviin tai opillisesti sitoutuneisiin yhteisöihin. Tätä ryhmää koskevat kohdennetut toimenpiteet kuvataan kohdassa 7.3.

VÄESTÖRYHMÄ	ONTOLOGINEN VAIKUTUS	VAIKUTUS TURVALLISUUTEEN	KORKEAN RISKIN STATUS
Uskonnolliset yhteisöt	8/9	5/9	Korkea riski (ontologinen)
UFO-kokijat	8/9	6/9	Korkea riski (ontologinen)
Tieteentekijät	8/9	5/9	Korkea riski (ontologinen)
Haavoittuvat väestöryhmät	7/9	7/9	Korkea riski (molemmat)
Vanhemmat	6/9	6/9	Matalampi riski
Nuoret aikuiset	6/9	5/9	Matalampi riski
Lapset	4/9	4/9	Matalampi riski

Taulukko 2: Ontologiset ja turvallisuusvaikutusten pisteet väestöryhmittäin skenaariossa 3 (eli vahvistettu NHI-läsnäolo)

Mielenterveysongelmista tai sosioekonomisesta haavoittuvuudesta kärsivät ihmiset (noin 20 % Britannian aikuisista; noin 10,8 miljoonaa ihmistä) arvioitiin korkean riskin ryhmään molemmilla ulottuvuuksilla (7/9 ontologinen, 7/9 turvallisuus). Heikentynyt psykologinen resilienssi ja rajalliset selviytymisresurssit tarkoittavat, että tämän suuruusluokan lisästressori todennäköisesti pahentaa olemassa olevaa haavoittuvuutta. Tämä on väestökoon mukaan suurin riskiryhmä ja sillä on suorimmat vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmän lisäkapasiteettiin, kuten osiossa 8.2 käsitellään.

Tieteentekijät ja STEM-alan ammattilaiset (noin 8,5 % Britannian työvoimasta; noin 2,8 miljoonaa ihmistä) arvioitiin hypoteettisesti kohonneen riskin alaryhmäksi, mikä oikeutti sisällyttämisen suunnittelukategoriaan, vaikka samalla tunnustetaankin, että näyttöpohja on tässä vähemmän vankka kuin kolmella muulla ryhmällä. Arviointi perustuu Kuhnin analyysiin paradigmanmuutoksista: kun vakiintunut tieteellinen viitekehys korvataan, siirtymä on harvoin sujuva niille, joiden ammatillinen identiteetti ja ura rakentuvat sen sisään. [51] Sovellettuna UFO-paljastukseen tiedemiehet saattavat kohdata laajemmin koetun akuutimman ontologisen disruption muodon – sellaisen, jossa sekä ammatilliset että henkilökohtaiset merkityskehykset haastetaan samanaikaisesti. Tämän luokituksen näyttöpohja on edelleen epäsuora ja analoginen; sitä tulisi käsitellä testattavana hypoteesina eikä suunnitteluvarmuutena. Tälle ryhmälle kohdennettuja interventioita kuvataan osiossa 7.3.

UFO-havaintoja kokeneiden ontologinen arvio oli 8/9. YouGov-kysely, jonka mukaan 7 % Yhdistyneen kuningaskunnan aikuisista kertoo nähneensä UFOn [52], antaa väestösuunnitteluun perustuvan luvun (noin 3,8 miljoonaa Yhdistyneen kuningaskunnan aikuista). Tätä lukua käytetään vain konservatiivisena arviona suunnittelutarkoituksiin: itse raportoidut UFO-havainnot kattavat kyselyn yhteydessä laajemman ja monipuolisemman kokemuskirjon kuin kliinisessä ja fenomenologisessa kirjallisuudessa poikkeavista kohtaamisista kuvatut. Tälle ryhmälle paljastus luo monimutkaisen dynamiikan: kokemusten vahvistamiseen voi liittyä uusiutunut trauma, leimautuminen ja häiritsevä oivallus siitä, mitä nämä kokemukset tarkoittivat. Tälle ryhmälle suositeltua paljastusta edeltävää työtä tarkastellaan luvussa 7.3.

4.3 Vaihe 3: Määritä riskialttiisiin väestöryhmiin kuuluvien henkilöiden lukumäärä

Skenaariossa 3 arvioitiin neljän ryhmän olevan kohonneen riskin ryhmässä: kolmella oli vakiintunut näyttö (vaikeista mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt, uskonnolliset yhteisöt ja UAP:tä kokeneet) ja yksi hypoteettinen alaryhmä, joka vaatii empiiristä lisävalidointia (tiedeammattilaiset). Yhdessä nämä ryhmät kattavat noin 19,1 miljoonaa aikuista Britanniassa, noin 35 % aikuisväestöstä. Neljä väestöryhmää eivät ole toisensa poissulkevia – esimerkiksi vakavista mielenterveysongelmista kärsivä henkilö voi olla myös hyvin uskonnollinen – ja todellinen yksittäisten aikuisten määrä kohonneen riskin luokissa on siksi pienempi kuin yhteenlaskettu luku. Valmiustapaus ei riipu tarkasta

oikaistusta luvusta; vaikka huomattava päällekkäisyys olisi mahdollista, laajuus on edelleen riittävä täyttämään mahdollisen kansanterveydellisen hätätilan kynnysarvon. * Tiedeammattilaiset luokitellaan kohonneen riskin alaryhmään hypoteettisen eikä empiirisesti vahvistetun perusteella; katso täydellinen käsittely osiosta 4.2. Neljällä muodostavalla rivillä nimittäjänä käytetään aikuisväestöä, kun taas tiedeammattilaiset käyttävät nimittäjänä erityisesti työvoimaa. Esiintyvyyttä voidaan soveltaa muihin kansallisiin aikuisväestöön muiden maiden korkean riskin ryhmien arvioimiseksi tekemällä asianmukaiset oikaisut uskonnollisuuden, mielenterveyspalveluiden käytön ja tiedetyövoiman koostumuksen kulttuuristen vaihteluiden huomioon ottamiseksi.

4.4 Vaihe 4: Arvioi, kuinka suuri osa korkean riskin väestöryhmästä tulee kärsimään vaikutuksista

Jotta nämä luvut voitaisiin muuntaa potentiaalisiksi tukitarpeiksi, oheisessa HNA-analyysissä käytettiin suunnitteluväliä, jonka mukaan 10–30 % kohonnut riskiryhmään kuuluvista kokee haitallisia psykologisia vaikutuksia, jotka edellyttävät jonkinlaista tukea. Tämä vaihteluväli on peräisin Rostami Zarinabadin ym. vuonna 2025 julkaisemasta meta-analyysistä [53], joka on yhdenmukainen laajemman katastrofien mielenterveyttä käsittelevän kirjallisuuden kanssa [54], ja siihen liittyy merkittävä analoginen päätelmä: kyseinen meta-analyysi kattaa fyysiset katastrofit, ei ontologisia häiriöitä, eikä tälle erityiselle kontekstille ole suoraa empiiristä näyttöä. Väli ei ole ennuste, ja yksilölliset reaktiot vaihtelevat valtavasti – merkittävä osa väestöstä saattaa osoittaa huomattavaa resilienssiä. Välin tarkoituksena on selvittää, onko olemassa uskottava polku järjestelmätason häiriöihin: voiko kysyntä kohtuullisten oletusten perusteella ylittää nykyisen mielenterveysinfrastruktuurin siinä määrin, että se oikeuttaa varautumissuunnittelun. Vastaus tähän kysymykseen on kyllä, ja se on perusta, jolla ennalta varautumisen periaatetta sovelletaan. Vankempi empiirinen perusta – joka on tutkimusohjelman painopiste kohdassa 7.2 – mahdollistaa sen, että tulevissa versioissa tämä vaihteluväli voidaan korvata paljastamisen kontekstiin liittyvällä näyttöllä.

VÄESTÖRYHMÄ	BRITTIPOPULAATIO	ESIINTYVYYS	DATALÄHDE
Erittäin uskonnolliset	1,7 miljoonaa	3% aikuisista	YouGov 2014
Haavoittuvat väestöryhmät (aiemmin mielenterveysongelmia tai sosioekonominen haavoittuvuus)	10,8 miljoonaa	20,2% aikuisista	NHS England 2023-24
Tiedeammattilaiset	2,8 miljoonaa	8,5% aikuisista	Office for National Statistics 2022
UFO-kokijat	3,8 miljoonaa	7% aikuisista	YouGov 2021

VÄESTÖRYHMÄ	BRITTIPOPULAATIO	ESIINTYVYYS	DATALÄHDE
Nettoriskiväestö	19,1 miljoonaa	35% aikuisista	Tämä tutkimus

Taulukko 3: Arvioitu riskiryhmien koko Britannian väestössä

Samaa menetelmää voidaan soveltaa muihin kansallisiin väestöryhmiin käyttämällä taulukossa 3 esitettyjä esiintyvyyslukuja, jotka on oikaistu kansallisten kulttuuristen ja demografisten erojen huomioon ottamiseksi. Yhdistyneen kuningaskunnan luvut esitetään siksi suunnitteluotoksena eikä Yhdistyneeseen kuningaskuntaan liittyvänä löydöksenä. Soveltaen tätä suunnittelualuetta 19,1 miljoonan kohonneen riskin väestöön – noin 35 % Britannian aikuisista – saadaan stressitestiluvuksi 1,9–5,7 miljoonaa Britannian aikuista (3,5–10,6 % aikuisväestöstä), jotka saattaisivat hyötyä jonkinlaisesta psykososiaalisesta tai psykologisesta tuesta vaikuttavan paljastuksen jälkeen. Tämä on stressitestiluku, ei kysyntäennuste – se on valittu tutkimaan järjestelmän mahdollisia rajoja pikemminkin kuin ennustamaan todennäköisintä lopputulosta. Kontekstin vuoksi, jopa suunnittelualueen alarajalla lisäkysyntä vastaisi 37 %:ia Englannin kansallisen terveyspalvelun (NHS) vuosittaisista mielenterveyslähetteistä; ylärajalla 110 %. [55] Koska mielenterveyspalvelut toimivat jo merkittävän rasituksen alaisena – kasvavan kysynnän, pitkien odotuslistojen ja työvoimapaineen vuoksi – kumpi tahansa luku voisi uskottavasti ylittää järjestelmän kapasiteetin.

Yhdysvaltoja koskeva vertailukelpoinen analyysi olisi absoluuttisesti huomattavasti laajempi, kun otetaan huomioon 267 miljoonan aikuisen väestö. Emme ekstrapoloi Yhdistyneen kuningaskunnan osuuksia Yhdysvaltojen lukuihin, koska kulttuuriset, demografiset ja institutionaaliset erot tekevät suorasta ekstrapoloinnista metodologisesti sopimatonta. Yhdysvaltoja koskeva analyysi on tulevan tutkimuksen prioriteetti. Siitä huolimatta vaikuttaa kohtuulliselta olettaa, että vastaavia paineita voisi syntyä Yhdysvalloissa merkittävän paljastuksen seurauksena – ja koska mahdollinen paljastus tapahtuu todennäköisimmin aluksi siellä, valmiussuunnittelun puute Yhdysvaltojen kontekstissa on vähintään yhtä merkittävä puute kuin tässä havaittu puute.

4.5 Vaihe 5: Harkitse, muodostavatko olosuhteet kansanterveydellisen hätätilan

Terveystarpeiden arvioinnissamme todetaan, että vaikutuksiltaan merkittävät tietojen paljastusskenaariot – erityisesti skenaario 3 – voisivat uskottavasti lähestyä tai täyttää kansanterveydellisen hätätilan määritelmän. Suunnitteluarvioiden perusteella potentiaalisen kysynnän laajuus voisi merkitä rutiiniterveydenhuollon kapasiteetin selvästi ylittävää kysynnän piikkiä. Kysynnän keskittyminen muutaman viikon tai kuukauden sisälle tietojen julkistamistapahtumasta vahvistaisi tätä piikkiä huomattavasti. Vaikutusten monialainen luonne – ne koskisivat yksilöitä maantieteellisestä sijainnista, iästä tai nykyisestä terveydentilasta riippumatta – rajoittaisi pelkästään paikallisten toimien tehokkuutta. Lisäksi samanaikainen häiriö institutionaalisessa infrastruktuurissa, joka

normaalisti koordinoisi toimintaa – mukaan lukien terveydenhuollon työntekijät, kansanterveysviranomaiset ja päätöksentekijät, jotka itse joutuisivat käsittelemään samaa tietojen paljastumista – luo olosuhteet, jotka eroavat laadullisesti aiemmista kansanterveydellisistä hätätilanteista.

Tämän arvioinnin rajoitukset tulisi tuoda selvästi esiin. Asiantuntijalausuntojen keräämisprosessi perustuu jäsenneltyihin asiantuntija-arvioihin eikä mitattuihin tuloksiin. Vastausten kulttuuriset erot voivat olla huomattavia, eikä niitä ole täysin otettu huomioon tässä analyysissä. Mikään näistä rajoituksista ei kuitenkaan heikennä keskeistä väitettä: ennalta varautumisen periaatteen mukaan on perusteltua varautua todennäköisiin, merkittävien vaikutusten skenaarioihin, vaikka niiden tarkkaa todennäköisyyttä ja laajuutta ei voida määrittää.

Tietääksemme yksikään hallitus ei ole sisällyttänyt tiedonantovalmiutta kansalliseen riskinarviointikehykseensä. Jo pitkään toiminut Search for Extraterrestrial Intelligence (SETI) -hanke on kehittänyt Kansainvälisen astronautiikan akatemian (International Academy of Astronautics) kautta elämän löytämisen jälkeisiä menettelytapoja, joissa käsitellään todentamisstandardeja, viestintäkanavia ja hallintoa. [56] Kyseessä on vakava ja huolellisesti harkittu työ. Protokollissa on kuitenkin rakenteellinen aukko, johon tämä raportti pyrkii puuttumaan: niiden painopiste on tiedon hallinnassa (eli siinä, miten havainto todennetaan, julkistetaan ja viestitään). Niissä ei käsitellä lainkaan sen vaikutusten hallintaa väestöön, kun tieto on kerran julkistettu. Protokollat päättyvät käytännössä siihen kohtaan, josta kansanterveydellinen haaste alkaa.

Tietojen julkistamista koskevan lain nojalla julkaistut asiakirjat, jotka ovat peräisin ainakin vuodelta 2020, vahvistavat, että NASA:n henkilöstö oli kehittämässä sisäistä viestintäprotokollaa tilanteeseen, jossa Maapallon ulkopuolista elämää löydettäisiin. [57] Näissä asiakirjoissa tunnustetaan nimenomaisesti, että löytö otettaisiin vastaan vaihtelevasti eri yhteiskuntaryhmissä ja että NASA:n rooli ulottuisi tiedon jakamisen lisäksi tulkinnan, vuoropuhelun ja ”merkityksen muodostamisen” edistämiseen eri yhteisöissä – mukaan lukien resurssien tarjoaminen kontekstualisointia varten, julkisen keskustelun tukeminen ja väestötason reaktioiden muokkaamisen auttaminen. Vaikka tämä heijastaa selkeää tunnustusta paljastamisen psykososiaalisesta ulottuvuudesta, se ei kuitenkaan muodosta kattavaa valmiuskehystä väestötason vaikutusten hallitsemiseksi, kun tällainen tieto on kerran julkistettu.

