
Klinisk og ikke-klinisk bruk av MDMA

KRONIKK

TOR-MORTEN KVAM

tor-morten.kvam@so-hf.no

Tor-Morten Kvam er spesialist i psykiatri, overlege ved Ketaminenheten, DPS nord, medlem av forskningsgruppen PsykForsk ved Sykehuset Østfold og ph.d.-kandidat ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

IVAR W. GOKSØYR

Ivar W. Goksøyr er medgrunnlegger av Psykologvirke, psykolog ved PsykForsk og driver opplæringsvirksomhet innen MDMA-assistert terapi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt i rådgivende styre for Norsk psykedelisk vitenskap.

LOWAN H. STEWART

Lowan H. Stewart er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, medisinsk leder ved Axonklinikken i Oslo og konsulent for Ketaminenheten ved DPS nordre Østfold i Moss.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har tidligere vært styremedlem for Norsk psykedelisk vitenskap.

MARK BERTHOLD-LOSLEBEN

Mark Berthold-Losleben er ph.d., M.A., spesialist i psykiatri, overlege på Ketaminenheten ved DPS nord, leder av forskningsgruppen PsykForsk ved Sykehuset Østfold og førsteamanuensis ved NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID AUTRAN

Ingrid Autran er ph.d.-kandidat ved Universitetet i Oslo og Sykehuset Østfold og medlem av forskningsgruppen PsykForsk.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er aksjonær i en klinikk som tilbyr ketaminbehandling mot depresjon.

Ole A. Andreassen er spesialist i psykiatri, leder av Senter for presisjonspsykiatri, Divisjon psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsulentonorar fra Precision-Health.ai, Ledidi, BMS og Lilly, mottatt foredragshonorar fra BMS, Lilly, Janssen, Lundbeck, Otsuka og Sunovion, deltatt i rådgivende styre for Ledidi, og han har aksjeopsjoner/aksjer i Precision-Health.ai, Lididi og Cortechs.ai.

3,4 metylendioksymetamfetamin (MDMA), også kjent som rusmiddelet ecstasy, har vist lovende resultater i behandling av posttraumatisk stresslidelse. Kliniske utprøvinger i kombinasjon med psykoterapi skiller seg markant fra den illegale bruken stoffet er kjent for.

MDMA er et sentralstimulerende middel som kjemisk ligner både på metamfetamin og det psykedeliske stoffet meskalin. MDMA klassifiseres som et entaktogen, et begrep fra gresk og latin, som viser til stoffets evne til å fremme indre kontakt [\(1\)](#). MDMA påvirker sekresjon og reopptakshemming av monoaminer, særlig serotonin [\(2\)](#). Dyreforsøk viser i tillegg effekter på nevroplasticitet [\(3\)](#).

MDMA har en særegen virkningsprofil som gjør det interessant i psykoterapeutisk sammenheng. Før stoffet ble kjent som et rusmiddel på ravesenen i USA og Europa, og deretter forbudt i 1985, ble det brukt i kombinasjon med psykoterapi. Akutte, psykologiske effekter inkluderer en følelse av trygghet og selvmedfølelse, noe som kan muliggjøre emosjonelle gjennombrudd som ellers er vanskelig å oppnå i tradisjonell psykoterapi [\(2\)](#). Etter MDMA-assistert terapi er det rapportert vedvarende personlighetsendringer som økt åpenhet og redusert nevrotisme, i tillegg til styrket evne til emosjonsregulering og opprettholdelse av meningsfulle relasjoner [\(4\)](#). Det terapeutiske rammeverket for MDMA-assistert terapi vektlegger kombinasjonen av MDMA og terapi framfor enkeltdelene [\(5\)](#). Viktige elementer er den terapeutiske relasjonen, som i andre terapiformer, men med en større vekt på en ikke-patologiserende holdning til pasienten og innholdet i den terapeutiske prosessen, i tillegg til å utnytte en iboende kapasitet til å bevege seg mot helbredelse og vekst, også kalt «indre helende intelligens» [\(5\)](#).

