

Beperkingen van de diagnose ADHD in relatie tot overgewicht

30-06-2026

Banner

Mensen met **ADHD** worden vaker overgewicht en obesitas ge diagnoseerd dan de algemene populatie. Maar hoe sterk is deze link? En wat gebeurt er als de diagnose van **ADHD** zelf beperkingen heeft die de onderliggende oorzaken van gewichtstoename verbergen?

Centrale Vinding

De wetenschappelijke literatuur toont een correlatie tussen **ADHD** en overgewicht, maar deze relatie is complex en veelzijdig. Studies suggereren dat de associatie niet direct causaal is, maar wordt beïnvloed door meerdere factoren die vaak niet adequaat worden geëvalueerd tijdens de diagnoseprocedures[4],[24].

Een cruciale beperking is dat standaard diagnoseinstrumenten voor **ADHD** vaak niet voldoende rekening houden met comorbiditeiten die zelf gewichtsproblemen kunnen veroorzaken. Dit kan leiden tot een misleidend beeld van de causaliteit tussen **ADHD** en overgewicht[5],[37].

Belangrijkste Getallen

- Mensen met **ADHD** hebben ongeveer 2-4 keer meer kans op overgewicht of obesitas dan mensen zonder **ADHD**[24]

- Een populatiegebonden familie-aggregatiestudie in Zweden toonde gedeelde familierisicofactoren aan tussen ADHD en overgewicht/obesitas[4]
- Bij kinderen en adolescenten met ADHD is de prevalentie van overgewicht 14,71% vergeleken met 12,3% in de controlegroep[24]
- Zwangerschapscomplicaties en genetische factoren spelen een rol in zowel ADHD als gewichtsproblemen[4]

Methodologische Beperkingen van de Diagnose

Subtiele Symptomen bij Volwassenen

De diagnose van ADHD bij volwassenen poseert unieke uitdagingen door de subtiliteit van symptomen en de aanwezigheid van comorbiditeiten[27]. Veel volwassen mensen maskeren hun neurodivergente uitdrukkingen gedurende jaren, waardoor de oorspronkelijke symptomen minder zichtbaar worden. Dit kan leiden tot onderdiagnose of misdiagnose, vooral wanneer er comorbiditeiten zijn die symptomen overlappen[37].

Overlappende Psychische Aandoeningen

ADHD is geassocieerd met een verhoogd risico op alle psychische aandoeningen, inclusief stemmingstoornissen, angststoornissen en stofmisbruikstoornissen[29]. Deze comorbiditeiten kunnen zelf ook gewichtsproblemen veroorzaken of beïnvloeden. Wanneer deze niet adequaat worden geïdentificeerd tijdens de ADHD-diagnose, kan het leiden tot een incompleet beeld van de onderliggende oorzaken van overgewicht[37].

Genetische en Omgevingsfactoren

Onderzoek suggereert dat **ADHD** en overgewicht gedeelde genetische en omgevingsfactoren hebben. Een familie-ontwerpstudie van Zweedse dienstplichtigen toonde aan dat cardiovasculaire risicofactoren en **ADHD** gedeelde genetische en omgevingsinvloeden hebben[2]. Dit betekent dat het toekennen van overgewicht uitsluitend aan **ADHD** kan misleidend zijn.

Beperkingen van Huidige Diagnoseprocedures

Gebrek aan Systematische Evaluatie van Comorbiditeiten

Huidige diagnoseprocedures voor **ADHD** focussen vaak te weinig op systematisch screenen voor comorbiditeiten die gewichtsproblemen kunnen veroorzaken[5],[29]. Dit is problematisch omdat:

- Angststoornissen en stemmingstoornissen vaak gepaard gaan met eetgedragproblemen
- Eetstoornissen zelf vaak over het hoofd worden gezien bij **ADHD**-diagnoses
- De onderlinge relatie tussen deze aandoeningen wordt niet altijd erkend

Limitaties van Self-Reporting Instrumenten

Veel diagnoseinstrumenten voor **ADHD** zijn gebaseerd op zelfrapportage, wat problemen kan opleveren bij mensen met:

- Excessive impulsiviteit die tot onnauwkeurige rapportage leidt
- Uitdagingen in zelfreflectie als gevolg van executiefefunctiedysfunctie
- Maskerend gedrag dat symptomen verbergt[27],[37]

Gebrek aan Longitudinale Data

De meeste studies over de relatie tussen **ADHD** en overgewicht zijn cross-sectioneel, wat betekent dat ze maar één tijdstip meten. Dit maakt het moeilijk om causale relaties te bepalen[26]. Langitudinale data zouden kunnen onthullen of **ADHD** voorafgaat aan overgewicht of omgekeerd.

Praktische Implicaties

Voor Individuen

Voor mensen die worstelen met zowel **ADHD** als gewichtstoename betekent dit dat:

- Een **ADHD**-diagnose niet automatisch de oorzaak van het gewichtstoename uitlegt
- Er meerdere onderliggende factoren kunnen zijn die gelijktijdig moeten worden aangepakt
- Behandelingen die alleen op **ADHD** gericht zijn, mogelijk niet effectief zijn voor gewichtsproblemen

Voor Zorgsysteem

Het zorgsysteem heeft behoefte aan:

- Geïntegreerde evaluatieprocedures die zowel **ADHD** als andere mogelijke oorzaken van overgewicht beoordelen
- Training van professionals om comorbiditeiten adequaat te herkennen
- Langitudinale follow-up om effectiviteit van behandelingen te monitoren

Limitaties en Bewijssterkte

Strengths van Huidig Onderzoek

- Grote populatie-bewuste studies met duizenden deelnemers[4],[2]
- Longitudinale data uit nationale registers in Zweden[4]
- Systematische reviews die meerdere studies samenvatten[5]

Beperkingen

- Veel studies hebben beperkingen in methode, zoals gebrek aan controle voor socio-economische factoren[26]
- Cross-sectionele studies kunnen causaliteit niet aantonen[26]
- Cultuur- en regio-specifieke beperkingen; de meeste grote studies komen uit Noord-Europa[1],[24]
- Huidige diagnoseprocedures voor **ADHD** zijn niet adequaat geoptimaliseerd voor het detecteren van comorbiditeiten die gewichtsproblemen veroorzaken[37]

Reliability Score: 6/10

De bewijsbase voor de relatie tussen **ADHD**-diagnosebeperkingen en overgewicht is matig. Hoewel er duidelijke correlaties zijn, ontbreekt er harde causale evidence. De reliability score is 6/10 omdat:

- Er voldoende studies zijn die de correlatie tonen (score 8-9)
- Maar methodologische beperkingen in veel studies de causaliteit verzwakken (min 2 punten)
- Geen systematische reviews die alle beperkingen van diagnoseprocedures evalueren

Conclusie

De diagnose van **ADHD** heeft belangrijke beperkingen die de relatie met overgewicht kunnen verduisteren. Comorbiditeiten, genetische factoren en methodologische beperkingen in huidige diagnoseprocedures maken het moeilijk om de onderliggende oorzaken van gewichtstoename adequaat te begrijpen.

Het is cruciaal dat zowel professionals als individuen begrijpen dat een **ADHD**-diagnose niet automatisch de oorzaak van overgewicht uitlegt. In plaats daarvan moet er een holistische benadering zijn die rekening houdt met meerdere onderliggende factoren en comorbiditeiten.

 *Geschreven door Gemi, met hulp van Roelf — AI-ondersteunde content creatie*

Bronnenlijst

[1] Treister-Goltzman Y, Menashe I, Nemet D (2025). Association of adolescent obesity with Anxiety, Depression and Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in the Arab population in Israel - a nationwide study. *Journal of Affective Disorders* . Reliability: 8/10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.153>

[2] Garcia-Argibay M, Du Rietz E, Hartman CA, Lichtenstein P, Chang Z (2022). Cardiovascular risk factors in attention-deficit/hyperactivity disorder: A family design study of Swedish conscripts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Reliability: 9/10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35765813/>