Kun tarve ja sen laajuus on määritetty, seuraava vaihe on kehittää toimenpiteitä, joiden avulla voidaan hallita ja lieventää merkittävien tietojen paljastumistilanteiden seurauksia. Tunnistetun tarpeen ja toimenpiteiden suunnittelun välinen käsitteellinen silta on muutosteoria, joka esitellään luvussa 5.

5. Muutoksen teoria

5.1 Mikä on muutoksen teoria ja miten sitä käytetään?

Muutoksen teoria (Theory of Change, ToC) on monimutkaisissa yhteiskunnallisissa interventioissa käytettävä suunnittelu-, osallistamis- ja arviointimenetelmä. Sen kehittivät Carol Weiss ja hänen kollegansa Aspen-instituutissa keinona tuoda esiin se syy-seurauslogiikka, josta – usein implisiittisesti – oletetaan missä tahansa yhteiskunnallisessa ohjelmassa: se olosuhteiden ja mekanismien ketju, joka yhdistää toimet niiden tavoiteltuihin tuloksiin. [58] Muutoksen teoriasta on sittemmin tullut vakiintunut työkalu kansainvälisessä kehitysyhteistyössä, kansanterveysohjelmien suunnittelussa ja politiikan arvioinnissa. Se sopii erityisen hyvin interventioihin, joita leimaavat monimutkaisuus, uutuus ja laajuus – ja nämä kolme piirrettä pätevät kaikki vaikutuksiltaan merkittäviin tietojen julkistamisskenaarioihin.

5.2 uNHIddenin muutoksen teoria

Seuraavalla sivulla esitetty uNHIddenin ToC -malli kuvaa polkua perussyistä resurssien ja toimien kautta toteutuksen tuloksiin, muutoksen mekanismeihin ja lopputuloksiin. Malli on suunniteltu toimimaan monenlaisissa todennäköisissä paljastusskenaarioissa – asteittaisissa, äkillisissä ja epäselvissä – sen sijaan, että se perustuisi oletukseen yhdestä yksittäisestä tapahtumasta. Tämä ei ole pelkkä mallinnusoletus. Asteittainen tai osittainen paljastaminen – viranomaisten vaiheittainen tunnustaminen, vuotaneet aineistot tai kertyvä julkinen todistusaineisto – on vähintään yhtä todennäköistä kuin yksi ratkaiseva ilmoitus. Valmiusinfrastruktuuri on siksi suunniteltava toimimaan epäselvyyden ja epävarmuuden olosuhteissa, ei pelkästään vastauksena selkeään laukaisutapahtumaan. Suuri osa paljastamista edeltävästä työstä – keskusteluinfrastruktuurin rakentaminen, kokijoiden todistusten vahvistaminen ja luotettavien äänten kehittäminen – luo yleistä valmiutta, joka on riippumaton virallisista hallituksen ilmoituksista ja arvokasta riippumatta siitä, miten paljastus etenee.

ToC-kaaviossa esitetään kunkin toimintaluokan vaiheet ennen tietojen paljastumista ja sen jälkeen. Tietojen paljastumisen jälkeiset vaiheet on esitetty yksinkertaistetussa muodossa, koska tämän raportin pääasiallisena tarkoituksena on valmistautuminen ennen UFO-paljastusta (eli sellaisen valmiuden rakentaminen, joka määrää, kuinka tehokas reagointi tietojen paljastumisen jälkeen voi olla).

Perussyitä on kaksi. Yksilötasolla on psykologisia seurauksia, jotka johtuvat reaktioista paradigmanmuutosta aiheuttavaan tietoon – ahdistus, hämmennys ja merkityksenmuodostuksen häiriintyminen, joita tarkasteltiin kohdassa 3.1. Yhteiskunnallisella tasolla ongelmana on varautumisinfrastruktuurin puute, väärän tiedon leviämisdynamiikka (sellaisena kuin se on dokumentoitu MIT Media Labin tutkimuksessa,

jota käsitellään kohdassa 3.3) [47] sekä vuosikymmenten epäjohdonmukaisen virallisen viestinnän aiheuttama episteeminen epävakaus (jonka vaikutukset luottamukseen on esitetty kohdassa 3.2).

Muutoksen teoria: UFO-paljastukseen ennakkovalmistautuminen ja reagointi

Alla esitetty muutosteoria kuvaa polkua perussyistä lopputuloksiin, sekä ennen paljastamista että sen jälkeen. Se tarjoaa käsitteellisen viitekehyksen luvuissa 6, 7 ja 8 kuvatuille toimenpiteille.

Psykolog
• Ontolog
• Ahdistu
• Maailma
sen mure

Inhimilliset resurssit

ToC järjestää varautumistoimia neljässä eri kategoriassa.

• Luokka A kattaa tukitoimet: leimautumisen vähentäminen, simulaatioharjoitukset, monialainen organisaatiokehitys ja sidosryhmien osallistaminen. Luokka A kattaa järjestelmätason edellytykset, joita ilman muut varautumistoimet eivät voi onnistua.

• Luokka B kattaa keskiarvon siirtymisen: väestön sietokyvyn vahvistaminen vastauksena paradigmanmuutosta aiheuttavaan tietoon (vastaa Geoffrey Rosen ensimmäistä kansanterveysfunktiota, joka on kuvattu kohdassa 1.2 [8]) tutkimuksen, kohdennetun ryhmätyön ja keskusteluinfrastruktuurin avulla.

• Luokka C kattaa valmiuden ruuhkatilanteisiin: kyseessä on valmius, joka on rakennettu ennen tilanteen ilmenemistä ja joka otetaan käyttöön tilanteen ilmetessä. Siihen sisältyvät itseapuvälineet, ammattilaisten valmiuskoulutus, viestintäjärjestelmät sekä triage-toiminto, jonka avulla henkilöt ohjataan tarvittaessa yhteisötuesta kliiniseen hoitoon.

• Luokka D kattaa toipumisen: väestön selviytymiskyvyn ylläpitämisen sekä sosiaalisten ja institutionaalisten toimintojen palauttamisen keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä.

Jokaisella ToC-luokalla on julkistamista edeltävä vaihe, jossa valmiuksia ja infrastruktuuria kehitetään, sekä julkistamisen jälkeinen vaihe, jossa nämä valmistelut otetaan käyttöön. Luokat A, B ja C vastaavat vastaavasti 6., 7. ja 8. lukua. Luokkaa D käsitellään 8.5. luvussa.

Neljä ToC-luokkaa tuottavat neljä toteutustulosta:

1. leimautumisen vähentäminen ja viranomaisten välinen yhteistyö;

2. paremmin valmistautunut väestö;

3. aktivoitu hätävalmius, jossa triage-järjestelmä toimii; ja

4. luotettava tiedotusympäristö.

Nämä myönteiset vaikutukset johtuvat parantuneesta tiedonkäsittelystä, kognitiivisesta joustavuudesta, vähentyneestä ahdistuksesta ja palautuneesta luottamuksesta instituutioihin. Tämä puolestaan johtaa psykologiseen joustavuuteen, tietämyksen kasvuun, kykyyn huolehtia itsestään, vahvempiin sosiaalisiin verkostoihin sekä toimijuuden tunteeseen ja toivoon.

ToC-malli on vain niin vankka kuin sen oletukset. Tämä malli perustuu seuraaviin keskeisiin riippuvuussuhteisiin:

1. että luotettavat kansalaisjärjestöjen välittäjät voidaan tunnistaa ja valmistella etukäteen;

2. että korkean riskin yhteisöt osallistuvat tiedotuskampanjoihin ennen paljastamista;

3. että jakelukanavat – mukaan lukien digitaaliset työkalut, yhteisöverkostot ja luotetut välittäjät – tavoittavat tehokkaasti ne, jotka tarvitsevat tukea;

4. että ohjausreitit voidaan integroida olemassa oleviin kliinisiin palveluihin; ja

5. että viranomaisten tiedotus UFO-paljastuksen jälkeen on riittävän avointa ja johdonmukaista tukemaan yhteisötason tukitoimia sen sijaan, että se olisi niiden kanssa ristiriidassa.

Nämä oletukset eivät tee mallista virheellistä, mutta ne määrittelevät kriittisiä riippuvuussuhteita, joiden pätevyys on testattava ja joita on mukautettava toteutuksen yhteydessä.

5.3 Kehystys ja viestinnän sävy

Yksi historiallisesta kirjallisuudesta tehty havainto on syytä ottaa huomioon viestinnän suunnittelussa. Oletus, että ihmiskunta olisi yksin maailmankaikkeudessa, on historiallisessa mielessä epätavallinen. Eri kulttuureissa ja vuosisatojen kuluessa useimmissa ihmisten kosmologioissa on pidetty itsestään selvänä, että maailmankaikkeudessa on ihmistä älykkäämpiä olentoja – olivatpa ne sitten jumalallisia, hengellisiä tai muita. Nykyaikainen oletus yksinäisyydestä on poikkeus, ei sääntö. Tätä ei esitetä argumenttina vaan viitekehyksenä – sellaisena, jonka avulla paljastaminen voidaan sijoittaa ihmisen ymmärryksen laajentumiseksi sen sijaan, että se olisi ristiriidassa sen kanssa, kuten kohdassa 5.3 käsitellään.

UFO-paljastusvalmiutta koskevassa viestinnässä keskeinen riski on iatrogeeninen kehystys: mahdollisuus, että valmiusviesti itsessään aiheuttaa juuri sen ahdistuksen, jota sen on tarkoitus lieventää. Aloittamalla keskustelu kysymyksillä kuten ”pärjäätkö?” tai ”tarvitsetko tukea?” annetaan ymmärtää, että ahdistus on odotettu reaktio. Tätä riskiä pahentaa kohdassa 3.4 tunnistettu jännite rehellisen viestinnän – joka koskee mahdollista uhkaa – ja tietoisuuden psykologisten kustannusten välillä, kun toimintamahdollisuudet puuttuvat.

Epävarmuuden ja mahdollisten uhkien rehellinen tunnustaminen ei ole ristiriidassa tämän näkökulman kanssa. Tavoitteena ei ole vähätellä mahdollisia vaikeuksia, vaan varmistaa, että tietoisuus johtaa toimintakykyyn eikä lamaannukseen.

Suositeltava lähestymistapa on uteliaisuuden ja merkityksenmuodostuksen näkökulma – jossa tiedon paljastaminen nähdään ihmisen ymmärryksen laajentumisena eikä sen vastaisena hyökkäyksenä. Kaikkien neljän ToC-luokan tulisi perustua ihmisen hyvinvointiin, ei patologian hallintaan. Tätä lähestymistapaa käsitellään osioissa 6, 7 ja 8.

6. Tukitoimenpiteet

6.1 Tausta ja lähestymistapa

Päävastuu väestön terveydestä ja hyvinvoinnista kuuluu hallituksille. Ihannetapauksessa tässä raportissa esitetty toimintakehys kehitettäisiin ja sen toteuttamisesta vastaisivat yhteistyössä toimivat hallitusten terveysministeriöt, kansanterveysvirastot ja ammattijärjestöt. Todellisuudessa UAP-aiheeseen liittyy kuitenkin merkittävää institutionaalista leimautumista. Monille hallituksille avoin sitoutuminen tietojen julkistamisen valmisteluun – vaikka se olisikin järkevä varotoimenpide – olisi poliittisesti vaikeaa.

Siksi kansalaisyhteiskunnan järjestöjen tehtäväksi saattaa jäädä aloitteenteko lähitulevaisuudessa: järjestää kokouksia, osoittaa konseptin toimivuus, rakentaa näyttöpohjaa ja luoda olosuhteet, joissa institutionaalinen osallistuminen muuttuu turvallisemmaksi ja luonnollisemmaksi – nimenomaan saamaan hallitukset ja ammattijärjestöt neuvottelupöytään, ei korvaamaan niitä. Tämä on tunnustus siitä, mitä kansalaisyhteiskunta voi realistisesti tehdä nyt – ja siitä, mikä tulee mahdolliseksi, kun tietojen julkistamista ympäröivä poliittinen ympäristö jatkaa kehittymistään. Tämä raportti on laadittu tätä silmällä pitäen: edetään niillä alueilla, joilla kansalaisyhteiskunta voi toimia, ja pyritään kohti seuraavaa vaihetta, joka kehitetään yhdessä hallitusten ja kaikkien asiaankuuluvien sidosryhmien kanssa.

uNHIddenin rooli on aloitteentekijä ja koordinoija, ei päävastuullinen toteuttaja. Tämä raportti on luotettava ensimmäinen versio suunnitelmasta – sellainen, joka kutsuu haastamaan, tarkastelemaan kriittisesti ja ennen kaikkea osallistumaan. Tavoitteena on aloittaa merkityksellisiä toimia varten muodostettavan liittouman rakentaminen. Luvussa 9 esitetään mahdollinen toimintaohjelma, joka kattaa sen, millainen monen toimijan yhteistoiminta tulisi olla, ja nimetään organisaatiot, joilla on sekä valmiudet että toimivalta johtaa eri työryhmiä.

Jotta paljastumiseen varautuminen voisi kehittyä vakavasti otettavaksi kansanterveyden toimintakentäksi, tarvitaan kolmea eri toimenpideryhmää: tukitoimintaa, joka luo edellytykset kaikelle muulle; resilienssin vahvistamista, joka antaa yksilöille ja yhteisöille valmiudet selviytyä paljastuksesta; sekä valmiutta tilannekuormitukseen, joka varmistaa, että kliiniset ja tukijärjestelmät pystyvät reagoimaan laajamittaisesti tarvittaessa. Ensimmäinen näistä, jota käsitellään tässä osiossa, on välttämätön edellytys kahdelle muulle: ilman stigman vähentämistä, oikeiden organisaatioiden kokoamista ja hallitusten sekä ammattijärjestöjen sitoutumisen varmistamista osioissa 7 ja 8 kuvattua resilienssin vahvistamista ja hätätilannevalmiutta koskevaa työtä ei voida viedä niille väestöryhmille, jotka sitä tarvitsevat.

6.2 Stigman vähentäminen

Poikkeaviin kokemuksiin ja paradigmanmuutosta aiheuttavaan tietoon vakavasti suhtautumiseen liittyvä leimautuminen on suurin este valmiudelle tuoda asia julki. Se tukahduttaa kokijoiden todistuksia, estää kliinistä toimintaa, rajoittaa journalistista ja akateemista uutisointia sekä vaikeuttaa institutionaalisten toimien toteuttamista poliittisesti. Sen vähentäminen on siksi välttämätön ensimmäinen askel lähes kaikelle muulle, mitä tässä raportissa kuvataan, mukaan lukien kohderyhmätyöskentely riskialttiiden väestöryhmien parissa, jota kuvataan kohdassa 7.3, sekä kohdassa 7.6 kuvattu kliinisen tunnustamisen tavoittelu.

