

VILNIUS UNIVERSITY

JURGITA STASIŪNIENĖ

NEWBORN MURDER: MEDICAL, SOCIAL, LEGAL INSIGHTS,
THEIR ANALYSIS AND EVALUATION

Summary of Doctoral Dissertation
Biomedical Sciences, Medicine (06B)

Vilnius, 2015

Dissertation was prepared at Vilnius University from 2002 to 2014

Dissertation will be defended externally

Scientific Consultant - Assoc. Prof. Dr. Algimantas Jasulaitis (Vilnius University, Biomedical Sciences, Medicine - 06B)

Dissertation will be defended at the Medical Research Council of Vilnius University:

Chairperson - Prof. Dr. Janina Tutkuvienė (Vilnius University, Biomedical Sciences, Medicine - 06B)

Members:

Prof. Dr. Dainius Characiejus (Vilnius University, Biomedical Sciences, Medicine - 06B);

Prof. Dr. Gražina Drašutienė (Vilnius University, Biomedical Sciences, Medicine - 06B);

Prof. Habil. Dr. Viktoras Justickis (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Law - 01 S);

Prof. Dr. Marika Väli (University of Tartu (Estonia), Biomedical Sciences, Medicine - 06B).

Dissertation will be defended at the open meeting of the Medical Research Council of Vilnius University at 12 p.m. on 20 March, 2015 at the Grand Auditorium of the Faculty of Medicine of Vilnius University.

Address: 21 M. K. Čiurlionis St., Vilnius, Lithuania.

Summary of the doctoral dissertation was sent on 20 February, 2015.

Dissertation is available at the Library of Vilnius University and accessible on the website of VU:

www.vu.lt/lt/naujienos/ivykiu-kalendorius

VILNIAUS UNIVERSITETAS

JURGITA STASIŪNIENĖ

NAUJAGIMIO NUŽUDYMAS: MEDICININĖS, SOCIALINĖS, TEISINĖS ĮŽVALGOS,
JŲ ANALIZĖ IR VERTINIMAS

Daktaro disertacijos santrauka

Biomedicinos mokslai, medicina (06B)

Vilnius, 2015 metai

3

Disertacija rengta 2002 – 2014 metais Vilniaus universitete.

Disertacija ginama eksternu.

Mokslinis konsultantas – doc. dr. Algimantas Jasulaitis (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina - 06B).

Disertacija ginama Vilniaus universiteto Medicinos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė – prof. dr. Janina Tutkuvienė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina - 06B).

Nariai:

prof. dr. Dainius Characiejus (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina - 06B);

prof. dr. Gražina Drąsutienė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina - 06B);

prof. habil. dr. Viktoras Justickis (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, teisė - 01 S).

prof. dr. Marika Vāli (Tartu universitetas, Estija, biomedicinos mokslai, medicina - 06 B).

Disertacija bus ginama viešame Medicinos mokslo krypties tarybos posėdyje 2015 m. kovo 20 d. 12.00 val. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Didžiojoje auditorijoje.

Adresas: M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva.

Disertacijos santrauka išsiuntinėta 2015 m. vasario 20 d.

Disertaciją galima peržiūrėti Vilniaus universiteto bibliotekoje ir VU interneto svetainėje adresu: www.vu.lt/lt/naujienos/ivykiu-kalendorius

NEONATICIDE: MEDICAL, SOCIAL, LEGAL INSIGHTS, ANALYSIS AND EVALUATION

ABBREVIATIONS

Art. - Article.

FPE - Forensic psychiatric and (or) psychological examination.

GDL - The Grand Duchy of Lithuania.

ICD - The Information Technology and Communications Department under the Ministry of the Interior of the Republic of Lithuania.

LDS - The Lithuanian Department of Statistics.

LT - Lithuania.

LT CC - The Criminal Code of the Republic of Lithuania (Official Gazette, 2000, No. 89-2741), effective as of 1 May 2003 and valid to date.

LT CC (previous version) - The Criminal Code of the Republic of Lithuania (Official Gazette, 1961, No. 18-147), expired on 30 April 2003.

MBD - Mental and (or) behavioral disorders specified by the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, “Systematic List of Diseases”, 10th edition, revised and supplemented (Australian modification of ICD-10-AM).

NSFP - National Service of Forensic Psychiatry in Lithuania under the Ministry of Health.

USA - United States of America.

INTRODUCTION

Neonaticide is not a new phenomenon. Historical sources indicate that newborn murders were found among Aztecs, Australian Aborigines, some African cultures, Canadian Eskimos, Irish Celtic, Gaelic, Phoenicians as well as Vikings. Neonaticide occurred in Mesopotamia, ancient Greece, Rome, China and India. Neonaticide in Medieval Europe was a fairly common phenomenon, apparently because of public skepticism. The shift in the approach to neonatal murders was influenced significantly by the laws introduced in the 16th and 17th centuries in many western European countries that recognized infant homicide as a criminal offense punishable by death penalty. Since the 19th century, the attitude to both the women who murdered their newborns

and the punishment for this crime has become less severe. Death penalty was changed to imprisonment. The criminal codes of a number of states distinguished newborn murders as a separate privileged offense. Since the 20th century mitigating conditions have been defined as a particular delivery state, physical and mental suffering. A privileged composition of the criminal law is provided for in Austria, Belarus, Estonia, Greece, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Moldova, Russia, Switzerland, Ukraine and other countries.

Numerous studies have been carried out on the issue of child murder (filicide, infanticide, neonaticide) in various countries, with the exception of Lithuania. Filicide involves murder of one's own child. The term of neonaticide has no legal basis, but it is often used in literature. The term was first used by Resnick P.J. who described neonatocide as a murder of a newborn within the first 24 hours after birth. C. Bonnet distinguished active and passive neonaticide. Active neonaticide is a murder of a newborn as a result of direct use of violence. Passive neonaticide is a result of negligence occurring immediately after delivery (e.g. an unfed newborn). In the author's opinion, the term neonaticide is not accurate, because the child, older than one day is also considered to be a newborn up to the age of 28 days. It would be more accurate to distinguish early neonaticide, i.e. murder of a first-day-newborn and late neonaticide, i.e. murder of a newborn from its second day of age until 28 days after birth.

RELEVANCE OF THE DISSERTATION

A newborn's murder committed by his/her mother always causes an exceptional emotional response in the society. The fact of neonaticide evokes emotions not only because a new life is the most vulnerable part of the society unable to defend itself but also the mother's aggression directed to her own "flesh and blood" contradicts the laws of existence, denies the power of motherly instincts, unconditional love for her children. What are the causes of such maternal behavior? Are there any predisposing social, psychological and medical factors that would at least partially explain the unreasonable solution of the problem selected by mothers?

AIM OF THE DISSERTATION

The dissertation aims to determine the peculiarities of neonaticide from medical, social and legal viewpoints.

OBJECTIVES OF THE DISSERTATION:

1. To analyse the Lithuanian and foreign literature on neonaticide cases.
2. To analyse the situation of neonaticide in Lithuania:
 - 2.1. To analyse the motive (s), crime location, murder method of neonaticide committed at the time of delivery or shortly thereafter.
 - 2.2. To investigate social characteristics, medical diagnoses of mothers suspected of murdering their newborn (-s) at the time of delivery or shortly thereafter.
 - 2.3. To analyse the Lithuanian legal framework in relation to this crime.
3. To compare the results with the data presented in scientific literature and accessible foreign statistical data.
4. To provide practical recommendations for dealing with the neonaticide situation in Lithuania.

NOVELTY AND SIGNIFICANCE OF THE DISSERTATION

In Lithuania, the situation of neonaticide has not been analysed, so far, as a comprehensive study or at the level of doctoral dissertation by taking into account the historical development of this crime, its prevalence, dynamics, murder motives, murder locations, methods, social characteristics and medical diagnoses of mothers who murdered their newborns at the time of delivery or shortly thereafter, possibilities of applying preventive and rehabilitative measures, legal issues while qualifying the crime, regulation of different neonaticide definitions as specified in legal acts of the Republic of Lithuania, etc.

This study carried out a comprehensive analysis of neonaticide in terms of a holistic generalisation of the issue, i.e. the infanticide situation in Lithuania has been investigated in depth, practical recommendations have been provided to introduce new concepts to the scientific doctrine, to adjust the existing legal acts on neonaticide and to develop new legal acts, prepare statistical reports as well as introduce preventive and rehabilitative measures.

STATEMENTS TO BE DEFENDED BY DISSERTATION

1. Neonaticide in modern society is not a new phenomenon.
2. The prevalence of first-day newborn murders in Lithuania does not exceed the rate of European states.
3. The motive for committing the crime is the unwanted child.

4. The scene of the crime is mother's residential place.
5. The first-day newborns are most commonly killed by their mothers:
 - a) of relatively young age (up to 25 years of age);
 - b) financially dependent, unemployed or school non-attendeeds;
 - c) living in rural areas;
 - d) of insufficient level of education;
 - e) concealing pregnancy and delivery;
 - f) single;
 - g) primiparous;
 - h) without any mental and (-or) behavior disorder or temporary mental disorder at the time of crime.
6. In Lithuania the neonaticide prevention system has not been established yet.

RESEARCH MATERIAL, TARGET AUDIENCE AND METHODS

The legal framework for neonaticide in Lithuania has been analysed on the basis of legal acts, databases of public court rulings, scientific literature. The period of investigation of individual objects depended not only on the possibilities of state institutions to provide the requested data but also on free access to certain statistical data made public by state institutions on their websites.

To carry out the research seeking to identify and evaluate the neonaticide situation in Lithuania, the author used materials from two different sources.

Retrospective investigation was conducted over a period from 1990 to 2012 by examining depersonalised statistical cards provided by ICD, filled out while registering a criminal act, **“Intentional murder of a newborn by mother”**, specified by Article No. 106 of the Criminal Code of the Republic of Lithuania (previous version), valid up to 1 May 2003, and **“Infanticide”**, provided by Article No. 131 of the Criminal Code of the Republic of Lithuania, valid from 1 May 2003.

The information was systematised in accordance with the following criteria:

1. Criminal cases: the year when the crime was committed; the county where the crime was committed; the location of the crime scene (city, village); the real crime scene.
2. Women suspected of a crime: age; age group; citizenship; nationality; education at the time of crime; occupation at the time of crime; sex of the murdered newborn.

Seeking to compare neonaticide prevalence in the counties of Lithuania with the neighbouring Baltic countries, the author used statistical data and reports made public on web pages of ICD, LDS, European Commission Eurostat, Statistical Bureau of Estonia, Central Statistical Bureau of Latvia and Polish National Police.

116 neonaticide cases were identified and 36 women were suspected of committing the crime.

The second part of the research material involved retrospectively investigated depersonalised data (the accurate name, surname, the exact date of birth, place of residence and other data assisting to identify as a person, i.e. without violation of personal and patient data protection) provided by NSFP (by forensic psychiatric and (or) psychological examinations), FPE performed at appropriate time in accordance with legal regulations, administered by specialists responsible for pre-trial investigation, lawyers, court, in line with neonaticide criminal proceedings for criminal offense, “**Intentional murder of a newborn by mother**”, specified by Article No. 106 and Article 105 (paragraph 13) “**Intentional murder of a juvenile or a helpless person**” of the Criminal Code of the Republic of Lithuania (previous version) valid up to 1 May 2003, and “**Infanticide**”, Article No. 131 and “**Murder**”, Article 129 of the Criminal Code of the Republic of Lithuania, valid from 1 May 2003: part 2 paragraph 1 (**Murder of a juvenile**), paragraph 2 (**Murder of a helpless person**), paragraph 3 (**Murder of one’s close relative or a family member**), paragraph 5 (**Murder of two or more persons**). The forensic psychiatric examinations were performed by 9 forensic psychiatric expert commissions (Vilnius I, Vilnius II, Kaunas I, Kaunas II, Klaipėda, Šiauliai, Rokiškis, Utena) appointed by NSFP over the period from 1994 to 2013. The following criteria, set up in advance, were applied to systematise the information:

1. FPE performance: the year of performance; the type; the commission who performed forensic psychiatric and (-or) psychological examination; commission’s conclusions; commission’s recommendations.

2. Criminal offenses: the year of criminal offense; the location (city, village) of the crime scene; the real crime scene; Article specified by the Criminal Code of the Republic of Lithuania; the method of the crime; the motive for committing the crime.

3. Women suspected of committing a crime: age; age group; marital status at the time of crime; information on the natal family; the woman’s violence experienced in the natal or her own family; health care during pregnancy; education at the time of crime; profession at the time of

crime; occupation at the time of crime; sex of the newborn; attitude towards the crime; the woman's prior diagnoses that may have impacted her to commit a crime; the woman's personality traits.

It was determined, that 59 forensic psychiatric examinations of 48 women were performed, however, due to technical reasons in the subsequent stages the investigation excluded 1 FPE conducted to 1 woman in 2013, therefore, 58 FPE and 47 females were investigated.

The study deployed historical exploratory, logical, linguistic, comparative, epidemiological surveillance descriptive and statistical approaches. The statistical analysis of the data was carried out by software package SPSS 16.0, Microsoft Office™ (Excel™) software. Clinical diagnoses were adjusted in accordance with the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, "Systematic List of Diseases", 10th, revised and supplemented edition (Australian modification of ICD-10-AM). Statistically significant differences were searched by χ^2 criterion with a confidence interval of 95%. The differences were considered statistically significant if the p-value of the criterion is less than 0.05. The correlation between the two sets of data was calculated using the Pearson correlation coefficient ρ .

RESEARCH FINDINGS AND DISCUSSION

The History of Neonaticide Regulations in Lithuania

Neonaticide as a separate offense, distinguished by the legal acts of Lithuania dates back to the 16th century, when the Grand Duchy of Lithuania (GDL) adopted the Statutes of Lithuania (I - 1529, II - 1566; III -1588). The Statutes of the GDL provided that homicide of one's own child or homicide of an illegitimate child was considered a murder, but with mitigating circumstances. A child's life was started to be defended legally, yet it was considered of less value rather than an adult's life. An act of a newborn murder, as a separate crime was not specified. After the third partition of the Polish - Lithuanian Commonwealth (1795), the land on the right side of the Nemunas belonged to the Russian Empire, whereas on the left - to Prussia, therefore, at that time different legal regulations came into force in Lithuania. In 1840 Russian Czar Nicholas I issued a decree which abolished the validity of Statute III of the GDL. The new laws of the Russian Empire entered into force, with the provisions regulating neonaticide. In 1845 the Statute of the Russian Empire foresees a lighter sentence for committing a homicide of an illegitimate newborn under mitigating circumstances ("preservation of honour", "concealment of shame", "shame and fear"). In 1918 after the independence of Lithuania's state was restored on the basis of fundamental laws defined by the Interim Constitution, later in accordance with the Resolution of the State Council

Presidium of 16 January 1919, the Criminal Statute of the Russian Empire, issued in 1903, remained in force in Lithuania. The latter Statute foresaw homicide of a child (the age was not regulated) as a crime under aggravating circumstances. The sentence for committing such a crime was punitive prison labor imprisonment from 10 years to life imprisonment. The Criminal Statute also foresaw that a mother who had murdered her illegitimate child at the time of delivery was sentenced for life imprisonment (later for punitive labour imprisonment). The latter Statute also foresaw a fine in the amount of 250 LTL (litas) for not notifying of the newborn's birth or death. The laws of the state of Lithuania were effective up to 1 December 1940, when Russian laws (The Criminal Code of the Russian Soviet Federative Socialist Republic, issued in 1926) were introduced as a result of Lithuania's occupation. The Criminal Code of the Russian Soviet Federative Socialist Republic, issued in 1926 remained in force until 30 August 1961 (excluding the years of war). The Code assigned neonaticide to a qualified crime category, as a mother is a person whose duty is to take a particular care of a helpless child. The Criminal Code of the Soviet Socialist Republic of Lithuania adopted by the Supreme Council of the Soviet Socialist Republic of Lithuania on 26 June 1961, entered into force on 1 September 1961, imposed criminal responsibility, i.e. imprisonment of up to five years or correctional labour sentence for up to one year - for a mother who intentionally murdered her baby at the time of delivery or shortly after it. The crime was attributed to the privileged, i.e. the crime of mitigating liability. After Lithuania had restored its independence in 1990, a new Criminal Code of the Republic of Lithuania, effective to date, was adopted by the Seimas of the Republic of Lithuania and entered into force on 1 May 2003. The current Code foresees criminal liability, i.e. the arrest or imprisonment for up to five years, for a mother who murders her newborn in a mental state triggered by labour. This category of crime is attributed to the privileged crimes.

Legal Regulations of Human Life Protection in Lithuania

International Documents

The human right to life is protected by all the democratic legal states. Lithuania is committed to implement all the international documents defining the human rights and fundamental freedoms protection. The right to life is given priority and adequate regulations are found in the first articles of the above mentioned documents. The **Universal Declaration of Human Rights** states that every human has the right to life, liberty and personal security. Lithuania adopted this declaration by Resolution No. I-1136 of the Supreme Council of the Republic of Lithuania "For the Accession of the Republic of Lithuania to the International Charter to the Documents on Human

Rights”, of 12 March 1991 (entered into force on 20 February 1992) (Official Gazette, 1991, No. 9-244). The **European Convention on the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms** regulates that every person’s right to life is protected by law. Lithuania ratified the Convention by the law “On the Ratification of the European Convention on the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and the Fourth, Seventh, Eleventh protocols to the Convention” of 27 April 1995 (Official Gazette, 1995, No. 37-913).

The protection of the rights of a child, as the most vulnerable social subject, is given particular attention. The proof is adoption of legal acts, intended for protection of the child’s rights specifically, in addition to common documents adopted to protect human rights (including the right to life). The **United Nations Convention on the Rights of the Child**, which was ratified by Lithuania by the law “On the Ratification of the United Nations Convention on the Rights of the Child” of 3 July 1995 (Official Gazette, 1995, No. 60-1501), foresees that member States recognize every child’s inherent right to live and ensure the greatest possibilities for a child’s life and healthy development.

National Legal Acts

The Constitution of the Republic of Lithuania (Official Gazette, 1992, No. 33-1014) provides that “Everyone’s right to life shall be protected by law”. The right to life is an inherent right, which is not provided by someone, but the human acquires it at birth and no one can interfere with this absolute goodness. The purpose of the **the Law on Fundamentals of Protection of the Rights of the Child of the Republic of Lithuania** (Official Gazette, 1996, No. 33-807) is to improve the legal protection of children in the country, by establishing the framework for the protection of the child’s rights and freedoms that is harmonized with the Constitution of the Republic of Lithuania and other norms and principles of the international law.

All legal norms would remain declarative without the rights protection implementation mechanism. The life protection mechanism is assured by the criminal law, foreseeing criminal liability for unlawful deprivation of life. The Criminal Code of the Republic of Lithuania provides for criminal liability for murder (Art. 129 “Murder”, Art. 130 “Murder of Passion”, Art. 131 “Infanticide”, Art. 132 “Negligent Homicide”). Murder (without qualified (aggravating) and privileged (mitigating features) is called a crime which is specified in part 1 of Art. 129 of LT CC (Art. 104 of previous version of LT CC). Qualified murders that are provided in part 2 of Art. 129 of LT CC (Art. 105 of previous version of LT CC) are as follows: murder of a juvenile, a helpless person, one’s own child, etc. LT CC foresees two privileged murder compositions: “Murder of

Passion”, Art.130 (Art. 107 of previous version LT CC) and “Infanticide”, Art. 131 (Art. 106 of previous version LT CC). As we can see, neonaticide in LT CC is distinguished as a separate crime with features of privileged corpus delicti.

The Features of Corpus Delicti (“Infanticide”)

In accordance with the criminal law, only a person who committed a crime that complies with the corpus delicti of the crime or a misdemeanor specified by the criminal law is liable for a crime committed by him. The features of corpus delicti are as follows: the object, the objective side (offense, consequences, causation, circumstances, the method), the subject (age, diminished capacity), the subjective side (guilt, motive, purpose). During the study period (1990–2013), two different Codes were valid with different features of corpus delicti of a criminal offense, i.e. neonaticide.

The object

The object of the crime specified in Art. 131 of LT CC (Art. 106 of previous version of LT CC) is a newborn. The subject is the newborn’s body. The Lithuanian Medical Standard MN 112: 2008 “Physician Neonatologist. The Rights, Duties, Competence and Responsibility”, approved by the Minister of Health of the Republic of Lithuania, Resolution No. V-1237 of 8 December 2008, (Official Gazette, 2009, No. 3-74) provides that a newborn is a child from the moment of birth to 28 days of life. A similar provision is provided in the Child Resuscitation Standard approved by Resolution No. V-822 of the Minister of Health of the Republic of Lithuania on 31 August 2011 (Official Gazette 2011, No. 110-5214): a newborn is a child from the moment of birth up to 28 days (in case of premature birth – up to 28 days of adjusted age). During the time of crime the newborn must be alive. In medical doctrine a live-born newborn is considered to be with signs of life: heart function, respiratory movements, umbilical cord pulsation or vivid spontaneous muscle movements. There is inconsistency in regulations of the moment of birth in legal acts of the Republic of Lithuania. The Law of the Republic of Lithuania on determining the moment of child’s birth (Official Gazette, 2002, No. 43-1602) provides that birth of a child is forcing out or extraction of a living fetus from the woman’s body, while the moment of child’s birth is the appearance of the entire viable fetus from the woman’s body. The child’s vital signs are determined by independent breathing movements or heartbeat. Another Law specified by the Civil Code of the Republic of Lithuania (Official Gazette, 2000, No. 74-2262) provides that a natural person’s birth moment is recognized as the first independent inspiration of a newborn. In accordance with medical practice, an independent inspiration act of the fetus during the birth process is already possible when part of

the fetal body appears from the woman's body. Also, a newborn may not breathe after birth, but the heart function is detected, and breathing is reset by resuscitation, which takes a certain amount of time, or the newborn's respiratory and cardiac activity may not be detected but could be restored by resuscitation. In the author's opinion, the legal acts should take into account advanced medical practice and regulate the adjustment of concepts defining the moment of birth and the newborn's vital signs. In terms of the beginning and the end of the human life, different authors demonstrate different viewpoints. Suggestions on when the human life begins vary as follows: the moment of conception; the 14th day of the conception because the embryo already has all the human features; fetal brain mass formation (approximately the 22nd week of pregnancy), the onset of physiological labour even though the newborn is still in the womb, but he is already a human; the moment of the emergence of at least one part of the fetus from the mother's body; the emergence of the entire body of a viable fetus from the mother's body; the start of the first inspiration, etc. In terms of the protection of an unborn embryo or fetus' right to life, the European Court of Human Rights claims that the right to life of an unborn newborn is not defended, as specified in Article 2 of the European Convention on Human Rights, although he/she has the potential and the possibility to become a person. The main argument is that in case the unborn newborn's rights protection was recognised, it would violate the mother's private right to have an abortion performed. If we consistently relied on such arguments, the question arises, why it is not possible to get rid of a born child if it seriously hampered the private life of the mother. In the author's opinion, the right to life should not be narrowed at the moment of birth. It would be appropriate to address the materialisation of the right to be born. Life already exists from the moment of conception. The question is whether this life will be given a possibility to materialise itself. It is crucial to identify the moment from which the state assumes the responsibility to defend the right to life. Furthermore, there is a range of distinct categories, that are closely related: the beginning of life (according to the author, the moment of human conception should be considered the beginning of human life because it accelerates a rapid development of a new human body with its own unique genetic code), the moment of birth and the moment of when the legal protection of the state commences.

