

YUSUF'UN GÖMLEĞİ YAKUP'UN GÖZÜ

Kur'ân, körlüğü/kör olmayı ifade eden ayetlerde, genellikle 'a'ma اَعْمَى kelimesini kullanır. Ama Yakup Nebînin görme bozukluğunu ifade eden ayette bu kelime bulunmuyor.

Kur'ân'a göre Yakup Nebî, oğlu Yusuf'un hasreti ve hüznünden dolayı görme kaybı yaşamış ama Yusuf'a kavuşacağını anladığı anda (Yusuf'un gömleği kendisine ulaşıp onu koklayınca) kaybettiği görme yetisini yeniden kazanmıştır.¹ Bazı çevreler Yusuf suresindeki bu ayetlere dayanarak, Yakup Nebînin gözleri için oğlu Yusuf'un gömleğini tevessül ettiğini, dolayısıyla tevessül ve teberrükün hak olduğunu iddia etmişlerdir.²

Acaba bu iddia doğru olabilir mi? Önce ilgili ayetleri nakledelim;

وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسْفَىٰ عَلَىٰ يَٰسُفَ وَإِبيضُتُ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ

Onlara sırt çevirdi ve “Vah Yusuf'um vah!” dedi. Üzüntüden gözlerine ak düştü. Acısını içine gömmüştü. (Yûsuf 12/84)

أَذْهَبُوا بِمِصْصِي هَذَا فَأَلْقُوهُ عَلَىٰ وَجْهِ أَبِي يَأْتِ بَصِيرًا وَأْتُونِي بِأَهْلِكُمْ أَجْمَعِينَ

“Şu gömleğimi götürün ve babamın yüzüne bırakın. Gözleri görür hale gelecektir. Ve tüm ailenizle birlikte bana gelin.” (Yûsuf 12/93)

فَلَمَّا أَنْ جَاءَ الْبَشِيرُ أَلْقَاهُ عَلَىٰ وَجْهِهِ فَارْتَدَّدَ بَصِيرًا قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكُمْ إِنِّي أَعْلَمُ مِنَ اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ

Müjdeci gelip gömleği yüzünün üstüne bırakınca Yakup tekrar görmeye başladı. “Ben size, sizin bildiğiniz bir şeyi Allah'ın sayesinde biliyorum dememiş miydim?” dedi. (Yûsuf 12/96)

Yakup Nebî, görüldüğü üzere oğlu Yusuf'un üzüntüsünden dolayı görme kaybı yaşıyor. Gözlerine ak düşüyor. Ama müjdeci tarafından getirilen Yusuf'un

gömleği yüzüne tutulunca gözleri yeniden açılıyor. Çünkü oğlunun kokusunu alarak yakında ona kavuşabileceğini anlıyor. Yani üzüntüsü yok oluyor. Yaşadığı bu büyük sevinç üzerine de gözleri eski haline geliyor. Yani açılıyor.

Kur'ân'ın haber verdiği bu durum tıbbî olarak izah edebilir mi?

Gerçeği elbette ki Allah bilir ama Yakup Nebînin bu durumu tıbbî çerçevede izah edilebilir. Çünkü onun durumuna uyan, hem de tıpatıp uyan bir göz hastalığı var: **Santral Seröz Koriyoretinopati (SSKR).**

Bu göz hastalığı (SSKR), genellikle erkeklerde görülüyor ve sıklıkla da üzüntü/stres sonrasında ortaya çıkıyor. Hastalık kendisini ani başlayan bir bulanık görme ile gösteriyor ve vakaların çoğu kendiliğinden iyileşiyor. Stres faktörünün ortadan kalkması bu iyileşmeyi kolaylaştırıyor.

Görüldüğü üzere bu tablo, Yakup Nebinin yaşadığı tablo ile birebir örtüşüyor. Ama bu hastalığın karakteristik olan bir başka özelliği daha var. Ve biz bu özelliği –ayetlerdeki ifade nedeni ile– Yakup Nebînin gözünde de görüyoruz. Ve böylece hem kanaatimiz pekişiyor hem de Kur'ân'ın Allah kelamı olduğuna bir kez daha tanık oluyoruz (bu konudaki tanıklığımıza yeni bir tanıklık ilave ediyoruz). Yani bir Kur'ân mucizesi daha keşfediyoruz. Şöyle ki;

Kur'ân, körlüğü/kör olmayı ifade eden ayetlerde,³ genellikle 'a'ma اَعْمَى kelimesini kullanır. Ama Yakup



Nebînin görme bozukluğunu ifade eden ayette bu kelime bulunmuyor. Bunun yerine lafzî karşılığı tam olarak **'beyazlaşmak/ak düşmek'** manasına gelen **ve-byaddat** ifadesi kullanılmış. Bu ifadenin **'saçlarına ak düştü'** ifadesi nedeniyle mecazî olduğu düşünülebilir. Ama durum öyle değil. Çünkü SSKR hastalığında hem görmede bir **'bulanıklaşma (bulutlanma)'** hem de gözün içinde –tam da ayette ifade edildiği gibi- gerçek manada bir **'beyazlaşma/ak düşme'** meydana geliyor. Yani tam da ayetteki **vebyaddat** ifadesi ile bildirilen durum meydana geliyor. Şüphesiz ki bu bir Kur'ân mucizesidir.