Stigman vähentäminen väestötasolla ei tapahdu pelkästään tiedotusmateriaalin tuottamisen ja jakamisen avulla. Vertailukelpoisista kampanjoista saadut tulokset viittaavat toiseen mekanismiin: sosiaalisen vuorovaikutuksen toimenpiteet, joissa ihmiset kuulevat suoraan kokemusasiantuntijoiden kertomuksia, tuottavat johdonmukaisesti suurempia lyhytaikaisia parannuksia stigmaan liittyvissä asenteissa kuin pelkästään valistukseen perustuvat lähestymistavat, vaikka näiden vaikutusten kestävyys on edelleen aktiivisen tutkimuksen kohteena. [59] Englannissa toteutettu Time to Change -ohjelma – Mind- ja Rethink Mental Illness -järjestöjen vuosina 2007–2021 toteuttama leimautumisen vastainen aloite – yhdisti sekä laajamittaisen sosiaalisen markkinoinnin että jäsenneltyjä kohtaamistapahtumia ja tuotti 14-vuotisen toteutuksensa aikana merkittäviä väestötason parannuksia mielenterveyteen liittyvässä leimautumisessa. Tämä näkyi yleisessä tietämyksessä, asenteissa mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan sekä ihmisten halukkuudessa ylläpitää sosiaalisia kontakteja. [60] Seurantatiedot viittaavat kuitenkin siihen, että nämä saavutukset eivät säilyneet ohjelman päätyttyä vuonna 2021, sillä leimautumiseen liittyvä tietämys ja halu sosiaaliseen etäisyyteen palasivat vuoteen 2009 vastaavalle tasolle vuoteen 2023 mennessä. Tämä korostaa, että leimautumisen vähentäminen vaatii jatkuvia panostuksia eikä ajallisesti rajattuja toimenpiteitä – opetus, jota voidaan soveltaa suoraan mihin tahansa UAP-ilmiöön liittyvään stigmanvähentämisohjelmaan.

Nämä kansanterveysaloitteet viittaavat kolmeen mekanismiin, joilla leimautumista voidaan vähentää.

Ensimmäinen on valtamedia ja julkinen keskustelu. Aiheesta on puhuttava vakavasti – ei sensaatiohakuisesti eikä vähättelevästi – tiedetoimittajien, televisio- ja radiotoimittajien, dokumenttielokuvantekijöiden ja julkisten älymystön edustajien keskuudessa. Tämä on jo alkanut tapahtua, mutta epätasaisesti: vakava journalismi, kongressin kuulemistilaisuuksien uutisointi ja pieni määrä akateemisia julkaisuja ovat alkaneet muuttaa sävyä, jolla UAP-aiheisia kysymyksiä käsitellään. Tarvitaan pitkäjänteistä ja määrätietoista sitoutumista – luotettavan tiedotusmateriaalin tarjoamista, pääsyä arvovaltaisten asiantuntijoiden ääniin sekä suhteiden vaalimista toimittajiin ja tuottajiin, jotka voivat ajaa asian vakavaa käsittelyä pitkällä aikavälillä.

Toinen mekanismi on institutionaalinen luvananto. Kun tieteelliset seurat, ammattijärjestöt ja akateemiset laitokset antavat ymmärtää, että on perusteltua käsitellä paradigmanmuutosta koskevia kysymyksiä – ja että siihen ryhtyminen ei aiheuta uran vaarantumista tai maineen vahingoittumista – yksittäiset tutkijat, kliinikot ja akateemikot, jotka muuten saattaisivat harjoittaa itsesensuuria, ovat valmiita osallistumaan. Kannanotot, tilaustutkimukset ja konferenssiohjelmat ovat välineitä, joiden kautta tämä lupa annetaan. Yhteistyö Ison-Britannian Royal Societyn, Royal Academy of Engineeringin, British Academyn ja niiden yhdysvaltalaisten vastineiden kanssa on siten sekä leimautumista vähentävä että rakenteellinen toimenpide. Tämä institutionaalinen luvan myöntäminen on erityisen merkityksellistä niille luonnontiedealan ammattilaisille, jotka on tunnistettu korkean riskin ryhmäksi kohdassa 4.2. Uskonnollisilla yhteisöillä on tässäkin asiassa merkitystä. Kun luotetut uskonnolliset instituutiot suhtautuvat vakavasti ei-ihmisälykkyyteen, ne myöntävät luvan myös väestöryhmille, jotka saattavat olla vähemmän vastaanottavaisia tieteellisille tai hallituksen viesteille.

Kolmas mekanismi on yhteisötason vuorovaikutus keskusteluryhmien kautta. Mallina toimii uNHIdden Conversations Group, joka on tällä hetkellä pilottivaiheessa Australiassa: kyseessä on jäsennelty, ohjattu ryhmä, jossa ihmiset voivat keskustella poikkeavista kokemuksistaan ja paljastamiseen liittyvistä kysymyksistä turvallisesti, vakavasti ja ilman pilkkaa. Ryhmät eivät ole terapeuttisia interventioita eivätkä ne tarjoa lääketieteellistä neuvontaa tai hoitoa; ne ovat ohjattuja vertaisvuoropuheluja. Pilottivaiheessa on keskitytty pääasiassa UFO-kokemusten kokijoihin, mutta malli on suunniteltu laajennettavaksi koskemaan koko väestöä. Useilla alueilla ja erilaisissa yhteisöissä toimivien tällaisten ryhmien verkosto tarjoaisi sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen mekanismin, jota leimautumisen vähentäminen edellyttää, että yhteisön infrastruktuurin, jota äkillisten tilanteiden valmius vaatii, kuten kohdassa 8.2 kuvataan. Tarvitaan ei sitä, että uNHIdden johtaisi näitä ryhmiä – se ei ole skaalautuvaa – vaan sitä, että malli, koulutuskehys ja suojausprotokollat kehitetään riittävän pitkälle, jotta yhteisöjärjestöt ja muut kolmannet osapuolet voivat ottaa ne käyttöön ja toistaa niitä.

Stigman lähtötason mittaaminen – sekä väestössä yleensä että kussakin kohdassa 4.2 määritellyssä riskiryhmässä – tulisi suorittaa ennen kaikkia stigman vähentämistoimia ja niiden yhteydessä, jotta edistymistä voidaan seurata ja toimenpiteitä parantaa tutkimustulosten kehittyessä. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole olemassa validoituja mittareita UAP-ilmiöihin liittyvän leimautumisen mittaamiseksi. Olemassa olevien mielenterveysleimautumista mittaavien mittareiden mukauttaminen tai tämän kontekstin kannalta sopivien uusien mittareiden kehittäminen on sinänsä ensisijainen tutkimustehtävä, joka tulisi käynnistää varhaisessa vaiheessa kaikissa varautumisohjelmissa, ennen kuin leimautumisen vähentämistoimenpiteet aloitetaan.

6.3 Simulaatio

Jäsennelty simulaatioharjoitus – joka perustuu harjoitusten Cygnus (Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2016 pandemiavarautumisharjoitus) ja Crimson Contagion

(vuoden 2019 vastaava yhdysvaltalainen harjoitus) suunnitteluperiaatteisiin, joita molempia käsitellään kohdassa 2.1 – on yksi tehokkaimmista keinoista hätätilavalmiuden varmistamiseksi. Tällaisilla harjoituksilla on vakiintunut tehtävä: ne luovat laillisen ja jäsennellyn tilaisuuden, jossa hätätilavalmistelijat, terveysviranomaiset, kliinisen toiminnan johtajat ja ulkopuoliset organisaatiot voivat yhdessä käydä läpi skenaariota, tunnistaa nykyisen suunnittelun puutteet sekä rakentaa suhteita ja yhteistä ymmärrystä, joita tehokas reagointi edellyttää. Ratkaisevaa on, että osallistuminen ei vaadi keneltäkään osallistujalta julkisia sitoumuksia harjoiteltavasta skenaariosta. Hallitukset ja instituutiot voivat osallistua ilman, että niiden tarvitsee tukea mitään tiettyä näkemystä tietojen paljastumisen todennäköisyydestä. Harjoitus voitaisiin toteuttaa yksityisesti ja huomaamattomasti, mikä madaltaisi osallistumisen kynnystä merkittävästi.

Harjoitus tulisi suunnitella useiden todennäköisten skenaarioiden – asteittaisten, äkillisten ja epäselvien – pohjalta sen sijaan, että se keskittyisi yhteen ennakoituun tapahtumaan, ja sen tulisi testata nykyisten kansanterveys- ja hätätilanteiden hallintajärjestelmien reagointikykyä psykologisen ja ontologisen hätätilanteen erityispiirteiden suhteen. Harjoituksen tuloksena syntyvä virallinen jälkiarviointiraportti, jossa tunnistetaan nykyisen suunnittelun puutteet, tarjoaisi todistusaineiston perustan myöhemmälle yhteistyölle Yhdistyneen kuningaskunnan viranomaisten, kuten NHS Englandin ja UK Health Security Agencyn, sekä Yhdysvaltain viranomaisten, kuten SAMHSA:n, kanssa. Se toimisi myös perustana sille, että tiedonantovalmius sisällytetään Yhdistyneen kuningaskunnan kansalliseen riskirekisteriin ja Yhdysvaltain THIRA-prosessiin, kuten kohdassa 2.4 on käsitelty.

Tällaiset harjoitukset vaativat erityistä osaamista hätätilasuunnittelusta sekä huomattavia resursseja. Niitä käynnistävät tyypillisesti valtion viranomaiset tai suuret akateemiset kansanterveyslaitokset. Tarvitaan organisaatio, jolla on asianmukainen asema johtamaan suunnittelua ja toteutusta, ja skenaarion sisältö sekä analyyttinen viitekehys toimitetaan niiden tahojen toimesta, jotka ovat laatineet varautumissuunnitelman. Käytännössä tällainen harjoitus toteutetaan todennäköisimmin osana laajempaa resilienssi- tai äärimmäisten riskien kehystä sen sijaan, että se olisi erillinen, tietojen julkistamiseen keskittyvä harjoitus, jotta se sopisi yhteen olemassa olevien institutionaalisten toimeksiantojen kanssa ja madaltaisi osallistumiskynnystä.

6.4 Koalition muodostaminen

Kuten kohdassa 6.1 todetaan, hallitusten mahdollisuudet ryhtyä avoimesti suunnittelemaan UFO-paljastusta voivat tällä hetkellä olla rajoitettuja, eikä virallisissa terveydenhuoltojärjestelmissä ole olemassa tämän haasteen ratkaisemiseen soveltuvia puitteita. Keskeinen edistävä toimi onkin sellaisen monialaisen verkoston kokoaminen, joka on valmis työskentelemään tämän ongelman parissa virallisten hallintorakenteiden ulkopuolella ja niitä edellä. Tarkoituksena on luoda tietopohja, kehittää puitteet ja osoittaa konseptin toimivuus, jotta hallitusten terveysministeriöillä ja kansanterveysvirastoilla on

jotain konkreettista, jota ne voivat omaksua ja jota ne voivat hyödyntää, kun ne ovat valmiita ryhtymään toimiin.

On syytä huomata, että monissa tietojen paljastumistilanteissa alkuvaiheen reagointijärjestelmää johtavat todennäköisesti puolustus- ja tiedustelurakenteet – mukaan lukien kansallisen tiedustelupäällikön toimisto, puolustusministeriö ja virastojen väliset koordinointimekanismit, kuten kansallinen turvallisuusneuvosto – eikä terveysvirastoja, ja että samanaikaisesti mukana ovat liittolaiset, kuten Five Eyes (Yhdysvaltojen, Ison-Britannian, Kanadan, Australian ja Uuden-Seelannin muodostama tiedusteluliitto), Nato sekä Isossa-Britanniassa kabinettitoimisto. Tässä kuvattu liittoutumien muodostaminen riippuu väistämättä kyseisestä laajemmasta toimintaympäristöstä, jota tässä raportissa ei käsitellä.

uNHIdden ehdottaa monialaisen konferenssin järjestämistä, johon kutsutaan institutionaalisia, akateemisia ja yhteisöllisiä sidosryhmiä. Tarkoituksena on testata tämän raportin analyysia ja ehdotettuja toimia, selvittää, mitkä organisaatiot ovat halukkaita johtamaan tiettyjä työryhmiä, sekä aloittaa sellaisen liittouman rakentaminen, jota ilman tämän laajuista ohjelmaa ei voida toteuttaa. Koska UFO-paljastus tapahtuu todennäköisimmin Yhdysvalloissa, konferenssi järjestetään mieluiten siellä tai järjestetään siihen liittyviä tapahtumia useissa maissa.

Konferenssin lisäksi kestävä monialainen yhteistyö edellyttää vuorovaikutusta sellaisten elinten kanssa, jotka toimivat hedelmällisessä välimaastossa hallituksen ja yksityisen sektorin välillä: Yhdysvalloissa näitä ovat National Academy of Sciences, American Academy of Arts and Sciences sekä Associated Universities Incorporated; ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa Wellcome Trust, Royal Society ja British Academy. Molempien maiden akateemiset laitokset voisivat toimia tämän työn isäntinä ja tukijoina yhdessä sellaisten voittoa tavoittelemattomien järjestöjen kanssa, joilla on vakiintunutta asiantuntemusta mielenterveyden, yhteisöjen resilienssin ja tiedeviestinnän aloilla.

Yhteistyöllä hallitusten ja ammattijärjestöjen kanssa on kaksi erillistä mutta toisiinsa liittyvää tavoitetta. Ensimmäinen tavoite on tunnustaminen: hallitusten terveysviranomaisten, kansanterveysvirastojen ja ammattijärjestöjen vakuuttaminen siitä, että tietojen julkistamiseen varautuminen on perusteltu suunnitteluhaaste, joka ansaitsee niiden huomion.

Yhdysvalloissa asiaankuuluvat elimet ovat terveys- ja sosiaalipalveluministeriö (Department of Health and Human Services), tautien torjunta- ja ehkäisykeskus (Centers for Disease Control and Prevention), FEMA ja SAMHSA. Isossa-Britanniassa vastaavat elimet ovat terveys- ja sosiaalipalveluministeriö (Department of Health and Social Care), Ison-Britannian terveysturvallisuusvirasto (UK Health Security Agency) sekä hallituksen kanslian resilienssiosasto (Cabinet Office Resilience Directorate). Keskeisiä kliinisiä elimiä ovat Yhdysvalloissa American Psychiatric Association ja American Psychological Association sekä Isossa-Britanniassa Royal College of Psychiatrists ja British Psychological Society. British Association for Counseling and Psychotherapy ja Royal

College of General Practitioners ovat yhtä tärkeitä Ison-Britannian kontekstissa, kun otetaan huomioon niiden rooli kohdassa 8.2 kuvatussa jatkuvan ammatillisen kehityksen (CPD) rakenteessa.

Osallistuvilta organisaatioilta ei vaadita, että ne kannattaisivat mitään tiettyä näkemystä tietojen paljastumisen todennäköisyydestä tai luonteesta. Pyyntö on suppeampi: niiden odotetaan tunnustavan, että jos tapahtuu merkittävä tietojen paljastuminen, siitä aiheutuu kansanterveydellisiä seurauksia, joihin nykyiset toimintakehykset eivät ole tällä hetkellä varautuneet, ja että tämän puutteen korjaamiseen ryhtyminen jo nyt on järkevä ennalta varautuva toimenpide.

