



Cas Clinique

« J'arrache mes poils ... » : un regard psychodynamique sur la trichotillomanie

"Me arranco los pelos..." : una mirada psicodinámica a la tricotilomanía

"I pull out my hair...": a psychodynamic perspective at trichotillomania.

Bouchra Aabbassi

Professeure de pédopsychiatrie, Faculté de médecine et de pharmacie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

Centre de recherche « Enfance, Santé et Développement », Université Caddi Ayyad de Marrakech, Maroc

Présidente de la société marocaine de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent SMPEA, Maroc

Correspondance : aabbassi40@gmail.com, b.aabbassi@uca.ma

RÉSUMÉ

La trichotillomanie est un comportement répétitif qui consiste à s'arracher ses propres cheveux, jusqu'à épiler des zones entières du cuir chevelu ou des zones poilues du corps. Les premières manifestations ont lieu généralement pendant l'adolescence mais peuvent aussi se voir à l'âge adulte. Les enjeux psychopathologiques sont divers et variés. Au-delà du symptôme clinique, ce sont les origines développementales de la

souffrance qui sont à évaluer. C'est à travers une vignette clinique que nous allons éclairer ce trouble à l'âge de l'adolescence.

Mots clés :

Trichotillomanie, chevelure, diagnostic, développement, adolescence

ABSTRACT

Trichotillomania is a repetitive behavior involving the compulsion to pull out one's own hair, sometimes leading to the removal of entire areas of the scalp or hairy areas of the body. The first signs

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

typically appear during adolescence but can also be seen in adulthood. The psychopathological implications are diverse and varied. Beyond the clinical symptoms, the developmental origins of the distress must be assessed. We will use a clinical vignette to shed light on this disorder in adolescence.

Key words :

Trichotillomania, hair, diagnosis, developpement, adolescence

arrancarse el propio cabello, llegando en ocasiones a eliminar zonas enteras del cuero cabelludo o áreas con vello corporal. Los primeros signos suelen aparecer durante la adolescencia, pero también pueden presentarse en la edad adulta. Las implicaciones psicopatológicas son diversas y variadas. Más allá del síntoma clínico, es fundamental evaluar los orígenes evolutivos del malestar. Utilizaremos un caso clínico para ilustrar este trastorno en la adolescencia.

RESUMEN

La tricotilomanía es un comportamiento repetitivo que implica la compulsión de

Palabras clave : Tricotilomanía, cabello, diagnóstico, desarrollo, adolescencia

INTRODUCTION

La chevelure chez l'humain est symbole de puissance, de force vitale et de bien-être. Ce qui en fait un élément de séduction, mais aussi d'humanité et d'identité. Il n'est pas étonnant qu'elle soit le sujet de manifestations pathologiques.

La trichotillomanie est un comportement répétitif qui consiste à s'arracher ses propres cheveux, jusqu'à épiler des zones entières du cuir chevelu ou des zones poilues du corps. Les sujets atteints de trichotillomanie peuvent jouer avec et/ou ingérer les poils arrachés (c'est la trichophagie).

Chez les enfants et les adolescents, la prévalence de ce trouble est estimée à moins de 1 % et touche préférentiellement le sexe féminin (Tay et al, 2004). Les premières manifestations ont lieu généralement pendant l'adolescence mais peuvent aussi se voir à l'âge adulte.

Les enjeux psychopathologiques sont divers et variés.

C'est à travers une situation clinique que nous allons éclairer ce trouble à l'âge de l'adolescence.

Cas clinique

Je reçois Adam, un garçon de nationalité marocaine âgé de 10 ans dans le cadre de son suivi ambulatoire post-hospitalier. Deux semaines avant cette date de rencontre, notre équipe

pédopsychiatrique a été sollicitée par l'équipe pédiatrique à l'hôpital universitaire des enfants par suite d'un épisode de trichotillomanie découvert fortuitement.

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

Adam est suivi depuis son bas âge pour une insuffisance rénale chronique terminale et candidat dans le future proche à une greffe rénale. Son frère aîné est suivi aussi pour un syndrome néphrotique chronique mais il semble répondre mieux à la prise en charge médicale...

La dernière hospitalisation de Adam en service pédiatrique a duré deux mois teintés de difficultés relationnelles avec l'équipe médicale (douleur, colère, refus de soin...). Vers la fin et fortuitement, son pédiatre a découvert un épisode de trichotillomanie portant sur les poils du pubis et sur une partie du cuir chevelu...