The Victim

Under the doctrine of criminal law, in the case of neonaticide, a victim is a born infant or an infant in process of birth. As specified in Art. 106 of the previous version of the Criminal Code of the Republic of Lithuania, the period of committing the offence was defined as "during or shortly after delivery", so the victim's status was made clear by the above mentioned document, i.e. a

newborn who has already been born or a fetus in process of birth (a newborn, a pre-newborn). Article 131 of the current Criminal Code of the Republic of Lithuania does not provide an accurate definition of the time of crime. Abstract categories always raise further discussions. The time of birth is not an instantaneous act but a process that lasts for more than one hour. There have been cases where the mother kills her newborn in the process of birth before it takes the first breath (for instance, commits a deadly hit on the appearing head). In accordance with the concepts defining the moment of birth, a human has not been born yet, but the infant had no chance to be born alive after his mother's actions taken during delivery. In terms of the moment of birth, in such case the mother is not liable for her actions, as only a human who was born and is alive can be killed. If criminal law is in force only from the moment of birth of a human, there would be space for impunity where criminal liability is not foreseen for actions radically contradicting common morality principles. Although Art. 131 of LT CC does not specify the period of committing a crime but indicates the object, i.e. a newborn, the criminal law doctrine specifies that a victim of the mentioned offense is not only a newborn, but also a prenewborn who is in the process of birth.

The Senate of the Supreme Court of the Republic of Lithuania provides an even more ambiguous explanation on the judicial practice in neonaticide cases. The Resolution of the Senate of the Supreme Court of the Republic of Lithuania No. 46, of 18 June 2004 "For judicial practice of crimes against life" paragraph 25 foresees that Art. 131 of LT CC does not regulate the duration of the period between birth and murder, thus in qualifying an offense the medical criteria of a newborn concept are irrelevant. On the one hand, such an interpretation is beneficial as it extends the limits of protection of life of a prenewborn in process of birth. On the other hand, it denies the significance of the legalized concept of a newborn, and potentially extends the limits of duration of committing an offense which distorts the content of the offense and the unity of concepts.

The Objective Side

One of the objective features of crime is the offender. The crime provided for in Art. 131 of the Criminal Code (Art. 106, previous version of LT CC) can be committed by active actions, e.g. by suffocating, strangling as well by negligence, passive attitude, failing to perform actions the mother must and is able to perform, for example, does not feed or neglects her newborn. The crime committed by the offender should have consequences, i.e. the newborn's death. From legal perspective, causative association between committing an offence and its consequences is significant. The newborn's death occurs as a result of mother's illegal actions or negligence. The Law of the Republic of Lithuania on identification of human death and critical conditions (Official

Gazette, 1997, No. 30-712; 2002, 43-1601) provides that the moment of death is considered to be the time of the irreversible cessation of the circulation and respiration of a human being or upon the irreversible loss of function of all the structures of the human brain. A similar concept is provided in the Civil Code of the Republic of Lithuania. The factor of irreversibility presupposes awareness of the immeasurable, irreparable damage caused to the human, the family, the society and the state.

The subject

A newborn may be killed by his mother, father, relative or a stranger. As for the privileged elements of offense (*corpus delictus*) provided for in Article 131 of LT CC, (Art. 106, previous version of LT CC), a special subject of the crime is considered to be only the newborn's mother of subjective age, i.e. until the crime was committed she had reached the age of 16 (14 years of age by LT CC). Both the previous version of LT CC and the current LT CC foresee that the general age of the person liable for crime provided for in the Criminal Code of the Republic of Lithuania is 16 years of age. A person of this age category can be fully responsible for all crimes under the LT CC, except for crimes provided for in the Criminal Law such as murder, severe health impairment, rape, etc. (finite list), for which the person is liable since the age of 14. We have been aware from medical practice that newborns are being born and killed by even younger women (girls). What is the evaluation of the crime in such cases? In fact, the crime committed by a woman (girl) of the age of up to 16 who killed her newborn under the impact of her psychophysical state caused by delivery cannot be classified in accordance with the privileged status provided for in Article 131 of the Criminal Code of the Republic of Lithuania due to the fact that there is no subject. The actual *corpus delictus* of the offense, in fact, is consistent with qualified crimes provided for in Article 129, (part 2) LT CC, i.e. murder of a juvenile, a person in a helpless state, or one's own child. Criminal liability for the above mentioned categories of crime applies from the age of 14 but the Criminal punishment to be imposed is significantly higher, i.e. imprisonment for up to 5 years or life imprisonment, compared with the privileged neonaticide with the arrest or imprisonment for up to 5 years. The criminal law doctrine encompasses a concept of competing legal norms. In cases when a privileged norm competes with a qualified norm, a privileged norm is applied. On the one hand, in terms of legislature, a person reaching the age of 14 is already able to realise the danger of severe and serious crime (murder, severe health impairment, rape, theft, robbery, etc.). On the other hand, there is an emergence of a few years' interval for the impunity of potentially dangerous performance, i.e. neonaticide. Is theft, robbery a more protected goodness rather than life of a newborn, the least protected social subject? Life is an absolute value, which creates all the

remaining values. So, could the principle of “primacy versus absolute” exist? The author claims that the subject liable for committing a crime as provided for in Article 131 of CC LT, should be of the age of 14, as provided for in previous version of LT CC. Article 106 of the previous version of LT CC was applied in evaluating the crime committed by a woman killing her newborn at the time of delivery or shortly thereafter, presumably due to her psychophysical state triggered by painful labour process when the offender was deprived of the ability to realise and control her actions even though this fact may not have been true. In contrast, Article 131 of the current LT CC, applies in cases where it is determined that the offence committed by a woman killing her newborn was a result of her mental state caused by labour when she was unable to realise or manage the actions she had undertaken (diminished liability) and it was labour that caused that mental state. The referred legal standard does not specify the time of committing a criminal offense, but the legal doctrine defines it as occurring in at the time of delivery or shortly thereafter. After a new LT CC entered into force, the diminished capacity institute was established. The concept of the diminished capacity is defined by Article 18 of LT CC. A person is considered to be of diminished capacity if, at the time of committing an action specified as a crime by LT CC, he/she was unable to completely realise the dangerous nature of the criminal action or to control actions due to mental impairment that is insufficient to accuse him/her of committing offense. Criminal law distinguishes two components of diminished capacity: a medical criterion, i.e. mental impairment that is considered to be an insufficient basis to recognise the individual as legally incapacitated) and a legal criterion comprising two aspects: a cognitive aspect that enables to evaluate the offender’s perception of the punitive nature of the offense committed (“was not able to completely understand”), i.e. was only partially aware of his/her actions; volitional aspect that enables to evaluate the defendant’s ability to control his/her actions (“was completely unable to control), i.e. was able to have only a partial control over his/her actions). An individual is recognized by the court as possessing diminished capacity only in cases where both the criteria are present. The medical criterion serves as the basis, from which a legal criterion is derived. Diminished capacity is determined on the basis of conclusion of a specialist, and, if necessary, psychiatric, psychological-psychiatric or other expertise can be ordered by the court. Court psychologists, psychiatrists have encountered new challenges because there is no legal diagnostic regulation that may determine the degree of mental impairment, enabling to identify why a person is unable to solely perceive or control his/her actions. In the absence of regular guidelines, recommendations or criteria, a conclusion, even though provided by a competent specialist or an expert, still remains a subjective opinion. Uncertainty or

the absence of specific criteria, or subjective opinions provided by specialists or highly qualified experts are unable to ensure the right to equality of all persons before the law.

Article 131 of LT CC distinguishes mother's mental condition caused by delivery. A wide range of mental conditions such as postpartum sadness, postpartum depression, postpartum psychosis, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, etc. are likely to occur soon after delivery or later, as a result of mental state triggered by delivery (and (or) pregnancy) that can last for a period of time of more than a month and may have no association with the mother's psycho-physical state during delivery in terms of time or character of mental impairment. Article 106 of previous version of LT CC regulated the time of crime, i.e., at the time of delivery or shortly thereafter, which allowed to avoid interpretations of mother's mental condition caused by delivery, that occurred later and were unrelated with the mother's aggression during delivery. In the author's opinion, the provision which regulated the time of crime, i.e. at the time of delivery of shortly thereafter, that was eliminated in Article 131 of CC LT, causes unnecessary debate and distorts the content of the offense in terms of the time of crime and psycho-physical state of the mother during delivery.

In Lithuania the contents of Article 131 of LT CC is in line with diminished capacity, although long-term professional experience and research show that a majority of mothers who murdered their 24 hour-old newborns do not have any mental illnesses or disorders.

The subjective perspective

Article 131 of LT CC (Art. 106 of previous version of LT CC) provides that the offense of "Infanticide" is committed only intentionally, directly or indirectly. In criminal law (Art. 15 of LT CC provides a concept) intentional offence is considered to be direct if the person at the time of crime was aware of the dangerous nature of the criminal offense and desired to engage therein, or the person at the time of crime was aware of the dangerous nature of the criminal action, anticipated that his actions or failure to take actions can cause the consequences provided for in LT CC and desired that they arise. A crime is considered to be committed intentionally indirectly if the person, at the time of crime, was aware of the dangerous nature of the criminal action, anticipated that his actions or failure to take actions can cause the consequences provided for by LT CC and, though he did not desire that they arise, but consciously allowed the consequences to arise. Criminal law doctrine defines "intentional action" committed as the crime of passion or premeditated. Taking into account the contents of Article 131 of LT CC (mother's psycho-physical state resulting after delivery), it would be illogical to discuss premeditated intentional crime. If the mother intended to

kill her newborn before delivery, a privileged Article 131 of LT CC could not be applied. The mother would be liable by qualifying features of crime under Article 129 (part 2) of LT CC.

One of the subjective features of criminal offense is the motive, which reflects the subjective reason which prompted a person to commit an offense. Mothers may kill their newborns due to various motives, i.e. hatred, fear, shame, etc. In accordance with scientific literature data, “unwanted child” remains the main motive observed in an absolute majority of women who killed their 24-hour newborns. The basis of the motive is singleness, low income, social exclusion in natal family, unstable (or non-existing) social relationships with their child’s father, fear and shame on family and others.

Statistical Data on Neonaticide in Lithuania

The actual statistical situation on neonaticide in Lithuania is rather obscure. First, crimes that involve delivery of a newborn away from in-patient clinic and subsequent killing are likely to be latent. In some cases, these crimes either remain undetected or, if a newborn’s corpse is found, its murderer is not always detected. In Lithuania statistical data on killed newborns are being collected, though official crime reports provided by ICD specify data on offenses stipulated by Article 131 of CC LT. There is no clear statistical evidence on murdered newborns who suffered from the offense stipulated by Article 129 (part 2) of LT CC. The reports that provide data on child victims do not identify individual categories.

Analysis of Neonaticide by ICD Data

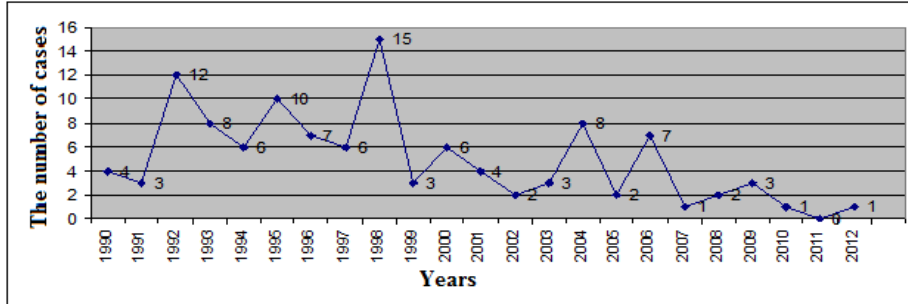
Prevalence and Dynamics of the Crime

In Lithuania over the period from 1 January 1990 up to 31 December 2012, 116 crimes were registered as provided for in Article 106 of LT CC (previous version) (“**Mother’s intentional murder of her newborn**”) up to 1 May 2003, and, since 2003 1 May, Article 131 under the current LT CC (“**Infanticide**”). The largest number of crimes was observed in 1998 (15 cases or 12.9%), the smallest amount of registered crimes was in 2007 and in 2010 (1 case per year), whereas in 2011, not a single crime was registered (Figure 1).

As seen from the line graph, the dynamics of neonaticide has been fluctuating over years, yet a decreasing trend is observed over the last 5 years. Since 2007 the number of crimes does not exceed 3 cases per year. In Lithuania, over the period from 1990 up to 2012 each year on average 337 cases of intentional murder were registered (Art. 129-131 of LT CC). Registered cases of neonaticide (Art. 131 of LT CC) comprise approximately 1.5% of all the registered cases of intentional murder. The number of neonaticide cases ranges similarly to all of the intentional

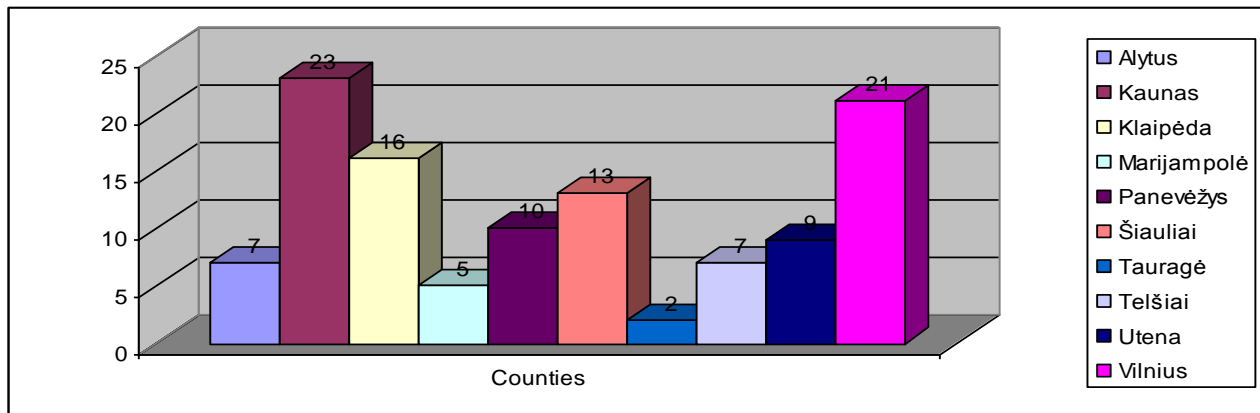
murders (the correlation coefficient is 0.432). A decrease in the number of neonaticide cases is observed ($p < 0.001$).

Figure 1. Dynamics of Crime by ICD.



The examination of by county-distribution of 116 of neonaticide cases registered over the period from 1990 to 2012, did not include 3 cases for technical reasons. The research (N=113) revealed that most of the crimes were registered in Kaunas County, i.e., 23 cases (20.35%), slightly less cases were registered in Vilnius County, i.e., 21 cases (18.58%). The least number of neonaticide cases were recorded in Tauragė County, i.e., 2 cases (1.77%) (Figure 2).

Figure 2. Distribution of Crime by Counties by ICD.



Based on the given data, there is no possibility to draw an objective conclusion due to the fact that the number of population in various counties differ. In accordance with the data provided by LDS at the beginning of 2013, the ratio of the population in Kaunas region and the total population of Lithuania by percentage was as follows: Kaunas ~ 20%, Vilnius - 27%, Klaipėda - 11%, Tauragė - only 4%. In terms of crime committed per 100,000 of the population by different

counties over the period of 1990-2012, there is no significant difference between other counties. In terms of 116 registered neonaticide cases over 23 years in Lithuania, 3.9 is the mean of the mentioned crime per 100,000 of the population over the observed period. The numbers of crimes registered in all the counties are proportionate to the numbers of their population ($\rho=0.908$). More newborns were murdered in Vilnius region over the economic crisis period of the past decade ($p<0.001$).

The crime scene

Most cases of crime were recorded in rural areas, i.e. 74 cases or 63.8% of all the cases under examination. This indicator is statistically significant ($p=0.003$). In urban areas the number of neonaticide cases registered over the given period revealed 42 or 36.2% of all the cases examined. The analysis of the distribution of the number of criminal acts by real crime scene identified 67 cases over the observed period. 49 cases were not marked in cards. The largest number of the revealed cases ($N=67$) were detected in the following locations: a flat - 11 cases (16.42%), a residential house and a dump - 9 cases in each (13.43%), a yard (a residential point) – 6 cases (9.0%), a forest (an open space) – 5 cases (7.5%). The crimes are most commonly committed in the residential place and account for about 30% of the total of the crimes ($p<0.001$). This finding confirms the research results obtained in foreign countries and the statements to be defended by this study, i.e. 24-hour newborns are most commonly killed by women from rural areas, most criminal acts of neonaticide occur in mother's residential place or area close to her residential place.

Age of women suspected of neonaticide

The study found 36 women suspected of committing neonaticide. The age of women ($N=36$) at the time of committing neonaticide ranged from 17 up to 44 years. The study found that in one case a teenager was 17 years of age at the time of crime. Women up to 25 years comprised 13 cases (36.1%). The average age was 27.4 ± 6.1 years. The predominant age group involved relatively young women (18-29 years of age). This age range was observed in 23 cases (63.9%) ($p<0.001$). There were 11 women (32.2%) who belonged to the age group ranging from 30 up to 39 years. The distribution of women's age at the time of crime is consistent with the age of child-bearing women in Lithuania in general (the correlation coefficient is $\rho=0.988$). The data differ from early neonaticide research conducted in other countries, where the 24-hour newborns are most commonly killed by women up to 25 years of age, but complies with subsequent neonaticide research trends that reveal an increasingly growing age of women convicted of committing an act of

neonaticide. The statement to be defended by this dissertation that 24-hour old newborns are most commonly killed by women up to 25 years of age was not confirmed.

Citizenship and nationality of women suspected of committing neonaticide

Overall, the research detected 19 records of the women’s nationality. There were 17 cases (47%) with unmarked statistical data on citizenship cards. Thus, there is no possibility to make conclusions regarding women’s citizenship. In accordance with the revealed cases (N=19), women citizens of the Republic of Lithuania comprise up 94.7%. The distribution of women’s nationality (N=36) showed the following results: 31 (85%) Lithuanian, 1 Russian, 1 Polish, 1 Byelorussian (3%), while the nationality of 2 women (6%) was not marked in statistical cards.

Education and occupation of women suspected of committing neonaticide

The examination of distribution of women suspected of killing a newborn, (N=36) by education showed that at the time of crime, approximately half of these women, i.e. 17 cases (47.2%) were women with secondary education. Basic education was attained by 7 women (19.4%), vocational education – by 5 (13.9%). The least of women, i.e. 3 (8.3%), were college education degree holders. None of the women had obtained higher education. The information about education of 4 women was missing in the statistical cards (Table 1).

Table 1. Distribution of Neonaticide-Suspected Women by Education, by ICD.

Education	Number of cases	Percentage
Basic	7	19.4
Secondary	17	47.2
Vocational	5	13.9
College	3	8.3
Unmarked	4	11.1
Total	36	100.0

At the time of crime the status of 10 women (27.8%) was housewives. Five (13.9%) women were not involved in any education or employment, 3 (8.3%) of them neither studied nor were employed for more than 6 months prior to committing the crime. Four (11.1%) women were on the dole. There were 27.8% of women whose social status at the time of crime was either an employee or a student. There were 3 cases of unmarked statistical cards with missing statistical data on women’s engagement in employment or studies at the time of crime.

It can be argued that most cases of neonaticide occurring at the time of delivery or shortly thereafter were committed by women with low level of education, who obtained no vocational education, without any engagement (housewives, unemployed, not involved in employment or education) ($p < 0.001$). At the time of committing the crime, the majority of women had attained only primary, basic or secondary education (66.6%). None of the women had the status of higher education. This fact is confirmed by the findings of foreign neonaticide as well as the statement to be defended by this study that 24-hour old newborns are largely murdered by women without sufficient education.

Analysis of Neonaticide by NSFP data

Peculiarities of the forensic psychiatric and (or) psychological expertise (FPE) proceedings conducted in neonaticide cases

Over a period of two decades, i.e. from 1994 up to 2013, NSFP carried out 59 FPE proceedings. On the basis of legal acts regulating the observed period, as administered by responsible persons, judges, the court, the forensic psychiatric and (or) psychological expertise was conducted on neonaticide criminal proceedings for criminal act provided for in Article 106 (**Mother's intentional murder of her newborn**) of LR CC (previous version) by 1 May 2003 and Art. 105, paragraph 13 (**Intentional murder of a juvenile or a person in a helpless state**) and Article 131 (**Infanticide**) and Article 129 (**Murder**) of LR CC, effective as of 1 May 2003: part 2 paragraph 1 (**Murder of a juvenile**), paragraph 2 (**Murder of a helpless person**), paragraph 3 (**Murder of one's close relative or a family member**), paragraph 5 (**Murder of two or more persons**). Of 59 FPE, 46 (78.0%) were carried out as out-patient proceedings (carried out at regional basis in 8 Forensic Psychiatric Departments) and 13 (22.0%) as in-patient proceedings (performed only in Utena Forensic Psychiatric Department). On average, there were 3 FPE proceedings performed annually, i.e. 1.2 FPE for one woman under investigation.