Toinen tavoite on rakenteellinen: luoda jo ennen mahdollista tiedon julkistamista ne suhteet, yhteinen ymmärrys ja institutionaalinen uskottavuus, joita tehokas reagointi edellyttää. COVID-19-vastatoimet osoittivat – niin hyvässä kuin pahassakin – että väestötasolla annettava luotettava tieteellinen neuvonta riippuu institutionaalisista rakenteista, jotka on luotu jo ennen kuin niitä tarvitaan. Tietojen julkistamisskenaario vaatisi jotain vastaavaa: tunnistettavan, monialaisen neuvoa-antavan elimen – Disclosure Preparedness Advisory Groupin (OSAG) – joka kykenee antamaan uskottavaa, riippumatonta ohjausta kaikissa UFO-paljastuksen herättämissä kysymyksissä, psykologisista ja kansanterveydellisistä ulottuvuuksista teologisiin ja filosofisiin ulottuvuuksiin. Ryhmän tulisi hyödyntää laajempaa asiantuntemusta kuin perinteiset kansanterveysneuvontaryhmät – mukaan lukien filosofit, teologit ja uskonnollisten yhteisöjen edustajat sekä kliinikot, yhteiskuntatieteilijät ja hätätilannesuunnittelijat. uNHIddenin OSAG nykyisessä muodossaan edustaa yhtä panosta kyseisen verkoston rakentamiseen – ja ehdotettu konferenssi on tilaisuus aloittaa sen laajempi muodostaminen.

7. Keskiarvon siirtäminen: ontologisen resilienssin rakentaminen

7.1 Tavoite ja soveltamisala

Ontologinen resilienssi, sellaisena kuin sitä tässä raportissa käytetään, viittaa yksilöiden ja yhteisöjen kykyyn käsitellä järisyttäviä tai paradigmanmuutosta aiheuttavia tietoja ilman vakavia psykologisia toimintahäiriöitä – ja tehdä se tavalla, joka tukee merkityksenantoa ja sopeutuvia reaktioita kieltämisen, paniikin tai vetäytymisen sijaan. Tavoitteena on nostaa tätä kykyä koko väestön keskuudessa – niin että jos tapahtuu suuria vaikutuksia aiheuttava paljastus, useammat ihmiset ovat paremmassa asemassa käsittelemään ja sopeutumaan esiin nousevaan tilanteeseen, ja harvemmille se tulee liian suureksi taakaksi.

Kuten kohdassa 1.2 on esitetty, Geoffrey Rosen ennaltaehkäisevän lääketieteen perustava väite on, että koko väestöön kohdistuvat toimenpiteet, jotka pienentävät keskimääräistä riskiä koko väestössä hieman, tuottavat usein suuremman kokonaishyödyn kuin resurssien keskittäminen yksinomaan niihin, joihin vaikutukset kohdistuvat vakavimmin. [9] Tähän sovellettuna tavoitteena ei ole ensisijaisesti tarjota intensiivistä tukea niille, joihin UFO-paljastus vaikuttaa vakavimmin (mikä on 8. kohdassa kuvatun valmiustoiminnan tarkoitus), vaan pikemminkin vähentää niiden ihmisten määrää, jotka ylipäätään tarvitsevat intensiivistä tukea. Väestö, joka on vähitellen tottunut ajatukseen paradigmanmuutosta aiheuttavista paljastuksista ja jolla on käytössään kehyksiä niiden pohtimiseen, ei todennäköisesti järkyty niin helposti, kun tilanne toteutuu.

7.2 Tutkimuksen tarve

Välttämätön lähtökohta on epävarmuuden tunnustaminen. Emme tällä hetkellä tiedä varmuudella, mikä rakentaa resilienssiä paradigmanmuutosta aiheuttavaa tietoa kohtaan väestötasolla. Tätä kysymystä suoraan käsittelevää tutkimuskokonaisuutta ei ole olemassa, ja vastaava kirjallisuus (joka koskee reaktioita muunlaisiin paradigmanmuutoksia aiheuttaviin löytöihin, kuten posttraumaattiseen kasvuun ja ontologiseen shokkiin yksilöllisissä kliinisissä konteksteissa) tarjoaa hyödyllistä mutta puutteellista ohjausta. Ontologista resilienssiä tukevien tai heikentävien psykologisten ja sosiaalisten mekanismien perusteellisen empiirisen tutkimuksen teettäminen on perustavanlaatuinen toimi tällä alalla. Tutkimus on välttämätön ensimmäinen askel ennen kuin investoidaan voimakkaasti toimenpiteisiin, joiden tehokkuutta ei ole todistettu.

Tässä raportissa ehdotetun tutkimusohjelman ohella on kehitettävä alustavia mittausmenetelmiä, joilla voidaan arvioida reaktioita paradigmanmuutosta aiheuttaviin tietoihin: välineitä, joilla voidaan arvioida yksilöiden kokeman ontologisen shokin voimakkuutta sekä tekijöitä (yksilöllisiä, sosiaalisia, kulttuurisia ja institutionaalisia), jotka lieventävät tai vahvistavat sitä. Tällaisten välineiden kehittäminen edellyttää yhteistyötä kliinisten psykologien, kansanterveystutkijoiden ja niiden laadullisten tutkijoiden välillä, jotka ovat työskennelleet tiiviimmin UAP-kokemusten kokijayhteisöjen kanssa. Tavoitteena ei ole luoda uutta kliinistä luokkaa, vaan luoda mittausvalmiudet, joita tarvitaan valmiustoimenpiteiden tehokkuuden arvioimiseksi.

7.3 Kohdennettu työ korkean riskin ryhmien parissa

Tutkimusohjelman edetessä terveystarpeiden arvioinnissa (HNA) luvussa 4 on määritelty neljä kohdennettujen toimenpiteiden luokkaa, jotka vastaavat neljää ryhmää, joiden riskin on todettu olevan kohonnut. Nämä eivät ole ainoat väestöryhmät, jotka saattavat tarvita tukea – esimerkiksi terveystarpeiden arvioinnissa (HNA) todettiin myös, että vanhemmat ja lapset ansaitsevat huomiota, ja muita ryhmiä saattaa tulla esiin, kun näyttöpohja kehittyy. Nämä neljä korkean riskin ryhmää edustavat kuitenkin tällä hetkellä parasta arviota siitä,

missä kohdennetut toimenpiteet ovat kiireellisimpiä; strategioita muille ryhmille kehitetään sitä mukaa kuin prioriteetteja tarkennetaan ja resurssit sen sallivat. Tässä kuvatut toimenpiteet perustuvat käytettävissä olevaan näyttöön ja asiantuntijoiden arvioihin; niitä tulisi pitää testattavina hypoteeseina eikä vakiintuneina menettelytapoina.

Uskonnollisille yhteisöille tiedon jakamisen haaste ei ole pelkästään viestinnällinen. Joillekin – etenkin niille, joiden perinteissä on tarkemmin määritellyt kosmologiset viitekehykset – avaruusolentojen vahvistaminen herättäisi aitoja teologisia kysymyksiä luomisesta, ihmiskunnan oletetusta ainutlaatuisesta asemasta sekä pyhien kertomusten luonteesta. Eri perinteet hyödyntävät erilaisia lähteitä näiden kysymysten käsittelyssä; valmistautumisen tehtävänä ei ole tarjota teologisia vastauksia, vaan varmistaa, että näille keskusteluille on tilaa ja että niitä tuetaan asianmukaisen pastoraalisen koulutuksen saaneiden ja arvostettujen henkilöiden toimesta. Suositellut toimet ovat seuraavat:

1. resurssit, jotka kehitetään aidossa yhteistyössä uskontojenvälisten järjestöjen kanssa sen sijaan, että ne määrättäisiin ulkopuolelta; ja

2. uskonnollisten johtajien ja pastoraalisten työntekijöiden valmistaminen käymään UFO-paljastukseen liittyviä keskusteluja seurakuntayhteisöissä ennen merkittäviä paljastuksiin liittyviä tapahtumia.

Tiedealan ammattilaisille haaste liittyy ammatilliseen identiteettiin ja vakiintuneisiin paradigmoihin, kuten osioissa 3.1 ja 4.2 on käsitelty. Haasteen ratkaisemiseksi tarvitaan kahta toimenpidettä. Ensimmäinen on yhteistyö tieteellisten seurojen kanssa sellaisten kannanottojen laatimiseksi, jotka antavat tutkijoille ja insinööreille institutionaalisen legitiimiyden käsitellä paradigmanmuutosta koskevia kysymyksiä ilman urakehitykseen kohdistuvia riskejä – näin puututaan rakenteelliseen esteeseen ennen kuin siitä tulee yksilöllinen este. Toinen on asiaankuuluvan tutkimuksen tukeminen akateemisen julkaisutoiminnan vakiintuneiden kanavien kautta, erityisesti paradigmanmuutosta aiheuttavan tiedon julkistamisen psykologisista ja yhteiskunnallisista ulottuvuuksista, jotta aiheeseen kohdistuva vakava akateeminen sitoutuminen normalisoituu ammatillisesti sen sijaan, että se vaarantaisi maineen. Molemmat edellyttävät, että kohdassa 6.2 kuvattu leimautumisen vähentämistyö on edennyt riittävän pitkälle, jotta osallistuminen on turvallista.

Haavoittuvien väestöryhmien – eli niiden, joilla on ennestään mielenterveysongelmia tai jotka kärsivät sosioekonomisesta huono-osaisuudesta tai epävarmasta asumistilanteesta – osalta ensisijaisena tavoitteena on varmistaa, että tukipalvelut tavoittavat juuri ne, jotka eivät todennäköisesti hakeudu apuun omatoimisesti. Kuten kohdassa 1.2 on esitetty, ohjenuorana toimii suhteellinen universalismi – epidemiologi Michael Marmotin [61] kehittämä periaate, jonka mukaan toimenpiteiden tulisi olla yleisiä, mutta niiden laajuuden ja intensiteetin tulisi olla suhteessa haavoittuvuuden tasoon. Haavoittuvat väestöryhmät muodostavat kokonaisuudessaan suurimman kohdassa 4.2 tunnistetun korkean riskin kohortin ja edustavat suurinta yksittäistä painepistettä NHS:n huippukapasiteetille, kuten kohdassa 8.2 kuvataan.

UAP/NHI-kokemusten kokijoille – henkilöille, jotka ovat kokeneet poikkeavia kohtaamisia ja jotka ovat mahdollisesti kantaneet näiden kokemusten taakkaa leimautumisen ja epäuskon vallitessa – paljastamista edeltävällä työllä on yksi ensisijainen tavoite ja yksi todennäköinen seuraus. Ensisijainen tavoite on huolenpito ja tunnustaminen: turvallisten, leimautumattomien tilojen luominen, joissa ihmiset voivat kertoa kokemuksistaan, saada ne otetuksi vakavasti ja käsitellä niiden merkitystä pelkäämättä pilkkaa tai hylkäämistä. Todennäköinen seuraus – jossa UAP/NHI-kokijat tuntevat tulevansa aidosti kuulluiksi ja päättävät jakaa kokemuksensa laajemmin – on se, että avoimesti jaetut ja omilla ehdoillaan vakavasti otetut todistukset edistävät yleisön laajempaa tietoisuutta paradigmanmuutoksen mahdollisuuksista.

7.4 Luotettavan äänenkannattajaverkoston rakentaminen

Luotettavien ja vaikutusvaltaisten vaikuttajien (tutkijoiden, kliinikoiden, teologien, filosofien ja julkisten intellektuellien) verkosto, joka on halukas ja kykenevä käsittelemään julkisesti ja vakavasti paradigmanmuutosta koskevia kysymyksiä, on keskipitkän aikavälin tavoite, joka riippuu siitä, että kohdassa 6.2 kuvatussa leimautumisen vähentämistyössä on edistytty riittävästi, jotta tällainen keskustelu on ammatillisesti turvallista. Ennen UFO-paljastusta verkosto edistää aiheen vakavan käsittelyn asteittaista normalisointia. Paljastuksen jälkeen verkosto tarjoaa uskottavia, riippumattomia ääniä, joihin viestintästrategia perustuu – tämä on ensimmäinen ja tärkein neljästä valmiusstrategian osatekijästä, joita kuvataan kohdassa 8.3. Verkostolle tarvitaan selkeät valintaperusteet, monimuotoisuusvaatimukset eri tieteenalojen, väestöryhmien ja kulttuuritaustojen osalta sekä riippumattomuuden takeet, jotka suojaavat sitä liittämiseltä mihinkään tiettyyn kantaan UFO-paljastuksen luonteesta tai tulkinnasta.

7.5 Keskusteluryhmät resilienssin vahvistamisen välineenä

Kohdassa 6.2 esitellyillä keskusteluryhmillä on kaksi tehtävää. Fasilitoivassa roolissaan ne toimivat mekanismina leimautumisen vähentämiseksi: ne tarjoavat sosiaalisen vuorovaikutuksen, jonka kautta asenteet muuttuvat. Tässä käsiteltävässä resilienssin vahvistavassa roolissaan ne toimivat ontologisen resilienssin mekanismina: ne tarjoavat jäsennellyn, ohjattavan tilan, jossa yksilöt voivat kognitiivisesti ja emotionaalisesti suhtautua paradigmanmuutoksen mahdollisuuksiin ennen kuin paljastustilanne tapahtuu, ja kehittää merkityksenmuodostuksen viitekehyksiä, joihin yksilöt voivat turvautua tarvittaessa.

Kun leimautuminen vähenee ja ryhmät kypsyvät, niiden rooli muuttuu turvallisen keskustelufoorumin tarjoamisesta kohti aktiivista osallistujien auttamista ontologista resilienssiä tukevien kognitiivisten ja emotionaalisten viitekehysten rakentamisessa. Ohjaajakoulutuksen tulisi olla suunniteltu siten, että se heijastaa molempia tavoitteita. Keskusteluryhmät ovat tässä mielessä yksi tärkeimmistä välineistä paljastamista

edeltävässä valmistautumisohjelmassa: ne vähentävät leimautumista, vahvistavat resilienssiä, tarjoavat yhteisöllisen infrastruktuurin äkillisten tilanteiden varalle (kuten kuvattu kohdassa 8.2), tuottavat laadullista näyttöä siitä, miten ihmiset käsittelevät aihetta, ja luovat sosiaalista verkostoa, joka tukee toipumista. Näiden ryhmien laajentaminen ei ole pelkästään uNHIddenin tehtävä; niiden on muodostuttava hajautetuksi, yhteisölähtöiseksi resurssiksi.

7.6 Kliininen tunnistaminen

Ontologisen shokin tunnustaminen uskottavaksi aiheeksi kliinisille jatkotutkimuksille – yhteistyössä American Psychiatric Associationin, American Psychological Associationin, Royal College of Psychiatristsin ja British Psychological Societyn kanssa – on se institutionaalinen toimi, joka antaisi resilienssin vahvistamiseen tähtäävälle työlle ammatillisen legitiimiyden. Pyyntö on vaatimaton ja tieteellisesti perusteltu: kyse ei ole uuden diagnoosiluokan luomisesta, vaan sen tunnustamisesta, että paradigmanmuutosta aiheuttava tieto voi aiheuttaa aitoa psykologista ahdistusta, joka oikeuttaa kliinisen huomion ja tutkimuksen. Kuten kohdassa 3.1 todettiin, ontologista shokkia ei voida selkeästi sijoittaa olemassa oleviin luokkiin, kuten PTSD:hen tai suruun. Tavanomaiset terapeuttiset interventiot eivät välttämättä sovellu suoraan näihin tilanteisiin, ja validoitujen lähestymistapojen kehittäminen edellyttää sellaista kliinistä tutkimusta, jonka ammattijärjestöjen tunnustaminen mahdollistaisi. Tämä tunnustaminen on myös edellytys kohdassa 8.2 kuvatulle ammattilaisten jatkuvan ammatillisen kehityksen (CPD) ohjelmalle, joka riippuu juuri niistä ammattijärjestöistä, joiden osallistumista tässä pyydetään.