[3] Brander G, Isomura K, Chang Z, Kuja-Halkola R, Almqvist C (2019). Association of Tourette Syndrome and Chronic Tic Disorder With Metabolic and

Cardiovascular Disorders. *JAMA Neurology*. Reliability: 9/10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30640363/>

[4] Chen Q, Kuja-Halkola R, Sjolander A, Serlachius E, Cortese S (2017). Shared familial risk factors between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight/obesity - a population-based familial coaggregation study in Sweden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Reliability: 9/10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28121008/>

[5] Cortese S, Castellanos FX (2014). The relationship between ADHD and obesity: implications for therapy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. Reliability: 7/10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701972/>

[6] Pulgaron ER (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics*. Reliability: 8/10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23328273/>

[7] Fong SS, Lee VY, Chan NN, Chan RS, Chak WK (2011). Motor ability and weight status are determinants of out-of-school activity participation for children with developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*. Reliability: 7/10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21767931/>

[8] Altfas JR (2002). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. *BMC Psychiatry*. Reliability: 6/10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12227832/>

[9] Rautiainen I, Äyrämö S (2019). Predicting overweight and obesity in later life from childhood data: A review of predictive modeling approaches. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/1911.08361v1>

- [10] Li Y, Yang Y, Naqvi SN (2024). Action-Based **ADHD** Diagnosis in Video. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2409.02261v1>
- [11] Morrissey K, Espuny F, Williamson P (2014). A Multinomial Model for Comorbidity in England of Longstanding CVD, Diabetes, and Obesity. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/1411.2514v2>
- [12] Li Y, Li Y, Nair R, Naqvi SM (2023). Skeleton-based action analysis for **ADHD** diagnosis. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2304.09751v1>
- [13] Cornoldi C, Giofre D, Toffalini E (2023). Cognitive characteristics of intellectually gifted children with a diagnosis of **ADHD**. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2302.10521v1>
- [14] Li Y, Naqvi SM, Nair R (2024). **ADHD** diagnosis based on action characteristics recorded in videos using machine learning. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2409.02274v1>
- [15] Vosough S, Candrian G, Kasper J, Eich D (2025). Altered oscillatory brain networks during emotional face processing in **ADHD**: an eLORETA and functional ICA study. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2512.13539v1>
- [16] García-Ponsoda S, Maté A, Trujillo J (2024). Refining **ADHD** diagnosis with **EEG**: The impact of preprocessing and temporal segmentation on classification accuracy. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2407.08316v2>
- [17] Lee CS, Lim N, Guerzhoy M (2024). Detecting a Proxy for Potential Comorbid **ADHD** in People Reporting Anxiety Symptoms from Social Media Data. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2403.05561v1>

- [18] Mondal JJ (2026). Multilevel Determinants of Overweight and Obesity Among U.S. Children Aged 10-17: Comparative Evaluation of Statistical and Machine Learning Approaches Using the 2021 National Survey of Children's Health. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2602.20303v1>
- [19] Kim B, Kwon Y (2025). Local Temporal Feature Enhanced Transformer with ROI-rank Based Masking for Diagnosis of ADHD. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2504.11474v1>
- [20] Rehman A, Heldal I, Lin JCW (2026). Enhancing Psychologists' Understanding through Explainable Deep Learning Framework for ADHD Diagnosis. *Expert Systems with Applications*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2602.02535v1>
- [21] Amini A, Alijanpour M, Latifi BA, Nasrabadi AM (2025). ADHDeepNet From Raw EEG to Diagnosis: Improving ADHD Diagnosis through Temporal-Spatial Processing, Adaptive Attention Mechanisms, and Explainability in Raw EEG Signals. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2509.08779v1>
- [22] Roy M, Das S, Protity AT (2023). OBESEYE: Interpretable Diet Recommender for Obesity Management using Machine Learning and Explainable AI. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2308.02796v1>
- [23] Sun X, Liu Q, Zhang K, Shen SH, Wang F (2024). Optimizing Student Ability Assessment: A Hierarchy Constraint-Aware Cognitive Diagnosis Framework for Educational Contexts. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10. <http://arxiv.org/abs/2412.04488v1>
- [24] Racicka E, Hanć T, Giertuga K, Bryńska A, Wolańczyk T (2015). Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents with ADHD: The

significance of comorbidities and pharmacotherapy. *Journal of Attention Disorders*. Reliability: 8/10. <https://doi.org/10.1177/1087054715578272>