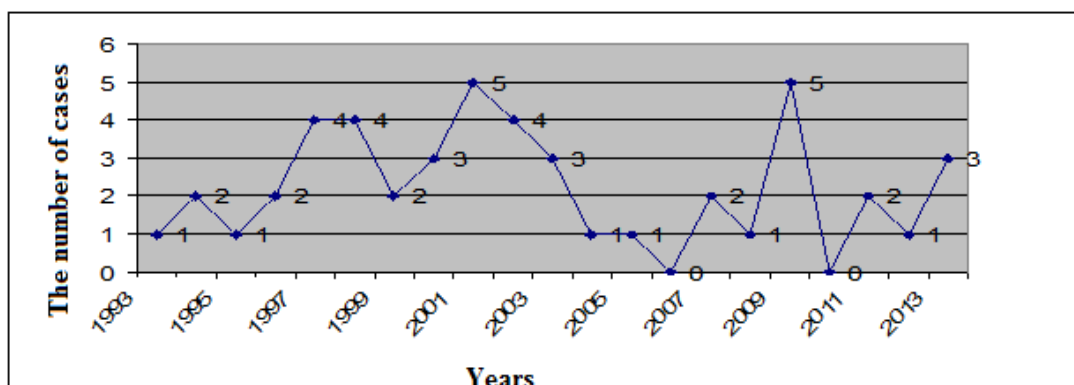
The analysis of the distribution of FPE cases by different year shows their fluctuating dynamics. Most of the FPE, i.e. 7 cases (11.9%) were conducted in 2001, no FPE was performed in 2006 or in 2010. The evaluation of all FPE revealed that the majority of them - 13 (22.0%) were conducted at Utena Forensic Psychiatry Department, whereas the least of FPE, i.e. 2 (3.4%) were carried out in Vilnius Forensic Psychiatry Department No. 2. The examination of only out-patient FPE cases (N=46) revealed that most of them - 12 (26.1%) were conducted in Šiauliai Forensic Psychiatry Department, while the least number – 2 cases (4.3%) in Vilnius Forensic Psychiatry Department No. 2. There are a number of Forensic Psychiatry Departments operating in Vilnius and

Kaunas regions, thus in terms of regional distribution of out-patient FPE cases, Kaunas and Šiauliai regions (26,1%) are most prevailing among other regions, while Panevėžys and Rokiškis regions (6.1%) are least dominating. All out-patient FPE were primary. Of the 13 in-patient FPE proceedings, the majority of them, i.e.12 (92.3%) were also primary, of which: 9 proceedings (69.2 %) were primary complex FPE cases, recommended after out-patient FPE, in 3 cases (23.1%) - the court imposed a primary complex FPE and in 1 case (7.7%) - a repeated complex FPE proceeding. A repeated FPE evaluation is administered if the court has doubts on the validity of the expert's findings or if there is a conflict between opinions provided by more than one expert. A total of 45 out-patient FPE evaluations were carried out, in 9 (20.4%) FPE final conclusions were not provided and in-patient investigation was recommended. The final conclusion was provided in 36 (79.6%) out-patient FPE cases, of these in 35 (77.3%) cases no recommendations for treatment were provided and in 1 (2.3%) case, the woman under examination was recommended to be referred to be cared by relatives and out-patient monitoring was administered. Out of 13 in-patient FPE cases, the majority of them, i.e. 8 (61.5%) cases were provided with final conclusion without recommendations for additional treatment in 4 (30.8%) cases compulsory treatment in a psychiatric hospital under general monitoring conditions was recommended, while in 1 (7.7%) case out-patient compulsory treatment and psychotherapy were recommended.

Neonaticide: Prevalence, Dynamics, Crime Location

The examination of medical documents (FPE) that reveal the year when neonaticide was committed, most newborns were murdered in 2001 and in 2009, i.e. 5 cases (10.6%) in each of the mentioned year. FPE did not show a single case of neonaticide committed in 2007 or in 2011 (Figure 3). In one FPE, performed in 1994, the year of crime was indicated as 1993, therefore, as seen from the graph the dynamics of the crime committed at the given period starts from 1993.

Figure 3. Dynamics of Neonaticide by NSFP data.



Non-compliance of the number of neonaticide cases and the year of crime among data provided by ICD and NSFP may have occurred due to the following reasons:

a) the court is entitled to administer FPE in maternal neonaticide cases but not necessarily has to;

b) the study examined FPE that were administered for women who committed crime with both, privileged and qualifying features, while ICD data were examined on the basis of registered crimes with privileged features;

c) the existing human factor, i.e. a mistake, that may have occurred when noting the year of crime in medical records.

The examination of the distribution of crime by county where maternal neonaticide act was committed showed that most cases were registered in Šiauliai County, i.e. 10 (21.3%), least number of cases was registered in Tauragė County, i.e. 1 (2.1%).

A majority (64.1%) of all recorded maternal neonaticide cases (N=39) occurred in rural areas (p=0.009). In terms of identification of the accurate crime location, the investigation revealed that more than half of all the women (N=47) under trial, i.e. 24 women (51.1%) gave birth to newborns and killed them in their residential places (in a living house, a flat, a hostel) (p<0.001). Five (10.6%) women gave birth to newborns and killed them in outside toilet, three women (6.4%) - in outdoor kitchen, two cases per each (4.3% per each) - in the woods and on the river bank. The remaining cases (in a dump, a barn, etc.) are single.

These findings are consistent with neonaticide research results obtained in foreign countries as well as the statements aimed to be defended by this study that the first-day newborns are most commonly killed by women from rural areas and that newborns are killed in their mother's residential place.

Murder method

The analysis of methods applied by women for killing their newborns revealed 36 cases. Of these, 4 (11.1%) cut off (or tore off) and did not tie up an umbilical cord, 4 (11.1%) pressed on the neck by hand, 3 (8.3%) strangled (unspecified), 3 suffocated (unspecified) (8.3%), 2 (5.6%) gave birth in an outdoor toilet and the newborn fell into the stool pit, 2 (5.6%) strangled with a piece of cloth or a rope, 2 (5.6%) burned in a furnace, 2 (5.6%) pressed the mouth and (or) the nose by hand. The remaining cases (stabbed with scissors, immediately after delivery threw into the river; pressed on the skull during delivery, buried alive, etc.) are single.

The data do not differ from studies carried out in other countries. The most common cause of death in neonaticide cases is asphyxia.

Murder motive

The study found records on murder motive in 35 cases. A prevailing motive was fear and (or) shame in front of relatives, neighbours. There were 10 women of this category (21.3%) ($p < 0.000$). Six (12.7%) women were not able to explain their motives. 4 (8.5%) women indicated that the baby was not needed, 4 (8.5%) - husband (cohabiting partner) complained, 3 (6.4%) - extramarital pregnancy in marriage, also thought that the baby was not alive, 2 (4.3%). The remaining cases were single (revenge, material difficulties, the pregnancy is the result of violence, etc.). Fifteen women (48.4%) ($N=31$) expressed regret for the crime they had committed, 14 women (45.1%) showed no regret, while 2 women showed moderate regret (6.5%). The study found only one woman ($N=47$) who had been previously convicted of a similar crime.

These findings are not quite consistent with research results obtained in foreign countries, where the most common motive for first-day newborn murder is “unwanted child”. The statement to be defended by the dissertation that the most common motive for killing a newborn baby is “an unwanted child” was not confirmed.

Gender of killed newborns

The investigation found 49 neonaticide cases where 19 (38.8%) were of male and 12 (24.5%) of female gender whereas in documents of 18 (36.7%) neonaticide cases gender was not indicated. The distribution of identified cases ($N=31$) is as follows: male newborns accounted for 61.3% while females – 38.7%. In 2 cases more than one newborn were killed: in one case twins were murdered and in one case more than one newborn were killed in a different year. The conclusion cannot be drawn due to the fact that a newborn’s gender was not specified in a number of cases. Furthermore, in total population more boys than girls are born. None of the women under the investigation indicated that their newborn’s gender impacted their decision to commit crime.

In foreign studies either female or male gender dominates in neonaticide cases.

Age of women suspected of maternal neonaticide

The study found that 59 FPE were performed for 48 women who killed their newborn (s). Due to technical reasons, the study did not take into account one FPE document (FPE was conducted in 2013 at Vilnius Forensic Psychiatry Department No. 1). Further investigation revealed that 58 FPE were performed to 47 women who, at the time of crime, were of age range from 14 to 43. Their average age was 27.3 ± 6.7 . The dominant age group ranged from 18 to 29 years (51.1%)

($p < 0.001$). The study identified 5 juvenile women, which comprise 10.6% of the total number. Women up to the age of 25 accounted for less than half (42.6%). In this study, a small inaccuracy in identifying the age of women at the time of crime might have occurred due to limited possibilities to find out the exact date of birth (the day, the month and the year) as only the year (the month or the day of birth were missing) was indicated in the documents. Nevertheless, this fact did not have a significant influence on the conclusion as the dominant age group represented a clear majority, compared with other age groups. Thus, we can claim that the data of the study in accordance with data provided by ICD and NSFP do not show any difference (Table 2).

Table 2. Distribution of Neonaticide-Suspected Women by Age Groups, by NSFP.

Age group (by years or age)	Number of cases	Percentage
≤17	5	10.6
18-29	24	51.1
30-39	15	31.9
40 and more	2	4.3
Unmarked	1	2.1
Total	47	100.0

Women up to 25 years of age accounted for less than half (42.6%) of the total. The distribution pattern of the age of women at the time they committed maternal neonaticide is consistent with the age of child-bearing women in Lithuania in general (correlation coefficient $p = 0.987$). As mentioned above, this fact does not correspond with the results of early studies of neonaticide but it is consistent with the trends observed in subsequent studies carried out in the field of neonaticide because of the increasingly growing age of mothers committing maternal neonaticide. The statement of the dissertation to be defended that first-day newborns are more frequently killed by mothers whose age does not exceed 25 years, was not confirmed in accordance with the NSFP data, either.

Education, profession, occupation of women suspected of murdering their newborn

In terms of higher education attained prior to committing a crime neither of all the 47 women under investigation for maternal neonaticide, had achieved higher education degree. The most dominating categories of education were as follows: vocational education – 15 (31.9%), basic education - 14 (29.8%) and secondary education 11 (23.4%). Almost half of the women, i.e. 23 cases (48.9%) had attained no profession before committing the crime, 6 (12.8%) of them had

obtained seamstress profession, 4 (8.6%) of them were representatives of cook-confectioner's profession. The rest of the professions (librarian, nurse, etc.) were single. Neither of the women had attained higher education (Table 3).

Table 3. Distribution of Neonaticide-Suspected Women by Education, by NSFP.

Education	Number of cases	Percentage
Primary	3	6.4
Basic	14	29.8
Secondary	11	23.4
Vocational	15	31.9
College	3	6.4
Unmarked	1	2.1
Total	47	100.0

The distribution of women unemployed at the time they committed the crime and those who were engaged in employment or education, revealed the following pattern: the unemployed accounted for 51.1%, the employed – 34.0%, whereas those involved in secondary school, college and vocational (professional technical) school comprised 12.7%. The engagement of one woman was not mentioned in one case.

In accordance with the ICD and NSFP data, it can be stated that first-day newborns are most commonly killed by mothers with low education, without any occupation or engagement (housewives, on the dole, unemployed or non-attendants of any educational institution) ($p < 0.001$). These findings are consistent with the results obtained in the field of neonaticide research being carried out in foreign countries. This study confirmed the statements to be defended by the dissertation that first-day newborns are more likely to be murdered by mothers with insufficient education, as well as those who are financially dependent, unemployed, not involved in any educational institution.

Family of women suspected of maternal neonaticide

The analysis of marital status of women (N=47) revealed that at the time of committing a crime 16 (34.0%) women lived in marriage, 19 (40.4%) of them were single. There were 12 (25.4%) divorced women (Table 4).

Table 4. Distribution of Neonaticide-Suspected Women by Marital Status.

Marital status	Number of cases	Percentage
Married and lives together with husband	15	31.9
Single, does not have a steady partner	11	23.4
Single, has a cohabitant	8	17.0
Divorced, does not have a steady partner	5	10.6
Divorced, lives with a cohabitant	5	10.6
Divorced, remarried and lives with husband	1	2.1
Divorced, has a friend	1	2.1
Married, lives without her husband, has a cohabitant	1	2.1
Total	47	100.0

The study determined 32 (68.1%) women who had born children before. There were 14 (29.8%) childless women who gave birth for the first time. The number of children ranged from 1 to 7. Nine (19.1%) women had one child each, 5 women (10.6%) had 2 children each and 38.3% of women had 3 and more children. According to the care taken of their own children, women were distributed as follows: those taking care - 28 (87.5%), one woman (3.1%) was deprived of maternity rights for one child but took care of the remaining children, 2 (6.3%) women did not take care of their children, maternity rights were deprived from one woman (3.1%).

It can be stated, that maternal neonaticide was commonly committed by unmarried women (66%) ($p < 0.001$) either in process of labour or soon after it, who in most cases, at the time of crime, had at least one child ($p = 0.003$) and took care of him/them ($p < 0.001$). More than 2/3 of women had born children before. Only 1/3 of women were married and lived with her husband. The comparison of the findings shows that the study results obtained in Lithuania are consistent with the overall trend observed, i.e. the number of women who are not single had children before committing maternal neonaticide is increasing. The findings of the study are inconsistent with results obtained by former research of neonaticide when the overwhelming majority or even the absolute majority of the women were single and gave birth for the first time. The statement to be defended by the dissertation claiming that single women are more likely to kill their newborns was confirmed, whereas the statement that those giving birth for the first time, do not have any children, was not confirmed.

Natal family of women suspected of maternal neonaticide

The examination of the natal family of women under research revealed only a small number of records on disadvantaged social environment present in their natal family, i.e. 10 cases, of which the following social circumstances were registered: 4 women had an alcoholic father, 2 – an alcoholic mother, 2 - both parents were alcoholics, one woman's father had numerous criminal records, one woman's sister also murdered her child. The number of children in the natal family of all women (N=47) ranged from 1 to 9. Two (4.3%) women grew up in the only child's family. Thirty women (63.7%) grew up in large families. 21.3% of women were the oldest children in the family, 6.4% - the youngest and 36.2% of them were the middle children. It can be stated that lower maternal neonaticide levels are observed in women, who came from families with the only child ($p=0,024$) or those who were the youngest ($p<0.001$) in their natal family. Twelve women experienced violence: 8 (66.7%) – in their own family, 1 (8.3%) – in the natal family, 3 – were raped, but the fact was not confirmed by documents.

Concealment of pregnancy and labour

The majority of women (63.8%) (N=47) under investigation, i.e. 30, were not monitored for gestation by any healthcare institution, which would allow an assumption that an attempt was made to conceal pregnancy. During the course of their pregnancy, 8 (17.0%) women, each of them paid one visit to health care institution. There were no records about this fact in 9 cases. None of the women delivered their newborns in a health care institution, which would lead to the conclusion that they were concealing pregnancy, too. It might be stated that the majority of women who murdered their first-day newborn had been concealing their pregnancy and labour, had not been visiting health care institutions during the course of pregnancy ($p<0.001$). These findings comply with the results obtained by studies conducted in foreign countries as well as confirm the statement being defended by this study with regard to concealment of pregnancy and delivery. There is no evidence that at least one woman was monitored for pregnancy denial, as a psychological protective reaction.

Mental and behavioral impairments in women suspected of maternal neonaticide

Medical examination of women (N=47) revealed that mental and behavioral disorders specified in ICD-10 classification (further - MBD), prior to the crime they had committed, were diagnosed in only 4 (8.5%) of the women, MBD of F32.1 code, i.e. moderate depressive episode, was dominating. No MBD was diagnosed in 36 (76.6%) women. Seven (14.9%) women had experienced head traumas before, yet diagnosis was not confirmed in 4 of them. A complicated

past history of mental diseases was found in families of 4 (8.5%): one woman's brother, one woman's sister and grandmother's brother, one woman's mother and one woman's grandfather had a history of mental illness. MBD was not detected when diagnosing these 4 women at the time of crime. One of them, before committing the crime and after, was diagnosed with depressive episodes: mild depressive episode (F32.0) and moderate depressive episode (F32.1), one woman was diagnosed with adjustment disorder (F43.2) after she had committed the crime. No cases of suicide were identified in the natal families of these 4 women. Suicide cases were identified only in 2 (2.1%) cases out of 47 women: one woman's grandfather and one woman's grandmother committed suicide. Eleven (23.4%) of all women (N=47) had suicidal thoughts after the crime, no suicidal thoughts were registered in 8 (17.0%) women, while this clinical sign was not marked in other cases.

Also, no evidence of MBD was detected in the majority of neonaticidal women, i.e. 38 cases (80.9%) of 47, at the time of the crime. In other 9 (19.1%) cases dominated MBD specified by the codes of the ICD-10-AM classification, as follows: F32 - episode of depression and F43 - reaction to severe stress, and adjustment disorders (Table 5).

Table 5. Distribution of Women by Mental and Behavioral Disorder at the Time of Crime.

Mental and behavioral disorders (ICD – 10-AM classification)	Number of cases	Percentage
No mental or behavioural disorders	38	80.9
Schizotypal disorder (F21)	1	2.1
Episode of reactive depression (F32)	1	2.1
Severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2)	1	2.1
Severe depressive episode with psychotic symptoms (F32.3)	1	2.1
Adjustment disorders (F43.2)	1	2.1
Dependent personality disorder. Adjustment disorders (F60.7/43.2)	1	2.1
Severe depressive episode. Acute stress reaction (F32/F43.0)	1	2.1
Unmarked	2	4.3
Total	47	100.0

Temporary psychical health disorder (further - TPHD) at the time of crime was not found in the majority of women, i.e. in 42 cases (89.4%), TPHD was diagnosed only in five (10.6%) cases. All the 5 women diagnosed with TPHD at the time of crime also had MBD: 1 woman was diagnosed with severe depressive episode (F32), 1 - severe depressive episode, acute reaction to

stress (F32/F43.0), 1- adjustment disorder (F43.2), 1- schizotypal personality disorder (F21), 1 - severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2). Four women were diagnosed with MBD after committing the crime: 2 of them - severe depressive episode (F32), 1- schizotypal disorder (F21), 1 - severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2).

Almost one third of women, i.e. 16 cases (34.0%), were diagnosed with MBD after the crime was committed. F32 (depressive episode) and F43.2 (adjustment disorder) as specified by the ICD-10-AM were among prevailing MBD. The majority of women 29 (61.7%) were not diagnosed with MBD after they had committed the crime.

The examination of women suspected of killing their newborns due to alcohol abuse found 22 records. Alcohol abuse was found in seven (14.9%) women and 2 of them developed alcohol addiction.

Intelligence level was determined in 35 women. The intelligence level in the remaining cases was not marked, therefore, it can be presumed that intelligence of the rest of the women did not cause any doubts. The distribution of women by intelligence level showed the following results: 27 (77.1%) women were diagnosed as being of normal intellect, 15 (31.9%) of them – of normal intellect (unclarified), 3 (6.4%) – normal average, 9 (19.1%) – normal low, 5 (10.6%) women were diagnosed with mild mental retardation, 3 (6.4%) - borderline between normal low and mild mental retardation (Table 6).

Table 6. Distribution of Women by Intelligence Level.

Intelligence Quotient	Number of cases	Percentage
Normal (unclarified)	15	31.9
Normal Average	3	6.4
Normal Low	9	19.1
Borderline between normal low and mild mental retardation	3	6.4
Mild mental retardation	5	10.6
Unmarked	12	25.5
Total	47	100.0

It might be stated that women, who killed their newborns at the time of delivery or shortly thereafter, in most cases were not diagnosed with mental and (or) behavioral disorder either before the crime was committed (76.6%) ($p < 0.001$) and after the crime (61.7%) ($p < 0.001$) or at the time of crime (80.9%). There were no temporary mental disorders detected at the time of delivery in a

majority of women ($p < 0.001$). MBD was diagnosed in only one fifth of women at the time of crime. Only 1/10 of women were confirmed not to have been fully aware of their actions or taken control when committing the crime. One third of the women under investigation were diagnosed with MBD after they had committed crime. These findings correspond with neonaticide research results obtained in foreign countries and confirm the statement to be defended, i.e. the first-day newborns are most commonly killed by mothers of normal intelligence, without any mental illnesses or temporary mental disorders at the time of crime.

Benchmarking of neonaticide-related indicators of Lithuania, Estonia, Latvia and Poland

The Criminal Code of the Republic of Estonia, as well as that of the Republic of Latvia, the Republic of Poland attributes maternal neonaticide to a separate privileged crime, the subject of which is the mother of the murdered newborn, while the object of crime is the newborn. It should be mentioned, that the Polish Penal Code specifies that the object of crime is the child. The Penal Code of Poland does not differentiate concepts of the child or the newborn, instead, the time of committing the crime, i.e. the period of giving birth to a newborn provides a clue that the newborn is the focus of attention. The Standards of the Criminal Codes of Latvia and Estonia foresee the time of committing a crime and define it as “in the process of delivery or shortly after it”. The previous version of the Criminal Code of the Republic of Lithuania specified the analogous period of committing, however, the newly adopted version of the LT CC excludes this provision. All the above mentioned countries, except for Estonia, provide for the compulsory condition – a special psychiatric state of mothers during delivery, which triggered tragic consequences. In Lithuania, Latvia, Poland and Estonia the punishment assigned for murder of a newborn, as a crime with privileged features, does not exceed 5 years of imprisonment. In Latvia penalty without imprisonment is also possible. Penalty without deprivation of liberty is possible in Latvia. Instead, a temporary restriction of liberty or even community service could be assigned for the mother.

In accordance with the statistical data of the period from 2008 to– 2012, the largest number of neonaticide cases occurred in Poland, i.e. 48 cases, while the lowest number of cases was registered in Latvia – 3. During the given period, there were 8 cases registered in Lithuania and 4 cases in Estonia. In terms of population, Lithuania, Estonia, Latvia and Poland vary considerably. For example, according to Eurostat data of 1 January 2012, in Estonia lived 1 325 217 people while in Poland – 38 538 447. In Lithuania there were 3 003 641 people, respectively, in Latvia – 2 118 913. The author of this work calculated the absolute number of neonaticide cases committed

per 100,000 inhabitants. The results showed that in Poland and Latvia this number is twice less (0.03 of crime/100,000 inhabitants) rather than in Lithuania and Estonia (0.06 of crime/100,000 inhabitants). The absolute number of neonaticide cases per 10,000 of births was calculated in this study: Poland has the lowest number of neonaticide cases per 10,000 of births (0.24 of crime/10,000 of births), the largest number is observed in Lithuania (0.58 of crime/10,000 of births). The situation is similar in Estonia (0.52 of crime/10,000 of births) while the situation in Latvia (0.29 of crime/10,000 of births) tends to be more similar to Poland.

The comparison of Lithuania with Estonia, Latvia and Poland revealed that the number of neonaticide cases (at the time of delivery of shortly thereafter) per 100,000 of inhabitants in Lithuania is twice larger than that in Poland or Latvia. The results obtained in Estonia are identical. By number of neonaticide cases per 100,000 of births, Lithuania takes the leading position among other mentioned countries (with the exception of Estonia, where the result is similar) with neonaticide rate twice bigger than in Latvia and two and a half times bigger in Poland. However, due to a small number of murdered newborns, this result is not significant. This confirms the statement to be defended that the prevalence of first-day newborn murder in Lithuania does not exceed the results observed in European states.

The statistical relationship between the mentioned countries is provided in Table 7, where the column “murdered newborns/total number of newborns born” shows the correlation between ratios obtained by dividing the number of murdered newborns by the total number of all newborns born in Lithuania and, accordingly, in Latvia, Estonia or Poland. Similarly, the column “murdered newborns/total population” similar correlations between ratios, obtained by dividing the number of murdered newborns by the total number of population of the relevant year. It is obvious that the correlation “murdered newborns/total number of newborns” and “murdered newborns/total number of population” is analogous. The change in the proportion of murdered newborns in Lithuania and Latvia shows a similar pattern (moderate positive correlation), i.e. the number of murdered newborns is rising with the increasing number of newborns. The opposite situation is observed in Lithuania and Estonia (moderate negative correlation). In Estonia, the regular number of murdered newborns is 1, i.e. it is stable and does not depend on population. Consequently, in Estonia, the increasing number of population does not result in growing rate of neonaticide and vice versa, the reduction in population does not show any decline in the rate of neonaticide. On the contrary, there is no association of the above mentioned indicators observed in Lithuania or Poland.

Table 7. Comparative Analysis of Statistical Relationship in Neonaticide Trends Observed in Lithuania and Estonia, Latvia, Poland.