8. Valmius ylikuormitustilanteisiin

8.1 Tavoite ja soveltamisala

Tämän osion tavoitteena on varmistaa, että jos tapahtuu merkittävä tietojen julkistaminen, vastausta ei tarvitse laatia välittömästi tyhjästä. Kaikki tässä kuvattu on rakennettava, testattava ja saatava valmiiksi ennen kuin sitä tarvitaan. Todellinen menestyksen mittari ei ole se, onko malli paperilla hyvin suunniteltu, vaan se, onko jokainen elementti tiedon paljastumisen hetkellä aidosti valmis aktivoitavaksi. Kuten kohdassa 3.3 todettiin, merkittävä paljastus leviäisi maailmanlaajuisesti muutamassa minuutissa. Aika, jonka kuluessa alkuperäistä julkista vastausta voidaan muokata, on erittäin lyhyt, eikä mitään, mitä ei ole rakennettu etukäteen, ole olemassa riittävän ajoissa, jotta sillä olisi merkitystä.

Hätätilavalmiudessa on kaksi erillistä vaihetta. UFO-paljastusta edeltävä vaihe koskee valmistautumista: tarvittavien työkalujen, verkostojen, protokollien ja viestintäarkkitehtuurin rakentamista. Julkistamisen jälkeinen vaihe koskee toimintaan siirtymistä: rakennettujen

järjestelmien käyttöönottoa nopeasti ja laajamittaisesti tilanteissa, joissa kysyntä on suurta, tieto on monimutkaista ja institutionaalinen paine on kovaa. Tässä osiossa käsitellään molempia vaiheita.

8.2 Ylikuormitustilannemalli

Hätätilannevalmius on suunniteltu toimimaan neljän tason kautta, joista kukin vastaa eri tasoisista tarpeista ja pystyy toimimaan silloinkin, kun ylemmät tasot ovat ylikuormittuneita. Tämä kerrostettu rakenne heijastaa Zhaon ja hänen kollegoidensa kuvaamaa ja kohdassa 2.2 käsiteltyä terveydenhuoltojärjestelmän kestävyyden kolmitasoista mallia, jota on mukautettu psykologisen ja ontologisen hätätilanteen erityispiirteisiin. [28] COVID-19-pandemian kokemukset ovat tässä yhteydessä suoraan merkityksellisiä: kuten kohdassa 2.2 todettiin, mielenterveyspalvelujen kysyntä ei saavuttanut huippuaan pandemian ensimmäisinä viikkoina, vaan kasvoi kuukausien ja vuosien ajan. Nelikerroksinen malli on suunniteltu ylläpitämään kapasiteettia keskipitkällä aikavälillä, ei pelkästään tilanteen paljastumisen välittömässä vaiheessa.

Malli toimii neljän tason kautta: (1) itseapuresurssit; (2) yhteisön tuki keskusteluryhmien kautta; (3) jäsennelty terapia ja ammattilaisten tuki; sekä (4) potilaiden luokittelu ja kliininen lähete. Kukin taso kuvataan alla.

Ennen kuin kuvataan kutakin tasoa, on syytä käsitellä yhteisö- ja vertaisperusteisiin tukimekanismeihin liittyviä suojeluriskejä. Kaikissa malleissa, joissa hyödynnetään ohjattuja keskusteluryhmiä, vertaisverkostoja ja digitaalisia työkaluja laajamittaisesti, on nimenomaisesti varauduttava sekä haittojen että hyötyjen mahdollisuuteen. Erityisiä riskejä ovat muun muassa:

1. ohjattu ryhmä, joka pahentaa ahdistusta sen sijaan, että lieventäisi sitä, jos ohjaaja on puutteellisesti koulutettu;

2. ryhmä, joka joutuu tietyn narratiivin tai uskomusjärjestelmän edistävän hallitsevan henkilön vaikutusvaltaan;

3. väärää tietoa, jota levitetään kyseenalaistamatta yhteisössä, joka tuntuu turvalliselta mutta jossa puuttuu kliininen valvonta;

4. todellisessa psykiatrisessa kriisissä oleva henkilö, jota ei tunnisteta tai ohjata asianmukaisiin palveluihin; ja

5. digitaalisten työkalujen avulla kerättyjen henkilötietojen riittämätön suojaus.

Nämä riskit ovat hallittavissa, sillä vakiintuneissa vertaistuki- ja yhteisöpohjaisissa mielenterveysmalleissa on kehitetty suojausrakenteita vuosikymmenien ajan, mutta ne

edellyttävät harkittua suunnittelua eivätkä voi perustua oletuksiin. Turvallisuusprotokollien, selkeiden eskalointisääntöjen, ohjaajien valvonnan ja säännöllisen seurannan on oltava olennainen osa mallia alusta alkaen, eikä niitä saa lisätä jälkikäteen, kun ohjelmat ovat jo käynnissä. Keskusteluryhmämalli (A2 kohdassa 9.2 olevassa toteutustaulukossa) – joka sisältää osallistujia koskevan huolenpitovelvollisuuden oikeudellisen ja eettisen arvioinnin, turvallisuusprotokollat ja eskalointisäännöt – on ensisijainen väline suojatoimenpiteiden olemassaolon varmistamiseksi.

Ensimmäinen taso on itseapu: resurssit, joihin yksilöt pääsevät käsiksi ilman ammattilaisten välitystä. uNHIdden kehittää tätä tarkoitusta varten kahta pääasiallista työkalua. Ensimmäinen on hyvinvoinnin tukiohje – jota viimeistellään parhaillaan ja joka odottaa uNHIddenin lääketieteellisen neuvottelukunnan hyväksyntää – ja joka on suunniteltu auttamaan yksilöitä hallitsemaan paljastamiseen liittyvän tiedon mahdollisesti aiheuttamaa ahdistusta ja hämmennystä käytännönläheisten, kliinisesti perusteltujen ohjeiden avulla. Toinen on keskusteluoppaiden sarja – jäsenneltyjä työkaluja, jotka on suunniteltu auttamaan ohjaajia ja yksilöitä käsittelemään paljastamiseen liittyviä kysymyksiä rakentavalla tavalla – ja sekin on parhaillaan kehitteillä ja käy läpi samaa arviointiprosessia. Molempien työkalujen on oltava lopullisessa, testatussa muodossa ennen mitä tahansa paljastustilannetta, valmiina välittömään laajamittaiseen jakeluun. Kysymys siitä, miten ne jaetaan laajamittaisesti, on sinänsä varautumishaaste: paljastuksen hetkellä digitaalinen jakelu on välttämätöntä, ja tämä saattaa edellyttää etukäteen erityisen sovelluksen tai alustan kehittämistä. Resurssien viimeistely on välitön prioriteetti; jakelualusta on myöhempi kehitystehtävä.

Toinen taso on yhteisön tuki: nopeasti eri alueille perustetut ohjattavat keskusteluryhmät, jotka tarjoavat jäsenneltyjä ja vakaita tiloja, joissa ihmiset voivat käsitellä paljastettua tietoa yhdessä sen sijaan, että tekisivät sen yksin tai verkossa. Luvussa 7.5 kuvattu keskusteluryhmämalli on ihanteellinen väline – ja tässä on kyseessä tärkeä jatkuvuus. Samat ryhmät, jotka ennen tietojen paljastamista tarjoavat turvallisen tilan vakavaan pohdintaan paradigmanmuutoksen mahdollisuuksista ja auttavat rakentamaan ontologista resilienssiä, muuttuvat tietojen paljastamisen jälkeen ensisijaiseksi yhteisöllisen tuen mekanismiksi. Niitä ei tarvitse luoda tyhjästä kriisin hetkellä; niiden on oltava riittävän kehittyneitä, ja niissä on oltava koulutettuja fasilitaattoreita sekä testattuja suojelukehyksiä, jotta ne voivat siirtyä nopeasti resilienssin rakentamisesta aktiiviseen tukeen ja laajentua useisiin ympäristöihin ilman laajaa valmistelua. Keskusteluryhmämalli on tällä hetkellä pilottivaiheessa; sen laajamittaisen tehokkuuden näyttöä ei ole vielä vahvistettu. Laajentaminen riippuu positiivisesta pilottiarvioinnista, joka on lähitulevaisuuden prioriteetti. Tämä jatkuvuus – sama infrastruktuuri, joka palvelee sekä varautumista että reagointia – on yksi mallin tehokkaimmista piirteistä.

Kolmas taso on järjestelmällinen terapia ja tuki. Terapeuttien, neuvonantajien ja yleislääkäreiden on suoritettava asiaankuuluva ammatillinen jatkokoulutus ennen kuin tieto paljastetaan, ei vasta sen jälkeen.

UFO-paljastuksen mahdollisesti aiheuttamat reaktiot väestössä – jotka voivat olla samankaltaisia kuin akuutti stressi, sopeutumishäiriö ja eksistentiaalinen kriisi, mutta joiden yhteisenä laukaisijana on paradigmanmuutosta aiheuttava tieto – eivät tule riittävästi esille nykyisessä kliinisessä koulutuksessa, ja on epätodennäköistä, että ammattilaiset, jotka kohtaavat ne ilman valmistautumista, pystyvät reagoimaan niihin tehokkaasti. Vaadittavan jatkokoulutuksen ei tarvitse olla laajaa: hyvin suunniteltu moduuli, joka kattaa ontologisen shokin luonteen, sen kliiniset oireet, asianmukaiset terapeuttiset toimenpiteet, eskalointikynnykset sekä riskiryhmien erityiset haavoittuvuudet, olisi realistinen ja oikeasuhteinen lähtökohta. Jos tämä moduuli rakennettaisiin laajemmin paradigmaa muuttavaa tietoa koskevien reaktioiden ympärille – kattaen paljastustilanteet sekä muut sivilisaation mittakaavassa tapahtuvat paljastukset, kuten yleisen tekoälyn synty – se olisi sekä ammatillisesti hyväksyttävämpi että kestävämpi investointi. Jatkuva ammatillinen kehittyminen tulisi kehittää yhteistyössä American Counseling Associationin, American Psychological Associationin, American Academy of Family Physiciansin, British Association for Counseling and Psychotherapyn, British Psychological Societyn ja Royal College of General Practitionersin kanssa, ja se tulisi toteuttaa olemassa olevien jatkuvan ammatillisen kehityksen järjestelmien kautta eikä erillisen ammattilaisten verkoston kautta. Kohdassa 7.6 tavoiteltu kliininen tunnustaminen on tämän työn edellytys.

Neljäs taso käsittää merkittävämpien mielenterveysongelmien luokittelun, arvioinnin ja hoidon. Valtaosa paljastuksen kohteeksi joutuneista ihmisistä ei tarvitse kliinistä hoitoa – he voivat olla ahdistuneita, järkyttyneitä, hämmentyneitä tai kamppailla saadun tiedon käsittelyn kanssa, mutta nämä ovat normaaleja inhimillisiä reaktioita poikkeuksellisiin uutisiin. Kolmella ensimmäisellä tasolla kuvatut itseapuresurssit, keskusteluryhmät ja ammattilaisten tuki on suunniteltu nimenomaan vastaamaan tämän enemmistön tarpeisiin. Lajittelussa keskitytään siihen pieneen vähemmistöön, jonka reaktio ulottuu kliinisen mielenterveyden alueelle – akuutti psykiatrinen kriisi, vakava tilan heikkeneminen tai muut oireet, jotka vaativat kiireellistä kliinistä arviointia – ja jotka on tunnistettava nopeasti ja ohjattava asianmukaiseen hoitoon. Tähän sisältyvät arviointi- ja lähetyspolut niille, joilla on kohonnut riski vahingoittaa itseään tai muita, olemassa olevien mielenterveyden hätätilanteiden toimintamallien mukaisesti.

Vertaus UAP/NHI-kokemusten tukipalveluihin on opettavainen: suurin osa poikkeuksellisista kohtaamisista kertovista henkilöistä käsittelee jotain outoa ja tuntematonta, kun taas pieni osa kärsii vakavammasta psykiatrisesta ahdistuksesta ja tarvitsee kliinistä apua. Kuntien ja kliinisten palvelujen, mukaan lukien perusterveydenhuollon, palvelupisteiden tulisi hallita hoitopolkuja, jotka mahdollistavat potilaiden luokittelun sekä pääsyn asianmukaiseen jatkohoitoon ja tukeen. Selkeä menettelytapa – joka on kehitetty ja testattu etukäteen yhdessä NHS Englandin, integroitujen hoitolautakuntien, SAMHSA:n ja vastaavien kumppaneiden kanssa ja joka on yhteensopiva olemassa olevien mielenterveyden hätätilanteiden puitteiden kanssa – on välttämätön silta yhteisötason tuen ja virallisen terveydenhuollon välillä. Ilman sitä on vaarana, että se pieni vähemmistö, joka aidosti tarvitsee kliinisiä palveluja, jää huomaamatta niiden paljon suuremman joukon joukossa, jotka eivät niitä tarvitse.

Teknologialla voi olla vahvistava rooli kaikilla neljällä tasolla – resurssien nopeassa jakamisessa, laajamittaisten keskusteluryhmien järjestämisessä sekä potilaiden luokittelun ohjaamisessa – mutta se täydentää ihmiskeskeistä tukea sen sijaan, että korvaisi sen.

Tämän mittakaavan teknologian kehittäminen ylittää pienen voittoa tavoittelemattoman järjestön nykyiset resurssit, sillä merkittävän digitaalisen alustan mukanaan tuomat tietosuojavelvoitteet, turvallisuusvaatimukset ja jatkuvat ylläpitovaatimukset edellyttävät resursseja ja infrastruktuuria, jotka ylittävät pienen voittoa tavoittelemattoman järjestön mahdollisuudet. Teknologiapohjaisten työkalujen kehittäminen määritellään tässäkin yhteydessä työvirraksi, joka on tarkoitettu resurssiltaan vahvemmille kumppaneille – olipa kyseessä sitten NHS:n digitaalinen infrastruktuuri, vakiintuneet mielenterveysalustat tai teknologia-alan organisaatiot, joilla on asianmukaiset hallinto- ja tietoturvavalmiudet.

8.3 Viestintävalmiuksien rakentaminen

Viestintästrategia, joka käynnistyy vasta tiedon julkistamisen yhteydessä, on jo epäonnistunut. Kaiken tämän osion sisällön on oltava valmiiksi rakennettu, testattu ja käyttövalmis ennen kuin sitä tarvitaan. Haasteen laajuutta havainnollistaa niin sanottu ”20 minuutin ongelma”: kuten osiossa 3.3 [47] käsitellyssä MIT Media Labin analyysissä osoitetaan, väärä tieto leviää nopeammin kuin tosi, ja aika, jonka kuluessa yleisön alkuperäistä reaktiota voidaan ohjata, on erittäin lyhyt.