«Etter MDMA-assistert terapi er det rapportert vedvarende personlighetsendringer som økt åpenhet og redusert nevrotisme, i tillegg til styrket evne til emosjonsregulering og opprettholdelse av meningsfulle relasjoner»

MDMA-assistert terapi mot posttraumatisk stresslidelse

MDMA i kombinasjon med psykoterapi har blitt undersøkt i seks fase 2-studier og to fase 3-studier som behandling for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (2). Samlet viser fase 2-studiene en statistisk signifikant reduksjon av PTSD-symptomer sammenlignet med kontrollgruppen, med en ytterligere og statistisk signifikant reduksjon av PTSD-symptomer fram mot langtidsoppfølgingen ett år etter avsluttet behandling (6). Begge fase 3-studiene viste statistisk og klinisk signifikante reduksjoner av PTSD-symptomer i MDMA-gruppen sammenlignet med gruppen som fikk den samme psykoterapien, men med placebo (7, 8). Både fase 2- og fase 3-studiene viser at cirka 2/3 av deltakerne i MDMA-gruppen ikke lenger kvalifiserte for PTSD-diagnosen etter behandling (6–8). Frafallsraten i fase 3-studiene var 9,3 %, noe som er betydelig lavere enn opp mot cirka 50 % frafallsrate for gullstandard PTSD-behandling, slik som forlenget eksponering eller kognitiv prosesseringsterapi (9). Dette kan tyde på bedre tolerabilitet av MDMA-assistert terapi. En søknad til amerikanske myndigheter fikk likevel avslag, med krav om en tredje fase 3-studie (10). I sin vurdering fremhevet myndighetene tre hovedbetyrninger: utilstrekkelig rapportering av «positive» bivirkninger som eufori, manglende langtidsoppfølging utover 18 uker og en høy andel deltakere med tidligere MDMA-erfaring (opp mot ca. 40 %), som kan gi seleksjonsskjevhet og svekke blinding. Studier av MDMA er metodisk krevende, blant annet fordi de sterke psykoaktive effektene gjør det vanskelig å opprettholde blinding. I tillegg rekrutteres ofte deltakere gjennom selvseleksjon, noe som kan gi et utvalg med forventningseffekter (2).

«Studier av MDMA er metodisk krevende, blant annet fordi de sterke psykoaktive effektene gjør det vanskelig å opprettholde blinding»

MDMA-assistert terapi mot depresjon

I Norge har det blitt gjennomført en forskerinitiert og offentlig finansiert fase 2-studie, som inkluderte tolv deltakere med en depressiv lidelse og en pågående depressiv episode av minst moderat alvorlighetsgrad (11). Som en første utforskning, med mål om å informere fremtidige studier, ble det valgt et åpent studiedesign uten kontrollgruppe. Studien oppnådde sine primære formål om gjennomførbarhet og sikkerhet gjennom tilstrekkelig rekruttering og ingen frafall eller alvorlige bivirkninger. Resultatene indikerte også potensielle terapeutiske effekter, med både statistisk og klinisk signifikante forbedringer fra før til etter behandling, målt som reduksjon i depresjonssymptomer (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, MADRS) og i funksjonssvikt (Sheehan Disability Scale, SDS). Ni av de tolv deltakerne oppfylte kriteriene både for behandlingsrespons og remisjon initialt, mens én deltaker opplevde tilbakefall. Oppfølgingsstudien viste vedvarte reduksjoner i både depressive symptomer og funksjonssvikt syv måneder etter studiestart (12).

Sikkerhetsprofil i klinisk versus ikke-klinisk bruk

Det er betydelige forskjeller mellom uregulert, ikke-klinisk bruk av illegalt MDMA og klinisk utprøving i kontrollerte former (2). Dette gjelder blant annet risiko for misbruk og avhengighet – et skille som også er velkjent for flere vanlige legemidler, inkludert benzodiazepiner, hypnotika og opioider (13).