State	Murdered newborns/Total number of newborns, ρ	Murdered newborns /total population, ρ
Latvia	0.542	0.578
Estonia	-0.597	-0.563
Poland	-0.058	-0.057

Neonaticide prevention

Preventative measures targeting neonaticide in a wide range of countries worldwide can be classified as primary and secondary means. Primary measures are those that help in seeking to escape unwanted pregnancy before a new life is begun, e.g. sexual education. Secondary measures are taken for preventing unwanted pregnancy after a new life is begun and those used to avoid killing a newborn, for instance, anonymous labour, “Baby Hatches/Baby Boxes” or their analogues (Safe Haven). Baby hatches were put into practice in Lithuania in 2009, however, they have not been legalised yet. Anonymous delivery is not legal in Lithuania, either. Nor there are any preventive measures to arrest neonaticide cases. Taking into account this context case, there are assumptions for emergence of tertiary prevention (rehabilitation) measures. Therefore, the author considers that neonaticide prevention measures should be categorised as follows:

1. Primary prevention measures (sexual education, pregnancy planning, etc.).
2. Secondary prevention measures (“Baby hatches”, anonymous delivery).
3. Tertiary prevention measures (team work as well as complex work of various specialists with women who murdered their newborns).

All these measures have both, supporters and critics. The most common arguments provided by either supporters or critics are as follows: every saved life counts, but a child when grows up has the right to know his/her origin. Another supportive argument is that a grown-up child’s right to know his origin or parents may not be implemented, as, in case of murder, there will be no one to execute that right.

The author of this work presumes that the possibilities to introduce the above mentioned preventive measures in Lithuania should be considered and explicitly discussed by different specialists. The fundamental aspects should be as follows: the protection of life because life is an absolute value. In UN Convention on the Rights of the Child, Article 7, Part 1 states that “The child shall be registered immediately after birth and shall have the right from birth to a name, the right to

acquire a nationality **and, as far as possible, the right to know and be cared for by his or her parents**". The child's right to know his or her parents is not more fundamental than the right to life. The experience gained in other countries shows that there are measures to implement the child's right to know his/her origin even if the child is rejected anonymously. The increasing number of newborns being left anonymously in "Baby Hatches" may be associated with latency in neonaticide rate.

CONCLUSIONS

1. Cases of neonaticide can be traced back to ancient times of human history which proves neonaticide to be not a new occurrence in the socium.

2. Over the period from 1990 to 2012, in Lithuania, 116 cases of neonaticide were registered. It comprises approximately 1.5% of all the intentional murders committed in Lithuania over the observed period. The prevalence of neonaticide in Lithuania does not significantly differ from that in other European states.

3. The most common motive for committing this crime, provided by women is fear and (or) shame (21.3%) (by NSFP).

4. The most common crime location is village locations (63.8% by ICD and 64.1% by NSFP). The murders are usually executed inside the residential place of a woman (~30% by ICD and 51.1% by NSFP).

5. The average age of women who murdered their first-day newborns at the time of delivery or shortly thereafter, is 27 (27.4 ± 6.1 by ICD, 27.3 ± 6.7 by NSFP). The prevailing age group of women who committed maternal neonaticide ranges from 18 to 29 (63.9% by ICD, 51.1% by NSFP). Women aged up to 25 comprised a smaller part (36.1% by ICD and 42.6% by NSFP).

6. Most newborns, during birth or soon after it, were murdered by women with low education, without any profession or occupation, i.e. housewives, unemployed, not engaged in any employment or education (by ICD and NSFP).

7. Women who were not married showed a greater tendency to murder their first-day newborn (66%), as well as women with children (68.1%) (by NSFP).

8. The majority of women concealed their pregnancy, during the pregnancy period did not visit any health care institutions (63.8%), or made only one visit - 17%. Delivery was concealed by 100% of women (by NSFP).

9. Women who murdered their first-day newborn at the time of delivery or shortly thereafter, were not diagnosed with any mental and (or) behaviour disorders at the time of crime (80.9%). Only one tenth of women were diagnosed as being unable to completely understand or control actions at the time of crime.

10. There is no comprehensive legally binding system for neonaticide prevention in Lithuania.

RECOMMENDATIONS

I. Re: Statistical data

The official crime rate reports on child victims data, provided by the Information Technology and Communications Department under the Ministry of the Interior of the Republic of Lithuania, it is essential to categorise all the murdered victims as follows:

1. Newborns, (neonates), i.e. children from birth until 28 days of age, including the victims of crimes provided for in Article 131 and Article 129 (part 2) of the Criminal Code of the Republic of Lithuania.

2. Infants, i.e. children from 29 days of age until 1 year.

II. Re: disposition of Article 131 of the Criminal Code [68] of the Republic of Lithuania “Infanticide“

Taking into account the research-based specificity of first-day neonate murder, the historical evolution of the content of the crime, medical terminology, it is essential that the disposition foresees the following features assisting for forensic evaluation:

1. The time of crime, i.e. “at the time of delivery or shortly thereafter” seeking to avoid interpretations of states triggered by childbirth that emerge later on and are not related to maternal aggression exposed at the time of delivery.

2. It is essential to determine subjective age of 14 at which a woman becomes liable under the criminal law.

III. Re: Diminished capacity provided for in Article 18 of the Criminal Code [68] of the Republic of Lithuania

To ensure clarity and transparency of the identification of diminished capacity, it is essential to foresee the most unified and concrete medical diagnostic criteria, developed on the basis of competencies attained by forensic psychiatrists.

IV. Re: Criminal liability of a natural person for failing to inform the relevant state institutions on a newborn's birth fact

Given the fact that mothers who delivered a newborn not under supervision of a health care institution and murdered her newborn (or newborns) may be held criminally not liable in cases when, after a certain period of time, a newborn corpse is detected, due to objective reasons there is no possibility to identify whether the newborn was born alive, it is recommended to establish criminal liability for a natural person who failed to inform relevant state institutions on birth of a newborn or other fact of birth, death or stillbirth.

V. Re: Neonaticide prevention measures

1. Taking into account the experience of other legal states, the state's obligation rather than the right to execute the protection of life, as well as the issues addressed in the section "Neonaticide Prevention in Lithuania", it is recommended, at the national institutional level, to classify neonaticide prevention measures, to analyse possibilities of establishing a legal basis for introduction and implementation of neonaticide prevention measures (secondary measures as "Baby Hatches", and validation of an anonymous childbirth, tertiary measures (rehabilitation), i.e. preventive team work of specialists with women sentenced for murder of their newborn) in Lithuania, as well as mechanisms assisting in implementation of these measures and the change, supplement or establishment of relevant legal acts.

2. The projected introduction of sexual education programmes [66], [89] could play an important role in implementation of primary neonaticide prevention measures in seeking to emphasise not only the family as a value but also the value of life as a unique and absolute value.

VI. Re: Introduction of concepts in science doctrine

A pregnant woman, after labour starts, is considered to be a labouring woman, while the fetus remains in the fetus status until is born. A person's development period during deliver differs from intrauterine period because of the physiological labour mechanism. Nonetheless, after one part of a person is born, for example the head, to consider this as development of fetus inside a woman's body is inaccurate.

Neonaticide in scientific literature is usually referred to as murder of a 24-hour newborn. A newborn older than 24-hours of age is also considered to be a newborn until he is 28 days old after birth, thus this concept needs clarification. It is proposed to introduce the following new concepts in science doctrine:

1. Prenewborn – A human fetus from occurrence of the first labour contractions until the birth moment.

2. Early neonaticide – murder of a twenty-four-hour/first day newborn.

3. Late neonaticide – murder of a newborn aged from 2 to 28 days.

LIST OF SCIENTIFIC ARTICLES PUBLISHED BY THE AUTHOR

1. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Andriuškevičiūtė G., Chmieliauskas S. Naujagimių žudymas - motinų psichologinio žiaurumo pasekmė. Medicinos teorija ir praktika, 2013, t. 19; 4: 417-422.

2. Jasulaitis A., **Stasiūnienė J.**, Chmieliauskas S., Andriuškevičiūtė G. Motinų agresijos, nukreiptos į savo kūdikius, priežastys ir ją lemiantys veiksniai. Medicinos teorija ir praktika, 2013, t. 19; 4: 423-426.

3. **Stasiūnienė J.**, Andriuškevičiūtė G., Meškaitė A., Chmieliauskas S., Jasulaitis A. Savo naujagimių nužudžiusių motinų psichologinės ir psichiatrinės būklės analizė. Laboratorinė medicina, 2013, t. 15; 3(59): 126-130.

4. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Chmieliauskas S., Andriuškevičiūtė G. Motinų, nužudžiusių savo naujagimį, teisinė ir teismo medicininė charakteristika. Laboratorinė medicina, 2013, t. 15; 3(59): 137-140.

5. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Chmieliauskas S. Teismo psichiatrinių ekspertizių, atliktų baudžiamosiose bylose, iškeltose dėl naujagimio nužudymo, analizė (1994-2013 m.). Laboratorinė medicina, 2014, t. 16; 1(61): 28-33.

6. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Andriuškevičiūtė G. Savo naujagimius nužudžiusių moterų psichosocialinė charakteristika iki padarant nusikaltimą. Laboratorinė medicina, 2014, t. 16; 2(62): 76-80.

INFORMATION ON THE AUTHOR

Jurgita Stasiūnienė was born on 1 January 1969

Education:

1988-1994, Faculty of Medicine, Vilnius University, Pediatrics Specialty, Qualification of Physician-Pediatrician (ISCED 5).

1994-1996, Faculty of Medicine, Vilnius University, Residency of Common Pediatric Illnesses Specialty, Qualification of Physician-Pediatrician.

1996-1997, Faculty of Medicine, Vilnius University, Residency of Pediatric Nephrologist Subspecialty, Qualification of Pediatric Nephrologist.

In 1999-2003, Vilnius University, Faculty of Law, Qualification of Lawyer, equivalent to a Master's Degree (ISCED 5).

In 2002-2009, Department of Pathology, Forensic Medicine and Pharmacology, Faculty of Medicine, Vilnius University, PhD student of Forensic Medicine.

Working experience:

1997-2004, Public institution Vilnius Regional Clinic, Physician – Nephrologist.

2005-2010, Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania, Legal and Personnel Division, Deputy Head.

2011-2012, Administration Service of Social Care Institutions under the Ministry of Social Security and Labour, Social Workers' Qualification Training Division, Head.

From 2013 to date, Department of Pathology, Forensic Medicine and Pharmacology, Faculty of Medicine, Vilnius University, assistant.

From 2014 to date, Public Institution Out-Patient Clinic "Centro Poliklinika", Doctor's Service on Call, Physician-Pediatrician.

NAUJAGIMIO NUŽUDYMAS: MEDICININĖS, SOCIALINĖS, TEISINĖS IŽVALGOS, JŲ ANALIZĖ IR VERTINIMAS

SANTRUMPOS

IRD – Informatikos ir ryšių departamentas prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos.

JAV – Jungtinės amerikos valstijos.

LDK – Lietuvos Didžioji Kunigaikštystė.

LR – Lietuvos Respublika.

LR BK – Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas (Žin., 2000, Nr. 89-2741), įsigaliojęs 2003 m. gegužės 1 d. ir galiojantis šiuo metu.

LR BK (ankstesnis) – Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas (Žin., 1961, Nr. 18-147), galiojęs iki 2003 m. balandžio 30 d.

LSD – Lietuvos statistikos departamentas.

PES – Psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimai, numatyti Tarptautinėje statistinėje ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajame pataisytame ir papildytame leidime „Sisteminiis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM).

Str. – straipsnis.

TPE - Teismo psichiatrinės ir (-ar) psichologinės ekspertizės.

VTPT - Valstybinė teismo psichiatrijos tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

IVADAS

Naujagimio nužudymas nėra naujas fenomenas. Istoriniai šaltiniai byloja, kad naujagimių žudymai buvo paplitę tarp actekų, Australijos aborigenų, kai kurių Afrikos šalių gyventojų, Kanados eskimų, Airijos keltų, galų, finikiečių, vikingų. Jie egzistavo Mesopotamijoje, senovės Graikijoje, Romoje, Kinijoje, Indijoje. Viduramžių Europoje naujagimių nužudymai buvo dažnas reiškinys. Galimai dėl visuomenės skeptiško požiūrio. Nuostatos į naujagimių žudymus pasikeitimui didelę įtaką turėjo 16 - 17 a. daugelyje vakarų Europos valstybių priimti įstatymai, kuriuose vaiko nužudymas pripažintas kriminaliniu nusikaltimu, už kurį baudžiama mirties bausme.

Nuo XIX a. požiūris į naujagimių nužudžiusias moteris ir bausmes už šį nusikaltimą švelnėjo. Mirties bausmė keista į kalėjimą. Kai kurios valstybės baudžiamuosiuose kodeksuose kūdikio nužudymą išskyrė į atskirą privilegijuotą veiką. Nuo XX amžiaus švelninančios sąlygos apibrėžtos kaip ypatinga gimdymo būseną, fizinės ir moralinės kančios. Atskiras privilegijuotas sudėtis baudžiamajame įstatyme numatė Austrija, Baltarusija, Estija, Graikija, Kazachstanas, Latvija, Lenkija, Lietuva, Moldavija, Rusija, Šveicarija, Ukraina ir kt.

Mokslinių tyrimų vaikžudystės (filicidio, infanticido, neonaticido) tema įvairiose valstybėse, išskyrus Lietuvą, atlikta nemažai. Filicidu laikoma savo vaiko nužudymas. Neonaticido terminas neturi teisinio pagrindo, tačiau mokslinėje literatūroje naudojamas dažnai. Šį terminą pirmasis panaudojo Resnick P.J., neonaticidą apibūdinęs kaip naujagimio nužudymą per pirmas 24 val. po gimimo. Bonnet C. išskyrė neonaticidą į aktyvų ir pasyvų. Aktyvus neonaticidas - naujagimio nužudymas tiesiogiai naudojant smurtą. Pasyvus neonaticidas - aplaidumo tuoj pat po gimdymo rezultatas (pvz. naujagimis nemaitinamas). Šio darbo autorės nuomone, neonaticido terminas nėra tikslus, nes vyresnis, nei pirmos paros vaikas taip pat laikomas naujagimiui iki 28 paros. Tiksliau būtų išskirti ankstyvąjį neonaticidą – pirmos paros naujagimio nužudymą bei vėlyvąjį neonaticidą – naujagimio nužudymą nuo antros paros iki 28 paros po gimimo.

DARBO AKTUALUMAS

Motinos savo naujagimio nužudymas visuomenėje visada sukelia išskirtinį emocinį atgarsį. Naujagimio nužudymo faktas emocijas iššaukia ne tik dėl to, kad ką tik gimusi gyvybė yra pati pažeidžiamiausia, negalinti apsiginti visuomenės dalis, bet ir dėl to, kad motinos agresija, nukreipta į savo „kūną ir kraują“, prieštarauja visuomenės egzistavimo dėsniams, paneigia motiniškų instinktų tvirtumą. Kas sąlygoja tokį motinų elgesį? Ar egzistuoja predisponuojantys socialiniai, psichologiniai, medicininiai veiksniai, leidžiantys suvokti tokį motinų primityvų problemos sprendimo būdą?

DARBO TIKSLAS

Nustatyti naujagimių nužudymų ypatumus medicininiu, socialiniu, teisiniu aspektu.

DARBO UŽDAVINIAI:

1. Išanalizuoti Lietuvos ir užsienio šalių mokslinę literatūrą apie naujagimių nužudymus.

2. Išanalizuoti naujagimių nužudymų situaciją Lietuvoje:
 - 2.1. Išanalizuoti naujagimių, nužudytų gimdymo metu arba tuojau po jo, nužudymo motyvą (-us), nusikaltimo padarymo vietą, būdą.
 - 2.2. Ištirti motinų, įtariamų nužudžius savo naujagimį (-ius) gimdymo metu arba tuojau po jo, socialines charakteristikas, medicininės diagnozes.
 - 2.3. Išanalizuoti Lietuvos teisinę bazę, susijusią su šiuo nusikaltimu.
3. Palyginti tyrimo rezultatus su mokslinėje literatūroje pateiktais duomenimis, užsienio šalių pateikta statistine informacija.
4. Pateikti praktines rekomendacijas dėl naujagimių nužudymų situacijos Lietuvoje.

DARBO NAUJUMAS IR JO REIKŠMĖ

Lietuvoje daktaro disertacijos lygmeniu nebuvo kompleksiškai analizuota naujagimių nužudymų situacija, apimant šio nusikaltimo istorinę raidą, paplitimą, dinamiką, nužudymų motyvus, vietą, būdą, motinų, nužudžiusių savo naujagimius gimdymo metu arba tuojau po jo, socialines charakteristikas, medicininės diagnozes, prevencinių ir reabilitacinių priemonių taikymo galimybes, teisinę problematiką, kvalifikuojant šį nusikaltimą, skirtingą sąvokų, susijusių su naujagimio nužudymu, reglamentavimą Lietuvos teisės aktuose ir kt. Darbo kompleksinės naujagimių nužudymų analizės rezultatas – holistinis problemos apibendrinimas: kompleksiškai išanalizuota naujagimių nužudymų situacija Lietuvoje, pateiktos praktinės rekomendacijos dėl naujų sąvokų įvedimo mokslo doktrinoje, esamų teisės aktų, susijusių su naujagimių nužudymais, tikslinimo ir naujų teisės aktų rengimo bei statistinių ataskaitų, prevencinių ir reabilitacinių priemonių rengimo.

GINAMIEJI DISERTACIJOS TEIGINIAI

1. Šiuolaikinėje visuomenėje naujagimių nužudymai nėra naujas reiškinys.
2. Pirmos paros naujagimių nužudymo paplitimas Lietuvoje neišeina už Europos valstybių ribų.
3. Nusikaltimo motyvas – nenorimas vaikas.
4. Nusikaltimo vieta – motinos gyvenamoji vieta.
5. Pirmos paros naujagimius dažniau nužudo motinos:
 - a) sąlyginai jauno amžiaus (iki 25 m.);
 - b) finansiškai priklausomos, nedirbančios ir nesimokančios;

- c) iš kaimo vietovių;
- d) neturinčios pakankamo išsilavinimo;
- e) slepiančios nėštumą ir gimdymą;
- f) vienišos;
- g) gimdančios pirmą kartą;
- h) neturinčios jokių psichikos ir (-ar) elgesio bei laikino psichikos sutrikimo nusikaltimo padarymo metu.

6. Lietuvoje nėra sukurtos naujagimių nužudymų prevencijos sistemos.

TIRIAMOJI MEDŽIAGA, KONTINGENTAS, METODAI

Naujagimių nužudymų teisinis reglamentavimas Lietuvoje nagrinėtas, naudojantis teisės aktų, viešų teismo sprendimų duomenų bazėmis, moksline literatūra. Atskirų objektų tyrimo periodas priklausė nuo valstybės institucijų galimybės pateikti prašomus duomenis bei nuo laisvos priegos prie kai kurių statistinių duomenų, oficialiai skelbiamų valstybės įstaigų internetinėse svetainėse. Darbo tyrimui, nustatant naujagimių nužudymų situaciją Lietuvoje, naudota medžiaga iš dviejų atskirų šaltinių.

Retrospektyviai tirtos IRD pateiktos nuasmenintos statistinės kortelės, užpildytos registruojant nusikaltamą veiką, iki 2003 m. gegužės 1 d. numatytą LR BK (ankstesnis) 106 str. (**Motinos tyčinis nužudymas savo naujagimio**) ir nuo 2003 m. gegužės 1 d. numatytą LR BK 131 str. (**Naujagimio nužudymas**), laikotarpiu nuo 1990 m. iki 2012 m.

Informacijos sisteminimui naudoti iš anksto nustatyti kriterijai:

1. Nusikalstamos veikos atvejams: nusikaltimo padarymo metai; apskritis, kurioje padarytas nusikaltimas; nusikaltimo padarymo vieta (miestas, kaimas); konkreti nusikaltimo padarymo vieta.
2. Moterims, įtartoms nusikaltimo padarymu: amžius; amžiaus grupė; pilietybė; tautybė; išsilavinimas nusikaltimo padarymo metu; užsiėmimas nusikaltimo padarymo metu; nužudyto naujagimio lytis.

Naujagimių nužudymų paplitimui Lietuvos apskrityse, palyginimui su kaimyninėmis valstybėmis, Pabaltijo valstybėmis naudoti statistiniai duomenys ir ataskaitos, oficialiai skelbiamos LSD, IRD, Europos komisijos Eurostato, Estijos statistikos biuro, Latvijos centrinio statistikos biuro, Lenkijos policijos internetinėse svetainėse.

Nustatyti 116 naujagimių nužudymo atvejai ir 36 moterys, įtariamoms šio nusikaltimo padarymu.

Antrąją tiriamos medžiagos dalį sudarė retrospektyviai tirti VTPT pateikti nuasmeninti (be vardo, pavardės, tikslios gimimo datos, tikslios gyvenamosios vietos, be kitų duomenų, galinčių kaip nors identifikuoti asmenį, t. y. nepažeidžiant asmens, paciento duomenų apsaugos) duomenys iš teismo psichiatrinių ir (-ar) psichologinių ekspertizių, TPE, kurios buvo atliktos atitinkamu periodu reglamentuojančių teisės aktų pagrindu, paskirtos ikiteisminių tyrimų atsakingų asmenų, teisėjų, teismo, naujagimių nužudymų baudžiamosiose bylose dėl nusikalstamų veikų iki 2003 m. gegužės 1 d. numatytų LR BK (ankstesnis) 106 str. (**Motinos tyčinis nužudymas savo naujagimio**) ir 105 str. 13 punkte (**Tyčinis nužudymas mažamečio asmens ar bejėgiškos būklės asmens**) bei nuo 2003 m. gegužės 1 d. numatytas LR BK 131 str. (**Naujagimio nužudymas**) ir 129 str. (**Nužudymas**): 2 dalies 1 punkte (mažamečio), 2 punkte (bejėgiškos būklės žmogaus), 3 punkte (savo artimojo giminaičio ar šeimos nario), 5 punkte (dviejų ar daugiau žmonių). Ekspertizės atliktos VTPT 9 teismo psichiatrijos ekspertizių komisijų (Vilniaus I, Vilniaus II, Kauno I, Kauno II, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Rokiškio, Utenos) periodu nuo 1994 m. iki 2013 m. Informacijos sisteminimui naudoti iš anksto nustatyti kriterijai:

1. TPE atlikimo atvejams: atlikimo metai; rūšis; komisija, atlikusi teismo psichiatrines ir (-ar) psichologines ekspertizes; komisijos išvada; komisijos rekomendacijos.

2. Nusikalstamos veikos atvejams: nusikaltimo padarymo metai; nusikaltimo padarymo vieta (miestas, kaimas); konkreti nusikaltimo padarymo vieta; straipsnis, numatytas LR BK; nusikaltimo padarymo būdas; nusikaltimo padarymo motyvas.