Viestinnän valmiuden kaksi osa-aluetta edellyttävät valmistautumista ennen tiedon julkistamista. Ensimmäinen osa-alue on kohdassa 7.4 kuvattu luotettavien vaikuttajien verkosto, jota tässä tarkastellaan sen koko jatkumona: kyse ei ole äänistä, jotka aktivoituvat vasta tiedon julkistamisen hetkellä, vaan uskottavista julkisista henkilöistä, jotka ovat jo ennen julkistamista olleet mukana normalisoimassa vakavaa julkista keskustelua paradigmanmuutoksen mahdollisuuksista. UFO-paljastuksen jälkeen juuri tästä vaikuttajien verkostosta – yhdessä kohdassa 6.4 kuvatun virallisemman neuvoa-antavan elimen kanssa – tulisi uskottavan riippumattoman kommentaarin ensisijainen lähde ja realistisin mekanismi väärän tiedon torjumiseksi laajamittaisesti. Kuten kohdissa 3.2 ja 3.3 todettiin, hallitukset voivat kohdata sekä luottamuspulaa että käytännön rajoituksia kyvyssään hallita tiedonkulkua; hallituksesta riippumattomat arvovaltaiset äänet voivat juuri tämän riippumattomuutensa vuoksi olla painavampia. Toinen elementti on ryhmäkohtaiset viestintäkehykset, jotka on kehitetty etukäteen niille väestöryhmille, jotka todennäköisimmin tarvitsevat niitä. Näiden tulisi olla yhdenmukaisia HNA:ssa tunnistettujen korkean riskin ryhmien kanssa, mutta niiden ei tulisi rajoittua niihin. Niiden tulisi sisältää:

1. vanhemmille ja kouluille tarkoitettuja resursseja siitä, miten lapsille voidaan puhua paljastetuista asioista;

2. materiaalia, joka tukee tiedealan ammattilaisia heidän käsitellessään paradigmanmurroksia;

3. yhdessä uskonnollisten yhteisöjen kanssa laadittuja ohjeita teologiseen pohdintaan; sekä

4. tukea UAP/NHI-kokemusten kokijoille, joille paljastukset saattavat tuoda uudelleen esiin aiempia kohtaamisia, pelkoja tai pitkäaikaista ahdistusta, joka johtuu siitä, että heidän kokemuksensa on sivuutettu tai pilkattu.

8.4 Välitön reaktio

Kun UFO-paljastus tapahtuu, tässä osiossa kuvattu varautumiskyky aktivoituu. Reagointitoimenpiteiden laatu riippuu suoraan paljastumista edeltävistä valmisteluista – niillä osa-alueilla, joilla valmistautuminen on edistyneempää, toimet voidaan toteuttaa sujuvammin; niillä osa-alueilla, joilla valmistautuminen on puutteellisempaa, joudutaan turvautumaan improvisaatioon, mikä heikentää toimien tehokkuutta. Tärkeimmät välineet tilanteessa, jossa tieto paljastuu, ovat:

1. hyvinvointiohjeen ja keskusteluoppaiden välitön jakelu kaikkien käytettävissä olevien kanavien kautta;

2. keskusteluryhmien nopea laajentaminen;

3. luotettavien yhteyshenkilöiden verkoston ja tiedonantovalmiusneuvontaryhmän käyttöönotto;

4. triage-prosessin käynnistäminen; ja

5. ryhmäkohtaisten viestintämallien jakaminen niitä tarvitseville yhteisöille.

Kohdassa 5.3 määritelty viitekehyksen periaate on tärkeimmillään välittömästi tiedon julkistamisen jälkeen. Julkisessa viestinnässä ja ryhmätyöskentelyssä tulisi välttää kiusausta aloittaa kysymyksillä ”onko sinulla vaikeaa?” tai ”tarvitsetko tukea?” – se viestittää, että ahdistus on odotettu reaktio, ja voi itse asiassa aiheuttaa juuri sitä ahdistusta, jota yritetään lievittää. Kliininen triage ja arviointi toimivat eri tavalla, ja niissä tulisi noudattaa vakiintuneita mielenterveyden viitekehyksiä. Parempi lähtökohta on uteliaisuus ja avoimuus: mitä on paljastettu, mitä se tarkoittaa, mikä on vielä epäselvää ja missä kohdissa aito huoli on perusteltua. Rehellisyys kaikista tosiasioista, myös vaikeista, on vakauttavampaa kuin sellaiset rauhoittavat sanat, jotka ovat ristiriidassa sen kanssa, mitä ihmiset itse näkevät. Kohdassa 7.3 esitetyt kohdennetut valmistelut jokaiselle HNA:ssa tunnistetulle korkean riskin väestöryhmälle on suunniteltu juuri tätä hetkeä varten, ja ne tulisi ottaa käyttöön osana välitöntä reagointia.

8.5 Toipuminen

Toipuminen (eli ajanjakso, joka kestää noin neljästä viikosta kahteen vuoteen UFO-paljastuksen jälkeen) ei tarkoita paluuta paljastusta edeltävään tilanteeseen. Se on uuden normaalin rakentamista, jossa julkistettu tieto integroituu yleiseen ymmärrykseen, institutionaalisiin puitteisiin ja yksilölliseen merkityksenantoon. Siirtyminen akuutista tuesta pitkäaikaiseen tukeen on yksi toiminnallisesti vaikeimmista vaiheista missä tahansa kansanterveyshätätilanteessa. Kohdassa 2.2 käsitelty COVID-19-kokemus on suora esikuva – mielenterveyspalvelujen kysyntä ei saavuttanut huippuaan pandemian ensimmäisinä viikkoina, vaan jatkoi kasvuaan kuukausien ja vuosien ajan. Keskusteluryhmien on jatkettava toimintaansa laajamittaisesti toipumisjakson jälkeen; ammattilaisten verkostoa on ylläpidettävä ja sen tietopohja pidettävä ajan tasalla, ja triage-prosessin on pysyttävä toiminnassa.

Pidemmällä aikavälillä viestintä siirtyy kriisikeskeisestä lähestymistavasta – mitä tapahtuu, mitä se tarkoittaa ja mistä saa apua – integraatiokeskeiseen lähestymistapaan: miten julkistettu tieto muuttaa käsitystämme itsestämme ja maailmastamme. Väärän tiedon torjunta jatkuu, mutta keskipitkän aikavälin haasteena on nyt vahvistaa kansalaisten kykyä selviytyä väärästä tiedosta.

Sen järjestelmällinen arviointi, mitkä toimenpiteet olivat tehokkaita, kenelle ja millaisissa olosuhteissa, on sekä kansanterveydellinen velvollisuus että edellytys valmiuden parantamiselle tulevia, paradigmanmuutosta aiheuttavia tapahtumia varten.

Syvin toipumisen muoto on sukupolvelta toiselle siirtyvä. Aivan kuten yhä useammat ihmiset eivät enää muista maailmaa ennen internetiä, tulee hetki, jolloin suurin osa ihmisistä ei enää muista maailmaa ennen UFO-paljastusta – heille ei-ihmisälyn todellisuus on yksinkertaisesti osa ihmiselämän itsestään selviä olosuhteita. Planck havaitsi, että uudet tieteelliset totuudet vakiintuvat yleensä ei siten, että vastustajat saadaan vakuutettua, vaan siksi, että uusi sukupolvi kasvaa jo niihin tottuneena. [62] Tämä saattaa lopulta päteä myös paljastukseen. Kansanterveyden varautumisen tehtävänä ei ole ratkaista tätä pitkää kehityskaarta – sen tehtävänä on varmistaa, että siirtymä sujuu mahdollisimman vähällä tarpeettomalla kärsimyksellä.

9. Toteutus

9.1 Toimenpidepyyntö

Tässä raportissa kuvataan toimenpiteet, joita tarvitaan, jotta paradigmanmuutosta aiheuttavan tiedon julkistaminen saisi aikaan merkittävän vaikutuksen ja jotta siihen voitaisiin reagoida asianmukaisesti kansanterveyden kannalta. Tässä osiossa esitetään

organisaatiot ja henkilöt, jotka ovat parhaassa asemassa viemään eteenpäin erilaisia toimia, sekä perusteet, joiden nojalla heitä kehotetaan toimimaan.

Tietojen julkistamiseen valmistautumista koskevaa ohjelmaa ei voi toteuttaa yksinään mikään yksittäinen organisaatio. Se kattaa leimautumisen vähentämisen, kliinisen tutkimuksen, simulaatioharjoitukset, toimijoiden sitouttamisen, yhteisön infrastruktuurin, ammattilaisten koulutuksen, viestintärakenteen sekä rakenteellisen kehityksen useiden vuosien ajanjaksolla. uNHIddenin rooli on aloitteentekijä ja koordinoija – se esittää perustelut, osoittaa konseptin toimivuuden niillä alueilla, joilla se voi toimia suoraan, ja luo edellytykset muiden osallistumiselle. uNHIddenin toiminnasta seuraa suoraan seuraavaa:

1. hyvinvoinnin tukiohje ja keskusteluoppaat, kun ne on viimeistelty ja lääketieteellinen neuvottelukunta on ne hyväksynyt;

2. Keskusteluryhmä-pilottihanke, joka on kehitetty niin pitkälle, että malli, ohjaajien koulutuskehys ja suojeluprotokollat ovat yhteisö- ja kolmannen sektorin organisaatioiden itsenäisesti toistettavissa;

3. ehdotettu konferenssi ja alustava sidosryhmien osallistaminen, joiden kautta tietojen paljastumiseen varautumista käsittelevä neuvoa-antava ryhmä aletaan perustaa; ja

4. yhteistyö hallitusten, terveysviranomaisten ja ammattijärjestöjen kanssa, jotta tietojen paljastumiseen varautuminen tunnustettaisiin oikeutetuksi kansanterveyden suunnitteluhaasteeksi.

Kaikki muut tässä raportissa ehdotetut toimet – simulaatioharjoitus, tutkimusohjelma, ammattilaisten jatkuva ammatillinen kehittyminen, virallinen neuvoa-antava elin, triage-prosessi ja viestintäkehykset – edellyttävät mukana olevia kumppaneita ja rahoitusta.

Ensimmäinen konkreettinen askel tämän yhteistyöverkoston rakentamisessa on ehdotettu monialainen konferenssi, joka on suunniteltu pidettäväksi Yhdysvalloissa vuoden 2026 lopulla ja johon myös Yhdistynyt kuningaskunta osallistuu. Organisaatioita, joilla on valmiudet, toimeksianto ja resurssit ottaa johtava rooli tietyissä työryhmissä, pyydetään ottamaan yhteyttä uNHIddeniin. Toimintaohjelma on esitetty kohdassa 9.2.

9.2 Toimenpiteiden yhteenveto ja perustavat toimet

Seuraavassa taulukossa on yhteenveto kaikista toimista. Toimet on poimittu 6, 7, 8 ja 9.1 kohdista, ja ne on ryhmitelty toiminnallisuuden mukaan eikä aikajärjestyksessä; neljäs ryhmä koskee rahoitusta. Neljä toiminnallista ryhmää ovat:

A. Tukitoimet

B. Keskiarvon siirtäminen (ontologisen resilienssin rakentaminen)

C. Valmius äkillisiin tilanteisiin

D. Rahoitus.

Useita toimia viedään eteenpäin samanaikaisesti. Konferenssi on ensimmäinen tilaisuus, jossa aikataulutus, resurssien kohdentaminen ja työryhmien vastuut määritetään yhteisesti eikä pelkästään uNHIddenin toimesta.

Kaikista alla luetelluista toimista neljä on lähitulevaisuudessa keskeisiä, sillä juuri ne luovat todennäköisimmin peruuttamatonta liikettä ja tekevät yhä vaikeammaksi sivuuttaa tiedonantovalmiutta koskevan toimintasuunnitelman:

1. rahoitettu tutkimussuunnitelma ontologiselle resilienssille, jotta myöhemmät toimet perustuvat näyttöön eikä oletuksiin;

2. simulaatioharjoitus, jossa on mukana vähintään yksi uskottava institutionaalinen yhteisjärjestäjä, mikä antaa legitimiteetin kaikille muille toteutettaville toimille;

3. monialainen konferenssi, jossa nimetään työryhmien vetäjät, luodaan perustukset tiedonantovalmiuden neuvoa-antavalle ryhmälle ja koalitio muuttuu haaveesta todellisuudeksi; ja

4. vähintään yksi hallitus- tai ammattijärjestö, joka on virallisesti ottanut kantaa tiedonantovalmiuden kysymykseen ja sitoutunut jatkokäsittelyyn.

These correspond broadly to actions A3, A4, A5 and A6 in the table below. All other actions referenced in the table below represent important investments in a more resilient and comprehensive response to disclosure, but these four foundational actions establish the disclosure preparedness program as real rather than aspirational.

Toimenpiteet

A. Fasilitoivat toimet

A1 – Vähentäminen: Kehitetään ohjelma, jolla mitataan ja vähennetään leimautumista, joka liittyy vakavaan suhtautumiseen poikkeaviin kokemuksiin ja paradigmanmuutosta aiheuttaviin tietoihin. Ennen toimenpiteiden aloittamista suoritettava lähtötilannearviointi on välttämätöntä edistymisen seuraamiseksi ja vaikutusten arvioimiseksi.

Kuka johtaa? Akateemiset ja kansanterveysalan laitokset suunnittelevat mittausvälineitä ja arvioivat vaikutuksia; leimautumisen vähentämiskampanjoista kokemusta omaavat voittoa tavoittelemattomat järjestöt johtavat toteutusta; uNHIdden käynnistää hankkeen ja osallistuu sen suunnitteluun.

A2 – Keskusteluryhmämalli: ohjaajien koulutuksen viitekehys, joka sisältää turvallisuustoimenpiteet – mukaan lukien osallistujia kohtaan noudatettava huolenpitovelvollisuus, eskalointisäännöt, valvonta ja seuranta – ja jota yhteisö- ja voittoa tavoittelemattomat järjestöt voivat ottaa käyttöön ilman laajaa valmistelutyötä.
Ennen laajamittaista käyttöönottoa tulisi teettää mallin oikeudellinen ja eettinen arviointi, joka kattaa tietosuojan, suostumuksen ja vastuukysymykset. Toteutetaan pilottiprojekti uNHIddenin keskusteluryhmän kautta ja kehitetään mallia niin pitkälle, että muut organisaatiot voivat ottaa sen käyttöön ja järjestää ryhmiä itsenäisesti.

Kuka johtaa? uNHIdden kehittää mallin ja pilotoi; oikeudelliset neuvonantajat ja lastensuojelun asiantuntijat antamaan neuvoja huolenpitovelvollisuudesta, suostumuksesta ja tietosuojakehyksistä; yhteisö- ja voittoa tavoittelemattomat järjestöt mallin laajamittaiseen käyttöönottoon.

A3 – Ontologisen shokin tutkimus: Tilataan tutkimus, jossa selvitetään ontologista resilienssiä tukevia tai heikentäviä psykologisia ja sosiaalisia mekanismeja, ja kehitetään mittausmenetelmiä, joiden avulla voidaan määrittää lähtötaso ja seurata, toimivatko toteutetut toimenpiteet.
Kuka johtaa? Akateemiset tutkimuslaitokset ja kansanterveyden tutkimusorganisaatiot suunnittelevat ja toteuttavat tutkimuksen; tutkimusneuvostot (Wellcome Trust, ESRC, NIH:n kaltaiset organisaatiot) rahoittavat sen; uNHIdden laatii alustavan spesifikaation ja etsii tilaajia.