Demek ki Yakup Nebî, oğlu Yusuf'un gömleğini –bazı çevrelerin iddia ettiği gibi- manevî anlamda tevessül etmemiş, bu gömleğin kendisine ulaşması sayesinde kendisini hüznü boğan oğul hasretinin sona ereceğini anladığı için hüznünden ve dolayısıyla da bu hüznü nedeniyle duçar olduğu hastalığından kurtulmuştur. Çünkü Yakup Nebîyi SSKR hastalığına duçar eden psikojenik faktör (stres/hüznü) ortadan kalkınca hastalığın tedavisi spontan olarak gerçekleşmiştir. Zira bu böyle olur zaten. Hatta günümüz modern tıp koşullarında bile bu hastalığın tedavisi için ilk aşamada yapılan (yapılması gereken) hastayı bu duruma düşüren psikolojik stres faktörünün ortadan kaldırılmasıdır.

Şimdi bu hastalıkla ilgili tıbbî bilgileri literatür eşliğinde biraz daha detaylandıralım ve Yakup Nebînin hastalığı ile bu hastalığın nasıl örtüşüğünü birlikte görelim:

Santral Seröz Kortyoretinopati (SSKR)

SSKR, genellikle psikososyal stres sonrasında gelişen, çoğunlukla erkeklerde görülen, ana bulgusu ani başlayan bulanık görme olan ve genellikle de kendiliğinden düzelen bir göz hastalığıdır.⁴⁻⁶ Daha çok 25-55 yaşları arasında görülür ama erken ve geç yaşlarda da görülebilir. Herhangi bir üst yaş sınırı yoktur.⁷

Bu hastalıkta, gözün retina bölümünde meydana gelen bir yırtık (dekolman) ve bu yırtığa bağlı olarak gelişen seröz bir ödem vardır. Ana bulgusu ani başlayan bulanık görmedir. Retinada meydana gelen bu yırtık (seröz dekolman) sıklıkla kendiliğinden düzelir. Tedavi ilk 3-4 ay içinde düzelmeyen vakalarda yapılır. Görme açısından sonuçlar (vizüel prognoz) genellikle iyidir.⁶

Stres ve SSKR İlişkisi

SSKR tarihte ilk kez 1866 yılında *Albrecht von Graefe* tarafından tanımlanmış bir hastalıktır.⁸ Hastalığın nedeni hakkında o tarihten beri ileri sürülen muhtelif hipotezler olmuştur. Ama bunların içinde en çok kabul göreni psikojenik faktör hipotezi olmuştur.^{6,9}

SSKR'de psikojenik faktörlerin etkili olduğu hipotezini ilk kez ileri süren 1927'de Hornikar olmuştur. Hornikar, psikolojik stres sonucunda retinal damarlarda spazm geliştiğini ve bunun da iskemiye neden olduğunu ayrı-



ca retinal anjiospazmın makulada sekonder eksudatif belirtilere neden olduğunu, stres, soğuk ve aşırı ışık gibi faktörlerin de spazm ve iskemiye presipite ettiğini (kalıcı hale getirdiğini) ileri sürmüştür.⁹

Hornikar'ın bu hipotezi sonraki yıllarda da çok sayıda araştırmacı tarafından desteklenmiştir. Nitekim Cordes, 1944'te, savaş alanındaki Amerikan ordu personeline SSKR'nin olağandan fazla görüldüğünü tespit etmiş ve vaka serisini yayınlarak, stres, aşırı sigara tüketimi, inokulasyon, ve yüksek yoğunlukta güneşe maruziyet gibi çok sayıda presipite edici faktörün bulunduğunu, emosyonel (duygusal) durumların sigara kullanımı ile birleştiğinde anjiospazma neden olduğunu ve bunun da retinal hasara yol açtığını bildirmiştir.¹⁰ Benzer şekilde Harrington da 1948'de 100 vakalılık bir seri yayınlarak bu vakalardaki otonom vazomotor instabiliteye dikkat çekmiştir.¹¹

1952'de SSKR'li hastaları psikolojik olarak tetkik eden Hartman, emosyonel şok ile SSKR arasındaki yakın ilişkiyi tespit etmiş ve raporlamıştır.¹²