3. Moterims, įtartoms nusikaltimo padarymu: amžius; amžiaus grupė; šeimyninė padėtis nusikaltimo padarymo metu; duomenys apie natalinę šeimą; moters patirtas smurtas natalinėje ir nuosavoje šeimoje; sveikatos priežiūra nėštumo metu; išsilavinimas nusikaltimo padarymo metu; profesija nusikaltimo padarymo metu; užsiėmimas nusikaltimo padarymo metu; pagimdyto naujagimio lytis; požiūris į nusikaltimą; moteriai nustatytos medicininės diagnozės, galinčios turėti įtakos nusikaltimo padarymui; moters asmenybės požymiai.

Nustatyta, kad 59 TPE, atliktos 48 moterims, tačiau tolesniame tyrimo etape dėl techninių priežasčių neįtraukta 1 TPE, atlikta 1 moteriai 2013 m., todėl tolimesnio tyrimo metu tirtos 58 TPE ir 47 moterys.

Darbe naudotas istorinis apžvalginis, loginis, kalbinis, palyginamasis, epidemiologinis stebėjimo aprašomasis, statistinis metodas. Duomenų statistinei analizei naudotas statistinių programų paketas SPSS 16.0, „Microsoft Office™“ (Excel™) programa. Klinikinės diagnozės suvienodintos pagal Tarptautinę statistinę ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos

dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM). Statistiškai reikšmingų skirtumų ieškota χ^2 kriterijumi su 95% pasiklovimo lygmeniu. Skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, jei kriterijaus paskaičiuota p reikšmė mažesnė už 0,05. Koreliacija tarp dviejų duomenų rinkinių skaičiuota naudojantis Pearsono koreliacijos koeficientu r .

DARBO REZULTATAI IR APTARIMAS

Naujagimių nužudymų reglamentavimas Lietuvos istorijos raidoje

Apie vaikžudystę, kaip atskirą nusikaltimo sudėtį, išskirtą Lietuvos teisės aktuose, galima kalbėti tik nuo XVI a., kai LDK buvo priimti Lietuvos Statutai (I - 1529; II - 1566; III - 1588). LDK Statutai numatė, kad savo vaiko ir nesantuokinio vaiko nužudymas buvo laikomas nužudymu, tačiau lengvinančiomis aplinkybėmis. Vaiko gyvybė teisiškai buvo pradėta ginti, tačiau ji buvo mažesnė vertybė, nei suaugusio žmogaus gyvybė. Naujagimio nužudymas, kaip atskiras nusikaltimas, nebuvo numatytas. Po trečiojo Lenkijos - Lietuvos padalinimo (1795 m.) žemės Nemuno dešinėje pusėje atiteko Rusijos imperijai, o kairėje - Prūsijai, todėl Lietuvoje tuo metu galiojo skirtingas teisinis reglamentavimas. 1840 m. rusų caras Nikolajus I išleido įsaką, kuriuo panaikino III LDK Statuto galiojimą. Įsigaliojo Rusijos imperijos įstatymai, kurių nuostatos, susijusios su naujagimių nužudymu. Rusijos imperijos Statute 1845 m. už nesantuokinio naujagimio nužudymą švelninančios aplinkybėmis („dėl garbės išsaugojimo“, „nuslėpti gėdą“, „gėda ir baimė“) numatyta mažesnė bausmė. 1918 m. atkūrus nepriklausomą Lietuvos valstybę, Laikinosios Konstitucijos Pamatinių dėsnių pagrindu, o vėliau ir 1919 m. sausio 16 d. Valstybės Tarybos prezidiumo nutarimu, Lietuvoje liko galioti 1903 m. Rusijos imperijos baudžiamasis statutai. Pastarasis statutai vaiko (amžius nereglamentuojamas) nužudymą numatė kaip nusikaltimą sunkinančiomis aplinkybėmis. Bausmė už tokį nusikaltimą buvo sunkių darbų kalėjimas nuo 10 m. iki gyvos galvos. Baudžiamasis statutai taip pat numatė, kad motina, nužudžiusi begimdydama savo pavainikį (nesantuokinį) kūdikį, baustina grasos (vėliau sunkių darbų) kalėjimu. Pastarajame statute taip pat buvo numatyta 250 litų bauda už nepranešimą apie naujagimio gimimą ar mirtį. 1940 m. sovietams okupavus Lietuvą, iki įvedant Rusijos įstatymus (1926 m. Rusijos Tarybų Federacinės Socialistinės Respublikos baudžiamasis kodeksas), t.y. iki 1940 m. gruodžio 1 d., galiojo Lietuvos įstatymai. 1926 m. Rusijos Tarybų Federacinės Socialistinės Respublikos baudžiamasis kodeksas (išskyrus karo metus) galiojo iki 1961 m. rugpjūčio 30 d. Kodeksas naujagimio nužudymą priskyrė prie kvalifikuotų nusikaltimų, nes motina yra tas asmuo, kurio pareiga ypatingai rūpintis bejėgės būsenos vaiku. Lietuvos Tarybų Socialistinės Respublikos

baudžiamasis kodeksas priimtas Lietuvos Tarybų Socialistinės Respublikos Aukščiausios Tarybos 1961 m. birželio 26 d. ir įsigaliojęs 1961 m. rugsėjo 1 d., numatė baudžiamąją atsakomybę - laisvės atėmimą iki penkerių metų arba pataisos darbus iki vienerių metų - motinai tyčia nužudžiusiai savo kūdikį gimdymo metu ar tuojau po gimdymo. Nusikaltimas buvo priskirtas privilegijuotiems, t.y. atsakomybę švelninantiems nusikaltimams. Lietuvai 1990 m. atkūrus nepriklausomybę, naujas, dabar galiojantis LR BK, priimtas LR Seimo, įsigaliojo 2003 m. gegužės 1 d. Pastarasis kodeksas numato baudžiamąją atsakomybę - areštą arba laisvės atėmimą iki penkerių metų - motinai, dėl gimdymo nulemtos būsenos nužudžiusiai savo naujagimį. Nusikaltimas priskiriamas privilegijuotiems.

Žmogaus gyvybės apsaugos teisinis reglamentavimas Lietuvoje

Tarptautiniai dokumentai

Žmogaus teisė į gyvybę ginama visose demokratinėse teisinėse valstybėse. Tarptautiniuose žmogaus teisių ir laisvių apsaugos dokumentuose, kuriuos Lietuva įsipareigojusi vykdyti, teisė į gyvybę yra prioritetinga ir reglamentuojama pirmuosiuose straipsniuose. **Visuotinės žmogaus teisių deklaracijoje** numatyta, kad kiekvienas turi teisę į gyvybę, laisvę ir asmens saugumą. Lietuva priešios deklaracijos prisijungė 1991 m. kovo 12 d. (įsigaliojo 1992-02-20) LR Aukščiausiosios tarybos nutarimu Nr. I-1136 „Dėl Lietuvos Respublikos prisijungimo prie Tarptautinės žmogaus teisių chartijos dokumentų“ (Žin., 1991, Nr. 9-244). **Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija** reglamentuoja, kad kiekvieno asmens teisė į gyvybę saugoma įstatymu. Lietuva ratifikavo šią konvenciją 1995 m. balandžio 27 d. įstatymu „Dėl Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos, jos ketvirtojo, septintojo, vienuoliktojo protokolų ratifikavimo“ (Žin., 1995, Nr. 37-913).

Vaiko, kaip labiausiai pažeidžiamo socialinio subjekto, teisių apsaugai skiriamas ypatingas dėmesys. Tai įrodo be priimtų bendrų žmogaus teisės (tame tarpe į gyvybę) apsaugoti skirtų dokumentų, priimti teisės aktai, skirti būtent vaiko teisių (tame tarpe į gyvybę) apsaugai. **Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija**, kurią Lietuva 1995 m. liepos 3 d. ratifikavo įstatymu „Dėl Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos ratifikavimo“ (Žin., 1995, Nr. 60-1501), numato, kad valstybės dalyvės pripažįsta kiekvieno vaiko neatimamą teisę gyventi bei užtikrina didžiausią galimybę vaikui gyventi ir sveikai vystytis.

Nacionaliniai teisės aktai

LR Konstitucijoje (Žin., 1992, Nr. 33-1014) numatyta, kad „žmogaus teisę į gyvybę saugo įstatymas“. Teisė į gyvybę yra prigimtine teisė, kurią, ne kas nors suteikia, o žmogus ją įgyja

gimdamas ir niekas negali kėsintis į šį absoliutų gėrį. **LR vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymo** (Žin., 1996, Nr. 33-807) paskirtis - gerinti vaikų teisinę apsaugą šalyje, nustatant suderintus su LR Konstitucija ir tarptautinės teisės normomis bei principais vaiko teisių ir laisvių gynimo pagrindus.

Visos teisės normos be teisių apsaugos įgyvendinimo mechanizmo būtų deklaratyvos. Gyvybės apsaugos mechanizmą užtikrina baudžiamoji teisė, numatydamą baudžiamąją atsakomybę už neteisėtą gyvybės atėmimą. LR BK numato baudžiamąją atsakomybę už nužudymą (129 str. „Nužudymas“, 130 str. „Nužudymas labai susijaudinus“, 131 str. „Naujagimio nužudymas“, 132 str. „Neatsargus gyvybės atėmimas“). Paprastu nužudymu (be kvalifikuojamųjų (sunkinančiųjų) ir privilegijuotų (lengvinančiųjų) požymių) vadinamas nusikaltimas numatytas LR BK 129 str. 1 dalyje (ankstesnio LR BK 104 str.). Kvalifikuotieji nužudymai numatyti LR BK 129 straipsnio 2 dalyje (ankstesnio LR BK 105 str.): nužudymas mažamečio, bejėgiškos būklės žmogaus, savo vaiko ir kt. LR BK numato dvi privilegijuotas nužudymo sudėtis: 130 str. „Nužudymas labai susijaudinus“ (ankstesnio LR BK 107 str.) ir 131 str. „Naujagimio nužudymas“ (ankstesnio LR BK 106 str.). Kaip matome, naujagimio nužudymas LR baudžiamojoje teisėje yra išskirtas į atskirą nusikaltimą, turintį privilegijuotos sudėties požymius.

Nusikaltamos veikos (Naujagimio nužudymas) sudėties požymiai

Pagal baudžiamąjį įstatymą atsako tik tas asmuo, kurio padaryta veika atitinka baudžiamojo įstatymo numatytą nusikaltimo ar baudžiamojo nusižengimo sudėtį. Nusikaltamos veikos sudėties požymiai: objektas, objektyvioji pusė (veika, pasekmės, priežastinis ryšys, aplinkybės, būdas), subjektas (amžius, pakaltinamumas), subjektyvioji pusė (kaltė, motyvas, tikslas). Tiriamuoju laikotarpiu (1990 – 2013 m.) galiojo du skirtingi kodeksai, numatę nusikalstamą veiką – naujagimio nužudymą, kurios sudėties požymiai skirtingu periodu skyrėsi.

Objektas (dalykas)

Nusikaltimo, numatyto LR BK 131 str. (ankstesnio BK 106 str.), objektas – naujagimis. Dalykas naujagimio kūnas. LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 9 d. įsakymu Nr. V-1237 patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN 112:2008 „Gydytojas neonatologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (Žin. 2009, Nr. 3-74) numatyta, kad naujagimis – vaikas nuo gimimo momento iki 28 gyvenimo dienos. Panaši nuostata numatyta ir LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-822 patvirtintame Vaiko gaivinimo standarte (Žin., 2011, Nr. 110-5214): naujagimis – vaikas nuo gimimo momento iki 28 parų (jam gimus prieš laiką – iki 28 parų koreguoto amžiaus). Nusikalstamos veikos padarymo metu naujagimis turi būti gyvas.

Medicinos doktrinoje gyvu gimusiu laikomas naujagimis su gyvybės požymiais: širdies veikla, kvėpavimo judesiais, virkštelės pulsacija arba ryškiais spontaniniais raumenų judesiais. Gimimo momento reglamentavimas LR teisės aktuose skiriasi. LR vaiko gimimo momento nustatymo įstatyme (2002, Nr. 43-1602) numatyta, kad vaiko gimimas – gyvo vaisiaus išstūmimas ar ištraukimas iš moters organizmo, o vaiko gimimo momentas yra viso gyvybingo vaisiaus pasirodymas iš moters organizmo. Vaiko gyvybingumo požymius apsprendžia savarankiškas kvėpavimas ar širdies plakimas. Kitame įstatyme - LR civiliniame kodekse (Žin., 2000, Nr. 74-2262) numatyta, kad fizinio asmens gimimo momentu pripažįstamas pirmas savarankiškas naujagimio įkvėpimas. Iš medicinos praktikos žinoma, kad savarankiškas gimstančio vaisiaus įkvėpimas galimas ir pasirodžius ne visam gimstančio vaiko kūnui iš moters organizmo, be to, gimęs naujagimis gali nekvėpuoti, tačiau širdies veikla fiksuojama, o kvėpavimas gaivinimo priemonėmis, kurioms panaudoti reikia tam tikro laiko tarpo, atstatomas, arba nefiksuojama kvėpavimo ir širdies veikla, kurios gaivinant atstatomos. Šio darbo autorės nuomone, vieningo gimimo momento ir vaiko gyvybingumo požymių reglamentavimui teisės aktuose, turėtų būti suvienodintos sąvokos, atsižvelgiant į medicinos praktiką ir pasiekimus.

Žmogaus gyvybės pradžios ir pabaigos klausimu įvairių autorių nuomonės išsiskiria. Gyvybės pradžia siūloma laikyti: pradėjimo momentą; 14-ą dieną nuo pradėjimo, nes embrionas jau turi visus žmogaus požymius; vaisiaus smegenų masės susiformavimą (apie 22 nėštumo savaitę), fiziologinio gimdymo pradžią, nors naujagimis dar ir neišėjęs iš iščių, bet jau yra žmogus; nors vienos vaisiaus dalies pasirodymo iš motinos organizmo momentą; viso gyvybingo vaisiaus pasirodymą iš motinos organizmo; pirmo įkvėpimo pradžią ir kt. Europos žmogaus teisių teismo pozicija dėl dar negimusio embriono ar vaisiaus teisės į gyvybę gynimo klausimais yra ta, kad negimęs naujagimis, nors turi potencialą ir galimybę tapti asmeniu, bet teisė į gyvybę nėra ginama pagal Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 2 straipsnį. Pagrindinis argumentas – jei pripažintų negimusio naujagimio teisių apsaugą, pažeistų motinos privačią teisę darytis abortą. Jeigu nuosekliai remtis tokio pobūdžio argumentais, tai kyla klausimas, kodėl negalima atsikratyti ir gimusio vaiko, jeigu pastarasis labai trukdo privačiam motinos gyvenimui. Šio darbo autorės nuomone, teisė į gyvybę neturėtų būti siaurinama gimimo momentu. Reikėtų kalbėti ir apie teisės gimi realizaciją. Nuo pradėjimo momento gyvybė jau yra. Tik, klausimas, ar bus realizuota teisė jai gimti. Labai svarbu tai, nuo kokio momento valstybė prisiima atsakomybę ir pareigą ginti teisę į gyvybę. Be to egzistuoja, nors ir tampriai susijusios, bet atskiros kategorijos: gyvybės pradžia (autorės nuomone, žmogaus organizmo gyvybės pradžia laikytina žmogaus

pradėjimo momentas, nuo kurio prasideda spartus naujo žmogaus organizmo, turinčio savą, unikalų genetinį kodą, vystymąsį), gimimo momentas ir momentas, nuo kada įsijungia valstybės teisinė apsauga.

Nukentėjusysis

Nukentėjusiuoju pagal baudžiamosios teisės doktriną naujagimio nužudymo atveju yra gimęs ar gimstantis naujagimis. Ankstesnio LR BK 106 str. reglamentavo veikos padarymo laikotarpį „gimdymo metu ar tuoj po jo“, todėl nukentėjusiojo statusas buvo aiškus iš pačio straipsnio – jau gimęs naujagimis ar dar gimstantis vaisius (naujagimis, prenatalus). Dabartiniame LR BK 131 str. tikslus veikos padarymo periodas nenurodytas. Abstrakčios kategorijos visada kelia papildomas diskusijas. Gimimo laikotarpis nėra momentinis aktas, tai ne vieną valandą trunkantis procesas. Pasitaiko atvejų, kai motina nužudo gimstantį naujagimį, kuris dar nėra visiškai užgimęs, nėra pirmą kartą įkvėpęs (pvz. suduoda mirtiną smūgį į užgimstančią galvutę). Pagal gimimo momento sąvokas žmogaus dar kaip ir nėra, tačiau naujagimis gimti gyvas po motinos veiksmų gimdymo metu neturėjo jokių galimybių. Apsiribojant tik gimimo momento sąvoka, motina neatsakytų už šiuos veiksmus, nes nužudyti galima tik žmogų, kuris jau gimė ir dar nėra miręs. Baudžiamajam įstatymui apsiribojus gyvybės apsauga tik nuo žmogaus gimimo momento, atsirastų erdvė nebaudžiamumui, kai už veiksmus, ypatingai prieštaraujančius bendriems dorovės, moralės principams, nebūtų numatoma baudžiamoji atsakomybė. Nors LR BK 131 str. nenurodytas veikos padarymo periodas, o objektas nurodomas – naujagimis, baudžiamosios teisės doktrinoje numatyta, kad minėtos veikos nukentėjusysis yra ne tik gimęs, bet ir gimstantis naujagimis.

Įdomus, bet dar daugiau klausimų keliantis Lietuvos Aukščiausiojo Teismo senato išaiškinimas dėl teismų praktikos naujagimio nužudymo bylose. LR Lietuvos Aukščiausiojo Teismo senato 2004 m. birželio 18 d. nutarimo Nr. 46 „Dėl teismų praktikos nusikaltimų gyvybei bylose“ 25 punkte numatyta, kad LR BK 131 str. nereglamentuoja laikotarpio tarp gimdymo ir nužudymo trukmės, todėl kvalifikuojant veiką, medicininiai naujagimio sąvokos kriterijai neturi reikšmės. Viena vertus, toks išaiškinimas gerai, nes praplečia gimstančio vaisiaus (prenatalus) gyvybės apsaugos ribas, kita vertus, paneigia įteisintos naujagimio sąvokos reikšmingumą, bei galimai praplečia veikos padarymo ribas laiko požiūriu, kas iškreipia veikos turinį bei sąvokų vieningumą.

Objektyvioji pusė

Vienas iš nusikalstamos veikos objektyviųjų požymių yra kaltininko veika. Veika, numatyta LR BK 131 straipsnyje (ankstesnio LR BK 106 str.) gali būti padaryta aktyviais veiksmais, pvz.

uždusinant, pasmaugiant, bei neveikimu, pasyvumu, neatliekant veiksmų, kuriuos motina turi ir gali atlikti, pvz. nemaitina naujagimio, palieka be priežiūros. Kaltininkės padaryta veika turi turėti pasekmes – naujagimio mirtį. Tarp veikos padarymo ir padarinių atsiradimo teisiškai svarbus priežastinis ryšys. Būtent dėl motinos kaltų veiksmų arba neveikimo miršta jos naujagimis. LR žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas (Žin., 1997, Nr. 30-712; 2002, 43-1601) numato, kad mirties momentas – laikas, kai negrįžtamai nutrūksta žmogaus kraujotaka ir kvėpavimas arba kai negrįžtamai nutrūksta visų žmogaus galvos smegenų struktūrų veikla. Panaši sąvoka numatyta ir LR civiliniame kodekse. Negrįžtamumo faktorius suponuoja supratimą apie neišmatuojamą, nebeatstatomą žalą pačiam žmogui, artimiesiems, visuomenei, valstybei.

Subjektas

Naujagimį gali nužudyti motina, tėvas, giminaitis, svetimas asmuo. Kalbant apie privilegijuotą nusikaltimo sudėtį, numatytą LR BK 131 str. (ankstesnio LR BK 106 str.), nusikaltimo subjektas yra specialusis – tik naujagimio motina, sulaukusi subjektinio amžiaus, t. y. kuriai iki nusikaltimo padarymo buvo suėję 16 m. (pagal anstesnį LR BK – 14 m.). Tiek ankstesnis LR BK numatė, tiek dabartiniame LR BK numatyta, kad bendras amžius, nuo kurio asmuo atsako už LR BK numatytas veikas – 16 m. Tokio amžiaus asmuo jau gali pilnai atsakyti už visas nusikalstamas veikas, numatytas LR BK, išskyrus baudžiamajame įstatyme numatytas veikas, tokias kaip nužudymas, sunkus sveikatos sutrikdymas, išžaginimas ir kt. (sąrašas baigtinis), už kurias asmuo atsako nuo 14 m. Iš praktikos žinome, kad gimdo ir nužudo savo naujagimius ir jaunesnės moterys (merginos). Kaip tada kvalifikuojama ši veika? Iš principo, moters (merginos) iki 16 m., nužudžiusios savo naujagimį dėl gimdymo nulemtos psichofizinės būsenos veika negali būti kvalifikuojama pagal privilegijuotą LR BK 131 str., nes nėra subjekto. Faktinė nusikaltimo sudėtis kaip ir atitinka LR BK 129 str. 2 dalyje numatytus kvalifikuotus nusikaltimus, tokius kaip mažamečio, bejėgiškos būklės žmogaus, savo vaiko nužudymas. Už šias veikas baudžiamoji atsakomybė atsiranda nuo 14 m., tačiau bausmė ženkliai didesnė - laisvės atėmimas nuo 5 m. iki gyvos galvos, lyginant su privilegijuotu naujagimio nužudymu, kur bausmė – areštas arba laisvės atėmimas iki 5 m. Baudžiamosios teisės doktrinoje egzistuoja teisės normų konkurencijos samprata. Privilegijuotos normos su kvalifikuota norma konkurencijos atveju taikoma privilegijuota norma. Iš vienos pusės įstatymo leidėjo požiūriu asmuo, sulaukęs 14 m., jau geba suvokti labai sunkių ir sunkių nusikaltimų (nužudymas, sunkus sveikatos sutrikdymas, išžaginimas, vagystė, plėšimas ir kt.) pavojingumą, iš kitos pusės atsiranda kelerių metų erdvė pavojingos veikos – Naujagimio nužudymas - nebaudžiamumui. Ar vagystė, plėšimai yra didesnis saugomas gėris, nei labiausiai

neapsaugoto socialinio subjekto – naujagimio – gyvybė? Gyvybė - absoliuti vertybė, kuri sukuria visas likusias vertybes. Tai ar gali egzistuoti „viršenybės prieš absoliutą“ principas? Autorės nuomone subjektinis amžius už nusikaltimą, numatytą LR BK 131 str., turėtų būti kaip ir ankstesniame LR BK, t.y. 14 m. Moters, nužudžiusios savo naujagimį, veika pagal ankstesnio LR BK 106 str. buvo kvalifikuojama tada, kai motina savo naujagimį nužudydavo gimdymo metu arba tuojau po jo, preziumuojant skausmingo proceso sukeltą psichofizinę būseną, dėl kurios kaltininkė buvo ne visai pajėgi suprasti savo veiksmus ir juos valdyti, nors faktiškai taip galėjo ir nebūti. Skirtingai nuo ankstesnio LR BK, moters, nužudžiusios savo naujagimį, veika pagal dabar galiojančio LR BK 131 str. kvalifikuojama tik tada, kai nustatoma, kad moteris buvo gimdymo nulemtoje būsenoje, dėl kurios buvo ne visai pajėgi suprasti savo veiksmus ir juos valdyti (ribotas pakaltinamumas), bei būtent gimdymas tą būseną sukėlė. Veikos padarymo laikas normoje nėra nustatytas, tačiau jį nustato teisės doktrina - gimdymo metu ir tuoj po gimdymo. Įsigaliojus naujam LR BK, įvestas riboto pakaltinamumo institutas. LR BK 18 str. pateikta riboto pakaltinamumo sąvoka. Asmuo laikomas ribotai pakaltinamu, jeigu darydamas LR BK uždraustą veiką, asmuo dėl psichikos sutrikimo, kuris nėra pakankamas pagrindas pripažinti jį nepakaltinamu, negalėjo visiškai suvokti pavojingo nusikalstamos veikos pobūdžio ar valdyti savo veiksmų. Baudžiamoji teisė išskiria dvi riboto pakaltinamumo sudėtines dalis: medicininį kriterijų (psichikos sutrikimas, kuris nėra pakankamas pagrindas pripažinti asmenį nepakaltinamu) bei juridinį kriterijų, kuris savo ruožtu turi du aspektus (intelektinis aspektas, kurį apsprendžia nusikaltimą padariusio asmens nusikalstamos veikos pavojingumo suvokimas („negalėjo visiškai suvokti“), t.y. suvokė iš dalies; valinis aspektas, kurį apsprendžia nusikaltimą padariusio asmens gebėjimas valdyti savo veiksmus („negalėjo visiškai valdyti“), t.y. galėjo valdyti veiksmus tik iš dalies). Ribotai pakaltinamu asmuo teismo pripažįstamas tik tada, kai yra abu kriterijai. Medicininis kriterijus sudaro pagrindą. Būtent iš medicininio kriterijaus kyla juridinis. Ribotas pakaltinamumas nustatomas remiantis specialisto išvada, o prireikus, gali būti skiriama teismo psichologinė, psichologinė-psichiatrinė arba kitokia ekspertizė. Teismo psichologai, psichiatrai susidūrė su naujais iššūkiais, nes nėra teisinio diagnostinio reglamentavimo, nustatant tą psichikos sutrikimo laipsnį, dėl ko asmuo „ne visiškai“ gali suvokti savo veiksmus arba juos valdyti. Neturint įtvirtintų gairių, rekomendacijų, kriterijų, kiekvieno, net ir kompetetingo specialisto, eksperto išvada yra tik subjektyvi nuomonė. Neapibrėžtumas arba konkrečių kriterijų nebuvimas, subjektyvi kiekvieno specialisto, eksperto, net ir labai kvalifikuoto, nuomonė, negali užtikrinti asmenų lygybės prieš įstatymą principą.