De première vue, Adam ne fait pas son âge. Il a un retard staturo-pondéral marqué et porte des vêtements visiblement trop enfantins. Il a un langage oral distordu avec un vocabulaire très réduit, un parler bébé et une tonalité fine de la voix. Il est pourtant présent dans cette rencontre avec le pédopsychiatre : il rectifie, s'oppose ou affirme les dires de ses parents. L'épisode de trichotillomanie s'est installé progressivement sur une durée de deux semaines. Parfois les poils arrachés sont avalés, parfois ils sont cachés sous les draps. La mère rapporte que sa grossesse de Adam n'a pas été désirée, vu qu'elle a eu avant un enfant malade (le frère de Adam).

Elle est culpabilisée par sa belle-famille d'accoucher « d'enfants malades » ... Elle décrit même, sans se rendre compte, qu'elle a traversé un épisode dépressif majeur à l'annonce de la maladie de Adam quand il avait 3 ans et quelques mois. Le

couple parental est conflictuel, son vécu est souvent coloré par de la violence. Le père est démissionnaire. C'est la mère et la grande mère maternelle qui s'occupent des deux enfants. « *Adam est privilégié* » dit la grande mère.

Les consignes des pédiatres sont suivies à la lettre, les bilans de pré-greffe sont faits à l'étranger et le garçon est accompagné dans toutes les tâches du quotidien... Un discours qui marque une appréhension du mal et un désir de contrôler le non contrôlable (la mort).

Pour un garçon de son âge, l'entretien pédopsychiatrique est du moins étonnant ! Il a le fonctionnement mental et affectif d'un garçon de 6 ans. Il est hanté par des angoisses développementales régressives (le noir, la séparation avec la mère, les animaux...). Son quotidien est pauvre : il ne va pas à l'école et il n'a pas de jeux préférés, ni d'amis d'ailleurs.

En entretien individuel, il parle tout le temps de sa mère dans un mouvement psychique d'abolition du sujet. Sur sa mère, il déplace ses propres craintes de la maladie et de la mort, comme s'ils étaient tous les deux une seule personne et un seul corps ...Une même unité psychique : Il est bien lorsqu'elle est bien, *il va mal lorsqu'elle a mal...*

Alors, d'où proviennent ses angoisses ? Que vient souligner la trichotillomanie dans le parcours de vie et de maladie de ce garçon ? Comment peut-on comprendre le sens de ce symptôme ? Et puis quelles solutions thérapeutiques en découlent ? C'est ce qu'on va tenter à

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

travers une vision développementale clinique.
psychodynamique de cette situation

DISCUSSION

Décrite la première fois en 1889 par Hallopeau, dermatologue français, la trichotillomanie est une maladie de contrôle des impulsions (Barbel, 1999). Il s'agit d'un besoin irrésistible et incontrôlable de s'arracher les cheveux soit un par un, soit par mèches et qui se manifeste épisodiquement ou de façon continue.

Les personnes qui en souffrent passent en moyenne de 30 à 60 minutes par jour à s'éplucher. Les cheveux, les cils, les sourcils et les poils de barbe sont le plus souvent concernés mais tous les poils du corps peuvent l'être (bras, jambes, poitrine, pubis). Certaines personnes, en particulier les enfants, peuvent aussi arracher les poils d'autres personnes ou d'animaux de compagnie. Pour Adam, l'épisode de trichotillomanie s'est manifesté préférentiellement sur les poils de la zone génitale (pubis). Ipso facto, les poils de la région génitale annonce la puberté et la différenciation de sexe. Adam est en âge de puberté mais il a des difficultés développementales qui le bloque toujours au stade de l'enfance. Son corps malade ne peut habiter l'énergie sexuelle et développementale de l'adolescence. Un

corps en retard staturo-pondéral qui le maintien en profil enfant (même pour les tailles des vêtements) ... S'ajoutant à cela, la relation avec sa mère marquée par de la surprotection-fusion, qui lui empêche tout travail psychique d'individuation et d'autonomie. S'arracher ses poils pubiens, c'est se décrire toujours comme enfant gardant un corps impubère (sans signes secondaires visibles de puberté), c'est se révolter (en s'attaquant à un corps malade difficile à idéaliser), c'est aussi prolonger un mouvement œdipien non résolu (une mère hyperprotectrice et un père absent). C'est aussi préserver une certaine bisexualité infantile. Est-ce un symbole de honte de la sexualité ? cela nous rappelle le rasage des cheveux qui signe la honte des femmes qui avaient eu des relations avec l'ennemi durant la Seconde guerre mondiale. Adam dans ce sens traverse un tourbillon émotionnel inconscient à l'arrivée de l'adolescence sur des conflits développementaux non résolus.