[25] Unknown (2022). Limitations to mental health diagnosis in Jordan: **ADHD** among Jordanian medical students. *New Generation Electronics*. Reliability: 4/10. <https://doi.org/10.56950/ngen7567>

[26] Ó Donnchadha S, Bramham J, Greene C (2018). Rethinking the association between overweight/obesity and **ADHD** in children: a longitudinal and psychosocial perspective. *OSF Preprints*. Reliability: 6/10. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vs3h6>

[27] Todzia A (2024). Principles of **ADHD** diagnosis in adults The diagnosis of **ADHD** in adults poses unique challenges due to the subtlety of symptoms and the presence of comorbidities. *European Psychiatry*. Reliability: 8/10. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.128>

[28] Gopalan RT (2021). **ADHD** Symptoms, Comorbidities, Social, and Familial Adversities on Offences. *IGI Global*. Reliability: 6/10. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-5495-1.ch017>

[29] Unknown (2020). Screening for **ADHD** and Identifying Comorbidities. *Professional Issues in Psychology*. Reliability: 5/10. <https://doi.org/10.64239/pi-vl3403>

[30] Fujioka K (2015). Current and emerging medications for overweight or obesity in people with comorbidities. *Diabetes/Obesity & Metabolism*. Reliability: 7/10. <https://doi.org/10.1111/dom.12502>

[31] Tariq R, Tariq K (2017). OVERWEIGHT AND OBESITY; comorbidities and their association. *Tehran Medical Journal*. Reliability: 5/10.

<https://doi.org/10.29309/tpmj/2017.24.11.636>

[32] Serra-Majem L, Ribas-Barba L, Pérez-Rodrigo C, Ngo J, Aranceta J (2007). Methodological limitations in measuring childhood and adolescent obesity and overweight in epidemiological studies: does overweight fare better than obesity? *Public Health Nutrition*. Reliability: 7/10.

<https://doi.org/10.1017/s1368980007000584>

[33] Unknown (2024). Adult **ADHD**: Understanding Prevalence, Persistence, and Comorbidities. *Professional Issues in Psychology*. Reliability: 5/10.

<https://doi.org/10.64239/pi-vl8601>

[34] Yu Z, Chen Y, Zou H, Zhang M, Feng N (2025). Longitudinal Analysis of the Prevalence and Incidence of Obesity-Related Comorbidities and Associated Outcomes: An Electronic Health Record Study in Patients with Overweight and Obesity. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10.

<https://doi.org/10.64898/2025.11.29.25341251>

[35] Bannert B, Schobersberger W, Tran U, Remmel A (2011). The Effectiveness of a Nondiet Multidisciplinary Weight Reduction Program for Severe Overweight Patients with Psychological Comorbidities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Reliability: 6/10. <https://doi.org/10.1155/2011/641351>

[36] Movahed MR, Mineer A, Hashemzadeh M (2024). Overweight followed by obesity have the lowest mortality among patients with systolic or diastolic heart failure independent of comorbidities whereas cachexia has the highest mortality. *arXiv preprint*. Reliability: 5/10.

<https://doi.org/10.1101/2024.01.17.24300813>

[37] Anbarasan D, Adler LA (2024). How Co-Travelling Accessory Symptoms and Comorbidities Affect Making the Diagnosis of Adult **ADHD**. *The Journal for Nurse*

Practitioners. Reliability: 7/10. <https://doi.org/10.3928/00485713-20241205-01>

[38] Smith SN, Rogan DM, Lowitz HJ, Moon JY, Rieder JR (2026). Standardizing Primary Care Management of Comorbidities in Youth with Overweight or Obesity Using Technological and Visual Aids to Facilitate Evaluation and Support for Healthy Lifestyle Change. *SAGE Open Nursing*. Reliability: 6/10. <https://doi.org/10.1177/21532176261448608>