LR BK 131 str. išskirta motinos „gimdymo nulemta būseną“. Įvairūs pogimdyviniu periodu nuo pirmųjų dienų arba net vėliau po gimdymo pasireiškę psichikos sutrikimai, tokie kaip pogimdyvinis liūdesys, pogimdyvinė depresija, pogimdyvinė psichozė, nerimo sutrikimai, potrauminio streso sutrikimas ir kt., taip pat yra gimdymo (ir (-ar) nėštumo) nulemtos būsenos rezultatai, kurie gali tęstis ne vieną mėnesį ir gali neturėti nieko bendra su motinos psichofizine būseną gimdymo metu nei laiko, nei psichikos sutrikimo turinio atžvilgiu. Ankstesnio LR BK 106 straipsnyje buvo reglamentuotas veikos laikotarpis – gimdymo metu arba tuojau po jo, kas leido išvengti interpretacijų dėl gimdymo nulemtų būsenų, atsirandandančių vėliau ir neturinčių nieko bendra su motinos agresija gimdymo metu. Šio darbo autorės nuomone, LR BK 131 str. išnykusi nuostata dėl veikos padarymo laikotarpio gimdymo metu arba tuojau po jo, sukelia nereikalingas diskusijas ir iškreipia veikos turinį tiek veikos padarymo laiko, tiek psichofizinės motinos būsenos gimdymo metu turinio atžvilgiu. Lietuvoje LR BK 131 straipsnio turinys neatsiejama su ribotu pakaltinamumu, nors ilgalaikė specialistų patirtis, atlikti tyrimai rodo, kad absoliuti dauguma motinų, nužudžiusių savo pirmos paros naujagimius, neturi jokių psichikos ligų ar sutrikimų.

Subjektyvioji pusė

LR BK 131 str. (ankstesnio LR BK 106 str.) numatytas nusikaltimas (Naujagimio nužudymas) padaromas tik tyčia, kuri gali būti tiesioginė ir netiesioginė. Baudžiamojoje teisėje (LR BK 15 str. pateikia sąvoką) nusikalstama veika laikoma padaryta tiesiogine tyčia, jei ją darydamas asmuo suvokė pavojingą nusikalstamos veikos pobūdį ir norėjo taip veikti arba, jei jį darydamas asmuo suvokė pavojingą nusikalstamos veikos pobūdį, numatė, kad dėl jo veikimo ar neveikimo gali atsirasti LR BK numatyti padariniai, ir jų norėjo. Nusikalstama veika laikoma padaryta netiesiogine tyčia, jei asmuo suvokė pavojingą nusikalstamos veikos pobūdį, numatė, kad dėl jo veikimo ar neveikimo gali atsirasti LR BK numatyti padariniai, ir nors jų nenorėjo, bet sąmoningai leido jiems atsirasti. Baudžiamosios teisės doktrinoje tyčia gali būti tiek staiga kilusi, tiek iš anksto apgalvota. Kalbėti apie iš anksto apgalvotą tyčią, atsižvelgiant į LR BK 131 str. turinį (būtent gimdymo nulemta motinos psichofizinė būseną), nebūtų logiška. Jei motina dar iki gimdymo ruošėsi nužudyti savo naujagimį, privilegijuotą nusikaltimo sudėtį numatantis LR BK 131 str. negalėtų būti taikomas. Motina jau atsakytų pagal kvalifikuojančius požymius turintį nusikaltimą, numatytą LR BK 129 str. 2 dalyje.

Motyvas – vienas iš nusikalstamos veikos subjektyviųjų požymių, atspindintis subjektyvią priešastį, paskatinusią asmenį padaryti nusikalstamą veiką. Savo naujagimį motinos nužudyti gali dėl įvairių motyvų – neapykantos, baimės, gėdos ir kt. Mokslinės literatūros duomenimis

absoliučios daugumos moterų, nužudžiusių savo pirmos paros naujagimius, pagrindinis motyvas yra „nenorimas vaikas“. Motyvo pagrindas – vienišumas, mažos pajamos, socialinės atskirties pojūtis natalinėje šeimoje, netvirti (ar visai nėra) socialiniai ryšiai su savo vaiko tėvu, baimė ir gėda prieš artimuosius ir kt.

Situacija Lietuvoje dėl naujagimių nužudymo statistinių duomenų

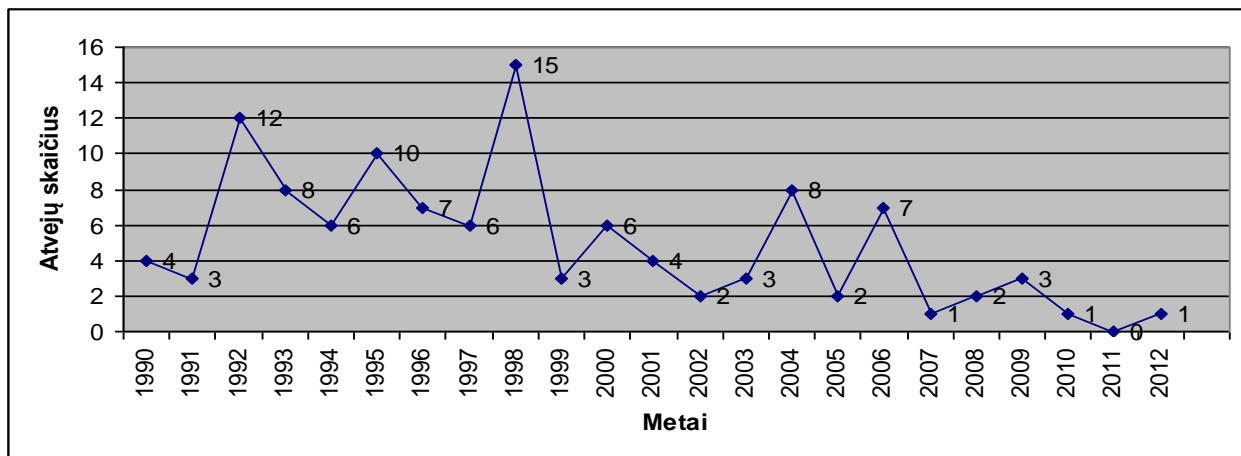
Reali statistinė situacija dėl naujagimių nužudymo Lietuvoje nėra pakankamai aiški. Pirma, nusikaltimas, kai naujagimis pagimdomas ne stacionare ir nužudomas, pasižymi latentišku. Kai kuriais atvejais apie šiuos nusikaltimus tiesiog nesužinoma arba, jei ir randamas naujagimio lavonas, ne visada išaiškinamas žudikas. Lietuvoje statistiniai duomenys apie nužudytus naujagimius renkami, tačiau IRD pateikiamose oficialiose nusikalstamumo ataskaitose, aiškiai pateikiami duomenys apie veikas, numatytas LR BK 131 str. Nėra aiški statistinė situacija apie nužudytus naujagimius, nukentėjusius nuo veikos, numatytos LR BK 129 str. 2 dalyje. Ataskaitose, kuriose pateikiami duomenys apie nukentėjusius vaikus, nėra išskirtos atskiros kategorijos.

Naujagimių nužudymų analizė pagal IRD duomenis

Nusikaltimo paplitimas ir dinamika

Lietuvoje periodu nuo 1990 m. sausio 1 d. iki 2012 m. gruodžio 31 d. užregistruota 116 nusikaltimų iki 2003 m. gegužės 1 d. numatytų ankstesnio LR BK 106 str. (**Motinos tyčinis nužudymas savo naujagimio**) ir nuo 2003 m. gegužės 1 d. numatytų dabartinio LR BK 131 str. (**Naujagimio nužudymas**). Didžiausias nusikaltimų skaičius stebimas 1998 m. (15 atvejų, kas sudarė 12,9%), mažiausiai nusikaltimų užregistruota 2007 m. ir 2010 m. (po 1 atvejį) ir 2011 m. neregistruotas nei vienas nusikaltimas (1 paveikslas).

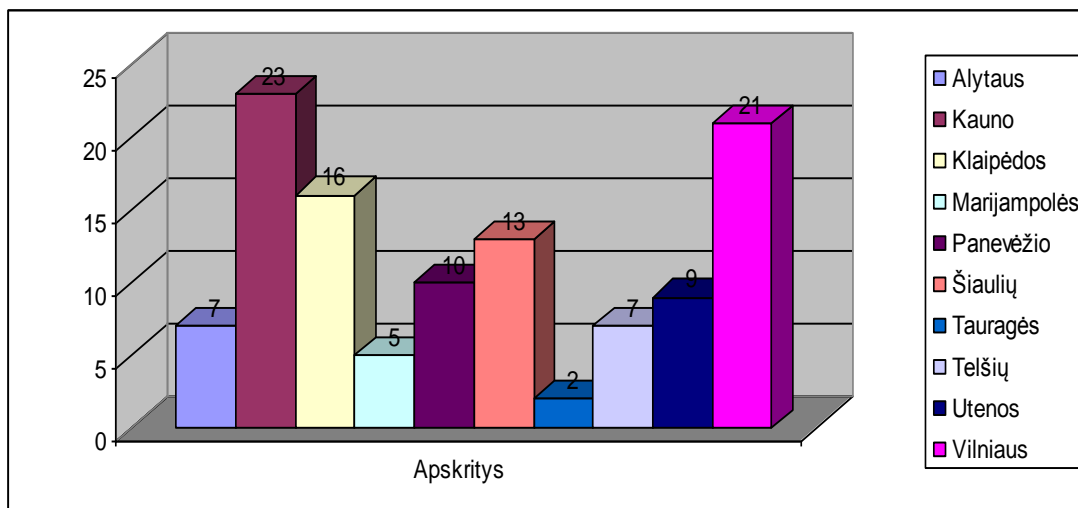
1 paveikslas. Nusikaltimo dinamika pagal IRD duomenis.



Stebima banguojanti nusikaltimo skaičiaus dinamika ir mažėjimo tendencija. Nuo 2007 m. nusikaltimo skaičius neviršija 3 nusikaltimų per metus. Lietuvoje 1990-2012 m. kasmet užregistruota vidutiniškai 337 tyčinių nužudymų atvejų (LR BK 129-13ą str.). Registruoti naujagimių nužudymų (LR BK 131 str.) atvejai sudaro apie 1,5% visų registruotų tyčinių nužudymų atvejų. Nužudytų naujagimių skaičius svyruoja panašiai, kaip ir visų tyčinių nužudymų (koreliacijos koeficientas 0,432). Stebimas naujagimių nužudymų skaičiaus mažėjimas ($p < 0,001$).

Nagrinėjant 1990-2012 m. periodu registruotų nusikaltimų dėl naujagimio nužudymo skaičiaus pasiskirstymą pagal apskritis, iš 116 atvejų dėl techninių netikslumų neįtraukti 3 atvejai. Tyrimo metu ($N=113$) nustatyta, kad daugiausiai nusikaltimų registruota Kauno apskrityje – 23 atvejai (20,35%), šiek tiek mažiau Vilniaus apskrityje – 21 atvejis (18,58%). Mažiausiai nusikaltimų dėl naujagimio nužudymo registruota Tauragės apskrityje – 2 atvejai (1,77%) (2 paveikslas).

2 paveikslas. Nusikaltimo pasiskirstymas pagal apskritis pagal IRD duomenis.



Iš pateiktų skaičių objektyvios išvados daryti negalime, nes gyventojų skaičius atskirose apskrityse skirtingas. Remiantis LSD 2013 m. pradžios duomenimis, gyventojų Kauno apskrityje skaičiaus santykis procentais su visos Lietuvos gyventojais sekantis: Kauno ~20%, Vilniaus – 27%, Klaipėdos – 11%, Tauragės – tik 4%. Skaičiuojant nusikaltimo, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, pagal atskiras apskritis periodu 1990-2012 m., ryškaus skirtumo tarp kitų apskričių nėra. Lietuvos mastu, kai žinomi 116 registruoto nusikaltimo (Naujagimio nužudymas) atvejai per 23 metus, vidutinis minėto nusikaltimo skaičius 100 tūkst. gyventojų šiuo periodu sudarytų 3,9. Registruoto

nusikaltimo skaičiai visose apskrityse yra proporcingi jų gyventojų skaičiams ($p=0,908$). Daugiau naujagimių nužudyta Vilniaus apskrityje praeito dešimtmečio ekonominės krizės metais ($p<0,001$).

Nusikaltimo padarymo vieta

Dažniau nusikalstama veika padaryta kaimo vietovėje – 74 atvejai, kas sudarytų 63,8% visų nagrinėtų atvejų ($N=116$). Rodiklis statistiškai patikimas ($p=0,003$). Mieste šių nusikaltimų nagrinėtu periodu registruota 42, kas sudarytų 36,2% visų nagrinėtų atvejų. Nagrinėjant nusikalstamos veikos skaičius pasiskirstymą pagal konkrečią nusikaltimo padarymo vietą tiriamu periodu nustatyti 67 atvejai. 49 atvejai kortelėse neatžymėti. Didžiausias žinomų atvejų ($N=67$) skaičius nustatytas tokiose vietose: butas - 11 atvejų (16,42%), gyvenamasis namas ir sąvartynas – po 9 atvejus (po 13,43%), kiemas (gyvenamasis punktas) – 6 atvejai (9,0%), miškas (atvira vietovė) – 5 atvejai (7,5%). Gyvenamojoje patalpoje padaryti nusikaltimai dažniau įvykdomi ir sudaro apie 30% ($p<0,001$). Tai patvirtina užsienio šalių tyrimų rezultatus ir šio darbo ginamuosius teiginius, kad pirmos paros naujagimius dažniau nužudo moterys iš kaimo vietovių bei nužudo naujagimį gyvenamojoje vietoje arba netoli jos.

Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, amžius

Tyrimo metu nustatytos 36 moterys, įtariamoms savo naujagimio nužudymu. Moterų ($N=36$) amžius nusikaltimo padarymo metu svyravo nuo 17 m. iki 44 m. Nustatyta 1 nepilnametė, kuri nusikaltimo padarymo metu buvo 17 metų. Moterų iki 25 m. - 13 atvejų (36,1%). Amžiaus vidurkis – $27,4 \pm 6,1$ m. Vyraujanti amžiaus grupė – sąlyginai jaunos moterys (18-29 m.). Tokių moterų nustatyta 23 atvejais (63,9%) ($p<0,001$). Moterų amžiaus grupėje nuo 30 m. iki 39 m. nustatyta 11 moterų (32,2%). Moterų amžius nusikaltimo metu pasiskirstęs taip pat, kaip ir Lietuvos gimdyvių apskritai (koreliacijos koeficientas $\rho=0,988$). Duomenys skiriasi nuo užsienio šalių ankstyvųjų neonaticido tyrimų, kur pirmos paros naujagimius dažniau žudo moterys, kurių amžius neviršija 25 m., tačiau atitinka vėlesnių neonaticido tyrimų tendenciją dėl didėjančio tokių moterų amžiaus. Ginamasis šio darbo teiginys, kad pirmos paros naujagimius dažniau nužudo moterys, kurių amžius neviršija 25 m., nepasitvirtino.

Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, pilietybė ir tautybė

Nagrinėjant moterų pilietybę, rasta 19 įrašų. Neatžymėti statistinėje kortelėje duomenys apie pilietybę 17 atvejų (47%). Daryti išvadas dėl moterų pilietybės negalima. Pagal žinomus atvejus ($N=19$) Lietuvos Respublikos pilietės sudarytų 94,7%. Moterų ($N=36$) tautybė išsidėstė sekančiai: 31 lietuvė (85%), 1 rusė, 1 lenkė, 1 baltarusė – po 3% ir 2 moterų (6%) tautybė neatžymėta statistinėse kortelėse.

Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, išsilavinimas, užsiėmimas

Nagrinėjant moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, (N=36) pasiskirstymą pagal išsilavinimą, stebima, kad apie pusė šių moterų – 17 (47,2%) atvejų nusikaltimo padarymo metu buvo įgijusios vidurinį išsilavinimą. Pagrindinį išsilavinimą buvo įgijusios 7 (19,4%) moterys, profesinį – 5 (13,9%). Mažiausiai – 3 (8,3%) buvo įgijusios aukštesnį išsilavinimą. Nė viena neturėjo aukštojo išsilavinimo. 4 moterų duomenys apie išsilavinimą neatžymėti statistinėse kortelėse (1 lentelė).

1 lentelė. Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, pasiskirstymas pagal išsilavinimą pagal IRD duomenis.

Išsilavinimas	Atvejų skaičius	Procentas
Pagrindinis	7	19,4
Vidurinis	17	47,2
Profesinis	5	13,9
Aukštesnysis	3	8,3
Neatžymėta	4	11,1
Iš viso	36	100,0

Nusikaltimo padarymo metu 10 (27,8%) moterų buvo namų šeimininkės. 5 (13,9%) moterys nesimokė ir nedirbo, 3 (8,3%) – nesimokė ir nedirbo daugiau kaip 6 mėnesius iki nusikaltimo padarymo. 4 (11,1%) moterys turėjo bedarbės statusą. Dirbančių ar besimokančių moterų nusikaltimo padarymo metu nustatyta 27,8%. Statistinėse kortelėse duomenų apie moterų užsiėmimą nusikaltimo padarymo metu neatžymėta 3 atvejais.

Dažniausiai naujagimius gimdymo metu arba tuojau po jo nužudė žemo išsilavinimo moterys, neįgijusios profesijos, neturinčios užsiėmimo (namų šeimininkės, bedarbės, nedirbančios ir nesimokančios) ($p < 0,001$). Didesnė dauguma moterų nusikaltimo padarymo metu buvo įgijusios tik pradinį, pagrindinį arba vidurinį išsilavinimą (66,6%). Nė viena moteris neturėjo aukštojo išsilavinimo. Tai patvirtina užsienio šalių neonaticido tyrimų rezultatus ir šio darbo ginamąjį teiginį, kad pirmos paros naujagimius dažniau nužudo moterys, neturinčios pakankamo išsilavinimo.

Naujagimių nužudymų analizė pagal VTPT duomenis

Teismo psichiatrinių ir (-ar) psichologinių ekspertizių (TPE), atliktų baudžiamosiose bylose, išskeltose dėl naujagimio nužudymo, ypatumai

Per 20-ies metų periodą, nuo 1994 m. iki 2013 m. VTPT atliktos 59 teismo TPE. TPE atliktos atitinkamu periodu reglamentuojančių teisės aktų pagrindu, paskirtos ikiteisminių tyrimų

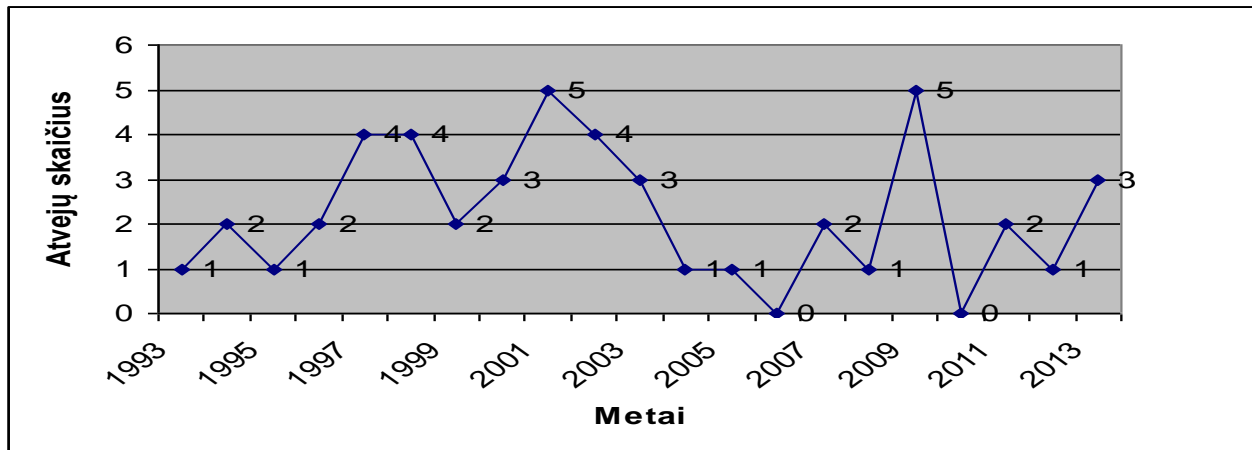
atsakingų asmenų, teisėjų, teismo, naujagimių nužudymų baudžiamosiose bylose dėl nusikalstamų veikų iki 2003 m. gegužės 1 d. numatytą LR BK (ankstesnis) 106 str. (**Motinos tyčinis nužudymas savo naujagimio**) ir 105 str. 13 punkte (**Tyčinis nužudymas mažamečio asmens ar bejėgiškos būklės asmens**) bei nuo 2003 m. gegužės 1 d. numatytas LR BK 131 str. (**Naujagimio nužudymas**) ir 129 str. (**Nužudymas**): 2 dalies 1 punkte (mažamečio), 2 punkte (bejėgiškos būklės žmogaus), 3 punkte (savo artimojo giminaičio ar šeimos nario), 5 punkte (dviejų ar daugiau žmonių). Iš 59 TPE 46 (78,0%) buvo ambulatorinės (atliktos regioniu principu 8 teismo psichiatrijos skyrių) ir 13 (22,0%) stacionarinių (atliekamos tik Utenos ekspertiniame teismo psichiatrijos skyriuje). Vidutiniškai VTPT per metus atliktos 3 ekspertizės, po 1,2 ekspertizės vienai tiriamajai.