Dans l'œuvre de Freud en 1922, les cheveux sont un symbole phallique et la coupe de cheveux est synonyme de castration. Cette angoisse qui perdure lorsque la triangulation oedipienne ne

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

s'opère pas...Il existe un lien entre chevelure et inconscient sexuel. Ainsi, notre comportement vis-à-vis de nos cheveux est une traduction de nos conflits inconscients. Le déplacement de la satisfaction exhibitionniste et de l'angoisse de castration du pénis aux cheveux ne permet pas la résolution du conflit sous-jacent et la répétition se continue.

Dans sa théorie du moi-peau, Anzieu a établi une continuité entre les fonctions de la peau, du moi et celles de penser (Anzieu, 2008). Il distingue trois niveaux dans la distance par rapport au corps : la peau, le moi, le penser. Parmi les huit fonctions essentielles de la chevelure qu'il a définie : le pare-excitation ou la contenance ; le témoin de la différence des sexes, des générations, des statuts sociaux ; la fonction d'individuation et celle de la sexualisation. Au-delà de cette symbolique sexuelle, et à un niveau plus archaïque, on retrouve la pulsion de mort déguisée en agression et en répétition comme définit névrose de contrainte ou névrose obsessionnelle (Freud, 1894-1895). Adam est atteint d'une maladie chronique à pronostic péjoratif qui le confronte, lui et sa famille, au réel de la mort à chaque séance d'hémodialyse ratée, à chaque bilan retardant la greffe, à chaque décès d'enfants malades au service hospitalier où il séjourne... Adam est encore incapable de « digérer » (refouler ou déplacer) les éléments de la vie qui le perturbe. Il n'a pas eu la contenance affective nécessaire pour développer ses propres stratégies émotionnelles et cognitives.

Pour faire face aux angoisses développementales qui le préoccupe, Adam s'appuie toujours sur sa mère (ce Moi auxiliaire envahissant) et omniprésent, jusqu'à ce qu'il projette les angoisses de sa propre mort sur sa mère « *j'ai peur qu'elle meure...* » alors qu'elle traversait un épisode de rhume du moins le plus habituel. L'angoisse de séparation avec la mère est manifeste. Même si Adam accepte de rester seul en séance individuelle, il parle de sa mère qui envahit son discours, son esprit. Buxbaum considérait que l'enfant trichotillomane utilisait son corps comme moyen de défense primitif contre l'angoisse de séparation, l'agrippement de l'enfant à ses cheveux venant à la place du manque, élaboré dans l'aire transitionnelle. (Buxbaum 1960, Winicott 2002) Les liens précoces sont teintés de rejet ! la mère a traversé un épisode dépressif à la suite de l'accouchement de Adam. Elle est accusée par sa belle-famille « *d'enfanter de garçons malades* ». Elle n'a pas désiré avoir un autre enfant mais elle l'a gardé « *par peur du Dieu* » ... Adam est depuis sa naissance, un poids lourd à porter (psychiquement). Lorsque le diagnostic médical tombe à l'âge de 03ans, la mère doit affronter seule cette réalité. Le père se protège du sort de la mort de ces enfants par de la distance affective. Il semble démissionnaire mais il est véritablement dans le déni. Les liens de la mère avec Adam deviennent mécaniques comme pour garder une distance émotionnelle par cette froideur relationnelle... Une sorte de lutte contre le

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

poids de la culpabilité. Envahie par des angoisses de perte, elle investit son premier enfant qu'elle privilégie par rapport à Adam. *Il risque moins de dégâts semble-t-il !* Toute cette dynamique relationnelle distordue de part et d'autre vient faire obstacle au chemin d'autonomie, d'identité et de pensée. Adam avale ses poils arrachés (les incorpore) ou les préserve soigneusement sous les draps. Cette entrée en scène de l'oralité renverrait aussi à l'incorporation et à l'identification à la mère et la lutte non contre l'angoisse de sa perte, mais contre le vide de son absence. L'arrachage des poils est ainsi à comprendre comme une autostimulation sensorielle face à l'envahissement dépressif et pourraient entretenir l'excitation d'une absence maternelle. Cette absence qui peut par moment être symbolique plus que réelle renvoyant à une carence affective relationnelle de maternage, de portage psychique et de contenance. Il y a vraisemblablement défaut de la fonction de pare-excitation. Les angoisses de la mère (de vie, de mort) sont véhiculées au garçon dans leur forme la plus brute. La fonction de pare-excitation (concept freudien) est une barrière protectrice dynamique de l'appareil psychique contre les stimulations excessives (internes ou externes) pour prévenir l'angoisse et le trauma. Elle permet de réguler les tensions, de protéger l'intégrité mentale et est initialement assurée par l'entourage (mère/parent) avant d'être intériorisée via le Moi peau... Que peut faire un esprit hanté par tant de démons depuis la prime

enfance que de s'exprimer par un conflit corporel et relationnel (visible) pour alerter sur son mal être (invisible) à la porte d'un tourbillon de remaniements psychiques qu'exige l'adolescence ?