Aynı şekilde Yannuzzi de 1986'da yayınladığı geniş vaka serisinde tip A kişilik yapısı ile SSKR arasındaki yakın ilişkiyi göstermiş ve böylece psikojenik hipotezi destekleyen veriler sunmuştur.¹³

Ve nitekim Gelbar ve Schatz, 1987'de yayınladıkları serileri ile SSKR'li vakaların %91'inde semptomlar başlamadan önce rahatsız edici tarzda bir psikolojik olayın gerçekleştiğini göstermişlerdir.¹⁴

Garg, SSKR'li hastaların idrar ve plazmasında (stres

göstergesi olan) endojen kortizol düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir.¹⁵ Nitekim son dönemdeki oftalmoloji literatürü de –strese yanıt olarak yükselen- kortizolün SSKR gelişimindeki rolünü teyit etmiştir. Bu nedenle temelde strese bağlı bir hastalık olan SSKR, 'A tipi kişilik'¹⁶ yapısına sahip insanlarda daha sık görülür. ¹⁷ SSKR, boşanma, bir yakının ağır hastalığı ve ekonomik iflas gibi psikolojik travmalar sonrasında daha sık görülür. Tüm bu veriler SSKR için en önemli risk faktörünün 'stres' ve 'A tipi kişilik' yapısı olduğunu göstermektedir. ^{6, 13, 18, 19}

Bulanık Görme ve Beyazlaşma (VEBYADDAT)

SSKR'nin ana bulgusu ani başlayan görme bulanıklığıdır. Buna relatif santral skotom, metamorfopsi, diskromatopsi, mikropsi, hipermetropizasyon ve kontrast duyarlılığında azalma da eşlik edebilir. ^{6, 20} Hastalar, kontrast duyarlılığındaki azalmayı 'görüntüde matlaşma' şeklinde ifade ederler. Nitekim lazer oftalmoskopik mikroperimetri ile görme alanının etkilendiği kısımlarda bu duyarlılığın 10-100 kat azaldığı gösterilmiştir.²¹

SSKR'deki beyazlaşmaya gelince, bu bulguyu tespit eden ilk isim tarihte bu hastalığı 1866'da ilk rapor eden *Albrecht von Graefe* olmuştur. Graefe, bu hastalıkta, fundusta maküladaki bulanıklığın ince BEYAZ punktat lezyonlarla birlikte olduğunu gözlemlemiş ve bunu rapor etmiştir.⁸ Bu durum daha sonraki çalışmalarda da birçok araştırmacı tarafından teyit edilmiştir. Mesela Duggan 1942'de SSKR'daki perivasküler ödemin minimal bir elevasyonla birlikte olduğunu ve BEYAZ göründüğünü bildirmiştir.²² Bazı araştırmacılar da SSKR vakalarının başlangıcında görülen bu BEYAZ odakların birkaç hafta sonra –retinanın arka yüzünde- düzensiz sarı-beyaz granüler depozitler haline geldiğini, bunların iyi prognoz işareti olduğunu, çünkü bunun kronik hastalıkta görülmediğini, bunların aktif hastalık sürecinin bitme göstergesi olduğunu düşünmektedir.²³

²⁴ Güncel yayınlar da SSKR'deki BEYAZ odakları teyit etmektedir.^{4, 6, 25}

SSKR'de Tedavi

SSKR genellikle 3-4 ay içinde kendiliğinden düzelen bir hastalıktır.⁶ Tedavi düzelmenin görülmeyeceği vakalarda planlanır. Ama tedavi için de ilk olarak yapılan konservatif yaklaşımlardır. Bu amaçla stres düzeyinin azaltılması, -varsa- kafein gibi uyarıcıların ve alkol tüketiminin durdurulması şeklinde yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Varsa kortizol kullanımı durdurulur. Böyle bir strateji ile retina dekolmanı vakaların yaklaşık %90'ında 1,5 ay içinde düzelir.²⁶ Düzeltme olmayan vakalarda ise diğer ileri tedavi seçenekleri uygulanır. Çoğu vakada görme keskinliği 20/25 veya daha iyidir. Ciddi görme kaybı vakaların sadece %5'inde yaşanır.^{6, 27}

Değerlendirme ve Sonuç

Psikolojik stres ile SSKR arasında yakın bir irtibatın bulunduğunu gösteren bu veriler, Yakup Nebînin duçar olduğu göz hastalığının Santral Seröz Korioretinopati hastalığı olduğunu düşündürmektedir. Yakup Nebîdeki görme probleminin VEBYADDAT (beyaz/ak düşme) ile ifade edilmesi ve bu problemin aldığı müj-



deli haber neticesinde yok olması da bu kanaatimizi pekiştirmektedir (Allahu a'lem).