Analizuojant TPE skaičiaus pasiskirstymą skirtingais metais, stebima banguojanti dinamika. Daugiausiai TPE – 7 (11,9%) atlikta 2001 m., nė vienos TPE neatlikta 2006 m. ir 2010 m. Vertinant visas TPE, Utenos ekspertiniame teismo psichiatrijos skyriuje jų atlikta daugiausiai - 13 (22,0%), mažiausiai – 2 (3,4%) Vilniaus II teismo psichiatrijos skyriuje. Vertinant tik ambulatorines TPE (N=46), daugiausiai - 12 (26,1%) atlikta Šiaulių teismo psichiatrijos skyriuje, mažiausiai – 2 (4,3%) Vilniaus II teismo psichiatrijos skyriuje. Vilniaus ir Kauno regione veikia po kelis teismo psichiatrijos skyrius, todėl, vertinant ambulatorines TPE regioniniu požiūriu, dominuoja Kauno ir Šiaulių regionai (po 26,1%). Mažiausiai - Panevėžio ir Rokiškio regionuose (po 6,1%). Visos ambulatorinės TPE buvo pirminės. Iš 13 stacionarinių TPE didžioji dalis 12 (92,3%) pirminės, iš jų: 9 atvejais (69,2%) pirminės kompleksinės TPE, rekomenduotos po ambulatorinės TPE, 3 atvejais (23,1%) – teismo paskirta pirminė kompleksinė TPE ir 1 atveju (7,7%) - pakartotinė kompleksinė TPE. Pakartotinė TPE skiriama, jei teismui kyla abejonių dėl eksperto išvados pagrįstumo arba yra prieštaravimų tarp kelių ekspertų išvadų. Iš atliktų 45 ambulatorinių TPE, 9 (20,4%) TPE galutinės išvados nepateiktos – rekomenduotas stacionarinis ištyrimas. Galutinė išvada pateikta 36 (79,6%) ambulatorinėse TPE, iš jų 35 (77,3%) atvejais rekomendacijų gydymui nebuvo ir 1 (2,3%) atveju rekomenduota perduoti tiriamąją moterį giminių rūpybai, paskiriant ambulatorinį stebėjimą. Iš 13 stacionarinių TPE dauguma atvejų 8 (61,5%) pateikta galutinė išvada be papildomų rekomendacijų gydymui, 4 (30,8%) atvejais rekomenduotas privalomas gydymas psichiatrijos ligoninėje bendro stebėjimo sąlygomis ir 1 (7,7%) atveju rekomenduotas ambulatorinis priverstinis gydymas bei psichoterapija.

Nusikaltimo paplitimas, dinamika, padarymo vieta

Nagrinėjant iš medicininių dokumentų (TPE) nusikaltimo padarymo metus, daugiausiai naujagimių nužudyta 2001 m. ir 2009 m. – po 5 atvejus (10,6%). TPE nefiksuotas nė vienas nužudymas 2007 m. ir 2011 m. (3 paveikslas). 1 TPE, atliktoje 1994 m., nusikaltimo padarymo metai nurodyti 1993, todėl nusikaltimo dinamika nurodyta nuo 1993 m.

3 paveikslas. Nusikaltimo dinamika pagal VTPT duomenis.



Neatitiktumas nusikaltimo padarymo skaičiaus ir nusikaltimo padarymo metų tarp IRD ir VTPT pateiktų duomenų gali būti dėl sekančių priežasčių:

- teismas gali, tačiau neprivalo skirti moteriai TPE naujagimių nužudymo byloje;
- nagrinėtos TPE, skirtos moterims, nužudžiusioms savo naujagimius, padariusioms nusikalstamas veikas, turinčias ir privilegijuojančius, ir kvalifikuojančius požymius, o IRD duomenys nagrinėti, remiantis registruotomis veikomis, turinčiomis privilegijuojančius požymius;
- egzistuojantis žmogiškasis faktorius – klaida, pažymint nusikaltimo padarymo metus medicininiuose dokumentuose.

Nagrinėjant nusikaltimo pasiskirstymą pagal apskritį, kurioje moteris nusikaltimą atliko, daugiausiai atvejų nustatyta Šiaulių apskrityje - 10 (21,3%), mažiausiai - Tauragės - 1 (2,1%).

Didesne dauguma (64,1%) visų žinomų (N=39) įrašų atvejų, nusikaltimas padarytas kaimo vietovėje ($p=0,009$). Detalizuojant tikslią nusikaltimo padarymo vietą, tyrimo metu nustatyta, kad didesnė pusė moterų (N=47), t.y. 24 moterys (51,1%) gimdė ir naujagimius nužudė savo gyvenamojoje patalpoje (gyvenamasis namas, butas, bendrabutis) ($p<0,001$). 5 (10,6%) moterys

gimdė ir naujagimius nužudė lauko tualete, 3 (6,4%) - lauko virtuvėje, po 2 (po 4,3%) – miške ir ant upės kranto. Likę atvejai (sąvartynas, tvartas ir kt.) pavieniai.

Tai atitinka užsienio šalių neonaticido tyrimus ir šio darbo ginamuosius teiginius, kad pirmos paros naujagimius dažniau nužudo moterys iš kaimo vietovių bei nužudo naujagimį gyvenamojoje vietoje.

Nužudymo būdas

Nagrinėjant kokių būdu moterys nužudė naujagimį, rasti įrašai 36 atvejais. Iš jų: 4 (11,1%) nukirpo (ar nutraukė) ir neperrišo virkštelės, 4 (11,1%) užspaudė kaklą ranka, 3 (8,3%) pasmaugė (nepatikslinta), 3 uždusino (nepatikslinta) (8,3%), 2 (5,6%) gimdė lauko tualete ir naujagimis įkrito į išmatų duobę, 2 (5,6%) pasmaugė audeklo gabalu ar virve, 2 (5,6%) sudegino krosnyje, 2 (5,6%) užspaudė burną ir (ar) nosį ranka. Likę atvejai (subadė žirkklėmis, iškart po gimdymo išmetė į upę, suspaudė kaukolę gimdant, užkasė gyvą ir kt.) pavieniai.

Duomenys nesiskiria nuo kitų užsienio šalių tyrimų. Dažniausia naujagimio mirties priežastis, nužudymo atveju yra asfiksija.

Nužudymo motyvas

Tyrimo metu 35 atvejais rasti įrašai. Dominavo moterų baimė ir (-ar) gėda prieš artimuosius, kaimynus. Tokių moterų rasta 10 (21,3%) ($p < 0,001$). 6 (12,7%) negalėjo paaiškinti savo motyvų. 4 (8,5%) nurodė, kad naujagimis nereikalingas, 4 (8,5%) - vyras (sugyventinis) priekaištavo, 3 (6,4%) - nesantuokinis nėštumas gyvenant santuokoje, be to galvojo, kad naujagimis negyvas, 2 (4,3%) - galvojo, kad naujagimis negyvas. Likę atvejai pavieniai (kerštas, materialiniai sunkumai, nėštumas yra prievartos pasekmė ir kt.). Dėl padaryto nusikaltimo gailėjosi 15 (48,4%) ($N=31$) moterų, nesigailėjo 14 (45,1%), lyg ir gailėjosi 2 (6,5%). Tyrimo metu nustatyta tik viena moteris ($N=47$), kuri anksčiau buvo teista už panašų nusikaltimą.

Tai ne visai atitinka užsienio šalių tyrimų rezultatus, kur dažniausias pirmos paros naujagimio nužudymo motyvas „nenorimas vaikas“. Darbo ginamasis teiginys, kad dažniausias naujagimio nužudymo motyvas yra „nenorimas vaikas“, nepasitvirtino.

Nužudytų naujagimių lytis

Tyrimo metu nustatyta, kad nužudyti 49 naujagimiai, iš jų vyriškos lyties 19 (38,8%), moteriškos lyties 12 (24,5%), dokumentuose neatžymėta 18 (36,7%) atvejų. Žinomų atvejų ($N=31$) pasiskirstymas sekantis: vyriškos lyties naujagimiai sudarė 61,3%, moteriškos – 38,7%. 2 atvejais minėto nusikaltimo metu nužudytas ne vienas naujagimis: 1 atveju nužudyti dvynukai ir 1 atveju nužudyta po 1 naujagimį skirtingais metais. Naujagimio lytis neatžymėta daugeliu atveju, todėl

išvados daryti negalima. Be to, berniukų bendroje populiacijoje gimsta daugiau, nei mergaičių. Nei viena tiriamoji nenurodė, kad naujagimio lytis turėjo reikšmės nusikaltimo padarymui.

Užsienio šalių tyrimuose vienur dominuoja moteriška nužudyto pirmos paros naujagimio lytis, kitur vyriška.

Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, amžius

Nustatyta, kad 59 TPE atliktos 48 moterims, nužudžiusioms savo naujagimį (-ius). Dėl techninių priežasčių toliau šiame darbe nebuvo nagrinėjamas 1 TPE aktas (TPE atlikta Vilniaus I teismo psichiatrijos skyriuje, 2013 m.). Tolesnio tyrimo metu nustatyta, kad 58 TPE atliktos 47 moterims, kurių amžius nusikaltimo padarymo metu svyravo nuo 14 m. iki 43 m. Amžiaus - vidurkis $27,3 \pm 6,7$ m. Dominuojanti amžiaus grupė buvo nuo 18 m. iki 29 m. (51,1%) ($p < 0,001$). Nustatytos 5 nepilnametės, kas sudarė 10,6%. Moterys iki 25 m. sudarė mažesnę pusę (42,6%). Šio tyrimo metu, nustatant amžių nusikaltimo padarymo metu, galima nedidelė paklaida, dėl ribotos galimybės sužinoti tikslią gimimo datą (metai, mėnuo, diena), nes pateikti tik gimimo metai (be mėnesio ir dienos), tačiau išvada didelės įtakos tai neturėjo, nes dominuojanti amžiaus grupė sudarė ryškią daugumą, palyginus su kitomis amžiaus grupėmis. Galima teigti, kad tyrimo duomenys pagal IRD ir VTPT nesiskiria (2 lentelė).

2 lentelė. Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes pagal VTPT.

Amžiaus grupė, metais	Atvejų skaičius	Procentas
Iki 17 (imtinai)	5	10,6
18-29	24	51,1
30-39	15	31,9
40 ir daugiau	2	4,3
Neatžymėta	1	2,1
Iš viso	47	100,0

Moterys iki 25 m. sudarė mažesnę pusę (42,6%). Moterų, nužudžiusių savo naujagimį, amžius nusikaltimo metu pasiskirstęs taip pat, kaip ir Lietuvos gimdyvių apskrityje (koreliacijos koeficientas $\rho = 0,987$). Kaip buvo minėta, tai neatitinka ankstyvų neonaticido tyrimų rezultatų, bet atitinka vėlesnių neonaticido tyrimų tendencijas dėl didėjančio motinų naujagimių žudikių amžiaus. Ginamasis teiginys, kad pirmos paros naujagimius dažniau nužudo moterys, kurių amžius neviršija 25 m., nepasitvirtino ir pagal VTPT duomenis.

Motery, įtariamų nužudžius naujagimį, išsilavinimas, profesija, užsiėmimas

Analizuojant tiriamąsias (N=47) pagal įgytą išsilavinimą iki nusikaltimo padarymo, nebuvo nė vienos moters, įgijusios aukštąjį išsilavinimą. Vyravo profesinis – 15 (31,9%), pagrindinis - 14 (29,8%), vidurinis - 11 (23,4%) išsilavinimai. Beveik pusė – 23 atvejai (48,9%) moterų iki nusikaltimo padarymo neturėjo įgijusios jokios profesijos, 6 (12,8%) turėjo siuvėjos specialybę, 4 (8,6%) - kulinarės-konditerės, 2 (4,3%). Likusios profesijos (bibliotekininkė, medicinos sesuo ir kt.) pavienės. Nė viena moteris neturėjo aukštojo išsilavinimo (3 lentelė).

3 lentelė. Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, pasiskirstymas pagal išsilavinimą pagal VTPT duomenis.

Išsilavinimas	Atvejų skaičius	Procentas
Pradinis	3	6,4
Pagrindinis	14	29,8
Vidurinis	11	23,4
Profesinis	15	31,9
Aukštesnysis	3	6,4
Neatžymėta	1	2,1
Iš viso	47	100,0

Moterys, nusikaltimo padarymo metu neturinčios užsiėmimo (bedarbės) ir turinčios užsiėmimą, pasidalino sekančiai: bedarbės sudarė 51,1%, dirbančiosios - 34,0% ir besimokančios vidurinėje mokykloje, kolegijoje, profesinėje technikos mokykloje – 12,7%. 1 atveju dokumentuose užsiėmimas nenurodytas.

Galima teigti, kad, kaip ir pagal IRD duomenis, taip pagal VTPT, dažniausiai pirmos paros naujagimius nužudė moterys su žemu išsilavinimu, neįgijusios profesijos, neturinčios užsiėmimo (namų šeimininkės, bedarbės, niekur nedirbančios ir nesimokančios) ($p < 0,001$). Tai atitinka užsienio šalių neonaticido tyrimų rezultatus. Ginamieji teiginiai, kad dažniau pirmos paros naujagimius nužudo motinos, kurios neturi pakankamo išsilavinimo ir yra finansiškai priklausomos, nedirbančios ir nesimokančios, pasitvirtino.

Motery, įtariamų nužudžius naujagimį, šeima

Nagrinėjant moterų (N=47) šeimyninę padėtį, nustatyta, kad nusikaltimo padarymo metu 16 (34,0%) moterų gyveno santuokoje, 19 (40,4%) - netekėjusios moterys. Išsiskyrusių nustatyta 12 (25,4%) (4 lentelė). Tyrimo metu nustatytos 32 (68,1%) moterys, turinčios vaikų. Vaikų neturėjo ir pirmą kartą gimdė 14 (29,8%) moterų. Turimų vaikų skaičius svyravo nuo 1 iki 7. Po 1 vaiką turėjo

9 (19,1%) moterys, po 2 – 5 (10,6%), po 3 ir daugiau vaikų turėjo 38,3% moterų. Pagal rūpinimąsi savais vaikais moterys pasiskirstė taip: rūpinosi - 28 (87,5%), 1 (3,1%) moteriai buvo atimtos motinystės teisės vienam vaikui, o kitais vaikais rūpinosi, 2 (6,3%) moterys nesirūpino savo vaikais, ir 1 (3,1%), kuriai atimtos motinystės teisės.

4 lentelė. Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.

Šeimyninė padėtis	Atvejų skaičius	Procentas
Gyvena santuokoje	15	31,9
Netekėjusi, neturi pastovaus partnerio	11	23,4
Netekėjusi, turi sugyventinį	8	17,0
Išsiskyrusi, neturi pastovaus partnerio	5	10,6
Išsiskyrusi, gyvena su sugyventiniu	5	10,6
Išsiskyrusi, gyvena pakartotinėj santuokoje	1	2,1
Išsiskyrusi, turi draugą	1	2,1
Susituokusi, su vyru kartu negyvena, turi sugyventinį	1	2,1
Iš viso	47	100,0

Galima teigti, kad dažniau naujagimį žudyti gimdymo metu arba tuojau po jo ryžosi ne santuokoje gyvenančios moterys (66%) ($p < 0,001$), tačiau paprastai nusikaltimo metu jau turėjusios bent po vieną vaiką ($p = 0,003$) ir juo/jais rūpinosi ($p < 0,001$). Daugiau kaip 2/3 moterų jau turėjo vaikų. Santuokoje gyveno tik 1/3 moterų. Lyginant tyrimo rezultatus, Lietuvos rezultatai atitinka bendrą tendenciją, kad daugėja neonaticidą įvykdžiusių moterų, kurios nėra vienišos ir turi vaikų. Tyrimas neatitinka ankstyvųjų neonaticido tyrimų rezultatų, kur didžioji arba net absoliuti dauguma moterų buvo vienišos ir gimdė pirmą kartą. Darbo ginamasis teiginys, kad dažniau pirmos paros naujagimius nužudo motinos, kurios yra vienišos pasitvirtino, o kad gimdo dažniausiai pirmą kartą, neturi kitų vaikų – nepasitvirtino.

Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, natalinė šeima

Tiriant duomenis apie moterų natalinę šeimą, įrašų apie moterų nepalankią socialinę aplinką natalinėje šeimoje rasta ne daug – tik 10-ies moterų, iš jų: 4-ių girtavo tėvas, 2-ių girtavo motina, 2-ių girtavo abu tėvai, 1-os tėvas daug kartų teistas, 1-os moters sesuo taip pat nužudė savo vaiką. Vaikų skaičius visų tiriamų moterų ($N = 47$) natalinėje šeimoje svyravo nuo 1 iki 9. Vienturtės šeimoje augo 2 (4,3%) moterys. 30 moterų, augusių daugiavaikėje šeimoje, sudarė 63,7%. 21,3% moterų buvo vyriausi vaikai natalinėje šeimoje, 6,4% - jauniausi, 36,2% - viduriniai. Galima teigti, kad savo naujagimius rečiau žudė vienturtės moterys ($p = 0,024$) ar natalinėje šeimoje buvusios

jauniausios moterys ($p < 0,001$). Smurtą patyrusių nustatyta 12 moterų, iš jų: 8 (66,7%) - savoje šeimoje, 1 (8,3%) - natalinėje šeimoje, 3 – buvo išžagintos, tačiau dokumentais tai nėra patvirtinta.

Nėštumo ir gimdymo slėpimas

Dauguma moterų 30 (63,8%) (N=47) dėl nėštumo eigos sveikatos priežiūros įstaigoje nebuvo stebimos, tai leistų daryti prielaidą, kad nėštumą buvo bandoma nuslėpti. 8 (17,0%) moterys lankėsi sveikatos priežiūros įstaigoje tik po vieną kartą viso nėštumo eigoje. 9 atvejais dokumentuose įrašų apie tai nebuvo. Nė viena moteris negimdė sveikatos priežiūros įstaigoje, tai leistų daryti išvadą, kad taip pat slėpė gimdymą. Galima teigti, kad didžioji dauguma moterų, nužudžiusios savo pirmos paros naujagimį, slėpė savo nėštumą ir gimdymą, nesilankė sveikatos priežiūros įstaigose nėštumo laikotarpiu ($p < 0,001$), kas atitinka užsienio šalių tyrimus ir šio darbo ginamąjį teiginį dėl nėštumo ir gimdymo slėpimo. Nėra duomenų, kad nors vienai moteriai stebėtas nėštumo neigimas, kaip psichologinė apsauginė reakcija.

Moterų, įtariamų nužudžius naujagimį, psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimai

Tiriant moteris (N=47) mediciniu aspektu, psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimus, numatytus TLK-10-AM, (toliau - PES) iki nusikaltimo padarymo turėjo tik 4 moterys (8,5%), vyravo PES F 32.1 kodu (vidutinio sunkumo depresijos epizodas). 36 moterims (76,6%) jokie PES nustatyti nebuvo. 7 (14,9%) moterys anksčiau patyrė galvos traumas, iš jų 4-ioms medicininiais dokumentais diagnozė patvirtinta. 4 (8,5%) moterims nustatyta apsunkinta anamnezė dėl psichikos ligų: 1-os moters brolis, 1-os sesuo ir senelės brolis, 1-os – motina, 1-os – senelis sirgo psichikos liga. Nė vienai iš šių 4 moterų nebuvo diagnozuoti PES nusikaltimo padarymo metu. Vienai iš jų iki ir po nusikaltimo padarymo diagnozuoti depresijos epizodai (lengvos depresijos epizodas (F32.0) ir vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F32.1)), kitai – po nusikaltimo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas (F43.2). Suicido atvejų šių 4 moterų natalinėse šeimose nenustatyta. Suicido atvejai nustatyti tik 2 (2,1%) atvejais iš 47 moterų: vienos nusižudė senelis, kitos - senelė. Suicidines mintis po nusikaltimo padarymo išsakė 11 (23,4%) visų tiriamų moterų (N=47), 8 (17,0%) moterys suicidinių minčių neišsakė, likusiais – neatžymėta.

Didžiajai daugumai (38 atv. (80,9%)) (N=47) moterų, nužudžiusių savo naujagimius, taip pat nenustatyti jokie PES nusikaltimo padarymo metu. Kitais 9 (19,1%) atvejais vyravo PES, numatyti TLK-10-AM kodu F32 (depresijos epizodas) ir F43 (reakcija į didelį stresą ir adaptacijos sutrikimai) (5 lentelė).

Didžioji dauguma moterų (42 atv. (89,4%)) nusikaltimo padarymo metu nebuvo ir laikinai sutrikusios psichinės veiklos būsenos (toliau - LSPVB). LSPVB nustatyta tik dešimtdaliui moterų

- 5 (10,6%) atvejais. Nė vienai moteriai, kuriai nustatytas LSPVB nusikaltimo padarymo metu, nėra nustatyti PES prieš nusikaltimo padarymą. Visoms 5 moterims, kurioms nustatytas LSPVB nusikaltimo padarymo metu, nustatyti ir PES nusikaltimo padarymo metu: 1-ai - sunkios depresijos epizodas (F32); 1-ai - sunkios depresijos epizodas. Ūminė reakcija į stresą (F32/F43.0); 1-ai - adaptacijos sutrikimas (F43.2); 1-ai - šizotipinis sutrikimas (F21); 1-ai - sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2); 4 iš šių moterų nustatyti PES ir po nusikaltimo padarymo: 2-oms - sunkios depresijos epizodas (F32); 1-ai - šizotipinis sutrikimas (F21); 1-ai - sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2)

5 lentelė. Moterų pasiskirstymas pagal psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimus nusikaltimo padarymo metu.

Psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimai (TLK – 10-AM kodas)	Atvejų skaičius	Procentas
Neturėjo	38	80,9
Šizotipinis sutrikimas (F21)	1	2,1
Reaktyvinės depresijos epizodas (F32)	1	2,1
Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2)	1	2,1
Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais (F32.3)	1	2,1
Adaptacijos sutrikimas (F43.2)	1	2,1
Priklausomo tipo asmenybės sutrikimas. Adaptacijos sutrikimas (F60.7/43.2)	1	2,1
Sunkios depresijos epizodas. Ūminė reakcija į stresą (F32/F43.0)	1	2,1
Nežinoma	2	4,3
Iš viso	47	100,0

Beveik trečdaliui (16 atv. (34,0%)) moterų diagnozuota PES po nusikaltimo padarymo. Dominavo PES, numatyti TLK-10-AM kodais F32 (depresijos epizodas) ir F43.2 (adaptacijos sutrikimas). Didžiajai daugumai 29 (61,7%) moterų nenustatyti PES po nusikaltimo padarymo.

Nagrinėjant moterų, įtariamų nužudžius savo ką tik gimusius naujagimius, dėl nesaikingo alkoholio vartojimo rasti 22 įrašai. Alkoholi nesaikingai vartojo 7 moterys (14,9%), 2 iš jų buvo degradavusios pagal alkoholinį tipą.

Nustatytas 35 moterų intelekto lygis. Likę atvejai neatžymėti, todėl galima preziumuoti, kad intelekto lygis abejonių nekėlė. Moterys pagal intelekto lygį pasiskirstė taip: normalaus intelekto 27 (77,1%) moterys, iš jų: 15 (31,9%) intelektas normalus (nepatikslingas), 3 (6,4%) – normalus vidutinis, 9 (19,1%) - normalus žemas. 5 (10,6%) moterims nustytas lengvo laipsnio protinis atsilikimas, 3 (6,4%) – ribinis tarp normalaus žemo ir lengvo protinio atsilikimo (6 lentelė).

6 lentelė. Moterų pasiskirstymas pagal intelekto lygį.

Intelektas	Atvejų skaičius	Procentas
Normalus (nepatikslintas)	15	31,9
Normalus vidutinis	3	6,4
Normalus žemas	9	19,1
Ribinis tarp normalaus žemo ir lengvo protinio atsilikimo	3	6,4
Lengvo laipsnio protinis atsilikimas	5	10,6
Neatžymėta	12	25,5
Iš viso	47	100,0

Galima teigti, kad moterims, nužudžiusioms savo naujagimį gimdymo metu arba tuojau po jo, dažniausiai nediagnozuota psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimų nei iki nusikaltimo padarymo (76,6%) ($p < 0,001$), nei po jo (61,7%) ($p < 0,001$), nei nusikaltimo padarymo metu (80,9%). Laikinių psichikos sutrikimų gimdymo metu didžiąjai daugumai taip pat nenustatyta ($p < 0,001$). Tik penktadaliui moterų nusikaltimo padarymo metu nustatyti PES. Dešimtadaliui moterų pripažinta, kad nusikaltimo padarymo metu negalėjo pilnai suvokti savo veiksmus ir juos valdyti. Trečdaliui tiriamųjų po nusikaltimo padarymo diagnozuota PES. Tai atitinka užsienio šalių neonaticido tyrimų rezultatus ir patvirtina ginamąjį teiginį, kad pirmos paros naujagimius dažniau nužudo normalaus intelekto ir neturinčios psichikos ligų, bei laikinių psichikos sutrikimų nusikaltimo padarymo metu moterys.

Lietuvos, Estijos, Latvijos, Lenkijos kai kurių rodiklių, susijusių su nusikalstama veika – naujagimio nužudymas, palyginamoji charakteristika

Estijos, Latvijos, Lenkijos, kaip ir Lietuvos BK, motinos savo naujagimio nužudymas yra išskirtas į atskirą privilegijuotą nusikaltimą, kurio subjektas - nužudyto naujagimio motina, o objektas – pats naujagimis. Lenkijos baudžiamajame kodekse objektu nurodomas vaikas, neišskiriant jo į naujagimį, bet nusikaltimo padarymo laikas – „gimdymo laikotarpis“ suponuoja tai, kad kalbama apie naujagimį. Veikos padarymo laikas numatytas ir Estijos bei Latvijos baudžiamųjų kodeksų normoje ir apibrėžiamas laikotarpiu „gimdymo metu ar tuoj po jo“. Ankstesniame LR BK analogiškas veikos padarymo laikotarpis taip pat buvo nurodytas, o dabartiniame LR BK šios nuostatos neliko. Visos minėtos šalys, išskyrus Estiją, yra numačiusios privalomą sąlyga – ypatingą motinos psichikos būseną gimdymo metu, kuri sukėlė tragiškas pasekmes. Už naujagimio nužudymą, kaip privilegijuojančius požymius turinčią nusikalstama veiką, tiek Lietuvoje, tiek Latvijoje, tiek Lenkijoje ir Estijoje bausmė neviršija 5 metų laisvės atėmimo. Latvijoje galima

bausmė ir be laisvės atėmimo. Tokiai motinai gali būti skirtas laikinas laisvės apribojimas arba net viešieji darbai.

Pagal statistinius duomenis (2008-2012 m. periodu) naujagimių nužudymų daugiausiai registruota Lenkijoje – 48 atvejai. Mažiausias atvejų skaičius registruotas Latvijoje – 3. Lietuvoje šiuo periodu registruoti 8 atvejai, atitinkamai Estijoje – 4 atvejai. Lietuvoje, Estijoje, Latvijoje ir Lenkijoje gyventojų skaičius ženkliai skiriasi, pvz. 2012-01-01 eurostato duomenimis Estijoje gyveno 1, 325217 milijonų gyventojų, kai tuo tarpu Lenkijoje – 38, 538447 milijonai. Lietuvoje šis skaičius siekė 3, 003641 milijonus, atitinkamai Latvijoje – 2, 118913 milijonus gyventojų. Šio darbo autorės apskaičiuotas nusikaltimų (naujagimio nužudymas) absoliutus skaičius, tenkantis 100 tūkstančių gyventojų, parodė, kad Lenkijoje ir Latvijoje šis skaičius dvigubai mažesnis (0,03 nusikaltimo/100 tūkst. gyventojų) nei Lietuvoje ir Estijoje (0,06 nusikaltimo/100 tūkst. gyventojų). Apskaičiuotas nusikaltimų (naujagimio nužudymas) absoliutus skaičius, tenkantis 10 tūkstančių gimimų, parodė sekančius rezultatus: Lenkijoje tenka mažiausias skaičius naujagimių nužudymų 10 tūkstančių gimimų (0,24 nusikaltimo/10 tūkst. gimimų), didžiausias skaičius tenka Lietuvai (0,58 nusikaltimo/10 tūkst. gimimų). Panaši į Lietuvos situaciją yra Estijoje (0,52 nusikaltimo/10 tūkst. gimimų), o situacija Latvijoje (0,29 nusikaltimo/10 tūkst. gimimų) – panašesnė į Lenkijos. Lyginant Lietuvos situaciją su Estijos, Latvijos ir Lenkijos situacija, Lietuva pagal naujagimių nužudymų (gimdymo metu arba tuojau po gimdymo) skaičių 100 tūkst. gyventojų, du kartus viršija Latviją ir Lenkiją, Estijoje rezultatas tapatus. Pagal naujagimių nužudymų skaičių, tenkantį 10 tūkst. gimusiųjų, Lietuvoje šis skaičius lenkia visas minėtas valstybes (išskyrus Estiją, kur rezultatas panašus), Latviją du kartus, Lenkiją ~ pustrėčio karto, tačiau dėl nedidelio nužudytų naujagimių skaičiaus, šis rezultatas nėra ženklus. Tai patvirtina ginamąjį teiginį, kad pirmos paros naujagimių nužudymo paplitimas Lietuvoje neišeina už Europos valstybių ribų. Nustatant statistinius ryšius tarp minėtų valstybių (7 lentelė), stulpelyje „Nužudyti naujagimiai/visi gimusieji“ pateikta koreliacija tarp Lietuvos ir atitinkamai Latvijos, Estijos ar Lenkijos santykių, gautų padalinus atitinkamais metais nužudytų naujagimių skaičių iš visų gimusių naujagimių skaičiaus. Analogiškai stulpelyje „Nužudyti naujagimiai/visi gyventojai“ yra pateiktos analogiškos koreliacijos tarp santykių, gautų padalinus nužudytų naujagimių skaičių iš visų gyventojų skaičiaus atitinkamais metais. Iš gautų rezultatų galima matyti, kad koreliacijos „Nužudyti naujagimiai/visi gimusieji“ ir „Nužudyti naujagimiai/visi gyventojai“ yra analogiškos. Nužudytų naujagimių dalis Lietuvoje ir Latvijoje kinta panašiai (vidutinio stiprumo teigiama koreliacija), t.y., jei daugėja gimusiųjų, daugėja ir nužudymų. Lietuvoje ir Estijoje stebima priešinga situacija (vidutinio stiprumo neigiama

koreliacija). Estijoje nužudytų naujagimių skaičius iš esmės visada yra 1, t.y. pastovus ir nepriklauso nuo gyventojų skaičiaus, todėl Estijoje nėra nužudymų augimo tendencijos, daugėjant gyventojų ir mažėjimo tendencijos, kai gyventojų kiekis mažėja. Lietuvoje ir Lenkijoje kitimo tendencijos yra visiškai nesusijusios.

7 lentelė. Palyginamoji Lietuvos ir Estijos, Latvijos, Lenkijos statistinių ryšių lentelė.

Valstybė	Nužudyti naujagimiai/visi gimusieji, ρ	Nužudyti naujagimiai/visi gyventojai, ρ
Latvija	0,542	0,578
Estija	-0,597	-0,563
Lenkija	-0,058	-0,057

Naujagimių nužudymų prevencija

Įvairiose pasaulio valstybėse vykdomas prevencines naujagimių nužudymo priemonės galima būtų suskirstyti sekančiai: pirminės, antrinės prevencijos priemonės. Pirminėms prevencijoms priemonėms, priklausytų tos, kuriomis siekiama išvengti nepageidaujamo nėštumo, kol nauja gyvybė dar nėra pradėta, pvz. lytinis švietimas. Antrinėms prevencijoms priemonėms, priklausytų tos, kuriomis siekiama išvengti nepageidaujamo nėštumo, kai nauja gyvybė jau pradėta ir kuriomis siekiama išvengti gimusio naujagimio nužudymo, pvz. anoniminis gimdymas, „gyvybės langeliai“ (*baby box*) arba jų analogai (Safe Haven). Lietuvoje „Gyvybės langeliai“ praktikuojami nuo 2009 m., tačiau nėra įteisinti. Anoniminis gimdymas Lietuvoje taip pat neįteisintas. Nėra ir naujagimių nužudymų recidyvų profilaktikos priemonių. Šiuo atveju jau kalbama apie tretinę prevenciją (reabilitacijos) priemonės, todėl autorės nuomone, neonaticido prevencijos priemonės reikėtų skirstyti sekančiai:

1. Pirminės prevencijos priemonės (lytinis švietimas, nėštumo planavimas).
2. Antrinės prevencijos priemonės („Gyvybės langeliai“, anoniminis gimdymas).
3. Tretinės prevencijos priemonės (komandinis, kompleksinis įvairių specialistų darbas su moterimis, nužudžiusiomis savo naujagimius).

Visos minėtos priemonės turi tiek palaikančiųjų, tiek kritikuojančiųjų auditorijas. Palaikančiųjų ir kritikuojančiųjų argumentų nemažai, tačiau vieni dažniausių būtų šie: palaikančiųjų - išsaugota gyvybė svarbiausia, o kritikuojančiųjų - užaugusių vaikų teisė žinoti savo kilmę. Palaikančiųjų argumentas - užaugusių vaikų teisė žinoti savo kilmę, tėvus gali būti neįgyvendinta, nes nebus kam tos teisės įgyvendinti nužudymo atveju.

Šio darbo autorės nuomone, minėtų prevencijos priemonių įvedimo galimybės Lietuvoje turėtų būti konstruktyviai išdiskutuotos įvairių specialistų. Pamatiniai aspektai turėtų būti: gyvybės, kaip absoliučios vertybės apsauga; Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos 7 straipsnio 1 dalyje numatyta nuostata „Vaikas įregistruojamas tuoj po gimimo ir nuo gimimo momento turi teisę į vardą ir pilietybę, **taip pat, kiek tai įmanoma, teisę žinoti savo tėvus** ir būti jų globojamas“; vaiko teisė žinoti savo tėvus nėra labiau prioritetinga, nei vaiko teisė į gyvybę; kitų valstybių patirtis rodo, kad yra priemonių įgyvendinti vaiko teisę žinoti savo kilmę, net jei anonimiškai vaiko atsisakoma; „gyvybės langeliams“ pradėjus veikti, anonimiškai paliekamų kūdikių padaugėjimas gali turėti ryšį su naujagimių nužudymo latentišku.

IŠVADOS

1. Neonaticido egzistavimas nuo seniausių žmonijos istorijos laikų rodo, kad sociume tai nėra naujas reiškinys.

2. Lietuvoje 1990 - 2012 m. periodu užregistruota 116 privilegijuotų naujagimių nužudymų. Tai sudaro apie 1,5% visų tyčinių nužudymų, įvykdytų tiriamuoju laikotarpiu. Nusikaltimo „Naujagimio nužudimas“ paplitimas Lietuvoje ženkliai nesiskiria nuo kitų Europos valstybių.

3. Dažniausias moterų, nužudžiusių pirmos paros naujagimius nusikaltimo motyvas – baimė ir (-ar) gėda prieš kitus (21,3%) (VTPT duomenimis).

4. Dažniausia nusikaltimo vieta - kaimo vietovės (63,8% IRD duomenimis ir 64,1% VTPT duomenimis). Nužudymai dažniau įvykdyti moters gyvenamojoje patalpoje (~30% IRD duomenimis ir 51,1% VTPT duomenimis).

5. Vidutinis naujagimius nužudžiusių gimdymo metu arba tuojau po jo moterų amžius 27 m. (IRD duomenimis $27,4 \pm 6,1$ m., VTPT duomenimis $27,3 \pm 6,7$ m.). Vyraujanti amžiaus grupė 18–29 m. gimdyvės (63,9% IRD duomenimis ir 51,1% VTPT duomenimis). Moterys iki 25 m. sudarė mažesnę dalį (36,1% IRD duomenimis ir 42,6% VTPT duomenimis).

6. Dažniausiai naujagimius gimdymo metu arba tuojau po jo nužudė moterys su žemu išsilavinimu, neįgijusios profesijos, neturinčios užsiėmimo (namų šeimininkės, bedarbės, niekur nedirbančios ir nesimokančios) (IRD ir VTPT duomenimis).

7. Dažniau pirmos paros naujagimių žudyti ryžosi gyvenančios ne santuokoje moterys (66%), bei moterys, turinčios vaikų (68,1%) (VTPT duomenimis).

8. Didžioji dauguma moterų slėpė savo nėštumą, nesilankė sveikatos priežiūros įstaigose nėštumo laikotarpiu (63,8%), vienkartinis apsilankymas nustatytas 17%. Gimdymą slėpė 100% moterų (VTPT duomenimis).

9. Moterims, nužudžiusiems savo naujagimį gimdymo metu arba tuojau po jo, dažniausiai nebuvo diagnozuota psichikos ir (-ar) elgesio sutrikimų nusikaltimo padarymo metu (80,9%). Tik dešimtadaliui moterų pripažinta, kad nusikaltimo padarymo metu negalėjo pilnai suvokti savo veiksmus ir juos valdyti (VTPT duomenimis).

10. Lietuvoje nėra legalios, pakankamos naujagimių nužudymų prevencijos sistemos.

REKOMENDACIJOS

I. Dėl statistinių duomenų

Informatikos ir ryšių departamento prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos oficialiose nusikalstamumo ataskaitose, kur pateikiami duomenys apie nukentėjusius vaikus, išskirti atskiras kategorijas apie visus nužudytus:

1. Naujagimius, t.y. vaikus nuo gimimo iki 28 parų amžiaus, apimant nukentėjusius nuo nusikaltimų, numatytų LR baudžiamojo kodekso 131 straipsnį ir 129 straipsnio 2 dalį.

2. Kūdikius, t.y. vaikus nuo 29 parų amžiaus iki 1 metų.

II. Dėl LR BK [68] 131 straipsnio „Naujagimio nužudymas“ dispozicijos

Atsižvelgiant į pirmos paros naujagimio nužudymo moksliniais tyrimais paremtą veikos specifiką, istorinę šios veikos turinio raidą, medicininės sąvokas, dispozicijoje numatyti šiuos vertinamuosius požymius:

1. Veikos padarymo laikas – „gimdymo metu ar tuoj po jo“, kad būtų išvengta interpretacijų dėl gimdymo nulemtų būsenų, atsirandandančių vėliau ir neturinčių nieko bendra su motinos agresija gimdymo metu.

2. Motinos subjektinį amžių nustatyti nuo 14 m.

III. Dėl LR BK [68] 18 straipsnyje numatyto riboto pakaltinamumo

Riboto pakaltinamumo nustatymo aiškumui ir skaidrumui numatyti kiek įmanoma konkretesnius vieningus medicininius diagnostinius kriterijus, kurių parengimui didžiausia reikšmę turėtų teismo psichiatrų kompetencija.

IV. Dėl fizinio asmens baudžiamosios atsakomybės dėl nepranešimo apie gimusį naujagimį nustatymo

Atsižvelgiant į tai, kad yra erdvė motinų, kurios gimdė ne asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir nužudė savo naujagimį (-ius), nebaudžiamumui tuo atveju, kai po tam tikro laiko, radus naujagimio lavoną, dėl objektyvių priežasčių negalima nustatyti ar naujagimis gimė gyvas, rekomenduojama nustatyti baudžiamąją atsakomybę fiziniam asmeniui, nepranešusiam atitinkamoms institucijoms apie naujagimio gimimą, gimimo, mirties ar negyvagimio faktui nustatyti.

V. Dėl naujagimių nužudymų prevencinių priemonių

1. Atsižvelgiant į kitų teisinių valstybių patirtį, valstybės pareigą, o ne teisę vykdyti gyvybės apsaugą, šio darbo skyriuje „Naujagimių nužudymų prevencija Lietuvoje“ iškeltus diskusinius klausimus, siūlomą prevencijos priemonių klasifikaciją, valstybiniu tarpinstituciniu lygiu išnagrinėti naujagimių nužudymų prevencijos priemonių (antrinių - „Gyvybės langelių“ (*baby box*) ir anoniminio gimdymo įteisinimą, tretinių (reabilitacijos) - prevencinis specialistų komandos darbas su nuteistosiomis už naujagimio nužudymą) paketo įvedimo ir taikymo Lietuvoje galimybes, šių priemonių įgyvendinimo mechanizmus, su tuo susijusių teisės aktų keitimą, papildymą, sukūrimą.

2. Pirminių naujagimių nužudymo prevencijos priemonių taikyme didelę reišmę galėtų turėti planuojamas lytiškumo ugdymo programų įvedimas [66], [89], kurių vykdymo metu šalia šeimos, kaip vertybės, turėtų būti akcentuojama ir gyvybės, kaip unikalios, absoliučios vertybės samprata.

VI. Dėl sąvokų įvedimo mokslo doktrinoje

Nėščia moteris, prasidėjus gimdymui, įgauna gimdyvės statusą, tuo tarpu vaisius išlieka vaisiaus statuse iki gimimo momento. Žmogaus raidos periodas gimdymo metu dėl fiziologinio gimdymo mechanizmo, skiriasi nuo intrauterininio periodo. Be to, užgimus žmogaus kuriai nors daliai, pavyzdžiui galvutei, laikyti tai vaisiaus vystymusi moters organizme yra netikslu.

Neonaticidu mokslinėje literatūroje paprastai laikomas pirmos paros naujagimio nužudymas. Vyresnis nei vienos paros vaikas taip pat yra naujagimis iki 28 d. po gimimo, todėl sąvoką reikėtų tikslinti. Siūloma įvesti šias naujas sąvokas mokslo doktrinoje:

1. Prenaujagimis – žmogaus vaisius nuo pirmųjų gimdymo sąrėmių atsiradimo iki gimimo momento.

2. Ankstyvas neonaticidas – pirmos paros naujagimio nužudymas.

3. Vėlyvas neonaticidas – naujagimio nuo antros paros iki 28 paros nuo gimimo nužudymas.

AUTORIAUS PUBLIKUOTŲ MOKSLINIŲ STRAIPSNIŲ SĄRAŠAS

1. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Andriuškevičiūtė G., Chmieliauskas S. Naujagimių žudymas – motinų psichologinio žiaurumo pasekmė. *Medicinos teorija ir praktika*, 2013, t. 19; 4: 417-422.
2. Jasulaitis A., **Stasiūnienė J.**, Chmieliauskas S., Andriuškevičiūtė G. Motinų agresijos, nukreiptos į savo kūdikius, priežastys ir ją lemiantys veiksniai. *Medicinos teorija ir praktika*, 2013, t. 19; 4: 423-426.
3. **Stasiūnienė J.**, Andriuškevičiūtė G., Meškaitė A., Chmieliauskas S., Jasulaitis A. Savo naujagimių nužudžiusių motinų psichologinės ir psichiatrinės būklės analizė. *Labaratorinė medicina*, 2013, t. 15; 3(59): 126-130.
4. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Chmieliauskas S., Andriuškevičiūtė G. Motinų, nužudžiusių savo naujagimį, teisinė ir teismo medicininė charakteristika. *Labaratorinė medicina*, 2013, t. 15; 3(59): 137-140.
5. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Chmieliauskas S. Teismo psichiatrinių ekspertizių, atliktų baudžiamosiose bylose, iškeltose dėl naujagimio nužudymo, analizė (1994-2013 m.). *Labaratorinė medicina*, 2014, t. 16; 1(61): 28-33.
6. **Stasiūnienė J.**, Jasulaitis A., Andriuškevičiūtė G. Savo naujagimius nužudžiusių moterų psichosocialinė charakteristika iki padarant nusikaltimą. *Labaratorinė medicina*, 2014, t. 16; 2(62): 76-80.

INFORMACIJA APIE AUTORE

Jurgita Stasiūnienė gimė 1969-01-01

Išsilavinimas

1988-1994 m. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, pediatrijos specialybė, įgyta gydytojo-pediatro kvalifikacija (ISCED 5).

1994-1996 m. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Bendrosios vaikų ligų specialybės rezidentūra, įgyta gydytojo-pediatro kvalifikacija.

1996-1997 m. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vaikų nefrologo subspecialybės rezidentūra, įgyta vaikų nefrologo kvalifikacija.

1999-2003 m. Vilniaus universitetas, teisės fakultetas, įgyta teisininko profesinė kvalifikacija, atitinkanti magistro kvalifikacinį laipsnį (ISCED 5).

2002-2009 m. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedra, Teismo medicinos doktorantė.

Darbinė veikla

1997-2004 m. VšĮ Vilniaus rajono centrinė poliklinika, gydytoja - nefrologė.

2005-2010 m. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Teisės ir personalo skyriaus vedėjo pavaduotoja.

2011-2012 m. Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Socialinį darbą dirbančiųjų kvalifikacijos kėlimo skyriaus vedėja.

Nuo 2013 m. Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedra, asistentė.

Nuo 2014 m. VšĮ Centro poliklinika Budinčiojo gydytojo tarnyba, vaikų ligų gydytoja.