La psychothérapie individuelle avec Adam s'est appuyée sur cette lecture psychodynamique pour relancer le développement vers le travail psychique de l'adolescence et pour créer des liens interpersonnels soutenant et portants vers l'autonomie. Le travail avec les parents est bien au centre du projet de soin.

Le travail thérapeutique consiste aussi à la mise en place d'un espace de pensée et de créativité, individuel et familial, où un travail sur le lien parents-enfant et une réassurance sur la qualité de ce lien devraient permettre de se séparer et de s'individuer, sans être menaçant pour la dynamique familiale. Les épisodes de trichotillomanie ont cessé mais les séances se poursuivent toujours. Rappelons que l'évolution de trichotillomanie est marquée par des périodes d'arrachage très intenses, ainsi que des périodes d'abstinence complète pouvant durer 2 semaines ou plus. Ces périodes d'abstinence font souvent croire que le comportement s'est éteint de lui-même, et favorise la chronicité de la maladie. Écouter ce corps parlant (à travers la maladie organique et psychosomatique) est la première des étapes de réconciliation de Adam avec l'âge de l'adolescence. Le jeune adolescent reprend son chemin de vie (psychique) avec du courage...

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

CONCLUSION

L'approche psychodynamique est une perspective thérapeutique qui explore le sens des symptômes à travers les processus inconscients influençant la vie présente. Au-delà du symptôme clinique,

ce sont les origines développementales de la souffrance qui sont évaluées et élaborées. La trichotillomanie par sa dimension psychosomatique en est un exemple illustratif.

Considérations éthiques

L'accord de publication est recensé auprès du patient et ses parents avec respect éthique de l'anonymat



REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1 - 8

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/vz5h5c97>

RÉFÉRENCES

- Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and re- view. *Pediatrics* 2004 ;113 :494-8. DOI :[10.1542/peds.113.5.e494](https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e494)
- L Barbrel, La trichotillomanie du jeune enfant, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*,1995,8 :164-168. DOI : [10.1016/S0987-7983\(95\)80099-9](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(95)80099-9).
- Filloux, J. la peur du féminin : de la tête de méduse (1922) à la féminité (1932). 2002 : 103-117. DOI :[10.3917/top.078.0103](https://doi.org/10.3917/top.078.0103)
- Anzieu, D., Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R. et Roussillon, R. (2008): le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Éditions érès 2008. 216 pages. DOI :[10.3917/eres.rouss.2008.01.0199](https://doi.org/10.3917/eres.rouss.2008.01.0199)
- Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel (1971). Paris, Gallimard 2002.
- Freud S., (1894a), « Les psychonévroses de défense » in Œuvres complètes de psychanalyse, Tome II (1893-1895), PUF.
- Buxbaum E. Hair pulling and fetichism. *Psychanal Study Child* 1960 ; 15 : 243-60. DOI: [10.1080/00797308.1960.11822578](https://doi.org/10.1080/00797308.1960.11822578)
- Aabbassi B. La trichotillomanie : de l'origine psychopathologique à l'issue thérapeutique. *Péd pratique* 2022 ;342 :20-26.
- Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics* 2004; 113:494-8. DOI: [10.1542/peds.113.5.e494](https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e494)
- Ragavan PS, Mahadevan S. Trichotillomania. *Indian Pediatr* 2001; 38(7) : 795. PMID: 11463970.
- Houde L, Breton JJ. La trichotillomanie chez le très jeune enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1981 ; 29(6) : 291- PMID : 7254493
- Pradère J, Serre G, Moro MR. Expression psychopathologique autour de la chevelure. À propos d'un cas de trichotillomanie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2005 ; 53 : 149-54. Doi : [10.1016/j.neurenf.2005.01.009](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.009)
- Lochner C et al. Obsessive - compulsive disorder and trichotillomanie : a phenomenological comparison. *BMC Psychiatry* 2005 ; 13(5). DOI: [10.1186/1471-244X-5-2](https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-2)