A4 – Simulaatioharjoitus: Suoritetaan jäsennelty simulaatioharjoitus, jossa testataan valmiutta erilaisissa todennäköisissä tiedonpaljastustilanteissa – asteittaisissa, äkillisissä ja epäselvissä – jotta voidaan tunnistaa nykyisen suunnittelun puutteet sekä luoda suhteita ja yhteistä ymmärrystä, joita tehokas reagointi edellyttää. Tuloksena syntyvä virallinen jälkiarviointiraportti tarjoaa todistusaineiston perustan myöhemmälle yhteistyölle terveydenhuoltojärjestelmien ja kansallisten riskisuunnitteluprosessien kanssa.
Kuka johtaa? Hätäsuunnittelusta vastaava laitos tai kansanterveyden akateeminen yksikkö, jolla on asianmukaiset valmiudet suunnitella ja koordinoida toimintaa; uNHIdden, joka kehittää hanketta, etsii yhteistyökumppaneita ja hankkii rahoitusta; sekä hallituksen hätäsuunnitteluryhmät ja terveydenhuoltojärjestelmän edustajat, jotka osallistuvat toimintaan.

A5 – Konferenssi: Järjestetään monialainen konferenssi, jossa tämän raportin analyysiä testataan stressitestillä, nimetään työryhmien vetäjät ja aloitetaan toteutusyhteistyön rakentaminen. Tapahtuma on suunniteltu pidettäväksi Yhdysvalloissa vuoden 2026 lopulla, ja siihen osallistuu myös Yhdistynyt kuningaskunta.

Kuka johtaa? uNHIddenin on otettava aloite ja järjestettävä tapahtuma; toivottavaa on, että järjestäjänä toimii yhdysvaltalainen akateeminen tai kansanterveysalan laitos; osallistuvien organisaatioiden on sitouduttava tiettyihin työryhmiin joko konferenssin aikana tai sen jälkeen.

A6 – Instituutioiden osallistaminen: On pyrittävä saamaan hallitukset, terveysviranomaiset ja ammattijärjestöt tunnustamaan, että valmius tietojen paljastumiseen on oikeutettu kansanterveyden suunnitteluun liittyvä haaste. Tarkoituksena ei ole tukea mitään tiettyä näkemystä tietojen paljastumisen todennäköisyydestä, vaan tunnustaa, että nykyiset toimintakehykset eivät ole varautuneet sen seurauksiin.
Kuka johtaa? uNHIddenin tehtävänä on laatia ja kehittää tiedotusmateriaalia; Yhdysvaltojen (HHS, CDC, FEMA, APA, ACA, AAFP) ja Ison-Britannian (DHSC, UKHSA, Cabinet Office, RCPsych, BPS, BACP, RCGP) asiaankuuluvien elinten tehtävänä on reagoida asiaan ja osallistua toimintaan.

B. Keskiarvon siirtäminen – ontologisen resilienssin rakentaminen (koko väestöä koskeva ennaltaehkäisy)

B1 – Ontologisen shokin vähentäminen: Kehitetään ja toteutetaan toimenpideohjelma, jonka tavoitteena on vähentää väestötasolla ilmeneviä kielteisiä reaktioita paradigmanmuutosta aiheuttaviin tietoihin, hyödyntäen A3-kohdassa luotua näyttöpohjaa.
Kuka johtaa? Akateemiset tutkimuslaitokset ja kansanterveysviranomaiset vastaavat suunnittelusta ja toteutuksesta; Wellcome Trust, ESRC ja NIH:n kaltaiset tahot vastaavat rahoituksesta; uNHIdden laatii alustavat vaatimukset ja etsii hankkeen toteuttamiskumppanit.

B2 – Toimituskumppanien mukaanotto: Otetaan mukaan kunkin asianomaisen yhteisön sisällä toimivat organisaatiot, jotta voidaan varmistaa, että tukiresurssit ovat asianmukaisia, luotettavia ja kunkin ryhmän kannalta hyväksyttäviä, sekä jotta ne voivat johtaa niiden toimittamista. Kumppanit tulisi ottaa mukaan suunnittelutyöhön alusta alkaen sen sijaan, että heille esitettäisiin valmiita materiaaleja hyväksyttäväksi.
Kuka johtaa? Kansanterveys- tai kliininen organisaatio, jolla on resurssien kehittämisvalmiudet johtaa suunnittelua yhteistyössä yhteisöjärjestöjen kanssa; uNHIdden suhteiden luomiseen ja edistämiseen; uskontojenväliset järjestöt ja uskonnollisten yhteisöjen johtajat; tieteelliset seurat STEM-alan ammattilaisille; yhteisöjärjestöt haavoittuvassa asemassa oleville väestöryhmille; kokemusten jakajien verkostot kokemusten jakajille.

B3 – Kokijoiden tuki: Luodaan olosuhteet, joissa ihmiset, joilla on ollut poikkeavia kokemuksia, voivat jakaa kokemuksensa vakavasti ja ilman leimautumista. Ensisijaisena tavoitteena on huolenpito ja kokemusten tunnustaminen. Tunnistetaan ja tuetaan

organisaatioita, jotka ovat halukkaita tarjoamaan uskottavaa, kliinisesti perusteltua tukea kokemusten jakajille uNHIdden Conversations Group -pilottihankkeen ulkopuolella.
Kuka johtaa? uNHIdden osana keskusteluryhmäpilottihanketta; kliiniset psykologit ja neuvonantajat, joilla on asiaankuuluvaa kokemusta valvonnan hoitamiseksi; muut organisaatiot, jotka valitaan konferenssin ja sidosryhmien osallistamisprosessin kautta.

B4 – Äänenkannattajaverkoston rakentaminen: Luodaan kaksi erillistä mutta toisiinsa liittyvää verkostoa: luotettava äänenkannattajaverkosto, johon kuuluu uskottavia julkisuuden henkilöitä, jotka ovat valmiita käsittelemään vakavasti paradigmanmuutosta koskevia kysymyksiä sekä ennen paljastusta että sen jälkeen; sekä paljastumiseen valmistautumista käsittelevä neuvoa-antava ryhmä, joka pystyy antamaan arvovaltaista ja riippumatonta ohjausta paljastuksen yhteydessä.
Kuka johtaa? uNHIdden laatii toimeksiantoa ja valintaperusteita; riippumaton hallintoelin valvoo rekrytointia ja turvaa riippumattomuuden; akateemiset laitokset ja ammattijärjestöt etsivät ja tukevat osallistujia; konferenssi (A5) on DPAG:n perustamisen pääasiallinen tilaisuus.

B5 – Kliininen tunnistaminen: Pyrkikää saamaan tunnustusta sille, että paradigmanmuutosta aiheuttaviin tietoihin liittyvät psykologiset reaktiot ovat oikeutettu kliinisen tutkimuksen ja selvityksen kohde – kyse ei ole uuden diagnoosiluokan luomisesta, vaan siitä, että tunnustetaan, että nämä reaktiot ansaitsevat kliinistä huomiota ja että on kehitettävä validoituja hoitomenetelmiä. Tämä tunnustus on edellytys C2-tason ammatillisen jatkokoulutusohjelmalle.
Kuka johtaa? American Psychiatric Association; American Psychological Association; American Counseling Association; Royal College of Psychiatrists; British Psychological Society – tarkastelemaan asiaa ja antamaan vastauksen; uNHIdden – esittämään perustelut ja toimittamaan tukevaa näyttöä osana A6:n mukaista laajempaa sidosryhmien osallistamista.

C. Valmius hätätilanteisiin (kohdennettu reagointi)

C1 – Itseapuresurssit: Kehitetään ja viimeistellään ne itseapuresurssit, joita tarvitaan välittömästi jaettavaksi UFO-paljastustilanteessa: uNHIdden-hyvinvointiohje, joka on suunniteltu auttamaan yksilöitä selviytymään ahdistuksesta ja hämmennyksestä, sekä HNA:ssa tunnistettujen riskiryhmien ryhmäkohtaiset tukiresurssit. Kaikkien resurssien on oltava testattuja ja lopullisessa muodossaan ennen mitä tahansa tiedonantotilannetta.
Kuka johtaa? uNHIdden hyvinvointiohjeen osalta, edellyttäen että lääketieteellinen neuvottelukunta hyväksyy sen; kansanterveys- tai kliininen organisaatio, jolla on valmiudet kehittää ryhmäkohtaisia resursseja; jakelukumppanit, jotka levittävät materiaalia sen julkistamisen yhteydessä.

C2 – Jatkuva koulutus: Kehitetään ammatillisen jatkokoulutuksen moduuli, joka antaa terapeuteille, neuvonantajille ja yleislääkäreille valmiudet tunnistaa ja reagoida

paradigmanmuutosta aiheuttavan tiedon psykologisiin vaikutuksiin. Moduuli on laajasti määritelty siten, että se kattaa sekä tietojen paljastumistilanteet että muut sivilisaation laajuiset paljastukset. Moduuli toteutetaan olemassa olevien ammatillisen jatkokoulutuksen järjestelmien kautta. B5-luokituksen mukainen kliininen tunnistaminen on tämän työn edellytys.
Kuka johtaa? Britannian neuvonta- ja psykoterapiayhdistys (British Association for Counseling and Psychotherapy); Britannian psykologiyhdistys (British Psychological Society); Yleislääkäreiden kuninkaallinen korkeakoulu (Royal College of General Practitioners) sekä vastaavat yhdysvaltalaiset tahot, jotka kehittävät ja integroivat järjestelmän jatkuvaan ammatilliseen kehitykseen (CPD); akateemiset kliiniset yhteistyökumppanit, jotka tarjoavat tieteellisen perustan; uNHIdden, joka laatii alustavan erittelyn.

C3 – Keskusteluryhmämallin skaalaus: Laajennetaan A2-hankkeen puitteissa kehitettyä keskusteluryhmämallia useisiin eri ympäristöihin, jotta se voidaan ottaa nopeasti käyttöön yhteisön tukirakenteena tilanteessa, jossa asia paljastetaan. Ennen paljastamista nämä samat ryhmät vahvistavat ontologista resilienssiä; paljastamisen jälkeen ne toimivat ensisijaisena yhteisön tukimekanismina ilman, että niitä tarvitsee perustaa alusta alkaen.
Kuka johtaa? uNHIdden huolehtii toistettavan mallin ja suojelukehyksen ylläpidosta; yhteisö- ja voittoa tavoittelemattomat järjestöt ottavat mallin käyttöön ja pyörittävät ryhmiä laajamittaisesti.

C4 – Mielenterveys-triage: On kehitettävä ja testattava triage-menettely, jonka avulla voidaan tunnistaa se pieni vähemmistö ihmisistä, joiden reaktio tietojen paljastumiseen ylittää kliinisen mielenterveysongelman rajan, ja ohjata heidät nopeasti asianmukaiseen hoitoon, mukaan lukien arviointi- ja lähetyspolut niille, joilla on kohonnut riski vahingoittaa itseään tai muita. Menettely on kehitettävä ja testattava etukäteen, ja sen on oltava yhteensopiva olemassa olevien mielenterveyden hätätilanteiden toimintamallien kanssa.
Kuka johtaa? SAMHSA ja vastaavat kumppanit; NHS England; integroidun hoidon lautakunnat, jotka vastaavat hankkeen omistamisesta, kehittämisestä ja toteuttamisesta; paikalliset kriisivalmiusfoorumit, jotka integroivat hankkeen hätäsuunnitteluun; uNHIdden, joka käynnistää keskustelun ja esittää perustelut hankkeen kehittämiselle.

C5 – Äänenkannattajaverkoston käyttöönotto: On varmistettava, että luotettava viestintäverkosto ja B4:n puitteissa perustettu tiedonantovalmiusneuvontaryhmä ovat saaneet tarvittavat ohjeet, ovat valmistautuneet ja valmiina antamaan uskottavaa ja riippumatonta kommentointia heti tiedon julkistamisen hetkestä lähtien, mukaan lukien kyky reagoida nopeasti väärän tiedon torjumiseksi. On kehitettävä etukäteen ryhmäkohtaiset viestintäkehykset niille yhteisöille, jotka todennäköisimmin tarvitsevat niitä.
Kuka johtaa? Riippumaton hallintoelin, joka valvoo Trusted Voice -verkostoa ja DPAG:ta valmiuden varmistamiseksi; uNHIdden, joka kehittää viestintäkehyksiä yhteistyössä asiaankuuluvien yhteisöjärjestöjen kanssa; osallistuvat henkilöt ja laitokset, jotka sitoutuvat olemaan tavoitettavissa tietojen julkistamishetkellä.

D. Rahoitus

D1 – Rahoituksen turvaaminen: Varmistetaan hyväntekeväisyys- ja tutkimusrahoitus, jota ilman ohjelmaa ei voida toteuttaa täysimääräisesti. Tutkimus ja simulointi ovat todennäköisimpiä tekijöitä, jotka houkuttelevat institutionaalista rahoitusta alkuvaiheessa; konferenssi (A5) on ensimmäinen tilaisuus aloittaa rahoitusyhteistyön rakentaminen.
Kuka johtaa? uNHIdden johtaa rahoittajien kartoittamista ja suhteiden kehittämistä; hyväntekeväisyysrahoittajat, jotka ovat kiinnostuneita mielenterveydestä, eksistentiaalisista riskeistä, tiedeviestinnästä ja kansanterveyden varautumisesta; tutkimusneuvostot, kuten Wellcome Trust, ESRC ja NIH:n vastaavat organisaatiot; valtion terveysministeriöt tutkimus- ja simulointiosuuksien osalta.

9.3 Hallinto, resurssit ja seuraavat vaiheet

UFO-paljastuksen valmiusohjelma edellyttää tavoitteisiinsa ja riskeihinsä sopivaa hallintoa. Nykyisessä muodossaan hallinto on uNHIddenin hallintoneuvoston, OSAG:n ja lääketieteellisen neuvottelukunnan vastuulla. Kun ehdotettua ohjelmaa kehitetään ja yhteistyökumppanit sitoutuvat siihen, seuraava asianmukainen askel on perustaa konferenssin osallistujista koostuva ohjausryhmä, jolla on selkeät toimivaltuudet, päätöksentekovaltuudet ja vastuuvelvollisuusjärjestelyt. Tämä ohjausryhmä eroaa kohdassa 6.4 kuvatusta tiedonantovalmiuden neuvoa-antavasta ryhmästä, joka toimii riippumattomana asiantuntijaelimenä ja antaa luotettavaa julkista ohjausta tiedonantotilanteessa eikä ohjelman hallintomekanismina.

Ohjausryhmän tulisi laatia ja ylläpitää riskirekisteriä – jossa seurataan maineeseen kohdistuvia riskejä, suojautumisriskejä sekä mahdollisuutta, että viestinnän sävy tulkitaan kannanotoksi eikä ennaltaehkäiseväksi kansanterveystoimeksi – ja sitä tulisi tarkistaa säännöllisesti. Jos kokemuksen perusteella havaitaan, että muutosteoriaan sisältyvät oletukset eivät pidä paikkaansa, tiedonantovalmiusohjelmaa on mukautettava reaaliaikaisesti.