I klinisk setting brukes standardiserte doser av farmasøytisk fremstilt MDMA, mens illegalt MDMA kan inneholde varierende mengder og andre stoffer. De vanligste dødsårsakene ved ikke-klinisk bruk – hypertermi og hyponatremi – kan forebygges gjennom dosekontroll, temperaturregulering og væskestyring (2). Det er ikke rapportert om tilfeller av klinisk signifikant hypertermi eller hyponatremi i kliniske studier (2). Samlet ble det i de to fase 3-studiene rapportert to alvorlige bivirkninger – begge i placebogruppen og begge relatert til suicidalitet (7, 8).

Risiko for misbruk og avhengighet

Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet, rapporterte 6,5 % av nordmenn å ha prøvd MDMA minst én gang, mens 1,4 % rapporterte bruk det siste året, og bruken er lett økende (14). Selv om MDMA har dopaminerge effekter, gir ikke kronisk administrering av MDMA fysisk avhengighet i dyrestudier (2). Forsøk viser at dyr kan selvadministrere MDMA, noe som indikerer et visst misbrukspotensial (2). En langtidsoppfølging ett år etter gjennomført MDMA-assistert terapi mot PTSD viste at 8 av 83 (9,6 %) hadde brukt MDMA utenfor studien, men seks av disse hadde brukt MDMA også før studien (6). Samlet framstår risikoen for å utvikle avhengighet lav ved bruk av MDMA i en klinisk setting, og foreløpige data indikerer en potensiell rolle i *behandling* av rusavhengighet (2).

Ny tilnærming til behandling

Denne typen terapi representerer en ny tilnærming til behandling av PTSD og depresjon, der to til tre dagslange økter med MDMA gis som ledd i en integrert psykoterapeutisk prosess. Dette skiller seg fra dagens standardbehandling med psykofarmaka eller psykoterapi. Dersom denne behandlingsformen godkjennes for klinisk bruk, vil det stille nye og spesifikke krav til både helsetjenesten og helsepersonell som skal tilby terapien. Utfordringene omfatter både praktiske forhold, herunder daglange økter, samt krav til spesialisert opplæring av terapeuter (5). Selv om terapien er ressurskrevende, viser analyser fra en fase 3-studie at behandlingen likevel kan være kostnadsbesparende over tid (15).

«Dersom denne behandlingsformen godkjennes for klinisk bruk, vil det stille nye og spesifikke krav til både helsetjenesten og helsepersonell som skal tilby terapien»

Skadepotensialet ved ikke-klinisk bruk har vært gjenstand for forskning i flere tiår, mens det terapeutiske potensialet først nylig har blitt systematisk undersøkt i kontrollerte studier (2). Det er ikke gitt at funn fra en ikke-klinisk kontekst – som risiko for misbruk og komplikasjoner – kan overføres til en klinisk setting. På samme måte er det ikke sikkert at de terapeutiske effektene som observeres i kliniske studier, lar seg gjenskape utenfor en strukturert, faglig ramme (2). De foreliggende dataene er fortsatt mangelfulle, og det er ikke testet i hvilken grad en eventuell godkjenning og påfølgende anvendelse som behandling i helsevesenet, kan øke illegal bruk utenfor klinikken. Lovende funn fra kliniske studier kan ha bidratt til økt ikke-klinisk bruk, slik man har sett for psilocybin i USA, hvor bruken har økt parallelt med en økning i henvendelser til giftinformasjonssentraler (16). Samtidig viste en norsk tverrsnittundersøkelse blant personer som rapporterte en minneverdig opplevelse med MDMA, at opplevelsen gjennomgående ble vurdert som positiv, og at bivirkningene var sjeldne og kortvarige (17).

Lovende alternativ

Flere spørsmål står fortsatt ubesvart, særlig knyttet til betydningen av forventningseffekter og utfordringer med blinding. Det amerikanske avslaget understreker behovet for grundige og metodologisk robuste kliniske utprøvinger før terapien eventuelt kan tas i ordinær bruk. Sveits og Australia har nylig åpnet for bruk av MDMA-assistert terapi i helsevesenet utenfor kliniske utprøvinger (18), og den internasjonale utviklingen bør følges nøye. Gitt byrden av utilstrekkelig behandlet depresjon og PTSD, fremstår MDMA-assistert terapi som et lovende alternativ med en fordelaktig nytte–risiko-profil. I Norge vil det bli avgjørende å bygge videre på klinisk dokumentasjon og sikre at en eventuell klinisk behandling skjer innenfor trygge rammer. Lykkes dette, kan MDMA-assistert behandling i fremtiden bli et viktig supplement til dagens behandlingsoalternativer for depresjon og PTSD.