1. Yusuf 12/83-96
2. Ebubekir Sifil; <https://www.facebook.com/EbubekirSifilHoca/photos/a.267123393377120.60931.267117143377745/462216123867845/>; <http://ehlisunnetinanci.com/2-hz-yakup-asin-gomlekle-teberruku>
3. 2/18,171,5/71,20/124,125,24/61,48/17,80/2 vd
3. 2/18,171,5/71,20/124,125,24/61,48/17,80/2 vd
4. Daruich A, Matet A, Dirani A et al. Central serous chorioretinopathy: Recent findings and new physiopathology hypothesis. *Prog Retin Eye Res.* 2015 Sep;48:82-118. doi: 10.1016/j.preteyeres.2015.05.003. Epub 2015 May 27.
5. Chatziralli I, Kabanarou SA, Parikakis E et al. Risk Factors for Central Serous Chorioretinopathy: Multivariate Approach in a Case-Control Study. *Curr Eye Res.* 2017 Jul;42(7):1069-1073. doi: 10.1080/02713683.2016.1276196. Epub 2017 Mar 17.
6. Tuncay FY, Gürel G. Santral Seröz Korioretinopati. *Ret-Vit* 2010;18:85-111.
7. Wang M, Munch IC. Central serous chorioretinopathy. *Acta Ophthalmol.* 2008;86:126-145.
8. Von Graefe A. Ueber centrale recidivirende Retinitis. *Albrecht von Graefes Arch Ophthalmol.* 1866;12:211-215.
9. Hornikar E. *Klin Mbl Augenheilk.* 1937;98:487-497.
10. Cordes FC. Atypic of foveo-macular retinitis observed in the US Navy. *Am J Ophthalmol.* 1944;27:803-816.
11. Harrington DO. Psychosomatic inter-relationships in ophthalmology. *Am J Ophthalmol.* 1948;31:1241-1251.
12. Hartmann DME. La retinopathie centrale angiospastique. *Bull.Soc Ophthalmol Fr.* 1952;00:110-120.
13. Yannuzzi LA. Type A behaviour and central serous chorioretinopathy. *Am J Ophthalmol.* 1995;120:65-74.
14. Gelber GS, Schatz H. Loss of vision due to central serous chorioretinopathy: Following psychological stress. *Am J Psychiatry.* 1987;144:46-50.
15. Garg SP, Dada T. Endogenous cortisol profile in patients with central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol.* 1997;81:962-964.
16. A tipi kişilik yapısı, kiritik olaylara karşı gerginliklerini azaltacak strateji geliştiremeyen ve bu olaylara karşı ağır yükler yüklenen kişilik yapısıdır. Bu nedenle bu bireylerin stres yanıtı (stres düzeyi) yüksek olur.
17. Tittl MK, Spaide RF, Wong D. Systemic findings associated with central serous chorioretinopathy. *Am J Ophthalmol.* 1999;128:63-68.
18. Haimovici R, Koh S. Risk factors for central serous chorioretinopathy: A case-control study. *Ophthalmology.* 2004;111:698-703.
19. Spahn C, Wiek J. Operation alisierle psychodynamische diagnostik bei patienten mit chorioretinopathia centralis serosa. *Med Psychol.* 2004;54:52-57.
20. Gass JDM. Pathogenesis of disciform detachment of the neuroepithelium.II Idiopathic Central Serous Chorioretinopathy. *Am J Ophthalmol.* 1967;63:587-615.
21. Toonen F, Remky A. Microperimetry in patients with central serous retinopathy. *Ger J Ophthalmol.* 1995;4:311-314.
22. Duggan WF. Choroidosis centralis serosa; diagnosis, pathologic physiology and therapy. *Arch Ophthalmol.* 1942;27:123-139.
23. Perkins SL, Kim JE. Clinical characteristics of central serous chorioretinopathy. *Ophthalmology.* 2002;109:262-266.
24. Wang M, Sander B. Clinical characteristics of subretinal deposits in central serous chorioretinopathy. *Acta Ophthalmol Scand.* 2005;83:691-696.
25. Ahlers C, Geitzner W, Stock, G et al. Alterations of intraretinal layers in acute central serous chorioretinopathy. *Acta Ophthalmol.* 2009 Aug;87(5):511-6. doi: 10.1111/j.1755-3768.2008.01468.x. Epub 2009 Jun 5
26. Sharma T, Shah N. Visual outcome after discontinuation of corticosteroids in atypical severe central serous chorioretinopathy. *Indian J Ophthalmol.* 2004;111:1708-1714.
27. Klein ML, Van Buskirk EM, Friedman E. Experience with nontreatment of central serous choroidopathy. *Arch Ophthalmol.* 1974;91:247-250.