Rahoitustarpeet eivät ole yhtenäisiä. Jotkin osatekijät vaativat vain aikaa ja suhteita päteviin kumppaneihin: sidosryhmien osallistaminen, sektorien välinen yhteistyö ja luotettavan ääni-verkoston kehittäminen. Toiset osatekijät vaativat vaatimattomia rahoitusmääriä – fasilitaattorikoulutus sekä hyvinvointioppaan ja keskusteluryhmien pilottihankkeet – kun taas toiset vaativat merkittäviä investointeja – simulaatioharjoitus ja tutkimusohjelma. Rahoittajat, jotka ovat kiinnostuneita mielenterveydestä, eksistentiaalisista riskeistä, tiedeviestinnästä, kansanterveyden varautumisesta ja yhteisöjen resilienssistä, huomaavat tämän ohjelman osien olevan linjassa heidän prioriteettiensa kanssa. Tutkimus ja simulaatio ovat todennäköisimpiä tekijöitä, jotka houkuttelevat institutionaalista tutkimusrahoitusta alkuvaiheessa.

Ehdotetun tiedonantovalmiusohjelman tehokkuutta arvioidaan 5. osiossa esitetyn muutosteorian perusteella käyttäen mittauskehyksiä, jotka on kehitetty edellä olevassa taulukossa lueteltujen toimien A1 ja A3 puitteissa. Jos kyseessä on vaikutuksiltaan merkittävä paljastus, tiedonannon jälkeisenä aikana kerätyt todisteet ovat kansanterveyden kannalta erittäin arvokkaita – velvollisuutena olisi kerätä todisteita vastuullisesti, analysoida niitä perusteellisesti ja asettaa ne kansanterveys- ja tutkimusyhteisön saataville.

Monet ohjelman edellyttämistä valmiuksista – parannettu viestintä yleisölle epävarmuustilanteissa, yhteisöjen sietokyvyn vahvistaminen, mielenterveyden parempi integrointi hätätilavalmiuteen – ovat arvokkaita myös UAP-tietojen julkistamistilanteiden ulkopuolella. Kyseessä on investointi yleiseen sietokykyinfrastruktuuriin. Kehyksen onnistumista ei mitata yksittäisen organisaation suorituskyvyn perusteella, vaan sen perusteella, onko väestö – mikäli vaikutuksiltaan merkittävä julkistaminen tapahtuu – merkittävästi paremmin valmistautunut kuin se muuten olisi ollut.

Kiitokset

uNHIdden kiittää Ontological Security Advisory Groupin jäseniä tämän raportin tarkastelusta ja arvioinnista useiden luonnosversioiden aikana sekä uNHIddenin lääketieteellisen neuvottelukunnan jäseniä kliinisestä valvonnasta. Erityiset kiitokset kuuluvat lontoolaisen opetussairaalan kansanterveysasiantuntijalle, joka antoi asiantuntija-apua sekä terveydenhuollon tarpeiden arvioinnissa että tässä varautumissuunnitelmassa.

uNHIdden kiittää Gabriel G. De la Torreä ja Tim Lomasia, jotka ovat yhdessä John Priestlandin kanssa kirjoittaneet HNA:n oheisartikkelin, heidän panoksestaan tämän varautumissuunnitelman analyyttisten perusteiden luomiseen.

uNHIdden kiittää David Whitehousea hänen esipuheestaan sekä hänen laajemmasta työstään, jolla hän on edistänyt yleisön aktiivista osallistumista tähän aiheeseen.

uNHIdden kiittää Lynne Batesonia, Alexander Wendtiä, Brenda Denzleria ja Kerry Eskenas Schlossbergia aiempien luonnosversioiden kommentoinnista; Adrian Tayloria hänen panoksestaan muutosteorian viitekehyksen kehittämisessä sekä siihen liittyvissä käsitteellisissä keskusteluissa, jotka ovat vaikuttaneet terveystarpeiden arviointityöhön; sekä Jonathan Daviesia hänen väsymättömästä tuestaan uNHIddenille ja sen missiolle.

Kiitos Nick Robertsonille Designbysmith.comista taitosta ja suunnittelusta sekä Oli Uwinsille uNHIddenin logon ja tyylin kehittämisestä.

Liite A: Lähdeviitteet

1. Dominik M, Zarnecki JC. The detection of extra-terrestrial life and the consequences for science and society. Philos Trans R Soc A Math Phys Eng Sci. 2011;369(1936):499-507. doi:10.1098/rsta.2010.0236

2. Kean L, Blumenthal R, Cooper H. Glowing auras and 'Black Money': the Pentagon's mysterious U.F.O. program. New York Times. 2017 Dec 16.

3. Office of the Director of National Intelligence. Preliminary assessment: unidentified aerial phenomena. Washington DC: ODNI; 2021.

4. Trump DJ. Truth Social -julkaisu, jossa liittovaltion virastoja kehotetaan tunnistamaan ja julkaisemaan hallituksen asiakirjat, jotka koskevat tunnistamattomia ilmiöitä ilmatilassa (UAP) ja maapallon ulkopuolista elämää [sosiaalisen median julkaisu]. 19. helmikuuta 2026. Julkaistu: Time. 19. helmikuuta 2026. Saatavilla osoitteesta: https://time.com/7379947/trump-declassify-government-files-aliens-obama/

5. Obama B. Lausunnot Brian Tyler Cohenin podcastissa, 14. helmikuuta 2026 [tarkennettu Instagramissa, 15. helmikuuta 2026]. Julkaistu: CNN. 16. helmikuuta 2026. Saatavilla osoitteessa: https://edition.cnn.com/2026/02/16/americas/obama-clarifies-alien-comments-scli-intl

6. Luettmann P, Kosider F. Is foresight of Black Swans really impossible? Point of view: why unpredictable shocks only become clear in hindsight and how foresight can illuminate risk and intelligence functions. Zurich: Deloitte AG; 2026. [Mainittu kaupallisena riskianalyysinä, jossa sovelletaan skenaariomalleja NHI/UAP-tietojen julkistamiseen, ei vertaisarvioituna tutkimuksena.] Saatavilla osoitteesta: https://www.deloitte.com/ch/en/services/consulting/perspectives/how-to-foresee-black-swans.html

7. United Nations Conference on Environment and Development. Rio Declaration on Environment and Development, Principle 15. Rio de Janeiro: UNCED; 1992.

8. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.

9. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14(1):32-38. doi:10.1093/ije/14.1.32

10. NHS England, Department of Health and Social Care. COVID-19 mental health and wellbeing recovery action plan. London: NHS England; 2021.

11. Ohtsuru A, Tanigawa K, Kumagai A, et al. Nuclear disasters and health: lessons learned, challenges, and proposals. Lancet. 2015;386(9992):489-497. doi:10.1016/S0140-6736(15)00296-7

12. Hasegawa A, Tanigawa K, Ohtsuru A, et al. Health effects of radiation and other health problems in the aftermath of nuclear accidents, with an emphasis on Fukushima. Lancet. 2015;386(9992):479-488. doi:10.1016/S0140-6736(15)00302-X

13. European Commission. Communication on the precautionary principle. COM(2000) 1 final. Brussels: European Commission; 2000.

14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

15. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq. 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
16. uNHIdden Foundation. Ontological Security Advisory Group [internet]. London: uNHIdden Foundation; 2024. Saatavilla: https://www.unhidden.org/ontological-security-advisory-group/
17. Priestland J, De la Torre GG, Lomas T. Ontological resilience in paradigm-shifting disclosure: a health needs assessment. Preprints.
2026. doi:10.20944/preprints202605.1417.v1
18. uNHIdden Foundation. The impact of exceptional experiences and disclosure on mental health and wellbeing [White Paper]. London: uNHIdden Foundation; 2024.
Saatavilla: https://www.unhidden.org/white-paper/
19. uNHIdden Foundation. Health effects of encounters with unidentified anomalous phenomena [Report]. London: uNHIdden Foundation; 2025.
Saatavilla: https://www.unhidden.org/health-effects-report/
20. McCaw H. Unidentified anomalous phenomena: policy implications for the government of the United Kingdom. The White Papers of the Sol Foundation, Vol. 1, No. 3. May 2024.
Saatavilla: https://thesolfoundation.org/publications/unidentified-anomalous-phenomena-policy-implications-for-the-government-of-the-united-kingdom/
21. World Health Organization. International health regulations (2005). 3rd ed. Geneva: WHO; 2016.
22. Federal Emergency Management Agency. National response framework. 4th ed. Washington DC: FEMA; 2019.
23. Centers for Disease Control and Prevention. Public health emergency preparedness and response capabilities: national standards for state, local, tribal, and territorial public health. Atlanta: CDC; 2018.
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Disaster behavioral health [internet]. Rockville, MD: SAMHSA. Saatavilla: https://www.samhsa.gov/disaster-preparedness
25. Cabinet Office. Emergency preparedness. London: HM Government; 2013.
26. NHS England. Exercise Cygnus report: tier one command post exercise pandemic influenza. London: NHS England; 2017. [Huomautus: Koko raporttia ei ollut julkaistu julkisesti tämän artikkelin julkaisuhetkellä. Tämä viittaus koskee versiota, joka on myöhemmin julkistettu tietojen saantia koskevien pyyntöjen perusteella.]
27. US Department of Health and Human Services. Crimson Contagion 2019 functional exercise after-action report. Washington DC: HHS; 2020.
28. Zhao M, Bhatt P, Lam C, et al. Investing in health system resilience: experience and emerging concepts. BMJ Glob Health. 2021.

29. Zhao F, Bali S, Kovacevic R, Weintraub J. Strategic Investment for Health System Resilience. Washington DC: World Bank Group; 2024.
30. Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: a practical guide. London: Health Development Agency; 2005.

31. Centers for Disease Control and Prevention. Community health assessment and group evaluation (CHANGE). Atlanta: CDC; 2010.
32. Cabinet Office. National risk register 2023. London: HM Government; 2023. Saatavilla: https://www.gov.uk/government/publications/national-risk-register-2023
33. Royal Academy of Engineering. Building resilience: lessons from the Academy's review of the national security risk assessment methodology. London: RAEng; 2021.
34. Cavanagh, Z. Aihe: Kirjeenvaihto 27. lokakuuta 2025 [sähköposti, jonka Cabinet Officen kansallisten riskien postilaatikko lähetti J. Priestlandille]. 3. marraskuuta 2025.

35. Laing RD. The divided self: a study of sanity and madness. London: Tavistock Publications; 1960.
36. Giddens A. Modernity and self-identity: self and society in the late modern age. Stanford: Stanford University Press; 1991.
37. Mack JE. Abduction: human encounters with aliens. New York: Scribner; 1994.
38. Wendt A, Duvall R. Sovereignty and the UFO. Polit Theory. 2008;36(4):607-633. doi:10.1177/0090591708317902
39. Lomas T. Unidentified anomalous phenomena (UAP) disclosure as ontological shock? Exploring diversity among social media responses to a congressional UAP hearing. J Humanist Psychol. 2024 [julkaistu verkossa ennen painettua versiota]. doi:10.1177/00221678241251871
40. Becker E. The denial of death. New York: Free Press; 1973.
41. Freyd JJ. Betrayal trauma: the logic of forgetting childhood abuse. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
42. Smith CP, Freyd JJ. Institutional betrayal. Am Psychol. 2014;69(6):575-587. doi:10.1037/a0037564
43. Symington F. I saw a UFO in the Arizona sky. CNN. 2007 Nov 9. Saatavilla: https://www.cnn.com/2007/TECH/science/11/09/simington.ufocommentary/index.html
44. Wendt A. UAP and human security [conference presentation]. Sol Foundation Symposium; 2024 November 22-23; San Francisco, CA. Saatavilla: https://thesolfoundation.org/ events/sols-2024-symposium/
45. Wendt A. UFOs, aliens, and national security. Washington DC: Cato Institute; forthcoming October 2026.
46. Dolan RM, Zabel B. A.D. after disclosure: when the government finally reveals the truth about alien contact. Franklin Lakes, NJ: New Page Books; 2010. [Tätä pidetään spekulatiivisena analyysinä tietojen julkistamisskenaarioista, ei vertaisarvioituna empiirisenä tutkimuksena.]
47. Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. Science. 2018;359(6380):1146-1151. doi:10.1126/science.aap9559
48. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman; 1975

49. Madhusudhan N, Sarkar S, Constantinou S, et al. Carbon-bearing molecules in a possible Hycean atmosphere. Astrophys J Lett. 2023;956(1):L13. doi:10.3847/2041-8213/acf577
50. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs. 2000;32(4):1008-1015. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x
51. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press;1962.
52. YouGov. Half of Britons think aliens exist – and 7% claim to have seen a UFO [internet]. London: YouGov; 2021 Jun 25. [Kansallisesti edustava otos, noin 2 000 brittiaikuista.] Saatavilla: https://yougov.co.uk/topics/science/articles-reports/2021/06/25/half-britons-think-aliens-exist
53. Rostami Zarinabadi C, Daliri S, Rohani-Rasaf M, Karimi A, Zare F. Post-traumatic stress disorder after disaster and mass-casualty incidents in developed and developing countries: a meta-analysis study. Iran J Psychiatry. 2025;20(3):383-404. doi:10.18502/ijps.v20i3.19044
54. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Psychiatry. 2002;65(3):207-239. doi:10.1521/psyc.65.3.207.20173
55. British Medical Association. Mental health services in England: BMA analysis [internet]. London: BMA; 2024. Saatavilla: https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/mental-health
56. Garrett MA, Denning K, Tennen LI, Oliver C. SETI post-detection protocols: progress towards a new version. arXiv:2510.14506 [astro-ph.IM]. 2025 Oct.
57. National Aeronautics and Space Administration. Discovery of extraterrestrial life communications protocol development [Presentation, originally dated 2020 Jul 29]. Released via FOIA request 26-00374-F-HQ, 2026 May 1. Saatavilla: https://documents2.theblackvault.com/documents/nasa/26-00374-F-HQ.pdf [Asiakirja on hankittu FOIA-pyynnön 26-00374-F-HQ perusteella; asiakirja on julkaistu The Black Vault -sivustolla, koska NASA:n FOIA-arkistolle ei ole saatavilla URL-osoitetta.]
58. Weiss CH. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. Teoksessa: Connell JP, Kubisch AC, Schorr LB, Weiss CH, editors. New approaches to evaluating community initiatives. Washington DC: Aspen Institute; 1995. pp. 65-92
59. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Lancet. 2016;387(10057):1123-1132. doi:10.1016/S0140-6736(15)00298-6
60. Ronaldson A, Henderson C. Investigating changes in mental illness stigma and discrimination after the Time to Change program in England. BJPsych Open. 2024;10:e199. doi:10.1192/bjo.2024.801
61. Marmot M. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 [Marmot Review]. London: UCL Institute of Health Equity; 2010

62. Planck M. Scientific autobiography and other papers. New York: Philosophical Library; 1949
uNHIdden on kliinisesti ohjattu voittoa tavoittelematon järjestö, joka tukee poikkeuksellisten kokemusten ja niiden paljastamisen vaikutuksia terveyteen, mielenterveyteen ja kansanterveyteen. Otamme mielellämme vastaan kommentteja tästä raportista.

Ota meihin yhteyttä osoitteessa: contact@unhidden.org