Denne kronikken er basert på en doktorgradsavhandling finansiert av Helse Sør-Øst og utgått fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas ble gjennomført 4.6.2026.

LITTERATUR

1. Nichols DE. Entactogens: How the Name for a Novel Class of Psychoactive Agents Originated. *Front Psychiatry* 2022; 13: 863088. [PubMed][CrossRef]
2. Wolfgang AS, Fonzo GA, Gray JC et al. MDMA and MDMA-Assisted Therapy. *Am J Psychiatry* 2025; 182: 79–103. [PubMed][CrossRef]
3. Nardou R, Lewis EM, Rothhaas R et al. Oxytocin-dependent reopening of a social reward learning critical period with MDMA. *Nature* 2019; 569: 116–20. [PubMed][CrossRef]
4. Wagner MT, Mithoefer MC, Mithoefer AT et al. Therapeutic effect of increased openness: Investigating mechanism of action in MDMA-assisted psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2017; 31: 967–74. [PubMed][CrossRef]

5. O'Donnell KC, Okano L, Alpert M et al. The conceptual framework for the therapeutic approach used in phase 3 trials of MDMA-assisted therapy for PTSD. *Front Psychol* 2024; 15: 1427531. [PubMed][CrossRef]
6. Jerome L, Feduccia AA, Wang JB et al. Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. *Psychopharmacology (Berl)* 2020; 237: 2485–97. [PubMed][CrossRef]
7. Mitchell JM, Bogenschutz M, Lilienstein A et al. MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nat Med* 2021; 27: 1025–33. [PubMed][CrossRef]
8. Mitchell JM, Ot'abora G M, van der Kolk B et al. MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: a randomized, placebo-controlled phase 3 trial. *Nat Med* 2023; 29: 2473–80. [PubMed][CrossRef]
9. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2136921. [PubMed][CrossRef]
10. Reardon S. MDMA therapy for PTSD rejected by FDA panel. *Nature* 2024 doi: 10.1038/d41586-024-01622-3. [PubMed][CrossRef]
11. Kvam T-M, Goksøyr IW, Rog J et al. MDMA-assisted therapy as a treatment for major depressive disorder: proof of principle study - CORRIGENDUM. *Br J Psychiatry* 2026; 228: 1. [PubMed][CrossRef]
12. Kvam T-M, Goksøyr IW, Rog J et al. MDMA-assisted therapy for major depressive disorder: A seven-month follow-up proof of principle trial. *J Psychiatr Res* 2026; 193: 302–8. [PubMed][CrossRef]
13. Griesler PC, Hu MC, Wall MM et al. Medical Use and Misuse of Prescription Opioids in the US Adult Population: 2016-2017. *Am J Public Health* 2019; 109: 1258–65. [PubMed][CrossRef]
14. Folkehelseinstituttet. Narkotikabruk i Norge. <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/> Lest 30.4.2026.
15. Marseille E, Mitchell JM, Kahn JG. Updated cost-effectiveness of MDMA-assisted therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder in the United States: Findings from a phase 3 trial. *PLoS One* 2022; 17: e0263252. [PubMed][CrossRef]
16. Hutchison KE, Hooper JF, Karoly HC. Psilocybin Outside the Clinic: Public Health Challenges of Increasing Publicity, Accessibility, and Use. *JAMA Psychiatry* 2026; 83: 78–84. [PubMed][CrossRef]
17. Grønnerød C, Rønningen T, Haugsjå IR et al. Recreational MDMA use in Norway: results from an internet convenience sample. *Front Psychiatry* 2025; 16:

1619676. [PubMed][CrossRef]

18. Haridy R. Australia to prescribe MDMA and psilocybin for PTSD and depression in world first. *Nature* 2023; 619: 227–8. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 10. juni 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0122

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.